

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

**TÜRK CEZA HUKUKUNDA AKIL HASTALARININ  
YARGILANMASI İLE CEZA VE GÜVENLİK  
TEDBİRLERİNİN İNFAZINDA AKIL HASTALIĞI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Bilal OSMANOĞLU**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. E. Eylem AKSOY RETORNAZ**

**NİSAN 2019**

## ÖNSÖZ

Akıl hastalığı ilk çağlardan günümüze kadar insanlığın bir parçası olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Modern dünyanın insana icbar ettiği hayat, bugün birçok yeni akıl hastalığının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bakımdan insan ve insanın içinde yaşadığı toplum üzerinde odaklanan her alan, akıl hastalığını ele almak durumunda kalmaktadır. Bu sebeple akıl hastalığı psikiyatristlerin, psikologların, sosyologların ve son tahlilde hukukçuların ortak inceleme alanını oluşturmaktadır. Ancak Türk ceza hukukunda, bugüne kadar akıl hastalığına ilişkin yeterince çalışma yapıldığı söylenemez. Halbuki akıl hastalığının gerek ceza sorumluluğunun belirlenmesi gerek ceza muhakemesinde gerekse de ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazında özel olarak ele alınması gereken bir konudur. Akıl hastalarının özellikle ceza muhakemesi ile ceza ve tedbirlerinin infazında yaşadıkları sorunlara bir nebze olsun çözüm bulabilmek için giriştiğim bu çalışma, umarım öğretilerde yeni çalışmalar yapılmasına vesile olur.

Tez konusunu belirlememden tezimi tamamladığım son ana kadar desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. E. Eylem AKSOY RETORNAZ'a en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Meslek hayatımın henüz başında olduğum şu günlerde bilgisi ve tecrübesiyle bana her daim yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Ali Kemal YILDIZ'a minnetlerimi sunarım. Tez savunma jürisinde yer alarak beni onurlandıran ve çalışmaya değerli katkılar sunan Doç. Dr. Pınar KARTAL'a teşekkürü bir borç bilirim.

Bu çalışmaya başladığım ilk günden itibaren desteğini hissettiren, dostluğunun ömür boyu sürmesini dilediğim sevgili meslektaşım Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Anabilim Dalı Araş. Gör. Selin TÜRKOĞLU'na, yoğun çalışma tempolarında bana yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen meslektaşlarım Araş. Gör. Kazım Furkan AĞKUŞ'a, Araş. Gör. Aslı E. YILMAZ'a, Araş. Gör. Oğuz BANDIR'a, ve adını burada saymadığım çok değerli Türk-Alman Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ndeki dostlarıma en samimi duygularıyla teşekkürlerimi sunmak isterim.

Arkadaşlığın ötesinde benim için gerçek bir kardeş olan Türk-Alman Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı Araş. Gör. Muhammed Ali ÇOBAN'a, Av. Mesut DEMİR'e ve Akdeniz Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı Araş. Gör. Fahrettin KIDIL'a tezimi tamamladığım bir buçuk yıllık süre boyunca verdikleri destek ve ebedi dostlukları için minnettarım.

Sevgi ve desteklerini her zaman hissettiren ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğimi bildiğim sevgili annem Şengül OSMANOĞLU'na, babam Zekeriya OSMANOĞLU'na ve biricik kardeşim Şeyma Nur OSMANOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım.

Bilal OSMANOĞLU

İstanbul, 2019

**İÇİNDEKİLER**

İÇİNDEKİLER .....	iv
KISALTMALAR .....	x
RÉSUMÉ .....	xi
ABSTRACT .....	xvii
ÖZET .....	xxii
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM – KUSUR YETENEĞİNİ KALDIRAN VE AZALTAN BİR NEDEN OLARAK AKIL HASTALIĞI.....	4
I. Kusurluluk.....	4
A. Kusur Teorileri .....	5
1. Psikolojik Kusur Teorisi .....	5
2. Normatif Kusur Teorisi.....	6
3. Türk Kanun Koyucunun Benimsediği Sistem .....	8
B. Kusur Yeteneği.....	9
1. Algılama Yeteneği .....	10
2. İrade Yeteneği.....	10
3. Kusur Yeteneğinin Bulunması Gereken Zaman .....	11
II. Ceza Hukuku Bakımından Önem Arz Eden Akıl Hastalıkları .....	11
A. Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması .....	12
B. Akıl Hastalıkları .....	13
1. Zeka Gerilikleri.....	14
2. Şizofreni.....	16
3. Şizoaffektif Bozukluk .....	19
4. Sanrılı Bozukluk (Paranoya).....	20
5. Çökkünlük (Majör Depresyon).....	21
6. İki Uçlu Bozukluk (Bipolar Bozukluk) .....	23
7. Bunaltı Bozuklukları (Anksiyete).....	25
8. Saplantı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk).....	26
9. Bunama (Demans) .....	27
10. Kişilik Bozuklukları.....	29
11. Sara (Epilepsi).....	30
12. Kleptomani.....	30
III. Akıl Hastalığının Ceza Sorumluluğuna Etkisi .....	31

A.	Akıl Hastalığının Ceza Sorumluluğuna Etkisi Konusunda Sistemler .....	31
1.	Biyolojik Sistem .....	31
2.	Psikolojik Sistem .....	32
3.	Karma Sistem.....	33
B.	Tarihsel Süreç .....	33
1.	Roma Hukuku .....	33
2.	Cermen Hukuku .....	34
3.	Kilise Hukuku .....	34
4.	Ortaçağ Dönemi .....	35
5.	18. Yüzyıl Sonrası Ceza Hukuku.....	35
6.	İslam Hukuku.....	35
C.	Karşılaştırmalı Hukukta Akıl Hastalığı .....	36
1.	Alman Ceza Hukuku.....	36
2.	Amerikan Ceza Hukuku.....	37
3.	Fransız Ceza Hukuku .....	38
4.	İngiliz Ceza Hukuku .....	39
5.	Rus Ceza Hukuku .....	40
6.	İsveç Ceza Hukuku .....	40
D.	Ülkemizdeki Durum .....	41
1.	765 Sayılı TCK'dan Önceki Dönem.....	41
2.	765 Sayılı TCK Dönemi .....	41
a.	Tam Akıl Hastalığı.....	42
b.	Kısmi Akıl Hastalığı .....	44
IV.	5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nda Akıl Hastalığı .....	44
A.	Ceza Sorumluluğunu Kaldıran Bir Neden Olarak Akıl Hastalığı (TCK m. 32/1) .....	46
1.	Bir Akıl Hastalığının Varlığı .....	47
2.	Akıl Hastalığının Suçun İşlendiği Anda Mevcut Olması .....	47
3.	Fiilin Hukuki Anlam ve Sonuçlarını Algılayamama veya Fiille İlgili Davranışları Yönlendirme Yeteneğinde Önemli Ölçüde Azalma.....	49
4.	Nedensellik Bağı.....	49
B.	Ceza Sorumluluğunu Azaltan Bir Neden Olarak Akıl Hastalığı (TCK m. 32/1) 50	
C.	5237 sayılı TCK Kapsamında Suçun Akıl Hastası Karşı İşlenmesi.....	50
V.	Failin Alkol veya Uyuşturucu Madde Etkisinde Olması .....	51

İKİNCİ BÖLÜM – CEZA MUHALEMESİ HUKUKUNDA AKIL HASTALIĞI . 53	
I. Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalarının Yargılanması .....	53
A. Gözlem Altına Alınma .....	55
1. Hukuki Niteliği .....	56
2. Koşulları.....	57
a. Kuvvetli Şüphe Bulunması .....	58
b. Uzman Hekimin Önerisi .....	58
c. Cumhuriyet Savcısı ve Müdafinin Dinlenmesi.....	59
d. Hakim veya Mahkeme Kararı.....	60
3. Süre .....	63
4. Resmi Bir Sağlık Kurumu.....	64
5. Bilirkişi Raporunun İçeriği ve Bağlayıcılığı.....	65
B. Tutuklama.....	67
C. Zorunlu Müdafilik .....	71
D. Hüküm .....	72
E. Durma Kararı ve Akıl Hastalarının Yargılanmasına İlişkin Sorunlar .....	73
II. Alternatif Bir Model Olarak Akıl Sağlığı Mahkemeleri .....	76
A. Akıl Sağlığı Mahkemeleri .....	76
1. Akıl Sağlığı Mahkemelerinin Tarihçesi ve Ortaya Çıkış Nedenleri.....	76
2. Akıl Sağlığı Mahkemelerinin Amacı.....	78
3. Akıl Sağlığı Mahkemesi Tanımı.....	79
4. Akıl Sağlığı Mahkemesi Katılımcıları.....	80
5. Akıl Sağlığı Mahkemesinin Genel İşleyişi .....	81
6. İkinci Nesil Akıl Sağlığı Mahkemeleri.....	83
7. Akıl Sağlığı Mahkemesinin Ceza Adalet Sistemi Üzerindeki Etkileri....	83
B. Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi.....	85
1. Mahkeme Ekibi ve Görevleri.....	87
2. BASM'ye Sevk.....	90
3. Uygunluğun Belirlenmesi .....	91
a. Ceza Adaleti Uygunluğunun Belirlenmesi .....	91
b. Klinik Uygunluğun Belirlenmesi.....	93
c. Uygunluk Belirlenmesine İlişkin Diğer Hususlar.....	96
4. Katılım Süreci .....	97
a. Katılım Kararı.....	97

b.	Zorunlu Tıbbi Tedavi.....	98
c.	İtham Anlaşması için Gerekli Gün .....	99
d.	İzleme.....	99
e.	Katılım Aşamaları.....	102
f.	Ödüller ve Klinik Yanıtlar .....	103
g.	Mezuniyet ve Sonlandırma .....	104
h.	Teknoloji.....	106
5.	Katılımcı Perspektifi .....	107
6.	Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi'nin ABD Ceza Adalet Sistemi Üzerindeki Etkileri .....	108
C.	Akıl Sağlığı Mahkemelerinin Türkiye'de Uygulanabilirliği.....	110
1.	Kamu Güvenliği Yönetimi .....	110
a.	İtham Anlaşması .....	111
b.	Kabul Edilen Suç Tipleri .....	113
c.	Mahkeme Personeli.....	114
2.	Akıl Hastalığı Yönetimi.....	116
a.	Kabul Edilecek Akıl Hastalıkları.....	116
b.	Tedavi Süresinin Belirlenmesi.....	117
c.	Tedavi Sırasında Barınma Hizmetleri.....	118
3.	Mahkemenin Planlanması ve İşleyişine Dair Diğer Bazı Hususlar.....	119
4.	Sonuç .....	121
D.	5271 Sayılı CMK Kapsamında Sanık Dışında Diğer Mahkeme Süjelerinin Akıl Hastası Olması .....	122
1.	Suçtan Zarar Görenin Akıl Hastası Olması .....	122
2.	Akıl Hastası Tanıklara İlişkin Düzenlemeler.....	124
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM – CEZA VE GÜVENLİK TEDBİRLERİNİN İNFAZINDA AKIL HASTALIĞI.....		
I.	Güvenlik Tedbirleri.....	126
A.	Güvenlik Tedbirlerinin Ortaya Çıkışı.....	126
B.	Güvenlik Tedbirlerinin Amacı ve Hukuki Niteliği .....	128
C.	Güvenlik Tedbirlerinin Tanımı ve Uygulanma Şartları .....	130
1.	Tehlikeli Hal .....	131
2.	Bir Suç İşlenmiş Olmalı.....	132
3.	Kanunda Öngörülmüş Olması .....	133
4.	Mahkeme Kararı .....	134

D.	Güvenlik Tedbirlerinin Uygulanış Şekilleri .....	134
E.	Güvenlik Tedbirlerinin Çeşitleri .....	135
II.	5237 Sayılı TCK'da Akıl Hastalarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri.....	136
A.	Kusur Yeteneği Bulunmayan Akıl Hastalarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri 137	
1.	Tedavi Tedbiri (TCK m. 57/1).....	137
2.	Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumu.....	138
3.	Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumundan Serbest Bırakma (TCK m. 57/2) 141	
4.	Tıbbi Kontrol ve Takip (TCK m. 57/3) .....	144
5.	Tıbbi Kontrol ve Takibin Şekli (TCK m. 57/4).....	146
6.	Yeniden Tedbir Uygulanması (TCK m. 57/5).....	146
B.	Kusur Yeteneği Azalmış Akıl Hastalarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri (TCK m. 57/6) .....	147
III.	5237 Sayılı TCK'da Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri.....	152
1.	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı.....	153
2.	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri 155	
IV.	Akıl Hastalığına Tutulan Hükümlülere İlişkin Cezaların İnfazı.....	157
A.	İnsan Haklarının Bir Süjesi Olarak Hükümlü .....	157
B.	Cezanın İnfazının Geri Bırakılması.....	158
1.	Akıl Hastalığı.....	159
2.	İnfazının Geri Bırakılma Usulü .....	162
C.	Hükümlünün Akıl Hastalığı Dışında Bir Ruhsal Rahatsızlığı Tutulması .	166
D.	Sürekli Hastalık, Sakatlık ve Kocama Sebebiyle Kişilerin Cezalarını Hafifletilmesi veya Kaldırılması (Cumhurbaşkanının Özel Af Yetkisi).....	168
V.	Akıl Hastalarını Topluma Yeniden Kazandırma (Resosyalizasyon) .....	169
A.	Topluma Yeniden Kazandırma Kavramı.....	169
B.	Topluma Yeniden Kazandırmanın Unsurları .....	170
1.	Terapi ve Danışma .....	170
2.	Eğitim-Öğretim ve Meslek Kazandırma.....	171
C.	Uluslararası Metinlerde Topluma Yeniden Kazandırma.....	172
D.	Topluma Yeniden Kazandırmaya İlişkin Hukukumuzdaki Düzenlemeler	174
E.	Akıl Hastalarının Durumu .....	177
1.	İnfaz Devam Ederken .....	178



a. Erken Teşhis .....	178
b. İntiharın Önlenmesi .....	179
c. Tecrit Uygulaması ve Toplum İçinde Tedavi .....	184
2. Tahliye Hazırlık ve Tahliye Sonrası .....	186
a. Sağlık Hizmetlerinin Sürekliliği .....	187
b. Barınma ve İş Bulma .....	188
c. Toplum Yeniden Kazandırmada Sağlık Çalışanlarının Sorumluluğu..	191
SONUÇ .....	192
KAYNAKÇA .....	200
ÖZGEÇMİŞ .....	220



**KISALTMALAR**

<b>a.g.e.</b>	: adı geçen eser
<b>a.g.k.</b>	: adı geçen karar
<b>aş.</b>	: aşağıda
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AIHM</b>	: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
<b>AIHS</b>	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
<b>AYM</b>	: Anayasa Mahkemesi
<b>BASM</b>	: Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi
<b>bkz.</b>	: bakınız
<b>C.</b>	: Cilt
<b>CMK</b>	: Ceza Muhakemesi Kanunu
<b>çev.</b>	: çeviren
<b>doi</b>	: Digital Object Identifier
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>E.</b>	: Esas No
<b>E.T.</b>	: Erişim Tarihi
<b>ICD</b>	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>IQ</b>	: Intelligence Quotient
<b>K.</b>	: Karar No
<b>karş.</b>	: karşılaştırınız
<b>m.</b>	: madde
<b>No.</b>	: Numara
<b>s.</b>	: sayfa
<b>Sa.</b>	: Sayı
<b>StGB</b>	: Strafgesetzbuch
<b>StPO</b>	: Strafprozeßordnung
<b>StVollzG</b>	: Gesetz über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung
<b>T.</b>	: Tarih
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TMK</b>	: Türk Medeni Kanunu
<b>vd.</b>	: ve devamı
<b>Yay.</b>	: Yayıncılık
<b>yuk.</b>	: yukarıda

## RÉSUMÉ

Dans cette étude, la maladie mentale est considérée avec une approche intégrative en droit pénal, droit de la procédure pénale et droit de l'exécution. En droit pénal moderne, les délinquants atteints de troubles mentaux rencontrent de graves problèmes, en particulier lors de l'exécution des sanctions pénales, des mesures de sûreté et des procédures pénales. La mesure dans laquelle ces personnes peuvent exercer leur droit de se défendre, reste une question à laquelle il faut répondre. Pour cette raison, cette étude se concentre sur le procès des délinquants atteints de troubles mentaux. Dans le premier chapitre, il est nécessaire de définir l'effet de la maladie mentale sur la responsabilité pénale afin de fournir une meilleure compréhension au procès des délinquants atteints des troubles mentaux et de créer une base pour cette étude et aussi afin de tirer ses limites à cet égard. En outre, la situation particulière des personnes atteintes de troubles mentaux dans l'application des sanctions et des mesures de sûreté, est étudiée. Le processus de resocialisation des condamnés atteints de troubles mentaux après l'application des sanctions et des mesures de sûreté, est également évalué, tandis qu'il n'y ait pas une seule étude dans la littérature Turc sur ce problème.

Cette étude se compose de 3 chapitres principaux. Dans le premier chapitre, le concept de culpabilité, la maladie mentale en droit pénal et de la maladie mentale sur la responsabilité pénale sont discutés. Ce chapitre commence par la détermination du concept de culpabilité en termes de droit pénal et de théories relatives à son rôle dans la systématique du droit pénal, brièvement. De plus la capacité de percevoir, qui est l'élément de base de la culpabilité, a été examinée, en général, dans le cadre des exigences temporelles de cette capacité existante. En conséquence, plusieurs conclusions ont été fournies concernant la place de la culpabilité dans la théorie générale du crime.

Sous le titre de maladie mentale importante en droit pénal, la définition de la maladie mentale et sa classification sont expliquées à l'aide d'exemples de certaines maladies mentales spécifiques. Dans cette étude, deux principaux groupes de maladies mentales ont été évalués: quatre maladies mentales (schizophrénie, trouble schizoaffectif, dépression et trouble bipolaire) qui revêtent une grande importance

pour les tribunaux de la santé mentale et deuxièmement, d'autres maladies mentales importantes en droit pénal. Ces quatre maladies (la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, la dépression et le trouble bipolaire) font l'objet d'un examen approfondi ainsi que de la possibilité et des impératifs de rétablissement de ces maladies. Les autres maladies mentales pertinentes sont mentionnées sous forme de nombre limité afin de donner une idée au lecteur. De plus, les sources médicales actuelles ont été utilisées pour toutes les maladies mentales abordées dans cette étude afin de minimiser le manque dans la littérature Turque.

Après avoir analysé les concepts de culpabilité et de maladie mentale, on explique l'effet de la maladie mentale sur la responsabilité pénale. Dans ce contexte, différents systèmes sur cette question sont expliqués en illustrant des approches alternatives en droit comparé. Les dispositions relatives à la maladie mentale et à ses conséquences sont examinées dans les codes pénaux turcs no 765 et 5237. À ce point, il est souligné que la loi No. 5237 a supprimé la distinction entre la maladie mentale totale et partielle. Cependant, les maladies mentales sont examinées en fonction de leurs effets, ce qui élimine et diminue la responsabilité pénale. Sous ce titre, les crimes spécifiques contre les personnes atteintes de maladie mentale dans les dispositions de la loi No. 5237 sont également indiqués. Ce chapitre se termine par les dispositions relatives à la responsabilité pénale des alcooliques et des toxicomanes prévues par la loi No. 5237.

Le deuxième chapitre traite de la maladie mentale dans le champ d'application du droit de procédure pénale et commence par une discussion sur la situation des personnes atteintes de maladie mentale dans le Code de procédure pénale No. 5271. Au départ, « examen mental stationnaire », qui est l'institution juridique la plus importante en termes de déterminer si le délinquant atteint la maladie mentale, est examiné en même temps que ses exigences, la durée et le rapport au sujet de cette mesure contraignante. De plus, sous les titres d'arrestation, la défense obligatoire et les jugements, les obstacles avec lesquelles les personnes atteintes d'une maladie mentale rencontrent la plupart du temps, sont précisées. En particulier, la situation des personnes atteintes de maladie mentale, en termes d'arrestation, est examinée de manière approfondie avec l'approche de la Cour européenne des droits de l'homme. Ce sujet est abordé à la fois en droit civil et en droit pénal. Enfin, les poursuites à l'encontre

de personnes qui sont devenues malades mentales après le moment des faits sont étudiées et le concept de tribunal de la santé mentale (aux États-Unis) est examiné comme un modèle alternatif à la poursuite de ces délinquants.

Les tribunaux de santé mentale sont basés sur les traitements obligatoires et la surveillance judiciaire avec la participation flexible. Les principaux objectifs de ces tribunaux sont de veiller à ce que les personnes atteintes de maladie mentale qui ont commis un crime assument la responsabilité de leurs actes et (conformément) à la réduction de la récidive. Afin d'expliquer ce système, l'historique de ces tribunaux et les raisons pour les établir sont d'abord spécifiés. Ensuite, l'objectif, la définition et les participants de ce système sont expliqués. Cependant, il n'est pas possible d'expliquer tous les éléments de ce modèle de tribunal car chaque tribunal de santé mentale a sa propre structure caractéristique. Par conséquent, seules les caractéristiques communes de ces tribunaux sont prises en compte à cet égard. Les tribunaux de la santé mentale les plus récemment créés ou «la deuxième génération» sont également mentionnés. Enfin, les effets des tribunaux de la santé mentale sur le système de justice pénale américain sont analysés et les aspects positifs et négatifs de ce modèle novateur sont également examinés.

L'explication des tribunaux de la santé mentale en général ne suffit pas à comprendre ce modèle. Chaque tribunal de santé mentale présente une grande diversité de critères d'admissibilité, de profils de participants et de processus de participation qui les rendent presque uniques. En fait, certains chercheurs, qui ont observé ce modèle, ont déclaré que si vous aviez déjà vu un tribunal de la santé mentale, vous en aviez vu un seul.

Cependant, le seul moyen possible de comprendre le concept de tribunal de la santé mentale est d'examiner au moins un tribunal de la santé mentale avec tous ses aspects. Par conséquent, le tribunal de la santé mentale de Brooklyn (TSMB), qui vise à fournir un modèle pour les tribunaux de la santé mentale à créer ultérieurement, est examiné de manière exhaustive.

Premièrement, les raisons de la création de ce tribunal et l'importance de choisir Brooklyn comme lieu d'implantation sont expliquées, de même que la définition des membres du tribunal et de leurs fonctions. Par la suite, les critères d'acceptation de

TSMB sont spécifiés. Les exigences relatives au traitement clinique et à l'état criminel sont évaluées par rapport aux exigences d'autres tribunaux de la santé mentale. Une analyse détaillée de l'évolution historique de ces exigences et des raisons de les sélectionner est effectuée. Le rôle des avocats a également été mentionné lorsque les candidats, qui remplissent les conditions, a décidé de participer au tribunal. Les responsabilités du défendeur après la participation, les sanctions en cas de violation de ces responsabilités et les systèmes de récompense visant à promouvoir le respect de ces règles sont expliqués. Toutefois, les termes «récompense» et «sanction / réponse clinique» ne sont pas définis exprès dans les documents judiciaires, car on pense que la même réponse du tribunal peut être considérée comme une «sanction» pour un participant et un autre. Enfin, l'effet de ce tribunal sur le système de justice pénale est indiqué. Cette partie se termine par la discussion sur l'applicabilité de ces tribunaux dans le système judiciaire turc. Le deuxième chapitre se termine par le règlement concernant les victimes et les témoins atteints de maladie mentale en vertu de la loi No. 5271.

Le dernier chapitre de l'étude porte sur les personnes souffrant de maladie mentale dans le cadre de l'application des sanctions et des mesures de sûreté. Il existe deux types de situations dans lesquelles la maladie mentale influe sur l'application des sanctions et des mesures de sûreté: premièrement, la situation des délinquants atteints la maladie mentale au moment des faits criminels; deuxièmement, la situation des délinquants qui atteints la maladie mentale lors de l'exécution de sanctions ou de mesures de sûreté. Les délinquants atteints la maladie mentale au moment des faits criminels se voient imposer des mesures de sûreté au lieu de sanctions. Ainsi, les mesures de sûreté sont expliquées principalement dans ce chapitre. Outre l'évolution historique des mesures de sûreté, le caractère juridique, la définition, les exigences et les types d'exécution de ces mesures sont également examinés. Ensuite, des dispositions spécifiques sur les mesures de sûreté pour les personnes atteints la maladie mentale dans le cadre de la loi No. 5237 sont étudiées.

En droit pénal turc, il est nécessaire d'institutionnaliser dans les institutions de santé à sécurité maximale, les personnes qui ne sont pas en mesure de comprendre l'action en justice et ses conséquences ou qui ont perdu leur capacité de gérer leurs actes considérablement. Ces dispositions ne font aucune distinction entre les types

d'actes criminels. Toute évaluation de la dangerosité, qui est l'une des conditions des mesures de sûreté, n'est pas non plus mentionnée. Ces questions problématiques sont étudiées avec des exemples de droit comparé. D'autre part, même si la libération de personnes de ces institutions dépend de l'élimination ou de la réduction de la dangerosité, il n'est pas nécessaire de prouver la récupération. Le type de maladie mentale et le type d'acte criminel ont une influence sur la décision de libération mais n'ont aucune importance pour l'exécution de la mesure de sûreté.

Il est possible d'imposer des sanctions aux délinquants dont la maladie mentale réduit leur culpabilité. Toutefois, ces sanctions sont exécutées en tant que mesures de sûreté partiellement ou totalement. Par conséquent, ces délinquants sont emprisonnés. Les inconvénients de cette situation sont étudiés et des suggestions sont fournies à ce sujet.

Dans d'autres cas, des personnes peuvent être atteintes de maladie mentale lors de l'exécution de sanctions. À cet égard, il est souligné que les personnes atteintes de maladie mentale sont des sujets des droits de l'homme et que l'ajournement de l'exécution pour cause de maladie mentale est examiné au titre de l'article 16 de la loi No. 5275. Cette disposition régit la situation des personnes souffrant d'autres maladies ou incapables de gérer leur vie quotidienne en raison d'une maladie ou d'un handicap. En outre, la santé des condamnés atteints de maladie mentale est étudiée. La situation des condamnés enceintes est exclue car elle n'est pas pertinente pour la présente étude.

La dernière partie de ce chapitre porte sur le processus de resocialisation des condamnés atteints de maladie mentale. Le faible taux de récidive est considéré comme un critère important pour évaluer le succès d'une politique pénale. Pour atteindre les faibles taux de récidive, il est nécessaire de resocialiser les condamnés après l'exécution des peines et des mesures de sûreté. Ainsi, le concept de resocialisation et la réglementation internationale le concernant sont expliqués. Les possibilités de prévention de la récidive chez les personnes atteintes de maladie mentale avant, pendant et après la libération sont discutées. Comme on le sait, le taux de suicide est considérablement plus élevé chez les anciens condamnés et les personnes atteintes de maladie mentale. Par conséquent, cette question est traitée avec plusieurs littératures médicales et en droit comparé. L'accès aux soins de santé après la libération des personnes atteintes de maladie mentale et la pérennité de ce service sont examinés.

En conclusion, les obstacles à l'emploi des personnes atteintes de maladie mentale sont mentionnés et l'influence positive de l'emploi sur le comportement de ces personnes en dehors de la richesse et de la réputation sont étudiés. À cet égard, les réglementations pertinentes sont examinées, plusieurs recommandations sont données.





## ABSTRACT

In this study, mental illness is considered with an integrative approach in criminal law, criminal procedure law and enforcement law. In modern criminal law, people with mental illness are experiencing serious problems especially during the execution of penalties and security measures and in the course of criminal procedural process. The extent to which these individuals can exercise their right to defense remains as a question which needs to be answered. For this reason, this study is focused on the trial of people with mental illness. In order to provide a better understanding on trial of people with mental illness and create a base for this study and draw its line in this regard, it is required to define the effect of mental illness on criminal responsibility in the first chapter. Furthermore, specific situation of people with mental illness in the scope of enforcement of penalties and security measures are studied. The resocialization process of people with mental illness for the time after the execution of the sanction is also evaluated since there is not a single study on this issue.

This study consists of 3 main chapters. In the first chapter, the concept of culpability, mental illness in criminal law and mental illness on the criminal responsibility are discussed. This chapter started with determination of the concept of culpability in terms of criminal law and theories regarding its role in criminal law systematics, briefly. In addition, the capacity to perceive, which is the ground element of the culpability, is examined in the scope of temporal requirements of existing that capacity, in general. As a result, several conclusions were provided concerning the place of culpability in the general theory of crime.

Under the title of important mental illness to criminal law, the definition of mental illness and its classification are explained with examples of some specific mental illnesses. There are two main groups of mental illnesses evaluated in this study: first, four mental illnesses (schizophrenia, schizoaffective disorder, depression and bipolar disorder) which have great importance to mental health courts and second, other mental illnesses which are significant to criminal law. These four diseases (schizophrenia, schizoaffective disorder, depression and bipolar disorder) are scrutinized thoroughly along with the possibility and requirements of recovery. Other relevant mental illnesses are mentioned in limited to give readers an idea. Moreover,

current medical sources were used for every mental illness addressed in this study in order to minimize the lack in the Turkish legal literature in this regard.

After analyzing concepts of culpability and mental illness, the effect of mental illness on criminal responsibility is explained. In this context, different systems on this issue are explained with illustrating alternative approaches in comparative law. Provisions on mental illness and its consequences are examined within both Turkish Penal Code No. 765 and 5237. At this point it is emphasized that, Law No. 5237 has removed the distinction between full and partial mental illness. However, the mental illnesses are examined according to their effects which removes or decreases the criminal responsibility. Under this title, specific crimes against people with mental illness within the provisions of Law No. 5237 are also indicated. This chapter is concluded with the provisions on criminal responsibility of alcohol and drug addicts under Law No. 5237.

The second chapter focuses on mental illness in the scope of criminal procedure law and begins with discussion regarding situation of people with mental illness under the Code of Criminal Procedure No. 5271. Initially, "stationary mental examination", which is most important legal institution in terms of determining whether the perpetrator is mentally ill, is examined along with its requirements, duration and the binding report about that measure. In addition, under the titles of arrest, compulsory advocacy and judgments, obstacles which people with mental illness mostly encounter with, are specified. In particular, the situation of the people with mental illness, in terms of the arrest, is examined thoroughly included with the approach of the European Court of Human Rights. This subject is discussed in terms of both civil law and criminal law. Lastly, the prosecution of people, who became mentally ill after the time of act, is studied and the concept of mental health court (in the USA) is examined as an alternative model to the prosecution of these people.

Mental health courts are based on mandatory treatments and the judicial monitoring with the flexible participation. The main objectives of these courts are to ensure that people with mental illness who have committed a crime take responsibilities of their actions and (in accordance with) to reduce the recidivism. In order to explain this system, the history of these courts and the reasons to establish them are specified at first. Then the purpose, definition and participants of this system

are explained. However, it is not possible to explain all elements of this model of court since every mental health court has its own characteristic structure. Therefore, only common features of these courts are taken into consideration in this respect. Most recently established or “the second generation” mental health courts are also mentioned. Finally, effects of mental health courts on American criminal justice system are analyzed and both positive and negative aspects of this innovative model are examined.

Explanation of mental health courts in a general is not solely enough to understand this model. Every mental health court has wide range of differences on eligibility criteria, participants' profiles and participation process that make them almost unique. In fact, some researchers, who observed this model, stated that if you have seen one mental health court, you have seen (only) one mental health court.

However, the only possible way to understand the concept of mental health court is examining at least one mental health court with its every aspect. Therefore, Brooklyn Mental Health Court (BMHC), which aims to provide a model for mental health courts to be established later, is examined comprehensively.

In this regard, first, the reasons behind the establishment of this court and the importance of choosing Brooklyn area as the location of BASM are explained along with the defining of court members and their duties. Subsequently, acceptance criteria of BASM are specified. In this respect, requirements regarding clinical treatment and criminal condition are evaluated in comparison with requirements of other mental health courts. A detailed analysis on historical evolution of these requirements and reasons to select them is made. The role of lawyers was also mentioned when candidates, who meet requirements, decided to participate to the court. Responsibilities of the defendant after the participation, the sanctions for violation of these responsibilities and the reward systems to promote the compliance with these rules are explained. However, terms of “reward” and “sanction/clinical response” are not defined in court documents on purpose since it is believed that the same court response may be considered as a “sanction” for one participant and as a “clinical response” for another. Finally, the effect of this court on the criminal justice system is indicated. This part is concluded with the discussing the applicability of these courts

in Turkish judicial system. The second chapter ends with the regulations regarding to the victims and witnesses with mental illness under the Law No. 5271.

The last chapter of the study focuses on people with mental illness in the scope of the enforcement of penalties and security measures. There two types of situation when mental illness influences the enforcement of penalties and security measures: first, the situation of people who were mentally ill at the time of criminal act; second, the situation of people who became mentally ill during the execution of penalties.

People, who were mentally ill at the time of criminal act, are imposed security measures instead of penalties. Thus, security measures are explained primarily in this chapter. In addition to historical evolution of security measures, the legal character, the definition, requirements and types of execution of these measures are examined. Then, specific provisions on security measures for people with mental illness under the Law No. 5237 are studied.

In Turkish criminal law, it is necessary to send people, who are not able to understand the legal action and its consequences or lost their ability to manage their actions considerably, to the maximum-security health institution. There is not any distinction between types of criminal act under these provisions. Any evaluation on dangerousness, which is the one of the conditions of security measures is also not mentioned. These problematic issues are studied along with examples in comparative law. Even though release of people from these institutions depends on the elimination or reduce of the dangerousness, it does not require to prove the recovery. The type of the mental illness and the type of the criminal act have an influence on the decision of release while they do not have any importance to execution of the security measure. It is possible to impose penalties to people, whose mental illness reduces their culpability, however, these penalties are executed as security measures partially or completely. Therefore, these people are sent to prison. The disadvantageous of this situation is studied and suggestions are provided on this matter.

In other case, people may become mentally ill during the execution of penalties. In this regard, it is emphasized that people with mental illness are subjects of human rights and the adjournment of the execution because of the mental illness is examined

under the Article 16 of Law No. 5275. This provision regulates the situation of people who suffer from other diseases or cannot manage their daily life because of disease or disability. Additionally, the health in prison conditions is studied in the scope of people with mental illness, situation of pregnant convicts is excluded since it is irrelevant to this study.

The last part of this chapter focuses on the resocialization process of convicts with mental illness. The low rate of recidivism is considered as a significant criterion to assess the success of a criminal policy. In order to achieve the low rates of recidivism, it is necessary to resocialize convicts after the execution of penalties and security measures. Thus, the concept of resocialization and international regulation regarding it are explained. Possibilities for the prevention of recidivism of people with mental illness before, at the time of and after the release are discussed. Since it is a well-known fact that the rate of commit suicide is considerably high in case of former convicts and people with mental illness. Therefore, this issue is handled along with several medical literatures and in comparative law. The access to the health care after the release of people with mental illness and sustainability of this service are examined. In conclusion, the obstacles to the employment of people with mental illness are mentioned and the positive influence of having a job on these people's behavior apart from the wealth and reputation are studied. Relevant regulations are examined, several recommendations are given in this regard.

## ÖZET

Bu tez çalışmasında akıl hastalığı, ceza ve ceza muhakemesi hukuku ile infaz hukukunda bütüncül bir yaklaşımla ele alınmıştır. Modern ceza hukukunda akıl hastaları özellikle ceza muhakemesi aşamasında ciddi sıkıntılar yaşamaktadır. Gerçekten bu kişilerin savunma hakkını ne ölçüde kullanabildikleri cevaplanması gereken bir soru olarak varlığını korumaktadır. Bu sebeple çalışmada, akıl hastalarının yargılanması konusuna odaklanılmıştır. Ancak ceza muhakemesinde akıl hastalarının durumunun daha iyi anlaşılmasını sağlamak ve çalışmaya bir temel oluşturmak adına ilk bölümde akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisinin belirlenmesi gerekmiştir. Son bölümde ise ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazında akıl hastalığı ele alınmıştır. Ayrıca literatürde topluma yeniden kazandırılması bağlamında akıl hastalarına ilişkin bir çalışma olmaması sebebiyle bu konu da çalışma kapsamına alınmıştır.

Türk ceza hukukunda akıl hastalarının yargılanması ile ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazından akıl hastalığı isimli bu çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, ceza hukukunda kusur, akıl hastalıkları ve akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi üzerinde durulmuştur. Kusur bahsiyle başlayan bu bölümde, ilk olarak ceza hukuku bakımından kusurun anlamı ile ceza hukuku sistematüğinde kusurun yerine ilişkin teorilere kısaca yer verilmiş ve kusur yeteneğini oluşturan algılama ve irade yeteneği ile kusur yeteneğinin aranacağı zaman konularında, çalışmanın amacıyla sınırlı olarak durulmuştur. Sonuç itibarıyla 5237 sayılı Türk Ceza Kanun'un (TCK) benimsediğı suç genel teorisi içinde kusurun yerine ilişkin çeşitli çıkarımlarda bulunulmuştur.

Kusur bahsinden sonra yer verilen ceza hukuku bakımından önem arz eden akıl hastalıkları başlığı altında öncelikle akıl hastalığının tanımı ve sınıflandırma çizelgeleri hakkında bilgi verilmiş ve devamında bazı akıl hastalıkları anlatılmıştır. Çalışmada yer verilen akıl hastalıkları iki başlığa ayrılabilir: Çalışmanın ikinci bölümünde yer verilecek olan akıl sağlığı mahkemeleri bakımından özellikle önem arz eden dört akıl hastalığı ve ceza hukuku bakımından önem arz eden diğer akıl hastalıkları. Söz konusu dört hastalık (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, çökkünlük ve iki uçlu bozukluk) iyileşme ihtimallerine ve tedavi yöntemlerine de yer verilmek suretiyle detaylı olarak ele alınmıştır. Ceza hukuku bakımından önem arz eden diğer

bazı akıl hastalıklarına ise okuyucuya fikir vermesi amacıyla sınırlı olarak değinilmiştir. Bu hususta çalışmaya konu olan her bir akıl hastalığı için güncel tıp kaynaklarından yararlanılmış ve bu hususta öğretilerde görülen eksiklik giderilmeye çalışılmıştır.

Kusur ve akıl hastalığı bahsinden sonra akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi açıklanmıştır. Bu konuda ilk olarak akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi konusundaki sistemler anlatılmıştır. Ayrıca konunun karşılaştırmalı hukukta nasıl çözümlendiği gösterilmeye çalışılmıştır. Daha sonra 765 sayılı TCK dönemindeki düzenlemelere yer verilerek 5237 sayılı TCK’da akıl hastalığının ceza sorumluluğu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu noktada 5237 sayılı TCK ile tam ve kısmi akıl hastalığı ayırımının kaldırıldığı vurgulanarak akıl hastalığı, ceza sorumluluğunu kaldıran ve azaltan etkisine göre irdelenmiştir. Bu başlık altında ayrıca 5237 sayılı TCK kapsamında akıl hastası karşı işlenen suçlardan söz edilmiştir. Birinci bölüm alkol ve uyuşturucu bağımlılarının ceza sorumluluğu ilişkin 5237 sayılı TCK’da yer verilen hükümlere yer vererek tamamlanmıştır.

Ceza muhakemesi hukukunda akıl hastalığını konu alan ikinci bölüm, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) bağlamında akıl hastalarının durumunu tartışarak başlamaktadır. İlk olarak failin akıl hastası olup olmadığının belirlenmesi açısından en önemli hukuki müessese olan gözlem altına alma tedbiri irdelenmiştir. Tedbirin hukuki niteliği üzerinde yapılan tartışmalara yer verilerek tedbirin koşulları, süresi ile tedbir sonunda hazırlanacak raporun içeriği ve bağlayıcılığı üzerinde durulmuştur. Daha sonra akıl hastalarının ceza muhakemesi içinde yaşadıkları sıkıntılar, sırasıyla tutuklama, zorunlu müdafilik, hüküm ve durma kararı başlıkları altında incelenmiştir. Özellikle tutuklama tedbiri bakımından akıl hastalarının durumu, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin yaklaşımına da yer verilmek suretiyle derinlemesine irdelenmiş ve konu ceza hukukunun yanı sıra medeni hukuk açısından da ele alınmıştır. Türk ceza hukukunda akıl hastalarının yargılanması bağlamında son olarak fiili işledikten sonra akıl hastası olan failerin yargılanması konusu gündeme alınmıştır. Bu konuda öğretilerde dile getirilen görüşlerden hareketle akıl hastalarının yargılanmasına bir alternatif olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkan akıl sağlığı mahkemeleri üzerinde durulmuştur.

Akıl sağlığı mahkemeleri, zorunlu tıbbi tedavi ve adli izlemeler ile esnek katılım koşullarına dayanmaktadır. Suç işlemiş akıl hastalarının fiillerinden sorumluluklarını almalarını sağlamak ve tekerrürü azaltmak, bu mahkemelerin temel hedefleri arasındadır. Çalışmada, bu mahkemelerin ilk olarak tarihçesine ve ortaya çıkış nedenlerine yer verilmiş, daha sonra amacı, tanımını ve katılımcıları anlatılmıştır. Ancak bu mahkeme modelini tüm hatlarıyla anlatmak, her bir akıl sağlığı mahkemesinin kendine özgü özellik ve usuller barındırması sebebiyle mümkün değildir. Buna karşın bu mahkemeler belirli bazı ortak özellikler taşımaktadır. Çalışmada da bu temel özellikler dikkate alınarak akıl sağlığı mahkemelerinin genel işleyişi anlatılmıştır. Ayrıca daha yakın tarihte kurulan ve ikinci nesil olarak adlandırılan akıl sağlığı mahkemelerinden de bahsedilmiştir. Son olarak akıl sağlığı mahkemelerinin Amerikan ceza adalet sistemi üzerindeki etkilerine yer verilerek bu yenilikçi yaklaşımın olumlu ve olumsuz özellikleri incelenmiştir.

Akıl sağlığı mahkemelerini genel olarak açıklamak, bu modelin anlaşılabilmesi için yeterli değildir. Her bir akıl sağlığı mahkemesi, uygunluk kriterleri, katılımcıları profilleri ve katılım süreçleri bakımından ciddi farklılıklar içermekte ve bu durum onların her birini neredeyse benzersiz yapmaktadır. Öyle ki bu modeli gözlemleyen bazı araştırmacılar, bir akıl sağlığı mahkemesini görmenin, sadece bir akıl sağlığı mahkemesini görmek anlamına geleceğini ifade etmişlerdir. Ancak akıl sağlığı mahkemelerini anlamak da en azından bir akıl sağlığı mahkemesinin her yönüyle incelenmesiyle mümkün olabilir. Bu sebeple çalışmada, daha sonra kurulacak akıl sağlığı mahkemelerine bir model amacı taşıyan Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi (BASM) derinlemesine irdelenmiştir.

BASM ile ilgili ilk olarak mahkemenin ortaya çıkış nedenlerine yer verilmiş ve mahkemenin kuruluş yeri olarak Brooklyn'nin seçilmesinin gerekçeleri ve önemi açıklanmıştır. Ayrıca BASM'nin işleyişinin daha rahat anlaşılabilmesi için mahkeme ekibi ile bu ekibin görevlerine yer verilmiştir. Daha sonra BASM'ye sevklerin nasıl gerçekleştiği kısaca açıklanarak BASM'nin uygunluk kriterleri bütün yönleriyle incelenmiştir. Bu aşamada BASM'nin katılımcı adaylarında aradığı klinik ve suç tipi kriterleri, diğer bazı akıl sağlığı mahkemelerinin klinik ve suç tipi kriterleri ile karşılaştırılmalı olarak anlatılmıştır. Bu kriterlerin nasıl belirlendiği ve zaman içinden hangi gerekçelerle değiştirildiği detaylı olarak ortaya konulmuştur. Kriterleri sağlayan



adayların katılım kararı verdikleri aşamada, avukatların rolüne de değinilmiştir. Katılım ile sanıkları hangi sorumlulukların beklediği, bu sorumluluklara uymamanın yaptırımları ve uyumu artırmaya yönelik ödül sistemleri açıklanmıştır. Ancak BASM paydaşları, katılımcılar tarafından farklı anlaşılabilceği endişesiyle ödül ve yaptırım/klinit yanıtları somut olarak belirlememiştir. Bunun yerine bu sistem ile katılımcıların tedaviye ve programa uyumunun artırılması hedeflenmiştir. BASM ile ilgili son olarak bu mahkemenin ceza adalet sistemi üzerindeki etkisi anlatılmıştır. Çalışmanın bu kısmı, alternatif bir model olarak akıl sağlığı mahkemelerinin Türkiye’de uygulanabilirliğinin sorgulanması ile tamamlanmıştır. İkinci bölüm ise 5271 sayılı CMK kapsamında suçtan zarar gören ve tanıkların akıl hastası olmasına ilişkin düzenlemeleri ele alarak sonlanmıştır.

Çalışmanın son bölümü ise ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazında akıl hastalığını konu almaktadır. Akıl hastalığı infaz aşamasında iki şekilde karşımıza çıkabilir: Suç işlediği sırada akıl hastası olan kişinin durumu ve suç işlediği sırada akıl hastası olmayıp infaz aşamasında akıl hastalığına yakalanan kişinin durumu. Suç teşkil eden bir fiili işlediğine ilişkin hakkında mahkûmiyet hükmü kurulan akıl hastası, esasen güvenlik tedbiri yaptırımı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sebeple, bu bölümde ilk olarak güvenlik tedbirleri ele alınmıştır. Güvenlik tedbirlerinin ortaya çıkış nedenleri ve tarihsel süreci ile başlayan üçüncü bölüm, bu tedbirlerin hukuki niteliğini, tanımını ve uygulanma koşullarını, uygulanış biçimlerini ve çeşitlerini ele almaktadır. Güvenlik tedbirlerine, çalışmanın amacıyla sınırlı olarak değinildikten sonra 5237 sayılı TCK’da akıl hastalarına ilişkin güvenlik tedbirlerine yer veren 57. madde incelenmiştir.

Türk ceza hukukunda akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişinin yüksek güvenilirlikli sağlık kurumuna yatırılması gerekmektedir. Kanun koyucu bu hususta işlenen fiilin niteliğine göre bir ayırım yapmadığı gibi bu kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanması için bu tedbirlerinin koşullarından olan tehlikeli hale ilişkin ayrıca bir değerlendirme yapılmasını da gerekli görmemiştir. Çalışmada bu husus, karşılaştırmalı hukukta yer alan örnekleriyle birlikte incelenmiştir. Akıl hastasının bu kurumdan serbest bırakılması ise toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalkması veya önemli ölçüde

azalması halinde mümkündür. Buna karşın serbest bırakmada iyileşme koşulu aranmamaktadır. Güvenlik tedbirinin uygulanmasında önem arz etmeyen akıl hastalığı ve işlenen fiilin niteliği, serbest bırakılma sonrası güvenlik bakımında kişinin tıbbi kontrol ve takibine karar verilmesinde belirleyici bir role sahiptir.

Akıl hastalığının kusur yeteneğini ortadan kaldırmadığı ancak azalttığı kişiler hakkında ceza yaptırımına hükmedilmekte ancak bu yaptırım kısmen ve tamamen güvenlik tedbiri olarak uygulanabilmektedir. Sonuç itibarıyla bu kişiler infaz kurumuna gönderilebilmektedir. Çalışmada bu yaklaşımın yarattığı sakıncalar gösterilmiş ve bu hususta çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Öte yandan kişiler suç işlerken akıl hastası olabilecekleri gibi, cezalarının infazı aşamasında da akıl hastalığına tutulabilir. Bu hususta ilk olarak akıl hastalarının da herkes gibi insan haklarının bir süjesi olduğu vurgulanmış ve devamında İnfaz Kanunu m. 16'da yer alan akıl hastalığı nedeniyle infazın geri bırakılmasına ilişkin düzenlemeler incelenmiştir. Çalışmanın dolaylı olarak konusunu oluşturan cezaevlerinde sağlık hususu, akıl hastası hükümlüler açısından ayrıca irdelenmiştir.

Çalışmanın son kısmı akıl hastası olan mahkumların topluma yeniden kazandırılması ile ilgilidir. Ceza politikalarının başarı kistaslarında önemli bir yer tutan düşük tekerrür oranları ancak hükümlülerin infaz aşaması sonrası topluma yeniden kazandırılmaları ile gerçekleşebilmektedir. Bu bağlamda topluma yeniden kazandırma kavramı ile bu kavrama ilişkin uluslararası metinlere yer verilmiştir. Daha sonra ise bu hususta akıl hastalarının durumu incelenmiştir. Gerek infaz devam ederken gerekse tahliye hazırlık ve tahliye sonrası aşamalarda akıl hastalarının, ceza adalet sistemine tekrar dahil olmamaları adına neler yapılabilir sorusu cevaplandırılmaya çalışılmıştır. İnfazın başlamasıyla birlikte akıl hastalığının erken teşhisinin önemi ortaya konulmuştur. İntihar oranlarında hükümlülerin ve akıl hastalarının üst sıralarda yer alması sebebiyle bu konu, tıp kaynaklarından ve karşılaştırmalı hukuktan yararlanılarak incelenmiştir. Akıl hastası hükümlülerin tahliyeleri sonrası sağlık hizmetlere erişimlerinin kesilmemesi açısından bu hizmetlerin sürekliliği ve toplum içinde gördürülmesi üzerinde durulmuştur. Son olarak birçok akıl hastasının barınma ve iş bulma konularında yaşadığı sıkıntılar, bir iş sahibi olmanın konum veya kazanılan paradan bağımsız olarak akıl hastalarının

kişilikleri üzerindeki olumlu etkisi birlikte ele alınmıştır. Bu hususta mevcut düzenlemeler irdelenmiş ve bu hususa ilişkin yaşanan problemlere çözüm önerileri getirilmiştir.



## GİRİŞ

Akıl hastalığı düşünme, duygu veya davranışta ya da bunların birleşimlerinde meydana gelen değişiklikleri ifade eden bir sağlık durumudur<sup>1</sup>. Belki de insanlık tarihi kadar eskiye dayanan akıl hastalığı, modern insanın yaşantısında, daha önce hiç olmadığı kadar önemli bir yer tutmaktadır. Akıl hastalıklarını anlamak ve uygun tedavi yöntemleri geliştirmek için oluşturan sınıflandırma çizelgelerine her gün yeni bir hastalığın eklendiği ve birçok hastalığın çizelgelerdeki yerlerinin değiştiğini görmekteyiz. Buna karşın Türk hukukunda akıl hastalığı hususunda, ne yazık ki yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Akıl hastalığının kusur yeteneğine etkinin ne yalnızca tıp bilim insanlarının ne de yalnızca hukukçuların ele alabileceği bir konu olması, bu eksikliğin sebeplerinden biridir. Ancak tek sebep olarak konunun her iki alanında kesişim kümesinde yer alıyor olması gösterilemez. Zira akıl hastalığının kusur yeteneğine etkisine ilişkin teoriler esas itibarıyla görevini tamamlamış durumdadır. Günümüz ceza hukuku sistemlerinde akıl hastalarının ceza sorumluluğu etkisi, ekseriyetle akıl hastalığının kişinin işlediği fiile ilişkin algılama ve irade yeteneği üzerindeki etkisi dikkate alınmak suretiyle belirlenmektedir.

Modern ceza hukukunda, akıl hastalarına ilişkin çalışmaların esas odaklandığı nokta, çekişmeli yargılama usulünde akıl hastası şüpheli veya sanığın kendisini ne ölçüde temsil edebileceği hususudur. Diğer bir deyişle akıl hastalarına ilişkin yargılamalarda, adil yargılanma hakkının ve bu hakkın özelinde savunma ihlal edilip edilmediği sorularına bir yanıt aranmaktadır. Kimi ceza muhakemesi sistemleri, zorunlu müdafilik kurumu ile bu kişilerin yargılanmasını kabul ederken kimi sistemler, bu kişileri güvenlik tedbirleri muhakemesine tabi tutmakta kimi sistemler ise akıl hastalarına ilişkin yargılamaların durmasını düzenlemektedir. Ancak her halükarda kişinin eylemlerini anlayamama ve bu eylemlerinin getirdiği sorumlulukları üstlenememe gibi problemler varlığını korumaktadır. Bu bakımdan Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkan alternatif bir model olarak akıl sağlığı mahkemeleri, tıbbi tedavi ve ceza muhakemesi sürecini bir arada yürütmek ve akıl hastası sanıkları

---

<sup>1</sup> <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>, E.T.: 18.06.2018.

çekişmeli yargılama usulünden çıkartmak suretiyle söz konusu sorunlara ciddi çözümler getiren yenilikçi bir yaklaşım olarak dikkat çekmektedir.

Öte yandan sorun sadece yargılama aşaması ile bitmemekte akıl hastaları hakkında hükmedilen ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı da akıl hastalığının kendisinden doğan bazı sakıncaları beraberinde getirmektedir. Modern ceza hukukunda işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamayan bir kimsenin ceza yaptırımını ile karşı karşıya kalması kabul edilmemektedir. Buna karşın işlenen eylemin haksızlık içeriği varlığını korumaktadır. Bu sebeple gerek bu kimselerin sahip oldukları tehlikeli halden toplumu koruma gerekse bu kişileri iyileştirme amacına matuf olarak güvenlik tedbirlerinin uygulanması gündeme gelmektedir. Akıl hastalarına ilişkin güvenlik tedbiri kendisini, kişilerin tedavi tedbiri olarak sağlık kurumlarına yatırılması şeklinde göstermektedir. Amaçlardan en azından birisi iyileştirme olduğunda, kişinin bu kurumlardan serbest bırakılması da ancak iyileşme ile mümkün olabilmektedir. Ancak her akıl hastalığının iyileşmesi mümkün değildir. Bu bakımdan iyileşme koşulu aranmasına ciddi eleştiriler getirilmiş ve bu eleştirilerin bir sonucu olarak artık akıl hastaları toplum için arz ettikleri tehlikenin önemli ölçüde azalması üzerine serbest bırakılmaya başlamışlardır.

Modern ceza hukukunda hapsedmenin kişinin gidip gelme hürriyeti dışında temel hak ve özgürlüklere bir müdahale olamayacağı kabul edilmektedir. Bununla birlikte modern hapisanelerin ortaya çıktığı 18. yüzyıldan beri hedeflere ulaşmada ne derece iyi bir çözüm olduğu tartışmaları, bu kurumların ortaya çıktığı ilk zamandan beri varlığını sürdürmektedir. Foucault hapisaneleri iyileştirmenin söz konusu olmadığını, zira hapsedmenin kendisinin sorunlu bir şey olduğu ifade etmektedir. Bu anlayış kendisini Avrupa Cezaevi Kuralları m. 102/2'de de göstermektedir: *“Özgürlükten yoksun bırakılarak hapsedmenin kendisi bir cezadır. Bu nedenle hükümlü mahpuslara uygulanan rejim hapsedilmenin doğasında var olan sıkıntıyı daha da ağırlaştırmamalıdır.”*. Bu sebeptir ki Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi de devletlere hapsedmenin doğasından kaynaklanan bu sıkıntıların yanında yeni başka sıkıntılar getirmeme sorumluluğu yüklemektedir. Bu hususta akıl hastası mahpuslar ise özel ihtimam gösterilmesi gereken kişiler arasındadır. Bu bağlamda 5275 sayılı İnfaz Kanunu m. 16'da düzenlenen infaz aşamasında akıl hastalığına tutulan

hükümlülere ilişkin cezanın geri bırakılmasına dair düzenlemeler detaylı olarak incelenmiştir.

Akıl hastalığı için ceza adalet sisteminin döner kapısı yakıştırması yapılmaktadır<sup>2</sup>. Bu yakıştırmının nedeni şu şekilde açıklanabilir: Akıl hastası olan kişi, kanunun suç olarak tanımladığı bir eylemi işlemek suretiyle girdiği ceza adalet sistemi kapısından tahliye olarak çıkmakta ancak akıl hastalığından kaynaklanan bazı sebepler ile pek az önce çıktığı bu kapıdan yeniden girmektedir. Böylelikle akıl hastalığı, ceza adalet sisteminden çıkılmasını engelleyen bir kapı hüviyetine bürünmektedir. Bu durum, esasen henüz daha suç işlemedikleri anda dahi toplum içinde kendilerine bir yer edinmede problem yaşayan akıl hastalarının bir de adli sicil kayıtlarının olması nedeniyle toplum tarafından kabul görmelerinin iyiden iyiye zorlaşmasından kaynaklanmaktadır. Döner kapıyı ortadan kaldırma adına yapılan çalışmalar, herhangi bir şekilde ceza adalet sistemine dahil olmuş akıl hastalarının tahliyeleri sonrası tekrardan bu sistemin içine girmemelerinin toplum içinde yaşama dönmelerine yardımcı olunması ile mümkün olduğu ve bu bağlamda devletin bazı yükümlülüklerinin bulunduğunu göstermektedir.

---

<sup>2</sup> Shelli B. Rossman ve diğ., **Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York**, National Institution of Justice, Washington, DC, 2012, s.57 vd.

## **BİRİNCİ BÖLÜM – KUSUR YETENEĞİNİ KALDIRAN VE AZALTAN BİR NEDEN OLARAK AKIL HASTALIĞI**

Türk ceza hukukunda akıl hastalığı, 5237 sayılı TCK'nın *Ceza Sorumluluğunun Esasları* başlıklı İkinci Kısım'ın *Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Nedenler* başlıklı İkinci Bölüm'de 32. maddede düzenlenmiştir. 5271 sayılı CMK'nın 223. maddesinde ise suçla bağlantılı olarak akıl hastalığının, failin kusurunun bulunmaması dolayısıyla ceza verilmesine yer olmadığı kararı verilmesi gereken bir hal olduğu belirtilmiştir. Buna göre ilk olarak kusurluluk ve Türk kanun koyucunun kusurluluğu suç genel teorisi içinde nasıl düzenlendiği incelenmelidir.

### **I. Kusurluluk**

Gerçekleştirilen eylemin kanunda tanımlanan suçu oluşturabilmesi için maddi unsurların yanında failin işlediği fiil ile arasındaki manevi bağı ifade eden manevi unsurun varlığı da aranmaktadır<sup>3</sup>. Maddi unsur tipikliğin objektif boyutuna karşılık gelmekteyken manevi unsur ise tipikliğin sübjektif boyutu olup failin iç dünyasına ilişkindir<sup>4</sup>.

Doktrinde “manevi unsur<sup>5</sup>” veya “kusurluluk<sup>6</sup>” şekilde adlandırılan manevi bağa ilişkin bu isimlendirmeler, esasen suçun yapısına ilişkin farklı yaklaşımların bir tezahürüdür<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> İzzet Özgenç, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*, 14. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018, s.390.

<sup>4</sup> M. Emin Artuk, Ahmet Gökçen, *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, 11. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2017, s.492.

<sup>5</sup> Öztekin Tosun, *Suç Hukuku El Kitabı*, İstanbul, 1979, s.120; Uğur Alacakaptan, *Suçun Unsurları*, Ankara, 1975, s.117; Sulhi Dönmezer, Sahir Erman, *Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım*, C. II, 11. Bası, İstanbul, 1997, s.843 vd; Zeki Hafizoğulları, Muharrem Özen, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*, 10. Bası, Ankara, USA Yay., 2017, s.240 vd.

<sup>6</sup> Ayhan Önder, *Ceza Hukuku Dersleri*, İstanbul, Filiz Kitapevi, 1992, s 267; Nevzat Toroslu, Haluk Toroslu, *Ceza Hukuku Genel Kısım*, Ankara, 24. Baskı, Savaş Yay., 2018, s.200.

<sup>7</sup> Artuk/Gökçen, *a.g.e.*, s.492.

## A. Kusur Teorileri

### 1. Psikolojik Kusur Teorisi

Klasik suç teorisinin kusur teorisi olan psikolojik teoriye göre kusurluluk, fail ile fiil arasındaki psişik bir bağı ifade etmektedir<sup>8</sup>. Bu teori suçu, hukuka aykırı, kusurlu ve ceza yaptırımına bağlanan hareket olarak tanımlamaktadır. Bu yönden kusur, suçu oluşturan eylemin niteliklerinden biri olma özelliğine sahiptir<sup>9</sup>. Bu teori, kast ve taksiri kusurun türleri olarak kusur başlığı altında ele alır<sup>10</sup>. Bu bağlamda suçun manevi unsuru ile kusurluluk aynı anlamda kullanılmaktadır<sup>11</sup>.

Psikolojik teori isnat yeteneğini kusurluluğun ön şartı olarak ele almaktadır<sup>12</sup>. Kusurlu bir şekilde hareket etme kabiliyeti olmayan kişinin belirli bir olayda kusurlu olduğundan söz edilemez<sup>13</sup>. Buna göre, ancak zihnen gelişmiş ve sağlıklı olan sùjeler isnat edilebilir olmakta iken henüz yeterli zihinsel gelişime ulaşmamış veya akıl hastası olanlar için ise kasttan veya taksirden söz edilemez. Bu anlayışın sonucu olarak isnat yeteneği olmayan kişinin işlediği fiil kusurlu olmayan bir tipik fiildir. Ancak bu teori, kast ve taksiri oluşturan psişik durumların zihnen gelişmemiş kişilerin veya akıl hastalarının davranışlarında da görülmesi sebebiyle isnat yeteneğinin kusurluluğun ön şartı olarak ele alınamayacağını gerekçesiyle eleştirilmektedir<sup>14</sup>. Bu teori, bir mazeret sebebi altında bulunan failin kasten hareket etmesine rağmen neden cezalandırılmaması gerektiğini açıklayamadığı gerekçesiyle de eleştirilmektedir<sup>15</sup>.

<sup>8</sup> Tahir Taner, **Ceza Hukuku Umumi Kısmı**, Üçüncü Basım, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul, 1953, s.301; Toroslu/Toroslu, **a.g.e.**, s.201; Neslihan Göktürk, **Haksızlık Yanılgısının Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, Ankara, Seçkin Yay., 2016, s.3.

<sup>9</sup> Kayıhan İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 4. Bası, İstanbul, Beta Yay., 2017, s.403.

<sup>10</sup> Bahri Öztürk, Mustafa Ruhan Erdem, **Uygulamalı Ceza Hukuku ve Emniyet Tedbirleri Hukuku**, 17. Baskı, Ankara, 2017, s.278; Nur Centel, Hamide Zafer, Özlem Çakmut, **Türk Ceza Hukukuna Giriş**, 9. Bası, İstanbul, Beta Yay., 2016, s.353; Selahattin Keyman, "Suç Genel Teorisinin İki Temel Sorunu: Genel ve Soyut Hareket Kavramı- Suçun İncelenmesinde Tekçi ve Tahlilci Yöntemler", in: **Fadıl Sur'un Anısına Armağan**, Ankara, 1983, s.432.

<sup>11</sup> Doğan Soyaslan, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 7. Baskı, Ankara, Yetkin Yay., 2016, s.408; Toroslu/Toroslu, **a.g.e.**, s.200.

<sup>12</sup> Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, s.144.

<sup>13</sup> Nurullah Kunter, **Suçun Kanuni Unsurları Nazariyesi**, İstanbul, 1949, s.97; Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, s.143, 144.

<sup>14</sup> Toroslu/Toroslu, **a.g.e.**, s.203.

<sup>15</sup> Adem Sözüer, "Hukuki Hata", Yargıtay Dergisi, C.21, Sa.4, Ekim 1995, s.470; Zeynel T. Kangal, **Ceza Hukukunda Zorunluluk Durumu**, Ankara, Seçkin Yay., 2010, s.403.



Öte yandan kusurluluğun kast ile taksirden ibaret iki çeşidi bulunduğunu düşünen psikolojik teori taraftarları, bu iki değişik psikolojik hali tek bir kavram altında birleştirme çabası içine girmişlerdir<sup>16</sup>. Kusurluluğun tek esasının kast olduğundan hareket eden bazı yazarlar, taksirin kastan esasta ayrılmadığı, aksine kastın bir türünden farklı bir şey olmadığını ileri sürmüşler ve taksire, tehlike kastı denilmesinin daha doğru olacağını ifade etmişlerdir<sup>17</sup>. Bazı psikolojik teori yazarları ise kastın, kusurluluğun tek şekli olduğunu ve fail ile netice arasında manevi bağın bulunmadığı taksir halinde işlenen fillerin, dar anlamda suç kavramına giremeyeceği iddia etmişlerdir<sup>18</sup>. Ancak bu yaklaşımlar taksirli suçlarda cezalandırılan hususun failin psikolojik durumundan ziyade, dikkatli ya da dikkatsiz şekilde hareket ettiği hakkında başkaları tarafından verilen değer hükmü olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir. Bu sebeple esasen kusurluluğu psikolojik bir kavram olarak ele alan *Dönmezer/Erman* taksirli suçlarda normatif kusur teorisinden yararlanılması gerektiğini kanaatindedir<sup>19</sup>.

## 2. Normatif Kusur Teorisi

Normatif kusur teorisine göre kusur, failin hukuka uygun hareket edebilme imkanı olmasına rağmen gerçekleştirdiği haksızlıkla ilgili olarak kınanıp kınanmamasına ilişkin bir yargıdan ibarettir<sup>20</sup>. Normatif kusur teorisinde, kast ve taksir ise haksızlığın gerçekleştiriliş biçimleri olarak ele alınarak kusur alanından çıkartılmıştır<sup>21</sup>. Suçun unsurları içinde manevi unsuru oluşturan kast ve taksir gerçekleşmediğinde, artık bir suçtan söz edilemez<sup>22</sup>. Kusurluluk ise suç teşkil eden fiilin bir unsuru değildir<sup>23</sup>. Bilakis suçun bütün unsurları ile gerçekleşmesinden sonra araştırılan ve gerçekleştirdiği fiil nedeniyle failin kınanabilip kınanamayacağına

<sup>16</sup> Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, s.202. Bu yönde Radbruch'un görüşü için bkz. Serdar Talas, **Ceza Hukukunda Kusur İlkesi Bağlamında Nedeninde Serbest Hareket (actio libera in causa) Kavramı ve Geçici Nedenlerin Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2011, s.41, 42.

<sup>17</sup> Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, s.202.

<sup>18</sup> **a.g.e.**, s.202, 203.

<sup>19</sup> **a.g.e.**

<sup>20</sup> Önder, **Ceza Hukuku Dersleri**, s 267; Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.492; Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.392; Mahmut Koca, İlhan Üzülmez, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 11. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018, s.311; Hakan Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 21. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2017, s.392; Berrin Akbulut, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 5. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2018, s.526.

<sup>21</sup> Öztürk/Erdem, **a.g.e.**, s.278; Akbulut, **a.g.e.**, s.526. Bu noktada çifte fonksiyona dayalı kusur teorisinin, kast ve taksiri hem haksızlığın hem de kusurun içinde ele aldığı belirtilmelidir.

<sup>22</sup> İzzet Özgenç, **Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi**, Ankara, Seçkin Yay., 2005, s.233.

<sup>23</sup> İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.416; Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.390.

ilişkin bir değerlendirme yargısıdır<sup>24</sup>. Bu sebeple kişinin kusurlu olup olmaması gerçekleştirilen fiilin suç vasfına etki etmeyecektir<sup>25</sup>. Diğer bir deyişle haksızlık, failin kusurundan bağımsız olarak kanunda düzenlenmiş olan suç tipinin oluşumunu sağlayan davranış normlarının ihlal edilmesidir<sup>26</sup>.

Failin kınanabilmesi, haksızlığı başka türlü hareket etme imkanı olmasına rağmen gerçekleştirilmesi ile gerekçelendirmektedir<sup>27</sup>. Diğer bir deyişle fiilden kaçınabilirlik, kusurun zorunlu unsurudur<sup>28</sup>. Bu bağlamda gerçekleştirdiği fiil nedeniyle failin kınanabilmesi, hareketi gerçekleştirdiği sırada kusur yeteneğine sahip olmasına, haksızlık bilincinin bulunmamasına ve kusurluluğu kaldıran hallerin gerçekleşmemesine bağlıdır<sup>29</sup>. Örneğin akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarının algılayamayan veya bu fiile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan bir akıl hastasının, bir kimseyi öldürmesi bir haksızlıktır ancak kusur yeteneği olmadığından fail hakkında ceza yaptırımını uygulanmamaktadır (5237 sayılı TCK m. 32/1).

Failin içinde yetiştiği veya içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal koşullar, işlediği fiile ilişkin kusurunun belirlenmesinde etkili olmaktadır<sup>30</sup>. Bununla birlikte kusur, belirli bir fiile ilişkin olarak fail hakkında bulunan bir yargı olduğundan, bu fiilden bağımsız olarak failin sürdürdüğü hayat tarzı, sahip olduğu karakteri yahut geçmişi itibarıyla kusurlu olduğundan bahsedilmesi söz konusu değildir<sup>31</sup>. Aksi bir yaklaşım, ceza sorumluluğunun kanunilik ilkesi ile korunan hukuki belirginliği ve güvenliği ihlal edecek şekilde genişletilmesine ve failin yaşam biçimi, varoluş biçimi veya geçmişi sebebiyle cezalandırılmasına yol açar<sup>32</sup>. Bu hususlar ancak cezanın alt

<sup>24</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.493; Fatih Selami Mahmutoğlu, “Ceza Hukuku Boyutuyla Epilepsi ve Demans”, **Klinik Aktüel Tıp NöroPsikiyatri Forumu**, C.4, Sa.1, 2010, s.14; Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.392.

<sup>25</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.390; Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.493.

<sup>26</sup> Centel/Zafer/Çakmut, **a.g.e.**, s.354; Veli Özer Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 9. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018, s.349.

<sup>27</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.493.

<sup>28</sup> Hans Joachim Hirsch, “Kusur İlkesi ve Ceza Hukukundaki Fonksiyonu”, çev. Yener Ünver, **Türk Ceza Kanunu Tasarısı için Müzakereler**, Konya, 1998, s.300.

<sup>29</sup> Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.314; Akbulut, **a.g.e.**, s.528.

<sup>30</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.390.

<sup>31</sup> İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.410; Öztürk/Erdem, **a.g.e.**, s.279; Toroslu/Toroslu, **a.g.e.**, s.205-207.

<sup>32</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.494; Toroslu/Toroslu, **a.g.e.**, s.207.

ve üst sınır arasında tayini ya da hapis cezasının adli para cezasına çevrilmesi gibi cezanın bireyselleştirilmesi sırasında göz önünde tutulur<sup>33</sup>.

Öte yandan kusurun, kast ve taksirden tamamen soyutlanması da mümkün değildir. Zira sorumluluk ve kusur yargısıyla, bu yargının dayanağını oluşturan haksızlık arasında zorunlu bir bağlantı bulunmaktadır. Bu sebeple haksızlığın bütün unsurları dolaylı bir şekilde kusurun belirlenmesinde de rol oynamaktadır<sup>34</sup>. Haksızlık ise kasten veya taksirle gerçekleştirilebilir. O halde kusurun belirlenmesi ile gerçekleşen fiilin kasıtlı ya da taksirli olması arasında yakın bir ilişkili vardır<sup>35</sup>. Bu bağlamda Türk kanun koyucunun benimsediği sistemi açıklamaya çalışacağız.

### 3. Türk Kanun Koyucunun Benimsediği Sistem

5237 sayılı TCK'da kast ile kusurun konumlandırılmasında en önemli düzenleme 21. maddedir<sup>36</sup>. Buna göre, *suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır*. Kanun koyucu, suçun oluşması açısından kusuru ya da kusurlu davranışı değil, kastın varlığını esas almaktadır<sup>37</sup>. Aynı şekilde, maddi unsurlara ilişkin hata (m. 30/1) kastı kaldırmaktadır. Bu hatanın varlığı halinde kasten işlenmiş bir haksızlıktan söz etmek mümkün değildir<sup>38</sup>. Ceza sorumluluğunun kaldıran veya azaltan nedenlere ilişkin kaçınılmaz hata (m. 30/3) ile haksızlık yanlılığı (m. 30/4) halinde ise failin kusuru ortadan kalkmakta yani suç oluşmasına rağmen fail kınanmamaktadır. Buradan hareketle kanun koyucunun kastı, kusurun bir unsuru olarak değerlendirmedeği anlaşılmaktadır. Aksi bir yaklaşımda maddi unsurlardaki hataya da üçüncü ve dördüncü fıkralardaki hukuki sonucu bağlaması beklenirdi<sup>39</sup>. Yine TCK m. 40'ta *suça iştirak için kasten ve hukuka aykırı işlenmiş bir fiilin varlığı yeterli* görülmüştür. 5271 sayılı CMK ise m. 223/2-c'de kast veya taksirin bulunmaması *beraat kararı* verilmesini gerektiğini; aynı maddenin üçüncü fıkrasında, kusur yeteneğinin bulunmaması, mazeret sebeplerinin bulunması ve kusurluluğu ortadan kaldıran hataya düşülmesi hallerinde *kusurun bulunmaması dolayısıyla ceza verilmesine yer olması*

<sup>33</sup> Öztürk/Erdem, **a.g.e.**, s.278; Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.355.

<sup>34</sup> Öztürk/Erdem, s.278; Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.393.

<sup>35</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.338.

<sup>36</sup> Serkan Meraklı, **Ceza Hukukunda Kusur**, Ankara, Seçkin Yay., 2017, s.341.

<sup>37</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.225.

<sup>38</sup> Barış Erman, **Yanılmanın Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2006, s.24.

<sup>39</sup> Meraklı, **a.g.e.**, s.340-342.

*kararı* verilmesi gerektiğini düzenlemektedir. Sonuç itibarıyla bu maddeler göz önüne alındığında Türk kanun koyucunun kastı, haksızlığın bir unsuru olarak kabul ederken kusuru haksızlığın kapsamında çıkardığı söylenebilir<sup>40</sup>.

Kanunun suç olarak tanımladığı bir fiili işleyen kişinin kınanabilmesi için gerekli üç unsurdan biri olan kusur yeteneği, akıl hastaları bakımından özellik göstermektedir. Bu bakımdan Türk kanun koyucunun benimsediği sisteme bağlı kalarak kusur yeteneği açıklanacaktır.

## B. Kusur Yeteneği

5237 sayılı TCK'da doğrudan tanımını bulunmamakla birlikte 31 ve 32. maddeden hareketle kusur yeteneği, failde işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunması durumu olarak açıklanmaktadır<sup>41</sup>. Buna göre kusur yeteneğinin unsurları, algılama ve irade (davranışlarını yönlendirme) yeteneğidir<sup>42</sup>. Algılama ve irade yeteneğinin varlığı, her olayın kendi şartları dikkate alınmak suretiyle tespit edilmelidir<sup>43</sup>.

<sup>40</sup> Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.141; Meraklı, **a.g.e.**, s.342. Ancak TCK m. 61/1-3'te, cezanın belirlenmesinde failin kast veya taksire dayalı kusurunun ağırlığının dikkate alınacağını belirtilmesinin, kanun koyucunun çifte fonksiyona dayalı kusur teorisin kabul etmesinin bir göstergesi olduğu da ifade edilmektedir. Bkz. Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.253.

<sup>41</sup> Yargıtay Ceza Genel Kurulu E. 2018/16-237, K. 2018/298 ve T. 19.06.2018: "*Türk Ceza Kanununun 31. maddesinin ikinci ve 32. maddesinin birinci fıkralarında kusur yeteneği dolaylı bir şekilde tanımlanmıştır. Bu hükümler uyarınca, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunması durumunda kusur yeteneğinin varlığı kabul edilmiştir. Kusur yeteneğinin iki belirgin unsuru vardır. Bunlardan ilki; işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını anlayabilme, diğeri ise; eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayan kişinin, davranışlarını bu algılama doğrultusunda hukuk düzeninin gereklerine uygun olarak yönlendirme yeteneğinin bulunmasıdır. "Algılama" ve "irade yeteneği" denilen bu iki ögenin kişide bir arada bulunmaması veya bu yeteneklerinde azalma meydana gelmesi halinde kusur yeteneğinin tam olmadığı kabul edilmelidir.*" (<http://www.kazanci.com>). Benzer yönde bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E. 2013/8-119, K. 2014/448 ve T. 30.10.2014 sayılı kararı (<http://www.kazanci.com>).

<sup>42</sup> Centel/Zafer/Çakmut, **a.g.e.**, s.394; Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.393; Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.495; Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.314. Kusur yeteneğini (isnat yeteneği) kusurluluğun ön koşulu olarak ele alan yazarlar ise algılama yeteneğini, anlama yeteneğini; irade yeteneğini, isteme yeteneği olarak ifade etmektedirler. Ancak kavramlar, benzer şekilde açıklanmaktadır. Bkz. ve krşl. Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, s.145 vd.; İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.375 vd.; Centel/Zafer/Çakmut, **a.g.e.**, s.393 vd.; Timur Demirbaş, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 13. Baskı, Ankara, 2018, s.351; Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.394.

<sup>43</sup> Turhan Tufan Yüce, **Ceza Hukuku Dersleri**, C.1, Ege Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, No:1, 1982 s.308; Centel/Zafer/Çakmut, **a.g.e.**, s.394.

## 1. Algılama Yeteneği

Algılama yeteneği, insanın çevresindeki olguları gözlemleyebilme yeteneğidir<sup>44</sup>. Kişinin, içinde bulunduğu sosyal ve kültürel şartlarla yakından bağlantılı olan bu gözlemlerinden çıkarılan sonucun bir hukuki değere sahip olması ise bunların toplumda kabul görmüş olan ve topluma hukuk toplumu niteliğini kazandıran davranış normlarıyla ilişkili olmasını gerektirir<sup>45</sup>. Bu bakımdan kişinin işlediği haksızlıktan dolayı sorumlu olması, fiilinin yaşadığı toplumda düzeni korumaya ilişkin bir davranış normunu ihlal ettiğinin bilincinde olmasına bağlıdır. Fiilinin hukuken tasvip edilmez olduğunu bilmeyen kişi kusurlu addedilemez. Bununla birlikte kusurdan söz edebilmek için işlenen fiilin bir suç olarak düzenlenmiş olduğunu bilmek gerekmez<sup>46</sup>. Öte yandan taksirli suçlar bakımından algılama yeteneği ise kişinin şahsi kabiliyetleri, idrak gücü ve içinde yaşadığı toplumun şartları itibarıyla objektif özen yükümlülüğünün varlığını ve içeriğini öngörebilme olarak ifade edilmektedir<sup>47</sup>.

## 2. İrade Yeteneği

İrade yeteneği kişinin hareketlerini serbest olarak seçebilme ve yönlendirme iktidarına sahip olmasıdır<sup>48</sup>. Ancak irade yeteneğinin araştırılması öncelikle bir fiilin varlığını gerektirir. Fiil ise yönlendirici irade tarafından belli bir neticenin ortaya çıkması amacıyla gerçekleştirilen ve dış dünyada meydana gelen bir insan davranışdır<sup>49</sup>. Bu bakımdan insan davranışı olmayan hareketler ya da bir irade ürünü olmayan refleks hareketler hukuken fiil vasfına sahip değildir<sup>50</sup>. Bununla birlikte cebir veya tehdit etkisiyle gerçekleştirilen bir hareket, neticede bir irade ürünü olduğundan hukuken fiil olarak kabul edilmekte ancak işlediği fiil nedeniyle bir kusuru bulunmayan failin ceza sorumluluğuna gidilmemektedir.

<sup>44</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.395.

<sup>45</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.395; Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, s.149; Demirbaş, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.351; Hafizoğulları/Özen, **a.g.e.**, s.244.

<sup>46</sup> Alacakaptan, **a.g.e.**, s.118; Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.495.

<sup>47</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.401.

<sup>48</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.495.

<sup>49</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.397.

<sup>50</sup> Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.216.

Esasen özgür bir toplumda yaşayan ve ruhen sağlıklı her bireyin irade yeteneğine sahip olduğu kabul edilmektedir<sup>51</sup>. Kusur yeteneğinin ortadan kalkması ve azalması istisnai olup bu haller 5237 sayılı TCK'da yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, sağır ve dilsizlik ile geçici nedenler olarak belirlenmiştir.

### 3. Kusur Yeteneğinin Bulunması Gereken Zaman

Failin işlemiş olduğu bir fiilden dolayı kusurlu addedilmesi fiili işlediği sırada kusur yeteneğini ortadan kaldıran veya azaltan bir durumun olmamasına bağlıdır. Suçun işlenmesinden sonra kusur yeteneğinin ortadan kalkması failin bu suç dolayısıyla sorumluluğunu etkilemez<sup>52</sup>.

Öte yandan esasen kusur yeteneği bulunan bir kişinin bilerek ve isteyerek ya da taksirle kendisini kusur yeteneğinden yoksun bir hale soktuktan sonra suç işlemesi durumunda nasıl hareket edileceği sorunu, nedeninde serbest hareket (actio libera in causa) teorisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur<sup>53</sup>. Bu teoriye göre, kusur yeteneği fiilin işlendiği zamanda değil, kişinin kendisini bu yetenekten yoksun kıldığı anda aranmaktadır<sup>54</sup>. Ancak kişinin kusur yeteneğini ortadan kaldırmak için bilerek akıl hastalığına yakalanması mümkün olmadığından, bu teori, Türk ceza hukuku bakımından esasen 5237 sayılı TCK'nın 34. maddesinde düzenlenen geçici nedenlerin ilişkin olaylarda gündeme gelebilecektir<sup>55</sup>.

## II. Ceza Hukuku Bakımından Önem Arz Eden Akıl Hastalıkları

Kusurluluk ele alındıktan sonra failin ceza sorumluluğu kaldıracak veya azaltacak akıl hastalıklarına yer verilmesi gerekmiştir. Zira ceza hukuku bakımından önem arz eden akıl hastalıkları anlatılması, akıl hastalığının kusur yeteneğine üzerindeki etkisinin ve çalışmanın ikinci ve üçüncü bölümünde ele alınacak ceza

<sup>51</sup> Tosun, **a.g.e.**, s.273; Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.317. İradenin hür olmadığına ilişkin determinist görüş için bkz. Sulhi Dönmezer, **Cezai Mesuliyetin Esası**, İstanbul, 1949, s.144 vd; Öztürk/Erdem, **a.g.e.**, s.280.

<sup>52</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.495; Öztürk/Erdem, **a.g.e.**, s.282.

<sup>53</sup> Alacakaptan, **a.g.e.**, s.125 vd; Öztürk/Erdem, **a.g.e.**, s.283 vd; Akbulut, **a.g.e.**, s.531 vd; İsmail Ercan, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 9. Baskı, On İki Levha Yay., 2013, s.144. Teori hakkında detaylı bilgi için bkz. Ayşe Özge Atalay, **Ceza Hukukunda Actiones Liberae in Causa Kuramı**, On İki Levha Yay., 2019.

<sup>54</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.495.

<sup>55</sup> Talas, **a.g.e.**, s.158.

muhakemesi ile ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı sürecindeki bazı sorunların anlaşılmasına önemli katkı sağlayacaktır. Örneğin suç işledikten sonra akıl hastalığına yakalanan faile ilişkin yargılamanın durmasını incelediğimizde ifade edeceğimiz üzere akıl hastalığının ceza sorumluluğu üzerindeki etkisi ile failin kendisini gereğince savunması üzerindeki etkisi farklı olabilmektedir. Halbuki öğretilerde, ceza sorumluluğunu kaldıran akıl hastalığına yakalanan faile ilişkin yargılamanın durması gerektiği; buna karşın ceza sorumluluğunu azaltan akıl hastalığına yakalanan faile ilişkin yargılamanın devam edeceğine belirten görüşler bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), akıl sağlığını her bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabileceği, verimli ve faydalı bir şekilde çalışabileceği ve kendi toplumuna katkıda bulunabileceği bir iyi oluş durumu olarak tanımlamaktadır<sup>56</sup>. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) akıl hastalıklarını ise düşünme, duygu veya davranışta (ya da bunların bir kombinasyonunda) meydana gelen değişiklikleri içeren sağlık koşulları olarak tanımlamaktadır<sup>57</sup>.

### A. Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması

Akıl hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması hem hastalıkların oluş nedenlerinin araştırılması hem de tedavi yöntemlerinin belirlenmesi için gereklidir<sup>58</sup>. Bu yönde ilk adım, benzer nitelikleri paylaşan hastalık tablolarını tespit etmek amacıyla ruhsal ve duygusal bozukluklar yaşayan kişileri gözlemlemeye çalışan *Emil Kraepelin* tarafından atılmıştır. Tanımlayıcı psikiyatri olarak adlandırılan bu yaklaşımın kurucusu olan *Kraepelin*, ruhsal ve duygusal rahatsızlıkları, çevresel ve tedavi edilebilir veya bünyesel ve tedavi edilemez şeklinde tanımlar<sup>59</sup>. Bununla birlikte II. Dünya savaşı sırasında askeri ruh hekimlerinin ruhsal belirtiler ile savaşın yol açtığı çevresel zorlanmalar arasındaki ilişkiyi göstermeleri, ABD’de tanımlayıcı psikiyatrinin önemini azaltmış ve *Adolf Meyer*’in psikobiyoji yaklaşımının ön plana çıkmasına neden olmuştur. Bu yaklaşım, tanıdan bağımsız olarak işlev bozukluğu

<sup>56</sup> [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/#](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/#), E.T.: 18.06.2018.

<sup>57</sup> <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>, E.T.: 18.06.2018.

<sup>58</sup> M. Orhan Öztürk, N. Aylin Uluşahin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Kitapevleri, Ankara, 14. Baskı, 2016, s.171.

<sup>59</sup> Nancy McWilliams, **Psikanalitik Tanı Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısı Anlamak**, 2. Baskı, çev. Erkan Kalem, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yay., 2010, s.54.

düzeşinin ölçmesi nedeniyle, ruhsal hastalık kavramının sınırlarını belirsiz hale getirmiştir. Ancak 1950'ler geçildiğinde, psikofarmakoloji alanında yapılan çalışmalar, her hastaya en uygun tedavinin bulunması için hastaların homojen gruplara ayrılması gerektiğine yönelik bir arayışı yeniden ortaya çıkarmıştır. Bu arayışın bir sonucu olarak biri, ABD'de, diğeri Avrupa psikiyatrisinin etkisi altında DSÖ tarafından geliştirilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) isimli iki dizge ortaya çıkmıştır<sup>60</sup>.

II. Dünya savaşından sonra ABD'de ruhsal hastalıklar alanında dört farklı sınıflama uygulamasından kaynaklanan karmaşayı gidermek amacıyla oluşturulan DSM dizgesinin ilk kitabı 1952'de, son kitabı DSM-5 ise 2013 yılında yayınlanmıştır. DSM dizgesinde her bozukluk için tanımlama, eşlik eden özellikler, başlangıç yaşı, yaygınlık, gidiş, neden olduğu bozukluğun derecesi, komplikasyonları, oluş nedenleri, ayırıcı tanı ve tanı ölçütleri sırasıyla özetlenerek verilmektedir<sup>61</sup>. ICD dizgesinin son kitabı ICD-10 ise 1992 yılında yayınlanmış olup ICD-11'in Mayıs 2019'da tamamlanması beklenmektedir<sup>62</sup>. Psikiyatri eğitimi yapan merkezlerde DSM ve ICD dizgelerinin birlikte tanıtılması önerilmektedir. Ancak uygulamada, hastalıkların sınıflandırılmasında ve kodlanmasında uluslararası dizgeye uymak gerekmektedir. DSÖ ile yapılmış olan ve devletleri bağlayan anlaşmalara göre hastane kayıtlarında ICD dizgesine uyulması zorunludur<sup>63</sup>.

## B. Akıl Hastalıkları

Bu bölümde, tüm akıl hastalıklarının anlatılması mümkün olmadığından DSM-5 ve ICD-10 dizgelerinden yararlanılmak suretiyle ceza hukukunu ilgilendirdiği ölçüde bazı akıl hastalıklarına yer verilmiştir. Akıl hastalıkları, çalışmanın amacıyla sınırlı olarak ele alınmış ancak şizofreni, şizoaffektif bozukluk, çökkünlük ve iki uçlu bozukluk, çalışmanın ikinci bölümünde yer alan akıl hastalarının yargılanmasında özel

<sup>60</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.171, 172.

<sup>61</sup> DSM çizelgesinin gelişimi ve DSM-5'in ortaya çıkışı ile ilgili detaylı bilgi için bkz. Darrel A. Regier ve diğ., **DSM-5'in Kavramsal Gelişimi**, çev. Vedat Şar, 121 Medikal Yay., 2011.

<sup>62</sup> [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)), E.T.: 11.02.2019.

<sup>63</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.171-175. Uygulamada ICD kodlarının kullanımda yaşanan sıkıntılar için bkz. <http://www.sdplatform.com/Dergi/25/Kodlama-Kultursuzlugu-Ornek-1-ICD-10.aspx>, E.T.: 14.02.2019.



bir yere sahip olduğundan bu hastalıklara daha detaylı olarak yer verilecektir. Bu hastalıkların, tanımları ve belirtileri, ceza adalet sisteminde karşımızda çıkma ihtimallerini anlayabilmek için yaygınlıkları; üçüncü bölümde yer verilen topluma yeniden kazandırma kısmıyla bir bütünlük sağlanması açısından oluş nedenleri ve tedavileri ile ilgili hususlara da değinilmiştir. Ancak akıl hastalıkları, DSM çizelgesi ve tıp eserlerinde kabul eden yaklaşım dikkate alınmak suretiyle sıralanmıştır.

## 1. Zeka Gerilikleri

Zeka, belli bir sosyo-kültürel yapının içinde, bireyin mantıklı düşünebilme, sorunlara çözüm sunabilme, soyut düşünme, karmaşık fikirleri kavrama ve deneyimlerden öğrenme gibi yeteneklerini içeren genel zihinsel kapasitesidir<sup>64</sup>. Zeka geriliği ise bireyin genel entelektüel işlevselliğin ortalamasının altında olması ve kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal ve kişiler arası iletişim, öz yönetim, kişisel sağlık ve güvenlik, okul veya iş ilgili işlevsel becerilerin en az ikisinde yetersizlik ve bozukluk olması olarak tanımlanmaktadır<sup>65</sup>. Zeka geriliğine sahip kişilerin dil becerileri ile anlama ve kavrama yetenekleri, yaşlarına ve konumlarına uygun işlevsellik göstermemektedir. Bu kişiler kendi başlarına genel yaşam koşullarıyla başa çıkmada ve toplum hayatına uyum sağlamada sorun yaşamaktadırlar<sup>66</sup>.

Zeka geriliğine sahip kişilerin %89'u bu geriliği hafif düzeyde yaşamaktadır. IQ'ları 55-69 olan bu kişilerin durumu okul çağına kadar anlaşılabilir; bu kişiler, iyi bir eğitimle orta öğretime düzeyine kadar gelebilmekte; karmaşık olmayan işlerde çalışabilmekte ve sosyal, ekonomik ve evlilik hayatlarını destek almak suretiyle sürdürebilmektedirler<sup>67</sup>. Yargıtay, hırsızlık ve işyeri dokunulmazlığının ihlali suçlarını işleyen hafif derecede zeka geriliğine sahip akıl hastasının, bu akıl hastalığı sebebiyle

<sup>64</sup> Celalettin İcmeli ve diğ., "Zekâ Geriliği Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Özellikleri", **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, C.5 S.2, 2015, s.13. (Erişim: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/56611>, E.T.: 12.10.2018).

<sup>65</sup> **a.g.e.**

<sup>66</sup> Salih Yaşar Özden, **Adli Psikiyatri**, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014, s.284.

<sup>67</sup> Özden, **a.g.e.**, s.285. Yargıtay 18. Ceza Dairesi'nin, E. 2015/33090, K. 2017/6973 ve T. 01.06.2017: "Eğitim ve Araştırma Hastanesinin raporuna göre, suça sürüklenen çocuğa "IQ 64 hafif mental retardasyon" tanısı konulduğunun anlaşılması karşısında, suç tarihi itibarıyla TCK'nın 32. maddesi uyarınca "akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı" konusunda CMK'nın 74. maddesine göre gözlem altında tutulup usulünce sağlık kurulu raporu alınarak, sonucuna göre suça sürüklenen çocuğun hukuki durumunun belirlenmesi gerektiği..." (www.kazanci.com)

işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış azaldığı ve cezada 5237 sayılı TCK'nın 32/2. maddesine göre indirim yapılması gerektiğini belirtmektedir<sup>68</sup>.

Zeka geriliğini %10'unu oluşturan ve 40-54 IQ seviyesine sahip orta derecede zeka geriliğine sahip hastaların durumları ise okul öncesi dönemde fark edilmektedir. Eğitimde 2. sınıf düzeyine geçmeleri beklenmese de bu kişiler, daha önce bildikleri yerde dolaşabilmekte ve bir takım destekleyici koşullarla mesleki konularda becerikli hale gelebilmektedirler. Bu kişiler, her türlü fenalığı basit sebeplerle gerçekleştirebilmektedirler<sup>69</sup>. Yargıtay, orta derecede zeka geriliğine sahip olan failer hakkında doğrudan TCK m. 32/1 veya TCK m. 32/2'nin uygulanmasını kabul etmemekte, akıl hastalığının suçu işlediği sırada failin davranışlarını yönlendirme yeteneği üzerindeki etkisinin saptanması gerektiğini belirtmektedir<sup>70</sup>.

Ağır derecede zeka geriliğine sahip kişiler (IQ 25-39) zeka geriliği olan kişilerin %3'ünü oluştururken ileri derecede zeka geriliği sahip kişiler (IQ 0-24) seviyesinde olan kişiler için bu oran %1'dir<sup>71</sup>. Ağır derecede zeka geriliğine sahip kişiler okul döneminde konuşmayı öğrenebilir, eğitimle temel düzeyde de olsa öz bakımlarını gerçekleştirebilecek seviyeye gelebilir ve zeka geriliğine eşlik eden başka bir sorun yoksa aile içinde toplum hayatını uyumlu bir şekilde sürdürebilirler. Ancak erken çocukluk yıllarında duyu-motor işlevlerinde önemli eksiklikler olan ileri

<sup>68</sup> Yargıtay 17. Ceza Dairesi'nin E. 2016/13366, K. 2018/3942 ve T. 26.03.2018: "hafif derecede zeka geriliği" saptanan ve bu akıl hastalığı sebebiyle işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan suça sürüklenen çocuk hakkında hırsızlık suçundan verilecek cezada 5237 Sayılı TCK'nın 32/2. maddesinde gösterildiği biçimde indirim..." (www.kazanci.com).

<sup>69</sup> Özden, **a.g.e.**, s.285.

<sup>70</sup> Yargıtay 21. Ceza Dairesi'nin E. 2015/9192, K. 2017/806 ve T. 20.02.2017: "Sanık müdafinin 11.04.2013 tarihli celsedeki beyanında, sanıkta zeka geriliği olduğuna dair Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tarafından verilme 17.04.2007 tarihli raporun bulunduğunu, sanığın cezai ehliyeti yönünden rapor alınması gerektiğini beyan etmesi ve dosyada bulunan Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine ait 17.04.2007 tarih ve 729016 protokol numaralı epikriz raporunda, sanıkta davranışta bozulma olmadan orta zeka geriliği bulunduğunun belirtilmesi karşısında, sanığın Adli Tıp Kurumuna sevki sağlanarak, 5237 Sayılı TCK'nın 32. maddesi gereğince üzerine atılı suçları işlediği tarihte fiillerinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamasına veya bu fiillerle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltacak derecede akıl hastalığının ve cezai ehliyetinin bulunup bulunmadığının tespiti gerekirken eksik inceleme sonucu yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması...". Benzer yönde bkz. Yargıtay 20. Ceza Dairesi'nin E. 2015/4582 K. 2015/2633 ve T. 29.06.2015 sayılı kararı (www.kazanci.com).

<sup>71</sup> Özden, **a.g.e.**, s.286.

derecede zeka geriliğine sahip kişilerin, çok özel bir çevrede yaşamaları ve devamlı bireysel yardım almaları gerekmektedir<sup>72</sup>.

Son olarak belirtelim ki devlete karşı suçlar, ideolojik suçlar, uyuşturucu suçları ve tasarlanarak işlen suçlar, bu tarz akıl hastalarının işlediği suçlar arasında genellikle yer almamaktadır<sup>73</sup>.

## 2. Şizofreni

Kişinin ruhsal hayatındaki yarıma vurgulanarak “schizophrenia”, yani zihin yarılması adı verilen şizofreni, genç yaşta başlayan, kişinin insan ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm<sup>74</sup>) dünyasında yaşadığı, düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal hastalıktır<sup>75</sup>. Bu hastalık, kişiyi toplum dışına iterek çevresiyle ciddi bir uyumsuzluk ve anlaşmazlık yaşamasına neden olabilmektedir<sup>76</sup>.

DSÖ verilerine göre şizofreni, dünyada 21 milyonun üzerinde insanı etkilemiş bir ruhsal bozukluktur<sup>77</sup>. Türkiye’de ise 700.000’in üzerinde insana şizofreni ve diğer psikotik bozukluk<sup>78</sup> (psikoz) tanısı konulmuştur<sup>79</sup>.

DSÖ tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada şizofreninin, yetiyitimine<sup>80</sup> yol açan ruhsal hastalık ve madde kullanım bozuklukları grubu arasında yetiyitimi ağırlığı

<sup>72</sup> Mustafa Akcan, **Suç İşlemiş Zeka Geriliği Olgularının Sosyodemografik, Klinik ve Suç Nitelikleri Açısından İncelenmesi**, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014, s.9.

<sup>73</sup> Cemil Kuyu, **Adli Psikiyatri**, Ankara, Seçkin Yay., 1998, s.114.

<sup>74</sup> Otizm, yaşam boyu süren, sosyal etkileşim ile sözel ve bedensel iletişimde bozukluklara ve yinelenen davranışlara neden olan bir engellilik durumudur. Bkz. Şahin Bodur, Şebnem Soysal, Otizmin Erken Tanısı ve Önemi, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)**, C.13, Sa.10, 2014, s.396 vd. (Erişim: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted1004/otizm.pdf>, E.T.: 11.02.2019).

<sup>75</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.189, 190.

<sup>76</sup> Erol Köroğlu, Cengiz Güleç, **Psikiyatri Temel Kitabı**, 2. Baskı, HYB Yay., Ankara, 2007, s.186.

<sup>77</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, E.T.: 04.02.2019.

<sup>78</sup> Psikotik bozukluk, kişinin gerçeği algılama ve değerlendirme yeteneğini bozulduğu hastalıkları ifade etmektedir. Şizofreni ise en yaygın psikotik bozukluktur. Bkz. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/what-is-psychosis.shtml>, <https://www.healthline.com/health/psychosis>, E.T.: 11.02.2019.

<sup>79</sup> Sedef Karayazgan, **Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013, s.5

<sup>80</sup> Yetiyitimi, duyu organları ile algılama, hareket ve etkinliklerini olumsuz etkileyen fiziksel veya zihinsel durumdur. Bkz. <http://www.psikolojisozlugu.com/disability-yeti-yitimi>, E.T.: 11.02.2019.

açısından ilk sırada olduğu tespit edilmiştir<sup>81</sup>. Şizofreni, öğrenme, kendine bakım, çalışma, diğer insanlarla kurulan ilişkileri ve yaşam becerileri gibi birçok işlev alanında yetersizliklere yol açarak, iş ve toplumsal yaşamında sorunlara yol açabilmektedir<sup>82</sup>. Hastaların çoğunda belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen görünüm bulunmaktadır. Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, mantıkdışılık, kalıplaşma yinelemeler (stereotipi), konuşmanın içeriğinde ve miktarında fakirleşme veya çok konuşma ya da hiç konuşmama (mutizm) gibi değişik düşünce bozukluğu belirtileri olabilmektedir<sup>83</sup>. Hastalığın başlangıç dönemlerinde aşırı bunaltı görülen şizofrenilerin zamanla duygularında tepkisizleşme ve sıklık belirginleşmektedir. Bununla birlikte şizofrenlerde bilinç ve yönelim genellikle bozulmamıştır<sup>84</sup>.

Şizofrenin, birden çok oluş nedeni, klinik türü ve tedavi yöntemi bulunmaktadır<sup>85</sup>. Oluş nedenine bakıldığında, hastalığın, kardeşler arasında %11-14 oranında, çift yumurta ikizlerinde %14,7 oranında ve tek yumurta ikizlerinde %85 oranında görülmesi, katılımın bu hastalığın oluş nedenindeki önemini göstermektedir. Ancak aile içi ilişki ve duygusal-davranışsal faktörlerin, şizofrenin oluş nedenleri arasında, katılımdan daha büyük bir rol oynadığı iddia edilmektedir<sup>86</sup>.

Şizofrenin tedavisinde ilaç kullanımı zorunlu olmakla birlikte hasta ve ailesine yönelik destekleyici psikoterapi ve eğitimin gerekli olduğu ve hastalığın bir yıl içinde

<sup>81</sup> Harvey A. Whiteford ve diğ., “Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings From The Global Burden of Disease Study 2010”, **Lancet**, Vol.382, 2013, s.1582. (doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

<sup>82</sup> *DSM-5’te şizofreni tanı ölçütleri:*

*A. Ayırt edici belirtiler: 1- Sanrılar, 2- Varsanılar, 3- Darmadağın Konuşma 4- İleri derecede dağınık davranış ya da katanoni davranışı 5- Silik belirtiler (duygu ifadesinin azalması gibi). Bunlardan en az ikisinin en az bir ay sürmüş bulunması aranır. İki belirtiden biri ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.*

*B. Hastalık başladıktan sonra iş, insan ilişkileri, kendine bakım gibi işlev alanlarından en az birinde hastalık öncesine oranla gerileme olmalıdır.*

*C. Süre: Hastalık belirtileri en az 6 ay sürmelidir ve bu altı ayın en az bir ayından belirtile A ölçütüne uymalıdır*

*D ve E ölçütlerine göre şizoaffektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır. Belirtiler bir ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.*

*F. Hastanın öyküsünde bir otistik yelpaze (spektrum) bozukluğu varsa en az bir ay süre ile sanrılarının ve varsanılarının bulunması gerekir. Bkz. Amerikan Psikiyatri Birliği, **DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı**, çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara, 2014, s.49; Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.203.*

<sup>83</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.191.

<sup>84</sup> **a.g.e.**, s.192.

<sup>85</sup> Güneş Can ve diğ., “Şizofrenin Etiyoloji”, **Temel ve Klinik Psikiyatri**, Editör: K. Oğuz Karamustafalıoğlu, Güneş Yay., 2018, s.217 vd.

<sup>86</sup> Kriton Dinçmen, **Psikiyatri / Psikosomatik Tıp**, Pan Yayıncılık, İstanbul, 2005, s.53.

nüksetme ve yeniden hastaneye yatma olasılığını ciddi bir oranda düşürdüğüne ilişkin çalışmalar bulunmaktadır<sup>87</sup>. Zira şizofren bireyler kendi benliğine ve çevresine güvenini önemli ölçüde yitirmiş kişilerdir. Düş kırıklıkları, aldatmalar ve yenilip yutulma kaygılarıyla dolu gördükleri insan ilişkilerinden kaçır ve kendi dünyalarına kapanmaktadırlar<sup>88</sup>. Bu kişilere tedavileri sırasında, güven veren, dürüst, açık sözlü ve ilgili bir tavır gösterilmelidir. Diğer yandan bu kişileri hastanelerde yaşamaya mahkum etmek yerine onları uğraşıya, çeşitli etkinliklere yönlendirebilecek özel bakım evleri, korumalı çiftlikler, korumalı işyerlerinde barındırmak gerektiği savunulmaktadır. Son olarak bütün ilerlemelere karşın mevcut imkanlarla hastaların yaklaşık %30'unda iyileşme sağlanamadığı unutulmamalıdır<sup>89</sup>.

Şizofreni, madde bağımlılığı ile de yakından ilişkilidir. Erken dönemlerinde kullanılan uyuşturucu maddenin, şizofreninin ilerlemesinde etkili olduğu düşünülmektedir<sup>90</sup>. Şizofreni hastalarının tütün, alkol ve uyuşturucu maddelere olan bağımlılıkları tedavileri için verilen ilaçları aksatmalarına neden olduğu gibi ilaçların etkisini de düşürebilmektedir. Bu nedenle tedavide hastanın bağımlılık yapan maddeleri alması önlenmeye çalışmalıdır<sup>91</sup>.

Bazı araştırmalar şizofrenlerin, suç işleme hususunda yüksek olmamakla birlikte istatistiki açıdan anlamlı bulunan bir risk artışının varlığını göstermektedir<sup>92</sup>. Hastanın, ailesiyle ilişkisi ve toplumla etkileşimi, mesleki veya boş zaman faaliyetlerinin eksikliği gibi diğer faktörler bu kişilerin saldırgan davranışlar sergilemesini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır<sup>93</sup>. Bu kişilerin saldırgan olduklarına ilişkin önyargılar nedeniyle toplum tarafından dışlanmalarının, bu tür davranışların sergilemelerindeki etkisine dikkat çekilmektedir. Bununla birlikte

<sup>87</sup> Kim T. Mueser, "Psychosocial Treatments for Schizophrenia", **Annu Rev Clin Psychol**, 2013, s.487.

<sup>88</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.244.

<sup>89</sup> **a.g.e.**

<sup>90</sup> Jonathan K. Burns, "Pathways from Cannabis to Psychosis: A Review of The Evidence", **Front Psychiatry**, 2013 (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00128>).

<sup>91</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.209.

<sup>92</sup> Yan Gu, Zeqing Hu, "More Attention Should Be Paid to Schizophrenic Patients with Risk of Violent Offences", **Psychiatry Clin Neurosci**, Vol.63, 2009, 592, 593 (doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01999.x); E. Fuller Torrey, Violent Behavior By Individuals With Serious Mental Illness, **Hospital and Community Psychiatry**, Vol.45, 1994, s.653-654.

<sup>93</sup> Özlem Karaaslan Kabahasanoğlu, **Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının; Bakım Veren Yükü, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi**, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2014, s.34.

düzenli tedavi alan şizofrenlerin genel nüfusa oranla daha tehlikeli olmadıkları ifade edilmektedir<sup>94</sup>.

Yargıtay, şizofreni hastalığı nedeniyle kasten öldürme suçu işleyen bir kişinin ceza sorumluluğunun bulunmadığına hükmetmiştir<sup>95</sup>: “*Toplanan deliller karar yerinde incelenip, sanık C. E.’in maktül Necibe’yi nitelikli kasten öldürme, mağdur Mehmet Teyfik’i kasten öldürmeye teşebbüs suçlarının sübutu kabul edilmiş, sanıkta şizofreni denilen akıl hastalığının mevcut olduğu ve eylemlerini bu hastalığın sonucu olarak işlediği anlaşılmış, hakkında 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi uyarınca ceza verilmesine yer olmadığına karar verilmesinde isabetsizlik görülmemiş olduğundan, sanık müdafinin sübuta ilişen ve yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddine...*”.

### 3. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk, endojen psikoza, şizofreni (dementia praecox) ve ona göre daha hafif seyreden duyuşsal bozukluk (manik-depresif) olarak ikiye ayıran *Emil Kraepelin*’in kategorilerine uymayan, ağır duygulanım ve psikotik sendromların birlikte görüldüğü durumları ifade etmektedir<sup>96</sup>.

Şizoaffektif bozukluk 70 yıldan uzun bir süredir kesin olarak tanımlanamamış olup mevcut tanı tanımları güvenilir olan bir hastalık değildir<sup>97</sup>. DSM-1’de şizofrenin bir alt tipi olarak değerlendirilen şizoaffektif bozukluğun, en çok önerilen tanı tanımları olan ICD-10 ve DSM-4’teki tanımları da mevcut klinik geçerliliklere uymamaktadır<sup>98</sup>. Daha güvenilir ölçütler ihtiyacını karşılamak amacıyla hastalık dönemi belirtilerini değil, hastalığın gidişine odaklanan DSM-5’te, tanı tek hastalık döneminin klinik özelliklerine göre değil, psikoza başlangıcından itibaren izlenen klinik tabloda duygudurum belirtilerinin baskın olmasına dayanmaktadır. Şizoaffektif

<sup>94</sup> a.g.e.

<sup>95</sup> Bkz. Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin, E. 2011/3077, K. 2013/6004 ve T. 07.11.2013 sayılı kararı (www.kazanci.com).

<sup>96</sup> Susanta Padhy, Aditya Hedge, “Şizoaffektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durum”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, Sa. 26 (2), 2015, s.131, 132.

<sup>97</sup> Wolfgang Maier, “Do Schizoaffective Disorders Exist At All?”, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Vol.113, 2006, s.369-371 (<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00763.x>, E.T.: 14.11.2018).

<sup>98</sup> a.g.e.

bozukluk tanısı için duygudurum belirtilerinin bir duygudurum bozukluğu konulacak şiddette olması gerekmektedir<sup>99</sup>.

Şizoaffektif bozukluğun tahmini yaygınlığı %0,2 ile %1,1 aralığındadır<sup>100</sup>. Şizofreni kadar sık görülen bu hastalığın başlama yaşı aralığı da şizofreni ve bipolar bozukluğuna benzemektedir<sup>101</sup>. Şizoaffektif bozukluğu bulunan hastaların iyileşme oranı, şizofrenlere kıyasla daha yüksek olsa da hastalığın tedavisi için genel kabul görmüş bir öneri bulunmamaktadır<sup>102</sup>.

Yargıtay, hırsızlık suçunu işleyen failin, hakkında şizoaffektif bozukluk teşhisi konulduğunu belirtmesi üzerine sanığın Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas dairesine sevki ile 5237 Sayılı TCK'nın 32. maddesi kapsamında, suç tarihinde işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinde önemli derecede azalma olup olmadığının araştırılması gerektiğini belirtmiştir<sup>103</sup>.

#### 4. Sanrılı Bozukluk (Paranoya)

Sanrılı bozukluk bir psikotik bozukluktur. Hastada birbiriyle bağlantılı iyi düzenlenmiş sanrılar vardır. Bu sanrılar hakkının yenildiğine (dava paranoyası), bir

<sup>99</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.207, 208.

<sup>100</sup> Paul J. Scully ve diğ. "Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder within an Epidemiologically Complete, Homogeneous Population in Rural Ireland: Small Area Variation in Rate", **Schizophr Res**, Vol.67, 2004, s.147, 148.

<sup>101</sup> Daniel J Abrams, Donald C Rojas, David B Arciniegas, "Is Schizoaffective Disorder A Distinct Categorical Diagnosis? A Critical Review of The Literature", **Neuropsychiatr Dis Treat**, Treat 4, Aralık 2008, s.1093.

<sup>102</sup> Susanta Padhy, Aditya Hedge, "Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durum", **Türk Psikiyatri Dergisi**, Sa. 26 (2), 2015, s.134.

<sup>103</sup> Yargıtay 22. Ceza Dairesi E. 2015/4160, K. 2015/4243 ve T. 15.09.2015 "Sanık müdafinin de, sanığın başka bir hırsızlık eylemi sebebiyle yargılanmakta olduğu dava dosyasında akıl hastası olup olmadığının tespiti açısından ilgili mahkeme tarafından rapora sevk edildiğini belirtmesi ve hükümden sonra temyiz aşamasında 12.3.2013 tarihli dilekçe ekinde sunulan ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından düzenlenen 18.5.2010 tarihli sağlık kurulu raporu ile sanığa "şizoaffektif bozukluk" teşhisinin konulduğunun belirtilmesi, ayrıca 12.2.2014 tarihli dilekçe ekinde sunulan Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından düzenlenen 4.12.2013 tarihli sağlık kurulu raporu ile sanığa isnat edilen 3.6.2012 tarihli başka bir hırsızlık suçu esnasında da "şizoaffektif bozukluk denilen psikiyatrik hastalığın etkisinde olduğu, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamadığı ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli ölçüde azalmış olduğu, dolayısıyla öne sürülen suça yönelik ceza sorumluluğunun olmadığı, hakkında 5237 Sayılı TCK'nın 32/1. maddesinin uygulanması gerektiği"nin belirtilmesi karşısında, adı geçen sanığın Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas dairesine sevki ile 5237 Sayılı TCK'nın 32. maddesi kapsamında, suç tarihinde işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme (irade) yeteneğinde önemli derecede azalma olup olmadığı araştırılarak yöntemince raporla saptanıp, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun belirlenmesi gerektiği gözetilmeden, eksik araştırma ile yazılı şekilde hüküm kurulması..." (www.kazanci.com).

şeyleri keşfettiğine (keşif paranoyası), bir hastalığı olduğuna veya ünlü ya da kendisinden üstün bir kişinin kendisine aşık olduğunu sanma (erotomi) gibi çeşitlilik gösterebilmektedir. Hastanın tüm yaşamı sanrılarına göre düzenlenmekte ancak hastada sanrılar dışında belirgin bir bozukluk dikkat çekmemekte ve şizofrenin aksine, düşüncede biçim bozukluğu görülmemektedir<sup>104</sup>.

Sanrılı bozukluk hastalığına sahip kişilere ilişkin yargı kararlarına yansımış çok fazla karar bulunmamakla birlikte Yargıtay bir kararında, paranoya nedeniyle ilaç kullanan sanık hakkında TCK'nin 32. maddesi kapsamında akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı konusunda rapor alınması gerektiğini belirtmiştir<sup>105</sup>.

## 5. Çökkünlük (Majör Depresyon)

Çökkünlük bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum ise kişinin kendini nasıl hissettiği sorusunun cevabı, iç duygusal durumudur<sup>106</sup>. Her nevi akıl hastalığında duygudurum değişiklikleri görülse de çökkünlük gibi kimi akıl hastalıklarında ana belirti duygudurum ile ilgili olmaktadır<sup>107</sup>.

Çökkünlük, hastanın fizyolojik işlevlerinde durgunlaşmanın görüldüğü ve hastada değersizlik ve isteksizliğin yoğun olarak bulunan bir hastalıktır<sup>108</sup>. Çökkünlük tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur<sup>109</sup>. Orta yaşlarda daha yoğun

<sup>104</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.249-251.

<sup>105</sup> Yargıtay 2. Ceza Dairesi E. 2011/20834, K. 2013/24 ve T. 14.01.2013 “*Dosyada bulunan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi raporu, Isparta Devlet Hastanesine ait tedavi ve muayene evrakları ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Bölümü raporuna göre sanıkta paranoya ve psikopatik bozukluk bulunduğu ve ilaç kullandığının anlaşılması karşısında, sanığın suç tarihinde işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılamadığı, bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı ve azalmış ise bunun önemli derecede olup olmadığı hususlarında Adli Tıp Kurumu veya Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinden rapor alınarak sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekirken eksik kovuşturma sonucunda sanığın mahkumiyetine karar verilmesi...*”. Ayrıca benzer yönde bkz. Yargıtay 11. Ceza Dairesi E. 2018/911, K. 2018/9683 ve T. 29.11.2018 (<https://www.lexpera.com.tr>).

<sup>106</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.262; Fatmagül Helvacı Çelik, Çiçek Hocoaoğlu, “Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”, **Çağdaş Tıp Dergisi**, 2016, C.6, S.1, s.52.

<sup>107</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.262.

<sup>108</sup> **a.g.e.**, s.264.

<sup>109</sup> Helvacı Çelik/Hocoaoğlu, “Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”, s.55.



olarak gözlemlenen çökkünlüğün ülkemizdeki yaygınlığı %8-20 olarak tespit edilmiştir<sup>110</sup>.

Çökkün bir hastayla iletişim kurmak kolay değildir. Şiddetli çökkünlük halinde hastanın konuşması alçak sesli ve yavaş iken çok ağır çökkünlükte hiç konuşamama durumu da görülebilmektedir. Hastanın duygu durumu genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine kadar uzanabilmektedir. Daha önce istekle ve zevkle yaptığı faaliyetlere karşı isteksizlik ve zevk alamama çökkünlüğün en önemli göstergelerindedir. Hastada genellikle ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlı olarak unutkanlık görülmektedir. Kişinin bilinci açıktır ve genellikle algı bozukluğu görülmemektedir. Bu kişiler işledikleri her bir suçun, ihmal edip yapmadıkları her bir iyiliğin ve zihinlerinden geçirmiş oldukları her bir bencilce eğilimin farkındadırlar ve bu durum, onlara ciddi ölçüde acı vermektedir<sup>111</sup>. Yanlış giden her şeyden kendini sorumlu tutan hasta, çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri ile doludur. Bu dönemde hastanın kendine saygısı ciddi biçimde azalmakta ve sıklıkla intihar düşünceleri ortaya çıkmaktadır. Gerçekten de intihar girişimi olan kimselere en sık konulan teşhisin çökkünlük olduğu ve ölümlerle sonuçlanan intiharların %50-70'inin çökkün hastalarda olduğu ileri sürülmüştür<sup>112</sup>. Çoğunlukla yeme istediğinin azalması, halsizlik ve uyku bozuklukları görülmektedir. DSM-5'e göre bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri gözle görülür bir biçimde etkileyecek şiddette olması ve en az iki hafta sürmesi gerekmektedir<sup>113</sup>.

Depresif bozukluğun oluş nedenleri biyolojik, genetik ve psikososyal etmenler olarak üçe ayrılabilir de bunlar arasında sıkı ilişkiler bulunması sebebiyle bu ayrımın yeterince isabetli olamayacağına yönelik düşünceler mevcuttur<sup>114</sup>. Bu sebeple çökkünlüğün tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapi birlikte yürütülmektedir. İntihar riski veya beslenme sorunu yoksa hastanın evde tedavi görmesinde bir sakınca bulunmamaktadır. Çökkünlüğün başlangıcında hasta uzun konuşmalara tahammül edememektedir. Hastayı konuşmaya zorlamak yerine onu dinlemek ve istediklerini

<sup>110</sup> a.g.e.

<sup>111</sup> McWilliams, a.g.e., s.277 vd.

<sup>112</sup> Ürün Özer, Ejder Akgün Yıldırım, Şahap Nurettin Erkoç, "Major Depresyon Olgularında İntihar Düşünce ve Davranışının Bağlanma Biçimi ile İlişkisi", **Nöropsikiyatri Arşivi**, S.52, 2015, s.284.

<sup>113</sup> Öztürk/Uluşahin, a.g.e., s.265-268; Kriton Dinçmen, **Psikiyatri / Psikosomatik Tıp**, Pan Yayıncılık, İstanbul, 2005, s.59-60.

<sup>114</sup> Helvacı Çelik/Hocaoğlu, "Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme", s.56.

anlatması için zaman vermek gerekmektedir. Ayrıca bu dönemde hastaların günlük iş yapma ve uyum sağlama yetenekleri düşük olacağından beklentileri de buna göre düzenlemenin doğru bir yaklaşım olacağı ifade edilmektedir<sup>115</sup>.

Yargıtay bir kararında, çökkünlük rahatsızlığının olduğunun belirten sanık hakkında, eylemini gerçekleştirdiği sırada işlediği suçun anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olup olmadığı hususunda, TCK'nın 32. maddesi kapsamında akli durumu ve cezai ehliyetine dair değerlendirmeyi içeren rapor alınması gerektiğini belirtmiştir<sup>116</sup>.

## 6. İki Uçlu Bozukluk (Bipolar Bozukluk)

İki uçlu bozukluk taşkınlık (mani) ve çökkünlük (depresyon) dönemlerinden oluşan bir duygudurum bozukluğudur. DSM-5, daha önce duygudurum bozuklukları başlığı altında toplanan iki uçlu bozukluk ile çökkünlük bozukluklarını iki ayrı tanı grubuna ayırmıştır. Bu değişikliğin altında iki uçlu bozukluğun yalnızca çökkünlüklerle değil, şizofreni ile de ortaklıkları olduğu bilgisine ulaşılmasının ardından bozukluğu, her iki tanı grubuna da eşit uzaklıkta sınıflandırma gerekliliği yatmaktadır<sup>117</sup>. İki uçlu bozukluktaki çökkünlük dönemi tanı dizgeleri, çökkün hastaları ile aynı olduğundan burada sadece taşkınlık dönemine ilişkin bilgi verilmeyle yetinilecektir.

<sup>115</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.295, 296.

<sup>116</sup> Yargıtay 18. Ceza Dairesi E. 2018/3253, K. 2018/7061 ve T. 09.05.2018: “Sanığın, depresyon ilaçları kullandığının, intihar ve kendine zarar verme eğilimi bulunduğu, majör depresyon rahatsızlığı olduğunun belirtilmiş olması karşısında, eylemini gerçekleştirdiği sırada işlediği suçun anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine sahip olup olmadığı hususunda, TCK'nın 32. maddesi kapsamında akli durumu ve cezai ehliyetine dair değerlendirmeyi içeren rapor aldırılarak, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayininde zorunluluk bulunması” (www.kazanci.com).

<sup>117</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.297. Bu konuda ayrıca bkz. Mavi Deniz Özel, **Şizofreni ve Bipolar Bozuklukta Genom Bağlantı Analizi ile İlişkili Genlerin Araştırılması**, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

DSÖ'nün verilerine göre dünya çağında 60 milyon iki uçlu bozukluk hastası bulunmaktadır<sup>118</sup>. Ülkemizde bozukluğun yaygınlığına ilişkin yapılmış bir çalışmada, DSM-4 tanı ölçütlerine göre, yaygınlık %0,92 olarak tespit edilmiştir<sup>119</sup>.

Mani döneminde hastalarda, çökkünlük döneminin tam aksine, genel bir coşkunluk ve taşkınlık görülmektedir. Bu dönemde, hasta canlı, çok hareketli, aşırı güvenli davranışları ve abartılı giyimi ile dikkat çekmektedir. Bu dönemde, hastanın düşünce akışı hızlanır, konuşması yüksek seslidir. Düşüncede üretimindeki hızlanmaya paralel olarak sık sık konu değiştirmekte ancak basınçlı konuştuğundan bu sırada araya girmek, yorum yapmak mümkün olmamaktadır. Coşku, aşırı neşe sıklıkla da öfke görülmektedir. Çökkünlük döneminde olduğu gibi bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama genellikle yerindedir. Ancak başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olsa da giderek dikkatin belli bir noktaya odaklanması güçleşmektedir. Harekette, artma ve hızlanma dikkat çekicidir. Uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış görülmektedir. DSM-5'e göre bu belirtilerin en az bir hafta sürmesi gerekmektedir<sup>120</sup>.

İki uçlu bozukluk tanısı koymak için DSM-5 dizgesinde tek bir mani dönemi yeterli görülürken ICD-10 dizgesine göre ise birinin mani olması koşuluyla en az iki duygudurum bozukluğu döneminin olması gerekmektedir<sup>121</sup>. Mani dönemi genellikle iki ay içinde yatışmaktadır<sup>122</sup>. Hastalığı tek bir mani dönemi ile atlatan hasta sayısı azdır. İyileşme göstergeleri dahi iki uçlu bozukluğu olan hastaların %37'sinin bir %60'ının iki yıl içinde yeni bir çökkünlük ya da mani dönemi geçirdikleri bildirilmiştir<sup>123</sup>.

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygu durum bozukluklarına neden olmaktadır. Psikososyal etkenlere ailede görülen bir ölüm, işini

<sup>118</sup> Özel, "Şizofreni ve Bipolar Bozuklukta Genom Bağlantı Analizi ile İlişkili Genlerin Araştırılması", s.8.

<sup>119</sup> Tolga Binbay ve diğ., "İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 2012, Sa.23, s.152.

<sup>120</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.297-300; Nedim Turhan, **Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme**, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, s.12.

<sup>121</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.305.

<sup>122</sup> Kathleen Ries Merikangas ve diğ., "Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in The National Comorbidity Survey Replication", **Arch Gen Psychiatry**, 2007, s.547 (Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931566/>, E.T.: 12.10.2018).

<sup>123</sup> **a.g.e.**

kaybetmek, doğum veya taşınma gibi olaylar örnek gösterilebilmektedir<sup>124</sup>. Bununla birlikte hastalık ilerledikçe duygudurum dönemleri açık psikososyal etken olmaksızın da ortaya çıkabilmektedir. Manide ve yineleyici çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilmektedir<sup>125</sup>. İki uçlu bozukluk tanısı konmuş hastaların yaklaşık %10 ile %20'si intihar girişimi sonucunda ölmektedir. Erken tanı koymak ve tedaviye de eş zamanlı başlamak, tedavi yanıtına göre ilaç seçimi konusunda esnek olmak klinisyen için zorunluluktur<sup>126</sup>.

Yargıtay bir kararında, yağma suçunu işleyen sanık hakkında, daha önceki bir yargılaması sırasında alınan sağlık kurulu raporunda bipolar affektif bozukluk tanısı konulması sebebiyle yeniden rapor aldırılarak yağma suçunu işlediği sırada TCK m. 32 kapsamında hukuki durumunun tespit edilmesi gerektiğini hükmetmiştir<sup>127</sup>.

## 7. Bunaltı Bozuklukları (Anksiyete)

Bunaltı<sup>128</sup>, kişinin nedeni belirsiz bir sıkıntı, tedirginlik ve endişe duygusu altında olmasına yol açan korkuya benzer bir duygudur<sup>129</sup>. Bunaltı bozuklukları toplumda en sık görülen ve önemli işgücü yitimine neden olan akıl hastalıklarıdır<sup>130</sup>.

<sup>124</sup> <http://www.psikiyatri.org.tr/> bipolar-bozukluk-ikiuclu-bozukluk-manik-depresif-hastalik, E.T.: 02.07.2018.

<sup>125</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.310.

<sup>126</sup> Çağdaş Hünkar Yeloğlu, Çiçek Hocaoğlu, “Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozuk”, **Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi**, 2017, C.8, S.30, s.50.

<sup>127</sup> Yargıtay 6. Ceza Dairesi E. 2015/9567, K. 2018/207 ve T. 22.01.2018: “Sanık ...'ın savunmanı tarafından hükümden sonra ibraz edilen dosya içerisinde mevcut sanık ...'ın, Muş 2.Asliye Ceza Mahkemesi'nin 2012/860 Esas sayılı dosyası ile yapılan yargılama sırasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastanesinden alınan sağlık kurulu raporu ile "bipolar affektik bozukluk" tanısı sebebiyle TCK 32/1. maddesi kapsamında cezai ehliyetinin bulunmadığının belirtildiğinin anlaşılması karşısında; sanığa ait varsa önceki tarihli raporların temin edilmesinden sonra, 5237 Sayılı TCK'nın akıl hastalığını düzenleyen 32. maddesinde öngörülen kriterlere göre de, "Sanığın suç tarihinde işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinde tamamen ya da önemli derecede azalma olup olmadığı" hususunda yöntemince Adli Tıp Kurumu'ndan rapor alınarak sonucuna göre hukuki durumunun belirlenmesinde zorunluluk bulunması” (www.kazanci.com).

<sup>128</sup> İngilizcede “anxiety” olarak ifade edilen kavram, Türkçede kimi psikologlarca “kaygı” sözcü ile karşılanmaktadır. Ancak kaygı, daha çok belli bir durum veya kişiye karşı duyulan merak ve endişe olup hastalığıdaki yoğun bunaltıyı karşılamamaktadır. Ayrıntılı bilgi için bkz. Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.310.

<sup>129</sup> Serap Akdeniz Görgülü, **Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk Hastalarında Yaşantısal Kaçınma, Anksiyete Duyarlılığı ve Davranışsal İnhibisyon Sistemi Arasındaki İlişki**, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Balıkesir, 2018, s.3.

<sup>130</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.337.

Anksiyete, kişinin kendisini muhtemel tehlikelerden korumasına yönelik bir savunma mekanizmasıdır<sup>131</sup>. Ancak bunaltı bozukluğa sahip kişilerde, söz konusu mekanizmanın gereğinden fazla şekilde çalışması nedeniyle kaygı ve endişe gibi duygular kişinin mesleki, ailevi ve genel olarak yaşam kalitesinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır<sup>132</sup>. Yaygın bunaltı bozukluğu<sup>133</sup>, panik bozukluğu<sup>134</sup> gibi çeşitli türleri bulunmaktadır.

Yargıtay bir kararında, kaygı bozukluğu tanısı bulunan sanık hakkında, suç tarihi itibarıyla işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyen akıl hastalığının bulunup bulunmadığı hususunda ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinden rapor alınarak gerektiğini belirtmiştir<sup>135</sup>.

## 8. Saplantı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk)

Bu iki bozukluk, çoğu kez bir arada bulunması veya dönüşümlü olarak görülmesi ve bu eğitimlerin kökenlerinin benzer dinamiklere sahip olması nedeniyle birlikte ele alınmaktadır<sup>136</sup>. Saplantı ve/veya zorlantıların görüldüğü, çoğunluklu uzun süreli kişinin günlük işlevlerini belirgin bir şekilde etkileyen bozukluktur. Saplantı, irade dışı gelen ve bilinçli bir çaba ile kovulamayan, bireyi tedirgin eden, inatçı biçimde yineleyen düşünce, imge ya da dürtülerdir. Bunlar kişinin mantığına,

<sup>131</sup> Akdeniz Görgülü, **Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk Hastalarında Yaşantısal Kaçınma, Anksiyete Duyarlılığı ve Davranışsal İnhibisyon Sistemi Arasındaki İlişki**, s.3.

<sup>132</sup> **a.g.e.**

<sup>133</sup> Yaygın bunaltı bozukluğu, belli bir yere, nesneye, organa, saplantılı düşünceye veya zorlantıya odaklanmamış, organizmada yaygın, ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtileri gösteren bir bozukluktur. Bkz. Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.338.

<sup>134</sup> Panik bozukluk, kendiliğinden ve beklenmedik panik nöbetleri ile süren bir bunaltı bozukluğudur. Bkz. Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.342 vd.

<sup>135</sup> Yargıtay 7. Ceza Dairesi E. 2012/5931, K. 2013/20983 ve T. 04.11.2013: “*Sanığın psikolojik rahatsızlığının bulunduğunu savunması; yine, sanık müdafinin temyiz dilekçesinde sanığın psikolojik sorunları nedeniyle askerliğe sevkini ertelediğini belirterek, dilekçe ekinde sanıkta anksiyete bozukluğu bulunduğuna ilişkin Asker Hastanesi Baştabipliği'nin rapor örneğini sunması karşısında ilgili rapor ve tüm tedavi evrakı getirildikten sonra, sanığın suç tarihi itibarıyla işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyen akıl hastalığının bulunup bulunmadığı hususunda ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinden rapor alınarak, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayin ve takdirinde zorunluluk bulunmaktadır.*” (www.kazanci.com). Yargıtay neticesi sebebiyle ağırlanmış yaralama suçundan dolayı yargılanan sanıkta kaygı bozukluğu bulursa da Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinden alınan rapora göre cezai ehliyetinin tam olduğu belirtilmektedir. Bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu E. 2008/1-233, K. 2009/112 ve T. 05.05.2009: “*Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinden verilen 09.08.2005 tarihli raporda sanıkta anksiyete bozukluğu bulunduğu ancak cezai ehliyetinin tam olduğu anlaşılmakta olup...*” (www.kazanci.com).

<sup>136</sup> McWilliams, **a.g.e.**, s.340.

görüşlerine, ahlak anlayışına ve inancına ters düşmektedir. Zorlantı ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan irade dışı yinelenen hareketlerdir. Başlangıçta saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan bu hareketler zamanla kontrol edilemeyen ve sıkıntı veren bir düzeye ulaşmaktadır. Kişinin, temiz olduğunu bildiği herhangi bir şeye dokunduğunda elinin kirlendiği düşünmesi bir saplantıdır. Bu saplantıdan kurtulmak için kişinin birçok kez el yıkaması ise zorlantıya örnek verilebilmektedir. ICD-10'a göre hastalığın teşhisi için bu saplantı ve zorlantıların en az iki hafta sürmesi gerekmektedir<sup>137</sup>.

Yargıtay, hakaret suçundan dolayı yargılanan saplantı-zorlantı bozukluğu bulunan sanığa ilişkin bir kararında, sanığın TCK'nin 32. maddesi gereğince ceza ehliyetinin belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir<sup>138</sup>.

## 9. Bunama (Demans)

Bunama, hafıza ve dil yetileri, soyut düşünme, muhakeme gibi zihinsel işlevlerde görülen edinilmiş, uzun süreli bir yetersizlik halini ifade eden bir nörobilişsel bir bozukluktur<sup>139</sup>. Demans hastalarının, beyinde bulunan sinir hücreleri ve/veya sinir hücreleri arasındaki bağlantılar giderek azalıp yok olması nedeniyle beyin işlevlerini görememeye başlamaktadır. Beyindeki bozukluklardan dolayı kişi kendine bakamaz ve bakım için yavaş yavaş tamamen başkalarına bağımlı olmaktadır. Yaşlılığı bağlı olarak görülme oranı artar ancak bunamanın, yaşlılığın doğal bir sonucu olduğu algısı doğru değildir; çok farklı nedenlere bağlı olarak dolaylı ortaya çıkabilmektedir. Tüm bunama vakalarının yalnızca %10-15'i tedavi

<sup>137</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.364-368.

<sup>138</sup> Yargıtay 3. Ceza Dairesi E. 2017/2175, K. 2017/14709 ve T. 15.11.2017: “Sanığın soruşturma ve kovuşturma aşamasındaki savunmalarında olay tarihinde psikolojik tedavi gördüğünü ileri sürmesi ve dosyada mevcut Yalvaç Devlet Hastanesinden verilen 23/02/2015 tarihli istirahat raporuna göre obsesif kompulsif bozukluk bulunduğunun belirtilmesi karşısında, TCK'nin 32. maddesi gereğince akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı konusunda yöntemince rapor alınarak sonuca göre karar verilmesi gerektiğinin gözetilmemesi...” (www.kazanci.com).

<sup>139</sup> Nörobilişsel, düşünme, akıl yürütme, bellek, öğrenme ve konuşma ile ilgisi olan beyindeki belirli alanlarla yakından bağlantılı bilişsel işlevlerdir. Nörobilişsel bozukluklara organik ruhsal bozukluklar ismi de verilmektedir ancak psikiyatride normal ya da anormal her türlü davranış, beynin işlevi olması dolayısıyla organiktir. Bu sebeple psikiyatride organik kavramının önemi yitirmekte olup DSM-5 çizelgesinde de organik terimi kullanılmamıştır. Bkz. Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.485.

edilebilmektedir<sup>140</sup>. Bunama, nedenine bağılı olarak yavaş veya hızlı seyredebilirken hastalığın yavaş ilerlediği kişiler uzun yıllar normal bir hayat sürdürebilirler. Demans hastalarının ev ve aile ortamında tedavi edilmeleri önerilmektedir.<sup>141</sup>.

Yargıtay, kasten insan öldürme suçundan yargılanan ve Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu tarafından bunama halinde olduğu saptanan sanığın, dava dosyası ile birlikte İstanbul Adli Tıp Kurumu'na sevk edilerek, Gözlem İhtisas Dairesi'nde müşahade altına aldırılması, suçu işlediği tarihte ve halen akli durum ve cezai ehliyeti konusunda 5237 sayılı TCK'nın 32. maddesi kapsamında rapor aldırılması gerektiğini belirtmiştir<sup>142</sup>.

En sık görülen bunama tipi alzheimerdir. Bunama hastalarının yüzde 70'i Alzheimer hastalığına sahiptir<sup>143</sup>. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, 70 yaş üstü için bunama yaygınlığı %20, olası Alzheimer yaygınlığı %11 olarak belirlenmiştir<sup>144</sup>. Bunama gibi alzheimer da TCK'nın 32. maddesi kapsamında kusur yeteneğine etki edebilen bir akıl hastalığıdır<sup>145</sup>.

<sup>140</sup> Elifcan Aladağ Karakulak, **Demans Hastalarının Ayırıcı Tanısında Kullanılan Tanısal Testlerin Karşılaştırılması**, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2016, s.6.

<sup>141</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.497.

<sup>142</sup> Yargıtay 1. Ceza Dairesi E. 2010/945 K. 2012/347 ve T. 25.01.2012: “Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesince sanığın müşahade altına alınarak düzenlenen 09.06.2008 tarih, 179/28 sayılı raporda, sanıkta "paranoid psikoz" denilen ruhsal rahatsızlığın tespit edildiği, Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'nun 29.06.2009 tarih ve 2612 sayılı, sanığın muayenesi sonucu düzenlenen raporu ile de "demansiyel sendrom denilen bunama hali saptandığı, cezai ehliyetinin bulunmadığının" belirlendiği anlaşılmakla, sanığın dava dosyası ile birlikte İstanbul Adli Tıp Kurumu'na sevk edilerek, Gözlem İhtisas Dairesi'nde müşahade altına aldırılması, suçu işlediği tarihte ve halen akli durum ve cezai ehliyeti konusunda 5237 sayılı TCK'nun 32.maddesi kapsamında 4. İhtisas Kurulu'ndan rapor aldırılması, Gözlem İhtisas Dairesi'nin raporu ile 4.İhtisas Kurulu'nun raporları arasında çelişki çıkması halinde, sanığın Adli Tıp Genel Kurulu'na gönderilerek, muayenesi yapıldıktan sonra Adli Tıp Genel Kurulu'ndan rapor aldırılması, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayini değerlendirilmesinde zorunluluk bulunduğu gözetilmeksizin, müşahade altında tutulmaksızın ayakta yapılan muayene sonucu düzenlenen rapora itibar edilerek eksik inceleme sonucu hüküm kurulması...” (www.kazanci.com).

<sup>143</sup> <http://www.videnscenterfordemens.dk>; <https://www.alzheimer-nederland.nl>, E.T.: 11.10.2018.

<sup>144</sup> Hakan Gürvit ve diğ., “The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population”, **Am J Alzheimers Dis Other Demen**, Mart 2008, C.23 Sa. 1, s.70. (doi: 10.1177/1533317507310570).

<sup>145</sup> Yargıtay 4. Ceza Dairesi E. 2014/28683, K. 2018/17876 ve T. 22.10.2018: “Sanık müdafinin duruşmada, sanığın alzheimer hastası olduğunu, cezai ehliyetine etki edecek durumunun olup olmadığını araştırılmasını talep etmesi ve sunduğu temyiz dilekçesi ekinde yer alan, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nce düzenlenen 13.03.2012 tarihli ilaç raporunda, sanığın alzheimer ve depresif epizodlar tanımlı rahatsızlıklarının bulunduğu belirtilmesi karşısında, suç tarihi itibarıyla, sanık hakkında, TCK'nın 32. maddesi uyarınca “akıl hastalığı veya zayıflığı nedeniyle, işlediği fiillerin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış veya önemli derecede azalmış olup olmadığı” konusunda usulünce sağlık kurulu raporu alınarak, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun belirlenmesi gerektiğinin gözetilmemesi...” (www.kazanci.com).

## 10. Kişilik Bozuklukları

Kişilik, karakter ve huydan oluşmaktadır. Karakter, kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla başa çıkma biçimi iken huy, doğuştan gelen daha çok biyolojik temeli olan yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir<sup>146</sup>. Geçerli bir tanımını yapmak zor olsa da kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için öncelikle bireyin topluma ayak uydurmada, düzenli bir iş sahibi olmada ve sosyal ilişkilerde süreklilik sağlamasında önemli bozuklukların uzun süredir bulunması ve bunların bireyin yaşamında ciddi sıkıntıya yol açması gerekmektedir<sup>147</sup>.

DSM-5, kişilik bozukluklarını üç ana başlığa toplamıştır<sup>148</sup>. Garip, olağan dışı özellikli olan kişilik bozuklukları içeren A Kümesi: paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları. Yaratıcı, coşkusal özellikli olan kişilik bozuklukları içeren B Kümesi: Antisosyal, sınırda (borderline), histrionik, narsisistik kişilik bozuklukları. Bunaltı, korku özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren C Kümesi: Kaçınan, bağımlı, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları.

Yargıtay kişilik bozukluğu tanısı bulunan bir sanığa ilişkin kararında, sanığın işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı belirlenmesi gerektiğini belirtmiştir<sup>149</sup>.

<sup>146</sup> Öztürk/Uluşahin, **a.g.e.**, s.423 vd.

<sup>147</sup> Mehmet Kerem Doksat, “Kişilik Bozuklukları, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar”, Sempozyum Dizisi No:62, İ.Ü. **Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**, Mart 2008, s.239 vd.

<sup>148</sup> Amerikan Psikiyatri Birliği, **a.g.e.**, s.327-344.

<sup>149</sup> Yargıtay Ceza Genel Kurulu E. 2017/20-208, K. 2018/182 ve T. 24.04.2018: “Sanığın kollukta alınan beyanında ruh sağlığı hastanesinden kişilik bozukluğu raporu aldığı için yağma suçundan aldığı hapis cezasının infazının durdurulduğunu ve şizofreni tedavisi gördüğünü beyan etmesi, sanık müdafinin tutuklamaya itiraz dilekçesinde bu hususu özellikle belirtmesi, sanığın soruşturma ve kovuşturma evresinde tutuklu bulunduğu ceza infaz kurumundan gönderdiği dilekçelerinde Adana Kurtepe Ruh Sağlığı Hastanesinde uyuşturucu madde kullanımına bağlı olarak psikolojisinin bozulması nedeni ile tedavi gördüğünü, bu sebeple askerlikten muaf tutulduğunu, anti depresan ilaç kullandığını ifade etmesi karşısında; sanığın işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı, buna bağlı olarak da hakkında TCK'nun 32. maddesinin birinci veya ikinci fıkralarının uygulanmasının gerekip gerekmediği hususunda rapor alınarak sonucuna göre hukuki durumunun belirlenmesi gerekirken eksik araştırma ile hüküm kurulduğu kabul edilmelidir.” (<http://www.kazanci.com>).



## 11. Sara (Epilepsi)

Epilepsi, *kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan, ani, tekrarlayıcı, tanımlanabilen bir olayla tetiklenmemiş epilepsi nöbetleri ile karakterize bir durumdur*<sup>150</sup>. Tek bir nöbet geçirmesi kişinin, epilepsi hastası olduğunu göstermemektedir. Geçici iskemik atak, uyku bozuklukları, panik atak, migren, akut konfüzyonel durumlar ve metabolik bozukluklar, hastalığın ayırıcı tanısı arasında bulunmaktadır<sup>151</sup>.

Epilepsi hastalarının, epilepsi nöbeti sırasında veya nöbetin öncesinde ya da sonunda oluşan konfüzyon devresinde işlediklerin suçlardan dolayı cezai sorumluluğu yoktur<sup>152</sup>. Yargıtay da epilepsi hastalarının işledikleri suçlardan dolayı ceza sorumluluklarının belirlenmesi TCK m. 32 kapsamında suçu işledikleri sırada kusur yeteneklerinin bulunup bulunmadığına ilişkin rapor aldirılması gerektiğini ifade etmektedir<sup>153</sup>.

## 12. Kleptomani

Kleptomani, parasal değerinden bağımsız olarak ve ihtiyaç hissedilmemesine rağmen, tekrarlayıcı biçimde nesnelere çalma dürtüsüne karşı konulamama halidir<sup>154</sup>. Çalma eylemi öncesinde gerginlik artar, eylem sırasında ve eylem sonrasında ortaya çıkan rahatlama ve zevk alma duyguları, eylem sonrasında suçluluk, pişmanlık ve kendinden nefret etmeyle birleşen yakalanma korkusuna dönüşmektedir<sup>155</sup>.

<sup>150</sup> Gönül Akdağ, Demet İlhan Algın, Oğuz Osman Erdinç, "Epilepsi", **Osmangazi Tıp Dergisi**, Sa.38 (Özel Sayı 1), 2016, s.36 (35-40).

<sup>151</sup> a.g.e.

<sup>152</sup> Yener Ünver, **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1989, s.133-135; Fahrettin Kemal Yerli, **Öğretide ve Uygulamada Akıl Hastalıklarından Epilepsi'nin Ceza Hukuku Açısından Etkisi ve Sonuçları**, s.174.

<sup>153</sup> Yargıtay 4. Ceza Dairesi E. 2014/18201, K. 2018/13981 ve T. 12.07.2018: "*Sanığın, temyiz dilekçesi ekinde sunduğu ilaç kullanım raporunda epilepsi hastalığı olduğunun belirtilmesi karşısında, TCK'nın 32. maddesi gereğince "akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiillerin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiillerle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış veya önemli derecede azalmış olup olmadığı konusunda yöntemince rapor alınarak sonuca göre karar verilmesi zorunluluğu...*" (<http://www.kazanci.com>).

<sup>154</sup> Güven Seçkin Kırıcı ve diğ., "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Eşlik Eden Bozukluk Olarak Kleptomani", **Adli Bilimler Dergisi**, C.16, Sa.4, Aralık 2017, s.13 (12-15).

<sup>155</sup> Mehmet Baltacıoğlu ve diğ., "Kleptomanide Ayırıcı Tanı ve Psikodinamik Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu", **Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, Vol.28, Sa.1, 2015, s.67.

Kleptomani, eyleminin bilincindedir ancak iradesini yönlendirme yetisi zayıflamakta veya ortadan kalkmaktadır. Kleptomani eylemini genellikle planlamadan ve dikkatsiz bir şekilde gerçekleştirmektedir<sup>156</sup>.

Kleptomani nedeniyle hırsızlık suçu işleyen kişilerin, TCK m. 32 kapsamında ceza sorumluluğu kabul edilmemektedir<sup>157</sup>.

### III. Akıl Hastalığının Ceza Sorumluluğuna Etkisi

#### A. Akıl Hastalığının Ceza Sorumluluğuna Etkisi Konusunda Sistemler

Ceza kanunlarının akıl hastalıklarının tespiti noktasında benimsedikleri sistemler temel olarak üç gruba toplanmaktadır<sup>158</sup>.

##### 1. Biyolojik Sistem

Bu sistemi benimseyen ceza kanunlarında, ceza sorumluluğuna etki eden akıl hastalıkları tek tek sayılmak suretiyle belirlenmiştir<sup>159</sup>. Tıbbi tabirler kullanılmak suretiyle akıl hastalıklarına ilişkin tanımlar veren bu kanunlarda, bazı akıl hastalıkları

<sup>156</sup> Ferhan Kandemir, "Kleptomani (Çalma Deliliği)'ye Yol Açan Faktörler ve Ceza Sorumluluğu'nun Değerlendirilmesi", **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, Sa.4, s.22.

<sup>157</sup> Yargıtay 17. Ceza Dairesi E. 2018/547 K. 2018/4782 ve T. 09.04.2018: "Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin 26/03/2010 tarihli raporu ile kleptomani teşhisiyle sanığın "Hırsızlık suçuna dair olarak akıl hastalığı sebebiyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını tam olarak algılayamadığı, bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azaldığı, durumunun TCK'nın 32/1. maddesi kapsamında olduğu"nun belirtildiği, adli sicil kaydının incelenmesinde de sanık hakkında 5237 Sayılı TCK'nın 32. maddesinin uygulandığı, dosyada bu olay için alınan Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin 23/09/2014 tarihli raporunda ise remisyonda depresyon teşhisiyle "hırsızlık suçuna karşı işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabileceği ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltacak veya kaldıracak düzeyde bir akıl hastalığı bulunmadığı, cezai ehliyetinin tam olduğu"nun belirtildiği, bu şekilde dosya kapsamındaki raporlar ve sanık hakkındaki uygulamalarda çelişki olması karşısında; sanığın inceleme konusu 15.09.2014 tarihli suçu için; 5237 Sayılı TCK'nın akıl hastalığını düzenleyen 32. maddesinde öngörülen kriterlere göre "Sanığın suç tarihinde işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinde tamamen ya da önemli derecede azalma olup olmadığı" araştırılıp, "işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalıp-azalmadığı" hususunda yöntemince raporla saptanması amacıyla sanığın önceki rapor ve tedavi evrakları ile birlikte Adli Tıp Kurumuna sevk edilerek, 5271 Sayılı CMK'nın 74. maddesi uyarınca Gözlem İhtisas Dairesinde gözlem altına alınması, buradan alınan raporla birlikte Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kuruluna gönderilerek sonucuna göre hukuki durumunun belirlenmesi gerektiği gözetilmeden, eksik kovuşturma yazılı şekilde hüküm kurulması..." (http://www.kazanci.com).

<sup>158</sup> Taner, a.g.e., s.363; Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.368.

<sup>159</sup> İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.423.

ceza sorumluluğunu tamamen kaldırırken bazıları ise sınırlamaktadır<sup>160</sup>. “Cinnet” kavramına yer veren 1274 (1858) tarihli Ceza Kanunumuz, 1810 tarihli Fransız Ceza Kanunu (m. 64), 1852 tarihli Avusturya Ceza Kanunu ve 1867 tarihli Belçika Ceza Kanunu bu sistemi kabul eden ceza hukuku sistemlerine örnek verilebilir<sup>161</sup>.

Bu sistem, ceza kanunlarında tüm akıl hastalıklarına yer vermemenin mümkün olmaması, akıl hastalıklarına ilişkin tanımların gelişmeye ve değişmeye açık olması, birçok akıl hastalığı üzerine tanı birliğinin sağlanamaması gibi gerekçelerle eleştirilere uğramıştır<sup>162</sup>. Bu eleştirileri bertaraf edebilmek için bu sistemi uygulayan ülkelerdeki mahkemeler, kanunda yer verilen akıl hastalığı türlerini geniş yorumlamışlardır. Ancak tıp alanındaki güncel gelişmeler dikkate alındığında, ceza kanunlarında akıl hastalıklarına bu tarz bir sayma yöntemiyle yer verilmesinin uygun bir yöntem olmadığı kabul edilmektedir<sup>163</sup>.

## 2. Psikolojik Sistem

Bu sistemi benimseyen ceza kanunlarında, ceza sorumluluğunu kaldıran ve sınırlayan akıl hastalıklarına yer verilmemiştir<sup>164</sup>. Bu kanunlarda kusurluluğu kaldıran sebebin ne olduğundan ziyade failin fiili işlediği sırada temyiz ve hareket serbestisine sahip olup olmadığı önem arz etmektedir<sup>165</sup>. 1853 tarihli İsviçre Federal Ceza Kanunu'nun benimsediği bu sistem, sorumsuzluk sahasını çok genişlettiği ve hiddet, öfkelenme gibi akıl hastalıkları dışında kalan bazı halleri de içine aldığı gerekçeleriyle eleştirilmiştir<sup>166</sup>.

<sup>160</sup> Sahir Erman, **Akıl Hastalığı ve Ceza Kanunları**, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Akıl Hastalıklarına Karşı Cemiyetin Müdafası (Raporlar), İstanbul, 1958, s.265.

<sup>161</sup> Naci Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, C. XVI, İstanbul, 1950, s.130, 131; Ünver, **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, s.85.

<sup>162</sup> Sinan Bayındır, **Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı**, 2. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yay., 2018, s.42.

<sup>163</sup> **a.g.e.**

<sup>164</sup> Erman, **Akıl Hastalığı ve Ceza Kanunları**, s.266.

<sup>165</sup> **a.g.e.**

<sup>166</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.132; İçel, **a.g.e.**, s.423.

### 3. Karma Sistem

Biyolojik ve psikolojik sistemi birleştiren bu sistemde, fiili işlediği sırada akıl hastalığının bir sonucu olarak irade ve hareket serbestisine sahip olmayan kişilerin ceza sorumluluğunun ortadan kalktığından ya da sınırlandırıldığı kabul edilmektedir<sup>167</sup>. Bu sistemi benimseyen ceza kanunlarının bazılarında bir takım akıl hastalıklarına yer verilirken diğer kanunlarda akıl hastalıklarına ilişkin yalnızca tıbbi ve genel tabirler verilmektedir<sup>168</sup>. Genel kabul gören bu sisteme 1889 ve 1930 İtalyan ve 1937 İsviçre Ceza Kanunları ile 765 ve 5237 sayılı TCK örnek gösterilebilir<sup>169</sup>.

#### B. Tarihsel Süreç

İlk zamanlar ceza hukukunda, suç işleyen insanların ceza sorumluluklarının tespitinde, akıl hastalığının bir etkisi yoktur. Suç işleyen akıl hastası dahi olsa sorumlu kabul edilmiştir<sup>170</sup>. Gerçekten kadim Hint, Çin, Mısır, Sümer, Asur, Babil, Eti ve İbrani gibi eski büyük uygarlıklarda kişinin akıl hastası olup olmadığına bakılmaksızın suç işleyen kişiler cezalandırılmıştır<sup>171</sup>. Bu çok eski kavimlerde, akıl hastalıkları teolojik sebeplerle izah edip, deliren kimselerin ilahlar tarafından tahakküm altına alınmış olduğunu farz ederek bunlar üzerinde söz geçen tahakkümü ortadan kaldırmak için dualar okumak, büyüler icra etmekle yetinmişlerdir. Akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi ilk olarak Roma Döneminde görülmektedir<sup>172</sup>.

#### 1. Roma Hukuku

Roma Döneminde ceza hukuku, özel hukuk alanında olduğunu gibi detaylı bir şekilde düzenlenmiş olmamasına rağmen akıl hastalığına ilişkin hükümler mevcuttur<sup>173</sup>. Gerçekten Roma hukukunda, suç işleyen akıl hastalarına suçlu muamelesi yapılmamıştır<sup>174</sup>. Roma hukukunda “furor” kelimesiyle ifade edilen akıl

<sup>167</sup> Sinan Bayındır, *Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı*, 2. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yay., 2018, s.43.

<sup>168</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.85.

<sup>169</sup> İçel, *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, s.424; Hakeri, *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, s.407.

<sup>170</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.57.

<sup>171</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.118.

<sup>172</sup> a.g.e., s.119.

<sup>173</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.58.

<sup>174</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.119.

hastalığı geniş bir mana taşımaktadır. Bir görüşe göre, fazla ateşten kaynaklı hezeyanlar dahi bu kavrama dahil iken diğer bir görüşe göre, birçok ruhsal durumlar ceza sorumluluğunu azaltmakta ancak tamamen ortadan kaldırmamaktadır<sup>175</sup>. Suç işlemiş kişinin akıl hastası olduğu ortaya çıktığında hakim, bu kişinin sorumsuzluğuna karar verirken aynı zamanda çevresine zarar vermemesi için kendi evinde kendisine tahsis edilen şahıslar tarafından veya başka bir suretle muhafaza edilmesine karar vermek zorundadır<sup>176</sup>.

## 2. Cermen Hukuku

Cermen Hukukunda cezai sorumluluk esas itibarıyla failin kusuru dikkate alınmaksızın neticeye göre belirlendiğinden akıl hastalığının ceza hukuku bakımından bir önemi yoktur<sup>177</sup>. Gerçekten Cermen Hukukunda akıl hastalığına, yalnızca Ren Nehri kıyılarında yaşayan Barbar Cermen halkının bir kısmı olan Lombardlar hukukunda yer verilmiştir<sup>178</sup>. Buna göre, akıl hastasının işlediği fiilden sorumluluğunun hayvan tarafından işlenmiş gibi değerlendirileceği ve bu kişilere ceza verilemeyeceği kabul edilmiştir. Her ne kadar bu kişilerin cezai sorumluluğu kabul edilmese de kudurmuş bir hayvanın imha edilmesi gibi bu kişilerin de öldürülmelerine izin verilebilmektedir<sup>179</sup>.

## 3. Kilise Hukuku

Kilise Hukukunda, uyurgezerlik, çok şiddetli ateş gibi temyiz kudretine bilinç ve hareket serbestini yok eden bazı haller de akıl hastalığı kavramına dahil edilmiştir. Bu kişilerin temyiz kudretleri olmadığından, işlediklerinden fiillerden dolayı ceza sorumlulukları kabul edilmemiştir. Kilise hukukuna göre, akıl hastaları cezadan ziyade merhamete layıktır<sup>180</sup>. Bununla birlikte akıl hastalığı sırasında suç işleyen kişiye, iyileştikten sonra, hastalığı sırasında işlediği suçlardan dolayı bazı sınırlamalar getirilebilir<sup>181</sup>.

<sup>175</sup> a.g.e.

<sup>176</sup> a.g.e.

<sup>177</sup> İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.422; Bayındır, **a.g.e.**, s.36.

<sup>178</sup> Şensoy, "Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet", s.120.

<sup>179</sup> a.g.e.

<sup>180</sup> Ünver, **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, s.60; İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.422.

<sup>181</sup> Şensoy, "Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet", s.120.

#### 4. Ortaçağ Dönemi

Skolastik düşüncesinin hakim olduğu bu dönemde akıl hastalarına olan yaklaşım esas itibarıyla ceza sorumluluklarının olduğu yönündedir. Zira Fransız Devrimi'ne kadar hakim olan bu anlayışa göre hayvanlar, eşyalar hatta cesetler dahi suç faili olarak değerlendirilebilmektedir<sup>182</sup>. Gerçekten birçok alanda gerilemenin yaşandığı Ortaçağ'da pek çok insan şeytanla ilişkisi olduğu gerekçesiyle zindanlarda işkencelere tabi tutulmuş, hatta yakılarak öldürülmüştür<sup>183</sup>.

#### 5. 18. Yüzyıl Sonrası Ceza Hukuku

Avrupa'da aydınlanma çağı ile birlikte hayvanlar, eşyalar ve akıl hastalarının ceza sorumluluklarının kabul edilmemesine yaklaşımı yavaş yavaş öne çıkmaya başlamıştır<sup>184</sup>. Ancak bu görüşler hemen kabul edilmemiştir. Örneğin Fransa'da Devrim sonrası getirilen kanunlarda dahi akıl hastalığı konusunda bir düzenleme görülmemektedir<sup>185</sup>.

Buna karşın “Eğer insanlar eşit haklara sahip ise zavallı akıl hastaları da hak sahibi olmalıdır. Onlar sevgi ve mantıklı bir hürriyet içinde yaşamalıdır” diyen çağdaş psikiyatrinin kurucularından *Pinel*'in görüşlerinin de etkisiyle 1810 Fransız Ceza Kanunu, Alman Ceza Kanunu, Belçika Ceza Kanunu ve diğer bazı ceza kanunları, içerikleri farklı olmakla beraber akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisine ilişkin bir düzenleme getirmişlerdir<sup>186</sup>.

#### 6. İslam Hukuku

İslam Ceza Hukuku yalnız akıl ve buluğ çağına gelmiş, akli kemale ermiş kişilerin cezai sorumluluğu olduğu kabul etmektedir<sup>187</sup>. Dolayısıyla akıl hastası olan

---

<sup>182</sup> a.g.e.

<sup>183</sup> Bayındır, a.g.e., s.37.

<sup>184</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.64.

<sup>185</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.17.

<sup>186</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.65.

<sup>187</sup> Muhammed Ebu Zehra, *İslam Hukukunda Suç ve Ceza*, çev. İbrahim Tüfekçi, Kitabevi Ya., İstanbul, 1994, s.364.

kişinin gerek had<sup>188</sup> ve kısas<sup>189</sup> gerekse ta'zir<sup>190</sup> cezasını gerektiren fiilleri bakımından cezaî sorumluluğunu bulunmamaktadır. Bu kişi, daha sonra iyileşmiş olsa da akıl hastalığı sırasında işlediği fiillerden dolayı herhangi bir ceza yaptırımını ile karşı karşıya bırakılmamaktadır. Suç işledikten sonra akıl hastalığına yakalanan kişiye ceza uygulanmasında ise farklı görüşler bulunmaktadır. Had cezasını gerektiren suçlar için bu kişiye ceza uygulanmayacağı genel olarak kabul görmeye beraber Şafii ve Hanbeli hukukçularına göre, suçun ikrar dışındaki delillerle sabit olduğu hallerde cezanın uygulanması gerekmektedir. Kısas gerektiren suçlarda (örneğin kasten öldürme) ise maktulün vârislerinin talebi üzerine kısas uygulanır ancak Hanefi ve Maliki mezheplerinde kısasın diyete dönüştürülmesi eğilimi hâkimdir<sup>191</sup>.

İslam hukukunda yalnız akıl hastaları değil, aynı zamanda akıl zayıflığı bulunan kişilerin de cezai sorumluluğu bulunmamaktadır<sup>192</sup>. Bununla birlikte suç işlemiş olan akıl hastası, toplum açısından tehlike arz ediyorsa, bir hastaneye (darüşşifa) gönderilerek tedavi altına alınmaktadır<sup>193</sup>.

## C. Karşılaştırmalı Hukukta Akıl Hastalığı

### 1. Alman Ceza Hukuku

Alman Ceza Hukukuna göre, fiili işlediği sırada akıl hastalığı nedeniyle fiilin hukuku aykırılığı anlama veya hareketlerini yönlendirme yetisine sahip olmayan kişi kusurlu sayılmaz. Gerçekten Alman Ceza Kanunu'nun (Strafgesetzbuch) 20. maddesinde "*Fiili işlediği sırada hastalık teşkil eden ruhi bir bozukluktan, esaslı bir şuur bozukluğundan veya akıl zayıflığından veya başka bir anormal ağır ruhi durumdan dolayı, fiilin hukuka aykırılığını anlama veya bu anlayışa göre hareket etme kabiliyetine sahip bulunmayan bir kişi, kusurlu hareket etmiş olmaz.*" hükmü yer almaktadır. Buna karşın failin anlama veya hareketlerini yönlendirme yetisi ortadan

<sup>188</sup> Kur'an ve Sünnet'te belirlenmiş, kısas ve diyet dışındaki cezaî müeyyideleri ifade eden fıkıh terimi. Bkz. <https://islamansiklopedisi.org.tr>, E.T.: 13.11.2017.

<sup>189</sup> Kasten adam öldürme ve müessir fiil suçlarında suçlunun işlediği fiile denk bir ceza ile cezalandırılması. Bkz. <https://islamansiklopedisi.org.tr>, E.T.: 13.11.2017.

<sup>190</sup> Had ve kısas cezaları dışında yöneticinin veya hâkimin takdirine bırakılan ceza. Bkz. <https://islamansiklopedisi.org.tr>, E.T.: 13.11.2017.

<sup>191</sup> <http://www.islamansiklopedisi.info/dia/pdf/c08/c080095.pdf>, E.T.: 13.11.2017.

<sup>192</sup> Şensoy, "Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet", s.122.

<sup>193</sup> a.g.e.

kalkmamakla birlikte önemli derecede azalmışsa akıl hastasının ceza sorumluluğunun olduğu kabul edilir<sup>194</sup> ancak cezası 49. maddeye göre indirilebilir<sup>195</sup>.

## 2. Amerikan Ceza Hukuku

Akıl hastalığı Amerikan hukukunda ceza sorumluluğunu azaltan veya ortadan kaldıran bir sebep olarak kabul edilmektedir. Ancak fiilini akıl hastalığının etkisiyle işlediğini iddia eden sanık, bu iddiasını ispatlanmakla mükelleftir<sup>196</sup>. Diğer bir deyişle ispat yükü sanığa yönelmiştir. Dolayısıyla kişi suçu akıl hastalığı nedeniyle işlediğini öne sürmezse bu durum, mahkemece araştırılmamakta ve ceza sorumluluğunun belirlenmesinde dikkate alınmamaktadır. Gerçekten 1984 Akıl Hastalığı Savunma Reformu Yasası'na (Insanity Defense Reform Act of 1984) göre, cezasının azaltılmasını isteyen akıl hastası sanık, iki hususu açık ve inandırıcı delillerle kanıtlamalıdır: (1) suçu işlediği sırada ciddi bir akıl hastalığı etkisinde olduğunu (2) bu hastalığın bir sonucu olarak fiilinin doğasının ve özelliğinin farkında olmadığı veya haksızlığının bilincine varamadığını. Ayrıca akıl hastalığı, kastı ortadan kaldıran bir hal olarak da kabul edilebilmektedir<sup>197</sup>.

Amerikan ceza hukukunda ayrıca akıl hastalara özgü, özel bir yargılama usulüne sahip akıl sağlığı mahkemeleri bulunmaktadır<sup>198</sup>. Bu mahkemelerde akıl

<sup>194</sup> Strafgesetzbuch (StGB) § 21: “*Failin, fiilinin haksızlığını (Unrecht) anlama veya bu anlayışa göre hareket etme ehliyeti, fiilin icrası sırasında 20 nci maddede gösterilen sebeplerle önemli derecede azalmışsa, ceza 49 uncu maddenin<sup>194</sup> birinci fıkrasına indirilebilir.*” Bkz. Feridun Yenisey, Gottfried Plagemann, **Alman Ceza Kanunu Strafgesetzbuch (StGB)**, 2. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2015.

<sup>195</sup> Alman Ceza Kanunu Strafgesetzbuch (StGB) § 49 ise şu şekildedir:

“(1) Bu hüküm uyarınca bir indirme yapılması kanunen öngörülmüş veya hukuken kabul edilmişse, indirme hakkında aşağıdaki kurallar uygulanır:

1. Müebbet hapis cezasının yerini, üç seneden aşağı olmayan hapis cezası alır.
2. Süreli hapis cezasında, kanunda yazılı olan üst sınırın en fazla dörtte üçüne hükmedilebilir. Adli para cezasında aynı hüküm, gün birimlerinin en yüksek sayısı için geçerlidir.
3. Bir hapis cezasının yükseltilmiş olan alt sınırı, aşağıdaki şekilde indirilir:  
On veya beş senelik alt sınırı iki seneye,  
Üç veya iki senelik alt sınırı altı aya,  
Bir senelik alt sınırı üç aya,  
Diğer hallerde, kanuni alt sınıra kadar indirilir.

(2) Mahkeme, kanunun bu hükmüne yollama yapan bir maddesi uyarınca cezayı kendi takdirine göre indirebiliyorsa, cezayı kanunda yazılı cezanın alt sınırına kadar indirebilir veya hapis cezası yerine adli para cezasına hükmedebilir.”

<sup>196</sup> <https://www.justice.gov/jm/criminal-resource-manual-634-insanity-defense-reform-act-1984>, E.T.: 14.02.2019.

<sup>197</sup> Yasin Aslan, “The Status of Mentally Ill Accused in American Criminal Law”, **Adli Bilimler Dergisi**, C.6, Sa.4, Aralık 2007, s.29, 30 (26-31).

<sup>198</sup> Greg Berman, John Feinblatt, **Good Courts: The Case for Problem-Solving Justice**, The New Press, New York, 2005, s.12.



hastası şüpheli ve sanık, mahkeme gözetiminde belli bir süre zorunlu tıbbi tedaviye katılmakta ve tedavi ile diğer koşullara uyması halinde cezası düşürülmekte veya tamamen ortadan kaldırılmaktadır. Akıl sağlığı mahkemeleri, Türk ceza hukukunda akıl hastalarının yargılanmasına alternatif bir model olarak çalışmamızın ikinci bölümünde incelenecektir.

### 3. Fransız Ceza Hukuku

Fransız Ceza Kanunu'nda akıl hastalığı, sorumluluğu kaldıran veya azaltan nedenler başlığı altında düzenlenmek suretiyle akıl hastalığının hukuki niteliği hakkında bir tercih yapılmamıştır<sup>199</sup>. Ancak Fransız öğretisinde ağırlıklı görüş, akıl hastalığının kusur yeteneğini ortadan kaldıran bir hal olduğu yönündedir<sup>200</sup>.

Fransız Ceza Kanunu m. 122/1'e göre, "*Olay anında temyiz gücünü veya hareketlerini kontrol yeteneğini ortadan kaldıran bir psikik veya nöropsişik teşevvüş içinde bulunan kimse cezaen sorumlu olmaz. Olay anında temyiz gücünü bozan veya hareketlerini kontrol yeteneğini engelleyen bir psikik veya nöropsişik teşevvüş içinde bulunan kimse cezalandırılabilir: Bununla birlikte, mahkeme bu durumu göz önünde tutarak cezayı ve cezanın infaz rejimini belirler.*". Görüldüğü üzere Kanun'da akıl hastalığının ceza sorumluluğu üzerindeki etkisi belirlenirken suçlar arasında bir ayırım yapılmamıştır. Aynı zamanda "*ruhi veya nöropsişik teşevvüş*" ifadesi kullanılmak suretiyle akıl hastalıkları arasında kökeni ve yapısına göre bir farklılığa gidilmeyerek tüm akıl bozuklukları kapsam altına alınmıştır<sup>201</sup>.

Öte yandan kısmi akıl hastalığı olarak adlandırılabilen maddenin ikinci cümlesinde yer alan düzenlemede, cezayı ve cezanın infaz rejimini mahkemenin belirleneceği ifade edilmiştir. Bu yaklaşım Fransız öğretisi tarafından hakime fazla takdir yetkisi verilmiş olması ve cezanın hangi kıstaslara göre indirileceğinin belli olmaması yönlerinden eleştirilmiştir<sup>202</sup>.

<sup>199</sup> Onur Özcan, "Fransız Ceza Hukukunda Akıl Bozukluğunun Ceza Sorumluluğuna Etkisi", **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.5, Sa.2, Aralık 2008, s.200 (199-236).

<sup>200</sup> **a.g.e.**

<sup>201</sup> **a.g.e.**, s.203, 204.

<sup>202</sup> **a.g.e.**, s.208-211.

#### 4. İngiliz Ceza Hukuku

İngiltere’de akıl hastalarının ceza sorumluluğunun belirlenmesinde hakim olan M’Naghten Kuralı’dır<sup>203</sup>. Bu kurala göre, jüri üyeleri aksi ispat edilinceye kadar her bireyin akıl sağlığının yerinde olduğu varsaymalıdır. Akıl hastalığı yönünde bir savunmanın kurulabilmesi için fiilin gerçekleştirildiği sırada, sanığın akıl hastalığından dolayı fiilin doğasının ve özelliğinin farkında olmaması; farkında olsa bile yaptığı şeyin yanlış olduğunun bilincine varamaması gerekir. Bu tanımın merkezinde “*Sanık ne yaptığını biliyor muydu, eğer öyleyse yanlış olan neydi?*” sorusu olduğu söylenebilir<sup>204</sup>.

Bu kuralın iki aşaması vardır. İlk olarak sanık, akıl hastalığı nedeniyle suçu işlediği sırada ne yaptığının bilincinde olmamalıdır. Kişi, akıl hastalığı nedeniyle kendisinin işlediğini bilmediği bir fiilden olayı sorumlu tutulmaz. İkinci aşamada ise sanığın, davranışlarının yanlış olduğunu bilip bilmediği tespit edilmeye çalışılmaktadır. Gerçekten sanık ne yaptığını bilse dahi yaptığı şeyin yanlışlığını fark edebilecek bir yetkinlikte değilse yine akıl hastası kabul edilmektedir<sup>205</sup>. Ayrıca İngiltere’de mahkemeler, akıl hastaları hakkında mahkumiyet sonrası yaptırım olarak hastane bakımı veya diğer bir tedbire başvurabilme imkanına sahiptir<sup>206</sup>.

Öte yandan bir haksızlık meydana getirmesine neden olabilecek bir tıbbi hastalığı olan kimsenin, neden olabileceği sonuçların bilincinde olmasına rağmen bu durumun ortaya çıkmasını önleyici tedbirleri almaması halinde ceza sorumluluğu tam kabul edilmektedir<sup>207</sup>.

<sup>203</sup> Bu kural (The M’Naghten rules), İngiltere Başkını Sir Robert Pell’i öldürmeye çalışırken başbakanın özel sekreteri vuran Daniel M’Naghten’in 1843 yılında beraat ile sonuçlanan yargılamasının ardından ve beraatine bir tepki olarak formüle edilmiştir. Akıl hastalığı nedeniyle ceza almayan M’Naghten’in davasıyla ilgilenen Lordlar Kamarası mahkeme heyetine akıl hastalarının savunması hakkında bir dizi kuramsal soru sormuş ve bunun neticesinde bazı kriterler geliştirilmiştir. Bkz. <http://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1843/J16.html>, E.T.: 29.03.2018; <https://criminallaw.uslegal.com/defense-of-insanity/the-mnaghten-rule>, E.T.: 24.03.2018.

<sup>204</sup> <http://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1843/J16.html>; <https://criminallaw.uslegal.com/defense-of-insanity/the-mnaghten-rule>.

<sup>205</sup> [https://www.law.cornell.edu/wex/insanity\\_defense](https://www.law.cornell.edu/wex/insanity_defense), E.T.: 28.03.2018.

<sup>206</sup> Mustafa Tören Yücel, **Toplumsal Değişim Sürecinde Türk Ceza Kanunu Reformu**, Birinci Kitap, Ankara, Türkiye Barolar Birliği, 2004, s.82 (Erişim: <http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tck-reformu-1.pdf>).

<sup>207</sup> Hande Ulutürk, **Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalığının Kusur Yeteneğine Etkisi**, Ankara, Seçkin Yay., 2014, s.53. R –v- Quick & Paddison (1973) davasında, diyabetik hipoglisemi (düşük kan şekeri) etkisi altında Paddison’a saldıran Quick’in durumu tartışıldı. Hipoglisemide kan şekeri özellikle 50 mm/dL’nin altında indiğinde hastanın bilişsel fonksiyonlarında azalma görülmekte ve hasta saldırganlaşabilmektedir. Sanık davada suçu işlediğini kabul etmiş ancak

## 5. Rus Ceza Hukuku

Rus ceza hukukunda akıl hastalığı, 1996 tarihli Rus Ceza Kanunu'nun "Akıl Hastalığı" başlıklı 21. maddesinde düzenlenmektedir. Buna göre "*Sosyal açıdan tehlikeli bir hareketi gerçekleştirdiği anda akıl hastası olan, yani eylemlerinin gerçek karakterini veya sosyal tehlikesini anlayamayan ya da kronik veya geçici akıl hastalığı, akli noksanlık ya da başka herhangi akıl durumunun sonucu olarak bunları yönetemeyen kişi ceza sorumluluğuna tabi değildir.*" Maddenin ikinci fıkrasında zorunlu tıbbi tedavinin bu kişilerden ancak tehlikeli bir eylemde bulunan kişiler hakkında uygulanabileceği ifade edilmiştir. Öte yandan Kanun'un 22. maddesinde, suç işlediği sırada akıl hastalığı nedeniyle eylemlerinin gerçek karakterini ve sosyal tehlikesini tam olarak kavrayamayan ya da kontrol edemeyen akıl hastasının ise ceza sorumluluğunun ortadan kalkmadığı kabul edilmektedir<sup>208</sup>.

## 6. İsveç Ceza Hukuku

İsveç Ceza Kanunu'nda akıl hastalığına ilişkin düzenleme şu şekildedir<sup>209</sup>: "*Kişi akıl hastalığı, akıl zayıflığı veya akıl hastalığı derecesinde düşünülmesi gereken yoğunlukta akıl anormalliği etkisiyle suç işlediğinde, özel bakıma alınma veya ikinci paragrafta belirtilen hallerde para cezası veya gözetimli erteleme dışında diğer bir yaptırıma hükmedilemez. Sanığın ilerde suç işlemesini önleme amacına hizmet edeceği saptandığında para cezası uygulanabilir. Durumlar göz önüne alınarak özel bakımdan daha uygun olduğuna inanıldığında gözetimli erteleme uygulanabilir.*" (İsveç Ceza Kanunu, Bölüm 33, Kısım 2).

Buna göre akıl hastalığı, ceza sorumluluğu içerisinde ele alınmamakta, aksine suçlu için hangi yaptırımın yeterli olabileceği konusunda birey bazında bir

---

bunu fiili işlediği sırada etkisi altında bulunduğu diyabetik hipogliseminin bir sonucu olarak istemsizce gerçekleştirdiğini savunmuştur. Yerel mahkeme Quick'in otomatizm savunmasını kabul etmemiş, aksine akıl hastası olduğuna karar vermiştir. Ancak sanık, damgalanmaktan çekindiği için akıl hastalığı savunması yapmamış ve 9 ay mahkumiyet kararı verilmiştir. Ancak temyiz mahkemesi, diyabetik hipogliseminin dışsal bir faktör tarafından uyarıldığını ve bu nedenle de akıl hastalığına değil, otomatizme yol açacağı; sanığın damgalanma korkusu nedeniyle suçunu kabul etme mecburiyeti hissetmemesi gerektiği gerekçesiyle hükmü bozmuştur. Ancak mahkeme, hipogliseminin ihmalkarlıkla kendi kendini tetiklemesi halinde otomatizm savunmasının kabul edilmeyeceği ifade etmiştir. Bkz. <http://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Crim/1973/1.html>, E.T.: 29.03.2018.

<sup>208</sup> Rus Ceza Kanunu'nun İngilizce metni için bkz. <https://www.legislationline.org/documents/section/criminal-codes/country/7>, E.T.: 08.10.2018.

<sup>209</sup> Yücel, **Toplumsal Değişim Sürecinde Türk Ceza Kanunu Reformu**, s.81-83.

değerlendirme yapılmaktadır. Yani, akıl hastalığı esasen yaptırım türü bakımından bir önem arz etmektedir. Kanun'da yer verilen başlıca yaptırım türleri, hastanede bakım altına alınma ve gözetim altında bulundurma ile duruma göre para cezasıdır. Gözlem altında bulundurma, akıl hastasının serbest bırakılmasında herhangi bir tıbbi bir sakınca olmaması ve barınma imkanına sahip olması halinde başvuru bir yaptırımdır. Akıl hastalığının etkisiyle işlenmiş basit bir trafik suçu veya hakaret gibi bazı suçlar için ise benzer suçların tekrar işlenmesinin önüne geçmeye yeteceği düşüncesiyle para cezasına uygulanmaktadır<sup>210</sup>.

## D. Ülkemizdeki Durum

### 1. 765 Sayılı TCK'dan Önceki Dönem

1274 (1858) tarihli ceza kanunu yürürlüğe girene kadar Osmanlı'da suçu işlediği sırada akıl hastalarının cezai sorumluluğu İslam hukuku hükümlere göre belirlenmiştir<sup>211</sup>. 1274 tarihli Kanun'un 4. faslında buluşa ermemiş çocukların ve mecnunların ceza sorumlulukları ne şekilde belirleneceği açıklanmıştır<sup>212</sup>. Gerçekten Kanun'un 41. maddesinde, "*Mücrimin bir cürmü hin-i irtikabında cinnet halinde bulunduğu sabit olur ise mücazat-ı kanuniyeden mafuv tutulur.*" ibaresine yer verilmek suretiyle akıl hastalığının cezalandırılmayı engelleyen bir hal olduğu belirtilmiştir<sup>213</sup>. Kanun'da yer verilen "cinnet" kavramının dar kapsamlı olduğu ifade edilmiş ve kavram epilepsi gibi halleri kapsamaması dolayısıyla eleştirilmiştir<sup>214</sup>.

### 2. 765 Sayılı TCK Dönemi

1274 tarihli Kanun döneminde "cinnet" kavramı etrafında yapılan tartışmalar, 765 sayılı TCK'da "ruhi zaaf" terimi kullanılmasına neden olmuş ancak bu kavram da fazla geniş kapsamlı olması dolayısıyla eleştirilmiştir. Kanun'da 1953 yılında yapılan değişiklikle "ruhi zaaf" kavramı, "akli maluliyet" ifadesiyle değiştirilmiştir<sup>215</sup>. Daha

<sup>210</sup> a.g.e.

<sup>211</sup> Taner, a.g.e., s.362; Nuhoglu, a.g.e., s.46.

<sup>212</sup> Said Nuri Akgündüz, "Tanzimat Dönemi Osmanlı Ceza Hukukunun Kaynakları", **AİBÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C.4, S.8, 2016, s.10 (Erişim: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/269178>, E.T.: 25.05.2018).

<sup>213</sup> Ahmet Gökçen, **Tanzimat Dönemi Osmanlı Ceza Kanunları ve Bu Kanunlardaki Ceza Müeyyideleri**, İstanbul, 1989, s.123.

<sup>214</sup> Taner, a.g.e., s.363.

<sup>215</sup> a.g.e.

sonra iyileşmesi mümkün olan akıl hastalıkları için kullanılmasının doğru olmadığı belirtilerek “akli maluliyet” tabiri de 1955 yılında “akıl hastalığı” olarak değiştirilmiş ancak bu değişiklik sadece 46. madde için uygulanırken 47. madde yer alan “akli maluliyet” kavramı muhafaza edilmiştir.<sup>216</sup>

765 sayılı TCK akıl hastalığını üçlü bir ayırım içinde ele almıştır<sup>217</sup>. Bu ayırımı göre, akıl hastalığı; kusur yeteneğini tamamen ortadan kaldıracak nitelikte olabilir (tam akıl hastalığı), kusur yeteneğini önemli ölçüde kaldıracak nitelikte olabilir (kısmi akıl hastalığı), kusur yeteneğini etkileyecek kadar bir dereceye ulaşmamış olabilir. Son halde ceza sorumluluğunun tam olduğu kabul edilmiştir.

#### a. Tam Akıl Hastalığı

Kanun’un 46. maddesine göre “*Fiili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığından duçar olan kimseye ceza verilmez.*” şeklinde bir düzenlemeye yer verilmek suretiyle tam akıl hastalarının ceza sorumluluğunun olmadığı kabul edilmiştir. Karma teoriyi benimseyen 765 sayılı Kanun’a göre bu hükmün uygulanabilmesi için üç koşul bulunmaktadır<sup>218</sup>.

İlk koşul, belirli bir ağırlığa ulaşmış bir akıl hastalığının varlığıdır. Şuur, insanın gerek kendi benliğinden gerekse çevresinden haberdar olması ve çevresiyle bağlantı kurabilmesidir. Hareket serbestisi ise hareketlerini yapmaya serbestçe karar vermesine ilişkin zihni çalışmasının ve başka türlü hareket edebilme olanağının ortadan kalmasını ifade etmektedir<sup>219</sup>. Yargıtay 1. Ceza Dairesi 1971/2391 sayılı kararında “*cezai mesuliyetsizlik için akıl hastalığı yeterli olmayıp ayrıca bu akıl hastalığının aynı zamanda sanığın şuurunu ve hareket serbestisini kaldıracak mahiyette bulunması da zaruri olmasına göre...*” ifadesine yer verilmek suretiyle bu husus vurgulanmıştır<sup>220</sup>.

<sup>216</sup> Ünver,  **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, s.111.

<sup>217</sup> Tosun, **a.g.e.**, s.273.

<sup>218</sup> Karma teori için bkz. “Akıl Hastalığının Ceza Sorumluluğu Etkisi Konusunda Sistemler”.

<sup>219</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.135.

<sup>220</sup> Karar için bkz. <https://legalbank.net>.

İkinci koşul failin şuuru veya hareket serbestisini kalkmasının nedeni akıl hastalığı olması gerektiğidir<sup>221</sup>. Bu husus, 1984/122 sayılı Yargıtay Ceza Genel Kurulu kararında “TCK’nun 46. ve ... maddelerinin uygulanabilmesi için, şuurunun bulunmamasının, akli maluliyetten ileri gelmesi şartının varlığı gereklidir” şeklinde belirtilmiştir<sup>222</sup>.

Kanun’un 46. maddesinin uygulanabilmesi için gerekli son koşul ise akıl hastalığının fiilin işlediğinde sırada bulunması gerektiğidir. Failin, fiilden önce veya sonra failin tam akıl hastası olması halinde artık 46. madde değil, ceza muhakemesi hukuku ilişkisinden söz edilmektedir. Yargıtay Ceza Genel Kurulu da 1987/111 sayılı kararında “... sanıkta belirlenen ve hapis psikozuna bağlanan şizofrenin kesin olarak hangi tarihte meydana geldiğinin... suç tarihinde sanığın ceza ehliyetinin tam olup olmadığının Adli Tıp Genel Kurulunca raporla tespit ettirilmesi...” gerektiği ifade etmiştir<sup>223</sup>.

Sonuç itibarıyla bu kimselere ceza verilemeyecek ise de maddenin son cümlesine göre, *ademi mesuliyetine karar verilen şahsın serbest bırakılması tehlikeli*<sup>224</sup> olduğu mahkemece takdir edilirse hakkında muamelei kanuniye icra olununcaya kadar muhafaza edilmek üzere ait olan makama teslimini mahkeme emreder. 1926 tarihli Ceza Kanununun Mevkii Meriyete Vazına Müteallik Kanun’un 13. maddesinde muamelei kanuniye açıklanmaktadır<sup>225</sup>. Buna göre, mahkeme, muhafaza edilmek üzere, akıl hastasının teslimine karar verirken savcı da o yer hukuk mahkemesi hakiminden kişinin tımarhaneye veya ıslahhaneye gönderilmesine karar verilmesini isteyecektir. Hukuk mahkemesi hakimi, tıbbi gereklilik üzerine akıl hastasını tımarhaneye veya ıslahhaneye gönderecek ya da serbest bırakılmasına karar verecektir. Ayrıca akıl hastasının, talep olunması ve tıbben bir mahzur görülmemesi üzerine ailesi nezdine teslimine de karar verilebilmektedir. Taahhüt hilafına kusur ve

<sup>221</sup> Ünver, **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, s.113.

<sup>222</sup> Karar için bkz. <https://legalbank.net>.

<sup>223</sup> **a.g.e.**, s.117.

<sup>224</sup> Tedavi tedbirinin uygulanması için aranan akıl hastasının tehlikeli olma koşulu 1953 yılında 6123 sayılı Kanun’la yapılan değişik sonrası kaldırılmış ve akıl hastalığının etkisiyle suç işleyen tüm failer hakkında tedavi tedbirine başvurulma zorunluluğu getirilmiştir. Değişiklik öncesi tehlikeli olma ile kastedilen, failin kendisi için değil, toplum için tehlikeli olma halidir. Bkz. Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.46.

<sup>225</sup> 825 sayılı Kanun için bkz. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/364.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/364.pdf>, E.T.: 05.01.2019). Ayrıca Kanun’un Latin alfabesi ile yazılı hali için bkz. [www.kazanci.com](http://www.kazanci.com).

ihmalinden dolayı akıl hastasının bir suç işlemesine neden olan kimse hakkında ise mülga Ceza Kanunu'nun 60. maddesi<sup>226</sup> uygulanmaktadır.

### b. Kısmi Akıl Hastalığı

765 sayılı TCK'nın kısmi akıl hastalığını düzenleyen 47. maddesine göre "*Fiili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akli maluliyete müptela olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir*<sup>227</sup>". 765 sayılı TCK'nın 47. maddesinin uygulama alana bulabilmesi akıl hastalığının kişinin, *şuurunun veya harekâtının serbestisini önemli derecede azaltacak nitelikte olmasına bağlıdır*. Bu dereceye varmayan akıl hastalığı, ceza sorumluluğu bakımından önem arz etmemektedir<sup>228</sup>.

Öte yandan Kanun'un kısmi akıl hastaları için ceza indirimi uygularken güvenlik tedbiri öngörmemiş olması öğretime eleştirilmiştir<sup>229</sup>. Gerçekten bu kişiler için cezada indirim haricinde cezanın infaz edildiği yer ve infaz usulü bakımından akıl hastası olmayan diğer hükümlülere bir farklılığa gidilmemiştir<sup>230</sup>.

## IV. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nda Akıl Hastalığı

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda akıl hastalığının cezai sorumluluğa etkisi, *Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler* başlıklı ikinci bölüm içinde 32.

<sup>226</sup> "Başkalarının nüfus ve idare ve nezareti altında bulunanların işledikleri kabahatlerde eğer fiil, nüfuslarının cari olduğu daire dahilinde riayet ettirmekle nizamden mükellef oldukları ahkama karşı işlenmiş kabahatlerden olduğu ve bunların kendi dikkat ve basiretleriyle meni mümkün bulunduğu takdirde ceza failden maada nüfus ve idare ve nezareti haiz olan metbular hakkında dahi tatbik olunur. Eğer kabahat fail üzerinde nüfus ve idare ve nezareti olanların emriyle, bunların kanunen riayet ettirmeğe mecbur oldukları ahkam ihlal edilerek, yapılmış olursa ceza emri veren metbudan maada salahiyettar merciin bir emri mahsusunu veya bir ihtarını isga etmiyerek kabahati irtikap eden tabi hakkında da tatbik olunur."

<sup>227</sup> İndirim miktarlarını gösteren maddenin devamı şu şekildedir:

"1 - Ağırlaştırılmış müebbet ağır hapis" cezası yerine 15 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis,

2 - Müebbet ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis,

3 - Amme hizmetlerinden müebbet memnuiyet yerine muvakkatı memnuiyet; cezaları hükmolunur.

Diğer cezalar üçte birden yarıya kadar indirilir."

<sup>228</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.127.

<sup>229</sup> Bu eleştiriler için bkz. Şensoy, "Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet", s.147 vd; Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.124 vd.; Önder, *Ceza Hukuku Dersleri*, s.286.

<sup>230</sup> Ünver, *Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi*, s.126.

maddede düzenlenmiştir<sup>231</sup>. Kusur yeteneğini etkileyen bir neden olarak kabul edilen akıl hastalığı, maddenin ilk fıkrasında, ceza sorumluluğu kaldıran bir hal olarak düzenlerken ikinci fıkrada ceza sorumluluğunu azaltan bir neden olarak yer almaktadır. Ancak maddede akıl hastalığının tanımı yapılmamıştır. Bu tercihin nedeni madde gerekçesinde *kişinin akıl hastası olup olmadığının tespiti(nin) ile hastalığının algılama ve irade yeteneği üzerinde ne gibi etkilerinin olabileceğini, davranışlarını ne surette etkilediğini genel olarak belirleme, tıbbî bir konu olması* şeklinde açıklanmıştır<sup>232</sup>.

Maddede akıl hastalığının ancak kişinin işlediği fiil üzerinde bir etkisi olması halinde ceza sorumluluğunda bir etki doğuracağı düzenlenmektedir. Bu bakımdan kişinin işlediği fiille bağlantılı olmayan akıl hastalığı bu madde kapsamında değildir. Madde gerekçesinde bu husus kleptomani olan bir kişinin kasten adam öldürme suçunu işlemesi durumunda, malul olduğu akıl hastalığı ile bu fiille ilgili olarak algılama ya da irade yeteneğinin etkilenmeyeceği ifade edilmek suretiyle örneklendirilmiştir.

Kanun koyucu akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisini belirlerken akıl hastalığının failin, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği üzerinde bir etkisi olup olmadığı bakmaktadır. Etkisi olduğunun saptanması durumunda ise bu etkinin derecesi önem kazanmaktadır. Diğer bir deyişle akıl hastalığının işlenen fiil üzerindeki etkisi belirlenmeye çalışılmaktadır. Ancak bu noktada akıl hastalıkları arasında bir ayrıma yer verilmemektedir. Kanun koyucu 5237 sayılı TCK ile tam akıl hastalığı, kısmi akıl hastalığı ayrımını kaldırmıştır<sup>233</sup>. Gerçekten Kanun, her iki fıkrada da akıl hastalığının

<sup>231</sup> “(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 hükümlenir.

(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 olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.”

<sup>232</sup>

Gerekçe

için

bkz.

<https://mevzuat.tbmm.gov.tr/mevzuat/faces/kanunmaddeleri?pkanunlarno=24110&pkanunnumarasi=5237>, E.T.: 05.01.2019.

<sup>233</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.414; İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.428; Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.327; Veli Özer Özbek, **TCK İzmir Şerhi Yeni Türk Ceza Kanununun Anlamı**, C.I, Ankara, Seçkin Yay., 2006, s.429; Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.367; Fatih Selami Mahmutoğlu, Serra Karadeniz, **Türk Ceza Kanunu Genel Hükümler Şerhi**, İstanbul, Beta Basım, 2017, s.747; İsmail Malkoç, **Yeni Türk Ceza Kanunu**, İstanbul, Malkoç



etkisiyle kusur yeteneğinin belirli oranlarda etkilenmesinden söz etmekte olup akıl hastalıklarını derecesine göre ayırmamıştır<sup>234</sup>. Ancak öğretilerde aksi yönde görüşler de bulunmaktadır<sup>235</sup>.

İki fıkra halinde düzenlenen TCK m. 32’de akıl hastalığının kusur yeteneğine etkisi düzenlenirken akıl hastaları hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerine ise 57. maddede yer verilmiştir. Biz de bu bölümde akıl hastalığının kusur yeteneğine etkisini inceledik. İlgili güvenlik tedbirleri ise çalışmamızın üçüncü bölümünde yer almaktadır. Başta da ifade ettiğimiz gibi ilk fıkra ceza sorumluluğunu kaldıran bir hal iken ikinci fıkra ceza sorumluluğunu azaltan bir neden olarak düzenlenmiştir.

#### **A. Ceza Sorumluluğunu Kaldıran Bir Neden Olarak Akıl Hastalığı (TCK m. 32/1)**

Akıl hastalığının ceza sorumluluğunu kaldıran bir hal olarak düzenlendiği 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.

Bu fıkra uyarınca bir kişinin ceza sorumluluğunun ortadan kalkması için kişide bir akıl hastalığı bulunmalı, bu hastalık suçun işlendiği anda mevcut olmalı, kişi işlediği fiilin hukuki anlam veya sonuçlarını algılayamamalı ya da fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinde önemli derecede azalma meydana gelmeli ve son olarak algılama ve irade yeteneğindeki yitim ile akıl hastalığı arasında bir nedensellik bağı bulunmalıdır.

---

Kitabevi, 2008, s.258; Bayındır, **a.g.e.**, s.106; Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.406; A. Vedat Dilberoğlu, **Ceza Hukukunda Güvenlik Tedbirleri**, Ankara, Us-A Yay., 2017, s.73.

<sup>234</sup> Halbuki 765 sayılı TCK döneminde, bir üst başlıkta da ifade ettiğimiz gibi, 46. maddede kusur yeteneğini tamamen kaldıran akıl hastalığından; 47. maddede ise kusur yeteneğini önemli derecede azaltan akıl hastalığından bahsedilmekte ve akıl hastalıkları derecesine göre ayrılmıştır.

<sup>235</sup> Duygun Yarsuvat ve diğ., “Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesinin TCK Tasarısı Hakkındaki Görüşleri”, **Türk Ceza Kanunu Reformu, İkinci Kitap, Makaleler, Görüşler, Raporlar**, Türkiye Barolar Birliği Yayını, Ankara, 2004, s.297; Süheyl Donay, **Türk Ceza Kanunu Şerhi**, İstanbul, Beta Yay., 2007, s.52; Centel/Zafer/Çakmut, **a.g.e.**, s.412; Demirbaş, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.359; Hamide Zafer, **Ceza Hukuku Genel Hükümler Ders Kitabı**, 5. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2015, s.350; Soyaslan, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.403.

## 1. Bir Akıl Hastalığının Varlığı

TCK'da karma sistem kabul edildiğinden 32. maddenin gündeme gelmesi için en başta kişinin malul bulunduğu bir akıl hastalığının varlığı gereklidir. Ancak maddede ruhsal bozukluk kavramı yerine akıl hastalığına yer verilmesi öğretide bazı eleştirilere neden olmuştur<sup>236</sup>. Buna göre akılla ilgili olmayan birçok ruhsal bozuklukların da kişinin algılama ve irade yeteneğini önemli ölçüde etkileyebilecektir. Gerçekten bugün tıp dünyası ekseriyetle ruhsal bozukluk kavramını kullanırken akıl hastalığı kavramının kullanımı, kanun koyucunun tercihi nedeniyle hukukçularla sınırlı kalmış bir durumdadır. Gerçekten bu kişilerin tedavileri için oluşturulan kurumlara da akıl hastanesi değil, ruh ve sinir hastalıkları hastanesi ismi verilmektedir. Bununla birlikte *Dönmezer/Erman*'ın 765 sayılı TCK döneminde öne sürdüğü, akıl hastalığı kavramına yer verilmiş olmasının bir eksikliğe neden olmayacağı, zira kavramın akıl ve zekanın yanında iradeyi ilgilendiren bütün patolojik halleri kapsamına alacak biçim geniş yorumlanması gerektiği yönündeki yaklaşımı bugün de geçerliliğini korumaktadır<sup>237</sup>. Ancak kanaatimizce bu hususta tıp dünyası ile bir kavram birliği sağlanması yerinde olacaktır.

Öte yandan maddede genel olarak akıl hastalığından bahsedildiği için bu hastalığın devamlı veya geçici, tedavi edilebilir ya da edilemez olmasının bir önemi bulunmamaktadır.

## 2. Akıl Hastalığının Suçun İşlendiği Anda Mevcut Olması

TCK m. 32/1'de yer alan düzenleme açısından önem arz eden akıl hastalığı, suçun işlendiği anda mevcut olan akıl hastalığıdır<sup>238</sup>. Suçun işlendiği andan kasıt, icra hareketinin gerçekleştirildiği andır. İcrai hareketle işlenen suçlar bakımından neticenin daha sonra ortaya çıkmasının ceza hukuku açısından bir önemi yoktur<sup>239</sup>. Ancak ihmali

<sup>236</sup> Yener Ünver, "Psikiyatride Hasta Hakları", *Sağlık Hakkı*, Sa.3, 2007, s.40; Nuri Yiğit, **5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu Tanıtım Seminerleri için Eğitim Notları**, Tekirdağ, 2005, s.80 (Erişim: [www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/156.doc](http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/156.doc)); Bayındır, **a.g.e.**, s.108; Ulutürk, **a.g.e.**, s.50.

<sup>237</sup> Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C. II, 1997, n. 208, 209. Benzer yönde bkz. Ali Parlar, Muzaffer Hatipoğlu, **Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler**, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2010, s.599.

<sup>238</sup> Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.406.

<sup>239</sup> Önder, **Ceza Hukuku Dersleri**, s.273.

davranışla işlenen suçlar bakımından failin neticenin gerçekleştiği anda da akıl hastası olması gerekir<sup>240</sup>.

Ani suçlarda hareket ile netice aynı anda gerçekleştiği için bu suçlar bakımından, suçun işlendiği anda akıl hastalığının mevcudiyetinin tespiti bir özellik arz etmemektedir. Ancak kesintisiz suçlarda ceza sorumluluğunun olmadığından söz edilebilmesi için kesintinin gerçekleştiği anda failde bir akıl hastalığının varlığı aranmaktadır<sup>241</sup>. Akıl hastalığının kesintinin gerçekleşmesinden önce etkisini yitirdiği bir durumda, fiilin icrasını sürdürürse failin sorumluluğu tam kabul edilecektir<sup>242</sup>. Zincirleme suçlar bakımından konu değerlendirildiğinde ise zincirleme suç, kanun koyucunun cezalandırma politikasıyla ilgili bir husus olup bu kapsamda yer alan suçlardan her biri esasen ayrı, kendi başına bir suç teşkil etmektedir. Bu sebeple zincirleme halinde işlediği suçlardan dolayı failin kusur yeteneğinin olmadığından bahsedilebilmesi, bu kapsamda yer alan suçların tamamının akıl hastalığının mevcut olduğu anda işlenmiş olmasını gerektirir<sup>243</sup>.

Öte yandan dönemsel veya nöbet şeklinde seyreden akıl hastalıkları, ceza sorumluluğunun belirlenmesinde kendine özgü bir zorluğu beraberinde getirmektedir. Gerçekten bu tür bir akıl hastalığından malul olan bir kişinin, fiil işlediği sırada nöbet halinde olup olmadığı belirlenmesi gerekmektedir. Ancak kişinin nöbet halinde olmaması, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve fille ilişkin davranışlarını yönlendirme yeteneğinin tam olduğu anlamına gelmeyebilir<sup>244</sup>. Failin fiili işlediği sırada akıl hastalığının etkisinde olup olmadığı kesin olarak belirlenemez ise şüpheden sanık yararlanır ilkesi gereği ceza sorumluluğunun olmadığı kabul edilmelidir<sup>245</sup>.

<sup>240</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.109; İhmali suçlarda da durumun aynı olduğu ve failin kendisinden beklenen harekette bulunma yükümlülüğü zamanında kusur yeteneğinin mevcut olup olmadığı esas olduğu görüşü için bkz. Önder, **Ceza Hukuku Dersleri**, s.273.

<sup>241</sup> Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.327.

<sup>242</sup> Faruk Erem, Ahmet Danışman, M. Emin Artuk, **Ümanist Doktrin Açısından Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 14. Bası, Ankara, Seçkin Yay., 1997, s.518.

<sup>243</sup> Ünver, **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, s.119; Centel/Zafer/Çakmut, **a.g.e.**, s.418.

<sup>244</sup> Faruk Erem, "Akli Maluliyet", *Adalet Dergisi*, Sa.12, 1946, s.1266; Bayındır, **a.g.e.**, s.109.

<sup>245</sup> Necati Meran, **Açıklamalı Yeni Türk Ceza Kanunu**, 2. Bası, Ankara, Seçkin Yay., 2007, s.261; Ayhan Önder, "Alman Ceza Hukukunda Akıl Hastası Suçlular Hakkında Alınacak Tedbirin Şartları ve Usulü", **Ankara Barosu Dergisi**, Sa.3, 1960, s.75 (Erişim: <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/tekmakale/1960-3/3.pdf>).

### 3. Fiilin Hukuki Anlam ve Sonuçlarını Algılayamama veya Fiille İlgili Davranışları Yönlendirme Yeteneğinde Önemli Ölçüde Azalma

TCK, kusur ilkesinin bir gereği olarak işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli derece azalmış kişinin ceza sorumluluğunun olmadığını kabul etmektedir. Kanun lafzında yer verilen *veya* ibaresinin bilinçli bir tercih olduğu ifade edilmekte<sup>246</sup> olup her iki durumdan birinin varlığı kusur yeteneğinin ortadan kalktığı kabulü için yeterlidir. Öte yandan Kanun metninden anlaşıldığı üzere kişi, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını ya algılayabilir bir durumdadır ya da akıl hastalığı nedeniyle algılayamayacak bir haldedir. Diğer bir deyişle TCK’da akıl hastalığı nedeniyle algılama yeteneğinin azalması hali söz konusu edilmemiştir. Buna karşılık Kanun’a göre, kişinin, akıl hastalığının etkisiyle işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği tamamen ortadan kalkabileceği gibi önemli derecede azalmış da olabilir<sup>247</sup>. Zira algılama yeteneğinin aksine, irade yeteneğinin bir derecelendirmeye tabi tutulabileceği ifade edilmektedir<sup>248</sup>.

### 4. Nedensellik Bağı

TCK m. 32, kişideki algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğindeki azalmanın failin malulü bulunduğu akıl hastalığının etkisiyle gerçekleşmesi durumunda uygulama alanı bulur<sup>249</sup>. Bu hallerin akıl hastalığı dışında bir sebepten kaynaklanması durumunda, TCK m. 34’te düzenlenen geçici nedenlere ilişkin hükümlerin uygulanmasını gündeme gelebilecektir<sup>250</sup>.

<sup>246</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.415; Bayındır, **a.g.e.**, s.112.

<sup>247</sup> Kanun metninde yer alan “*davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye*” ibaresinin “*davranışlarını yönlendirme yeteneğini tamamen kaybetmiş olan kimse*” şeklinde değiştirilmesi gerektiği görüşü için bkz. Hafızoğulları/Özen, **a.g.e.**, s.397-398.

<sup>248</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.390; Köksal Bayraktar, **Suç İşlemeye Tahrik Cürmü**, İstanbul, 1967, s.20. Yargıtay Ceza Genel Kurulu’nun E. 2013/14-380, K. 2013/618 ve T. 17.12.2013 sayılı kararı: “...*olayla ilgili olarak fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabileceği, bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin kısmen bulunduğu, önemli derece azaldığı, akıl zayıflığının bulunduğu...*” (www.kazanci.com).

<sup>249</sup> Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.369.

<sup>250</sup> İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.426.

## B. Ceza Sorumluluğunu Azaltan Bir Neden Olarak Akıl Hastalığı (TCK m. 32/1)

TCK'nın 32. maddesinin ikinci fıkrasında, ilk fıkroda yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini azalmış kişinin ceza sorumluluğu düzenlenmiştir<sup>251</sup>. Buna göre, akıl hastası hakkında hükmedilen ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası, yirmi beş yıla indirilirken müebbet hapis cezası, yirmi yıl hapis cezasına çevrilir. Kanun koyucu bu cezaların indiriminde hakime bir takdir hakkı tanımamıştır. Buna karşılık fıkranın devamında, diğer hallerde verilecek cezanın altında birden fazla olmamak üzere indirilebileceği düzenlenmek suretiyle hakim takdir hakkı olduğu ifade edilmiştir. İndirim miktarı belirlenirken hastalığın seviyesi ve failin davranışlarını yönlendirme yeteneği üzerindeki etkisi dikkate alınacaktır<sup>252</sup>. Bu fıkradaki düzenleme, üçte birden yarıya kadar indirim öngören 765 sayılı TCK'nın 47. maddesi ile kıyaslandığında, indirim miktarları bakımından failin aleyhinde olduğu görülmektedir<sup>253</sup>.

## C. 5237 sayılı TCK Kapsamında Suçun Akıl Hastası Karşı İşlenmesi

Türk Ceza Hukuku'nda akıl hastasına karşı gerçekleştirilen bazı fiiller suç olarak tanımlanmıştır. Örneğin TCK m. 175'te düzenlenen *akıl hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünün ihlali* suçunun meydana gelmesi için akıl hastası üzerindeki bakım ve gözetim yükümlülüğünün, başkalarının hayatı, sağlığı veya malvarlığı bakımından tehlikeli olabilecek şekilde ihmal edilmesi gerekmektedir<sup>254</sup>. TCK m. 84/4'te ise işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerin kasten öldürme suçundan sorumlu tutulacakları ifade edilmiştir. TCK m. 194'te sağlık için tehlike oluşturabilecek maddelerin akıl hastalarına veya uçucu madde kullananlara verilmesi

<sup>251</sup> Bu düzenlemenin, birinci fıkradan nasıl ayrılacağına ilişkin bir açıklığın söz konusu olmadığı ve Kanun'dan çıkartılması gerektiği hakkında bkz. Ünver, "Psikiyatride Hasta Hakları", s.40.

<sup>252</sup> Bu hususta, 5237 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesi sonrası bir yargı kararına rastlamamış olsak da mülga Kanun döneminde verilmiş şu karar, bugün de geçerliliğini korumaktadır: "*Ceza indirimi saptanırken akıl zayıflığının düzeyi ve olaydaki etkinlik seviyesi ölçü alınmak gerekirken, sanığın kişiliği, şahsi ve sosyal durumu, suçun işleniş biçimi, yer ve zamanı, kullanılan araç ve sonucu gibi bu fasılda değerlendirilmesi olanaksız veriler gösterilerek yarı indirimle yetinilmesi...*" bkz. Yargıtay 1. Ceza Dairesi'nin E. 1995/4047, K. 1996/371 ve T. 13.2.1996 sayılı kararı (www.kazanci.com).

<sup>253</sup> Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.371.

<sup>254</sup> Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Ozan Ercan Taşkın, "Akıl Hastası Üzerindeki Bakım ve Gözetim Yükümlülüğünün İhlali Suçu", **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.65, Sa.4, 2016, s.2471-2486.

veya bunların tüketimine sunulması bağımsız bir suç olarak düzenlenmektedir. Yine, TCK m. 229/1'de beden veya ruh bakımından kendini idare edemeyecek durumda bulunan kimseleri dilencilikte araç olarak kullanmayı suç olarak düzenlenmiştir.

TCK'da bazı suç tiplerinde ise mağdurun akıl hastası olmasını nitelikli hal olarak düzenlenmiştir. TCK m. 82/1-e'de kasten öldürme suçunun, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi; TCK m. 86/3-b'de kasten yaralama suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi; TCK m. 94/2-a'da işkence suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi; TCK m. 96/2-a'da işkence suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan karşı işlenmesi; TCK m. 102/3-a'da cinsel saldırı suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi; TCK m. 109/3-f'de kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçunun beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi; TCK m. 142/2-son'da hırsızlık suçunun bir başka nitelikli hal olan *elde veya üstte taşınan eşyayı çekip almak suretiyle ya da özel beceriyle işleme* halinin beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kimseye karşı gerçekleştirilmesi; TCK m. 149/1-e'de yağma suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi; TCK m. 158/1-c'de dolandırıcılık suçunun kişinin algılama yeteneğinin zayıflığından yararlanmak suretiyle işlenmesi nitelikli hal olarak düzenlenmiştir. Ayrıca TCK m. 99/3-4'e göre, çocuk düşürtme suçu neticesinde mağdurun, ruh sağlığı bakımından bir zarara uğraması hali neticesi sebebiyle ağırlamış bir hal olarak düzenlenmiştir.

#### **V. Failin Alkol veya Uyuşturucu Madde Etkisinde Olması**

Türk kanunu koyucu, irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişinin ceza sorumluluğunu kabul etmemektedir (5237 sayılı TCK m. 34/1). Ancak alkol veya uyuşturucu maddenin iradi olarak alınması durumunda, kişinin ceza sorumluluğu tam

kabul edilmektedir (m. 34/2). Buna noktada alkol veya uyuşturucu madde bağımlısı<sup>255</sup> olduğu için iradi olarak alkol veya uyuşturucu madde alan kişinin ceza sorumluluğunu nasıl belirleneceği bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Öğretide alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığının ruh sağlığını bozduğu<sup>256</sup> ve bu durumun da kişinin kusur yeteneğini etkilemesi nedeniyle bağımlılığın 5237 sayılı TCK sisteminde bir nevi akıl hastalığı kabul edildiği ifade edilmektedir<sup>257</sup>. Buna göre, bağımlılığın kusur yeteneğini önemli derecede azaltan bir neden olarak kabul edilmesinin bir sonucu olarak m. 57/7’de suç işlemiş bu kişiler hakkında ceza yaptırımının değil, güvenlik tedbiri olarak alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınma tedbirinin uygulanması öngörülmüştür<sup>258</sup>.

---

<sup>255</sup> Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili olarak bkz. Üçüncü Bölüm - “Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri”.

<sup>256</sup> Ömer Faruk Demirel, İbrahim Balcıoğlu, “Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti”, **Yeni Symposium Dergisi**, C.53, Sa.1, 2015, s.28 (27-32).

<sup>257</sup> Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.341. Bu yönde bkz. Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin E. 2007/2995, K. 2008/3854 ve T. 08.05.2008 sayılı kararı: “*Sanığın kronik alkol bağımlısı olduğu iddia edilmiş ise sanık usule uygun olarak gözlem altına alınmalıdır. Sanığın suç işlediği tarihte işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinde bir azalma olup olmadığı, akıl hastalığı bulup bulunmadığı saptanarak sonucuna göre hüküm kurulması gerekir.*” (www.kazanci.com).

<sup>258</sup> Söz konusu güvenlik tedbirleri için bkz. aş.126.

## İKİNCİ BÖLÜM – CEZA MUHAKEMESİ HUKUKUNDA AKIL HASTALIĞI

### I. Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalarının Yargılanması

Akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş faile ceza verilmemekte, ancak bu kişi hakkında güvenlik tedbirine hükmolunmaktadır (TCK m. 32). Bununla birlikte güvenlik tedbirine başvurulabilmesi, failin hakkında yüklenen suçu işlediğinin sabit olması durumunda mümkündür. Gerçekten bu husus, 5271 sayılı CMK'nın 223. maddesinin 3. fıkrasında “*sanık hakkında yüklenen suçla bağlantılı olarak akıl hastalığı... bulunması durumunda... kusurunun bulunmaması dolayısıyla ceza verilmesine yer olmadığı kararı verilir.*” şeklinde ifade edilmiştir. O halde sanığın hakkında yüklenen suçla bağlantılı olarak bir akıl hastalığının olup olmadığının tespit edilmesi gerekmektedir.

Bu kanaate ise ancak bir ceza yargılaması sonunda ulaşılabilir<sup>259</sup>. Bu durumda failin akıl hastası olduğunun anlaşılması, hakkında iddianame düzenlenmesine bir engel teşkil etmeyecektir. Öte yandan 5271 sayılı CMK'nın 172. maddesine göre, kovuşturmaya yer olmadığı kararı, kamu davasının açılması için yeterli şüphe oluşturacak delillerin elde edilememesi ve kovuşturma olanağının bulunmaması olmak üzere iki durumda verilebilmektedir. Kovuşturma olanağının bulunmaması suçla ilgili yeterli şüphe nedenlerinin bulunmasına karşın, kovuşturma yapılmasının izne tabi olması ve yetkili merciince izin verilmemesi gibi halleri içermekte olup akıl hastalığı bu kapsamda değildir. Yine, akıl hastalığı şahsi bir cezasızlık sebebi olmayıp

<sup>259</sup> Bkz. Yargıtay 15. Ceza Dairesi'nin E. 2012/5536, K. 2012/39416 ve T. 18.06.2012 sayılı kararı “...*akıl hastası olan sanık hakkında yapılacak uygulamanın sınırlarını belirleme açısından, işlenen fiilin bir suçu oluşturup oluşturmadığını, eğer oluşturuyor ise suç vasfının belirlenmesini ve gerek sübuta ve gerekse vafsa dair gerekçeli değerlendirmenin hükme yazılmasını zorunlu kıldığı gözetilip, suçun sübutunu ve vasfını belirlemeye yönelik araştırmalar eksiksiz olarak yapılarak, dosya tekemmül ettirildikten sonra sanığın müdafii huzurunda savunması da alınmak suretiyle hukuki durumunun değerlendirilerek 5271 Sayılı Kanununun 223/3-a maddesi uyarınca ceza verilmesine yer olmadığına ve 5237 Sayılı Kanununun 57. maddesi uyarınca akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanmasına karar verilmesi gerekirken, dosya kapsamına göre sanığın üzerine atılı suçu işleyip işlemediğine değinilmeden doğrudan ceza verilmesine yer olmadığına karar verilip güvenlik tedbirinin uygulanması, bozmayı gerektirmiş...*” (www.kazanci.com).



kusurluluğu ortadan bir hal olduğundan Cumhuriyet savcısı takdir yetkisini kullanarak akıl hastalığının etkisiyle suç işleyen fail hakkında kovuşturmaya yer olmadığına karar veremez<sup>260</sup>. Görüldüğü üzere failin akıl hastası olması, kovuşturmaya yer olmadığı kararı verilmesini gerektirmemektedir<sup>261</sup>. Sonuç olarak soruşturma evresi sonunda toplanan deliller, suçun işlendiği hususunda yeterli şüphe oluşturuyorsa Cumhuriyet savcısı, bir iddianame düzenlemek zorundadır (CMK m. 170).

Cumhuriyet savcısı soruşturma aşamasında failin akıl hastası olduğundan şüphelenirse re'sen akıl hastalıkları konusunda uzman bir bilirkişi görevlendirerek fail hakkında bir rapor düzenlenmesini isteyebilmektedir (CMK m. 63/3). Ancak soruşturma aşamasında raporun aldırılmaması, akıl hastalığı suçun sübutuyla ilgili bir husus olmadığından iddianamenin iadesini gerektirmemektedir<sup>262</sup> (CMK m. 174). Savcı, alt başlıkta ele alınacağı üzere, gözlem altına alınma tedbirine karar verilmeden önce dinlenmesi sırasında görüşünü de bildirebilir. Öte yandan Cumhuriyet savcısının şüpheli hakkında koruma ve tedavi kararı verilmesi için sulh ceza hakimliğine başvurulabileceği ve bunun üzerine sulh ceza hakimliğinin güvenlik tedbiri

<sup>260</sup> Bkz. Yargıtay 9. Ceza Dairesi'nin E. 2009/3444, K. 2011/2270 ve T. 13.04.2011 sayılı kararı: “Akıl hastalığı bir şahsi cezasızlık sebebi olmayıp kusurluluğu ortadan kaldıran bir haldir, bu sebeple Cumhuriyet savcısı C.M.K.nın 171. maddesi hükmüne dayanarak takdir yetkisini kullanıp suçu işlediği tarihte akıl hastası olan fail hakkında kovuşturmaya yer olmadığına karar veremez, soruşturma evresi sonunda toplanan deliller suçun işlendiği hususunda yeterli şüphe oluşturuyorsa iddianame düzenlemek suretiyle dava açmak zorundadır.” (www.kazanci.com).

<sup>261</sup> Bkz. Yargıtay 14. Ceza Dairesi'nin E. 2013/6318, K. 2013/8312 ve T. 01.07.2013 sayılı kararı: “5237 s.k. 32/1 maddesi gereğince akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî 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. Cumhuriyet Başsavcılığınca şüphelinin akıl hastalığı gerekçe gösterilerek kovuşturmaya yer olmadığına dair karar verildikten sonra, ceza ve güvenlik tedbirine hükmolunması isteği üzerine, mahkemenin TCK'nın 57. maddesi gereğince verdiği güvenlik tedbiri kararı bu nedenlerle yerinde bulunmadığından, Cumhuriyet Savcılığının şüpheliye yüklediği suçlara ilişkin olarak kamu davasını açmasını ve bu davanın sonucuna göre ceza ve güvenlik tedbirlerine hükmolunup olunmayacağına ise görevli mahkemece belirlenmesi gerekmektedir.”; Yargıtay 4. Ceza Dairesi'nin E. 2007/11626, K. 2008/10272 ve T. 21.05.2008 sayılı benzer bir kararı: “Akıl hastalığı nedeniyle şüphelinin TCY'nın 32/1. maddeden yararlanması gerektiğinin tıbben saptanması durumunda, şüpheli hakkında güvenlik tedbiri uygulanması bakımından yükletilen suçu işlemiş olduğunun yargılama sonucunda sabit görülmesi zorunlu bulunduğundan, kovuşturama kararı verilmesi olanağı bulunmamaktadır.” (www.kazanci.com).

<sup>262</sup> Bkz. Yargıtay 2. Ceza Dairesi'nin E. 2007/12915, K. 2007/11684 ve T. 20.09.2007 sayılı kararı: “5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 170/3. maddesinde iddianamede nelerin gösterileceği, aynı Kanun'un 174/1. maddesinde ise iddianamenin hangi hallerde iadesine karar verilmesinin belirtildiği, soruşturma aşamasında şüphelinin gözlem altına aldırılmak suretiyle şüphelinin akıl hastası olup olmadığının, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunun ve bu hastalığının, şüphelinin davranışları üzerindeki etkilerini saptayan resmi sağlık kurumu raporunun aldırılmamasının iddianamenin iadesi sebebi yapılamayacağı gibi, bu hususun yargılama evresinde mahkeme tarafından da tamamlanabileceği gözetilmek suretiyle itirazın kabulü yerine yazılı şekilde reddine karar verilmesinde isabet görülmediğinden 5271 sayılı CMK'nın 309. maddesi uyarınca anılan kararın bozulması lüzumu kanun yararına bozma talebine dayanılarak ihbar olunmuştur.” (www.kazanci.com).

yargılaması açarak sanık hakkında güvenlik tedbirine karar vereceği ifade edilmektedir<sup>263</sup>. Ancak biz, Kanun'da bu hususa ilişkin bir hüküm olmadığı ve dolayısıyla soruşturma aşamasında bu yönde bir başvuruda bulunulmasının veya güvenlik tedbirine karar verilmesinin mümkün olmayacağı kanaatindeyiz<sup>264</sup>. Bununla birlikte akıl hastalığı nedeniyle toplum için tehlike oluşturan kişilerin, Türk Medeni Kanunu (TMK) çerçevesinde özgürlüğünün kısıtlanması söz konusu olabilir<sup>265</sup>.

Akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş fail hakkında iddianamenin kabulüyle kamu davası açılmışta ve kovuşturma evresi başlamaktadır (CMK m. 175). Hakim veya mahkeme, sanığın hal ve davranışlarından, ifadesinden veya müdafii ya da bir başka mahkeme süjesinin beyanından hareketle sanığın akıl hastası olup olmadığı hususunda şüphelenebilir. Yargıtay'ın istikrar kazanmış kararlarına göre, dosyada sanığın akıl hastası olduğu ilişkin beyan veya delil olduğu takdirde hakim veya mahkeme sanık hakkında mutlaka gözlem altına alınma kararı vermelidir<sup>266</sup>.

#### A. Gözlem Altına Alınma

Türk Ceza Hukuku'nda akıl hastalığının tespitinin hangi durumlarda ve ne şekilde yapılacağı CMK'nın "Gözlem Altına Alınma" başlıklı 74. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre gözlem altına alınma tedbirine, şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunu<sup>267</sup> ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için başvurulmaktadır.

<sup>263</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.172.

<sup>264</sup> Aynı yönde bkz. Yargıtay 8. Ceza Dairesi'nin E. 2012/23625, K. 2013/4121 ve T. 1.2.2013 sayılı kararı: "6136 Sayılı Kanuna Aykırılık suçunda; 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda, akıl hastaları hakkında soruşturma evresinde güvenlik önlemlerinin uygulanacağına dair bir hüküm bulunmadığından, dava açılıp suçun sanık tarafından işlenmediğinin belirlenmesi halinde beraat, suçun sabit olması halinde ise ceza tayinine yer olmadığına ve güvenlik tedbirine hükmolunması gerektiği cihetle akıl hastası olan şüpheli hakkında Cumhuriyet Başsavcılığınca kovuşturmaya yer olmadığına karar verilemeyeceğinden şüpheli hakkında kamu davası açılması ve bu davanın sonucuna göre ceza veya güvenlik tedbirlerine hükmolunup hükmolunmayacağına mahkemesince belirlenmesi gerekir." (www.kazanci.com).

<sup>265</sup> Bu konuda bkz. s.64-68.

<sup>266</sup> TMK m. 432 vd. düzenlenen koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması hakkında bkz. aş. 59-61.

<sup>267</sup> Ceza hukukunu ilgilendiren akıl hastalığının fiilin işlendiği sırada var olan akıl hastalığı olduğu ve dolayısıyla şüpheli veya sanığın ne zamandan beri akıl hastası olduğunun saptanmasının gereksiz ve anlamsız olduğu yönündeki eleştiriler için bkz. Yaprak Öntan, **Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik**, Ankara, Yetkin Yay., 2014, s.64, 216 No.lu dipnot.

## 1. Hukuki Niteliği

Kurum, failin şuurunu tetkik edileceği için gözlem altına alma olarak adlandırılmıştır<sup>268</sup>. Sistematiik olarak bakıldığında kurum, Kanun'un üçüncü kısmı içinde, bilirkişi incelemesine ilişkin düzenlemelerin yer aldığı ikinci bölümün hemen devamında üçüncü bölümde düzenlenmiştir. Bu sebeple gözlem altına alınma kurumunun esasen bilirkişilik müessesisiyle birlikte ele alınması gerektiği ifade edilmektedir<sup>269</sup>. Bununla birlikte bu kurum, hakkında herhangi bir mahkumiyet kararı bulunmayan kişinin özgürlüğüne ciddi bir müdahale barındırması nedeniyle koruma tedbiri olarak da nitelendirilebilir<sup>270</sup>. Gerçekten Kanun'un gerekçesinde de kurumun, Anayasa'nın 19. maddesine belirtilen kişi hürriyeti ve güvenliği ile Anayasa'nın 17. maddesinde belirtilen kişi dokunulmazlığını çok yakından ilgilendiren ağır bir işlem olduğu ve ancak kuvvetli şüphelerin bulunması halinde söz konusu olabileceği ifade edilmiştir. Yine gerekçede gözlem altına alınma tedbiri ile birlikte zorunlu müdafiliğin düzenlenmesi, kurumun bir koruma tedbiri olan tutuklama gibi kişi haklarını ihlal edici nitelikte olması ile gerekçelendirilmiştir. Ayrıca CMK m. 74/3'te gözlem altına alınma süresinin her halde üç ayı geçemeyeceği ifade edilmek suretiyle koruma tedbirlerinin genel özelliklerinden olan orantılılık ilkesine de yer verilmiştir. Yine, şüpheli ve sanığın koruma tedbirlerine katlanma yükümlülüğü söz konusu olup bu tedbirlerin uygulanması bakımından bu kişilerin rızası aranmayacaktır<sup>271</sup>. Aynı yükümlülük gözlem altına alınma tedbiri açısından da geçerlidir. Diğer yandan bağlayıcı olmamakla birlikte fikir vermesi açısından mehz Alman Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 81. maddesine bakıldığında gözlem altına alınmanın, kişisel özgürlükleri ve vücut bütünlüklerine karşı bir saldırı içermesi dolayısıyla bir koruma tedbiri olarak düzenlendiği ifade edilmektedir<sup>272</sup>.

<sup>268</sup> Feridun Yenisey, Ayşe Nuhoglu, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 5. Baskı, İstanbul, Seçkin Yay., 2017, s.649.

<sup>269</sup> Yener Ünver, Hakan Hakeri, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 13. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2017, s.271. Aynı görüş için bkz. Bayındır, **a.g.e.**, s.162-165.

<sup>270</sup> Veli Özer Özbek ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 11. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018, s.446; Faruk Turhan, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, Ankara, 2006, s.287.

<sup>271</sup> Hüseyin Ertuğrul, "Ceza Muhakemesinde Katlanma Yükümlülüğü", **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XII, Sa. 1-2, 2008, s.694 (687-699).

<sup>272</sup> Claus Roxin, **Strafverfahrensrecht**, 25. Auflage, München, 1998, s.272.

Öte yandan koruma tedbirlerinin ortak özellikleri yasallık, geçicilik, araç oluş, gecikmede tehlike, görünüşte haklılık, orantılılık ve bir karara dayanmadır<sup>273</sup>. Bu tedbirler, yargılama ile hukuki gerçeğe ulaşmak için delillerin ele geçirilmesi ve suçlunun kontrol altında tutulmasına yardımcı olmaktadır<sup>274</sup>. Gözlem altına alınma ise bu amaçların dışında şüpheli ve sanığın akıl sağlığına ilişkin bir değerlendirmeden ibarettir. Dolayısıyla *araç oluş* bakımından bir farklılık söz konusudur. Ayrıca gözlem altına alınma tedbirine başvurulması için *gecikmede tehlike* aranmaz. Ancak koruma tedbirlerinin diğer özelliklerinin gözlem altına alınma tedbiri bakımından da geçerli olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak gözlem altına alınma, tedbirin anayasal hakları ihlal eden niteliği, koruma tedbirleriyle ortak özellikleri, katlanma yükümlülüğüne sahip olması, gerekçesinde belirtilen ifadeleri ve mehz Alman Ceza Muhakemesi Kanunu'nda yer alan düzenlemesini birlikte göz önüne alındığı bir koruma tedbiri olarak nitelendirilebilir<sup>275</sup>. Bununla birlikte gözlem altına alınma, şüpheli ve sanığın bir akıl hastalığından muzdarip olup olmadığının tespiti için başvurulması bir tedbir olması ve çözümü uzmanlığı ve özel bilgiyi gerektiren bir konu olması nedeniyle bilirkişi kurumu ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir kurumdur. Bu sebeplerle çift görünümlü olduğunu düşündüğümüz gözlem altına alınma kurumunun, bilirkişi kurumu ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir koruma tedbiri olduğu kanaatindeyiz.

## 2. Koşulları

CMK m. 74'e göre, bir akıl hastası hakkında gözlem altına alınma kararı verilmesi, bu kişinin fiili işlediği yolunda kuvvetli şüpheler bulunmasına ve uzman hekimin bu yöndeki önerisine bağlı olup ancak Cumhuriyet savcısının ve müdafinin

<sup>273</sup> Cumhur Şahin, **Ceza Muhakemesi Hukuku I**, 9. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018, s.274-277; Bahri Öztürk ve diğ., **Nazari ve Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku**, 12. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018, s.436-439; Ahmet Gökçen ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku II**, Ankara, 2017, s.4 vd. Gecikmede tehlike, görünüşte haklılık ve orantılılığın koruma tedbirlerinin özelliği değil, önşartı olduğu görüşü için bkz. Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.302 vd.

<sup>274</sup> Doğan Soyaslan, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 6. Baskı, Ankara, Yetkin Yay., 2016, s.264.

<sup>275</sup> Benzer yönde bkz. Elvan Keçelioğlu, "Ceza Muhakemesinde Gözlem Altına Alma", **Ankara Barosu Dergisi**, Sa.3, 2015, s.230; Ayrıca Kunter/Yenisey/Nuhoğlu da gözlem altına alınmayı, koruma tedbirleri başlığı altında ele almaktadır. Bkz. Nurullah Kunter, Feridun Yenisey, Ayşe Nuhoğlu, **Muhakeme Hukuku Dahı Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku**, 18. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2010, s.989-993.

dinlenmesi sonrası gerçekleşebilmektedir. Karar soruşturma evresinde sulh ceza hakimi, kovuşturma evresinde ise mahkeme tarafından verilmektedir.

### a. Kuvvetli Şüpheler Bulunması

Bir kişi hakkında gözlem altına alınma tedbirine başvurulması en başta onun fiili işlediği yolunda kuvvetli şüphenin varlığını gerektirmektedir. Dolayısıyla bir suç şüphesi altında bulunmayan mağdur, tanık ve diğer mahkeme sùjeleri hakkında bu tedbire başvurulamamaktadır<sup>276</sup>. Kanun lafzında yer verilen *kuvvetli şüphelerden* maksat, kuvvetli şüphenin sayıca çokluğundan ziyade, şüphe nedenlerinin birden fazla olmasıdır<sup>277</sup>. Tutuklama gibi kişi haklarını ihlal edici niteliği bulunan gözlem altına alınma tedbiri için yine tutuklama gibi kuvvetli şüphenin varlığının aranması yerinde olmuştur.

CMK'da bir tanımı bulunmayan kuvvetli şüphe kavramı, doktrinde, şüpheli ve sanığın fiili işlediği ve cezalandırma ile (şikayet hariç) tüm muhakeme şartlarının (Verfolgbarkeit) gerçekleşmiş olduğuna ilişkin yüksek bir şüphe olarak tanımlanmaktadır<sup>278</sup>. Kuvvetli şüphe soruşturmaya başlanması için gerekli başlangıç/basit şüphe ve kamu davasının açılması için gerekli yeterli şüpheyeye (CMK m. 170) kıyasla suçun işlendiği hususunda daha yoğun bir şüphe derecesini ifade etmektedir<sup>279</sup>. Dolayısıyla iddianamenin düzenlenmiş olması veya kovuşturma sürecine geçilmiş olması tek başına gözlem altına alınma kararı verilebilmesi için yeterli değildir.

### b. Uzman Hekimin Önerisi

Gözlem altına alınma kararının verilmesi ile birlikte şüpheli veya sanık, bir heyet tarafından incelenecektir. Ancak bu kararın öncesinde ve kararın verilebilmesi

<sup>276</sup> Şüpheli ve sanığın yanında, mağdurun da gözlem altına alınmasının karşılaştırmalı hukukta kabul gördüğü, böylelikle mağdurun uğradığı travmanın tetkikinin yapılabildiği, bir tanığın doğru söyleyip söylemediğinin bilimsel olarak ortaya çıkarılabildiği hususunda bkz. Bkz. Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, *a.g.e.*, s.991.

<sup>277</sup> Ali Kemal Yıldız, "Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik", *Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C:X, Sa. 3-4, 2006, s.288.

<sup>278</sup> Claus Roxin, *Strafverfahrensrecht*, 25. Auflage, München, 1998, s.244.

<sup>279</sup> İlyas Şahin, "Türk Ceza Yargılaması Hukukunda Koruma Tedbirleri Bakımından Esas Alınan Şüphe Kavramının İncelenmesi", *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, C.20, Sa.3, 2015, s.118

için şüpheli ve sanığın bir uzman hekim tarafından muayene edilmesi gerekmektedir. Her ne kadar maddede “uzman hekimin önerisi üzerine” ifadesine yer vermekle yetinse de uzman hekimin yalnız dosya üzerinden yapacağı bir değerlendirmenin, gözlem altına alma kararı verilmesi için yeterli olmayacağını düşünüyoruz<sup>280</sup>. Kanun koyucu pratisyen hekimin görüşünü yeterli görmemiştir<sup>281</sup>. Uzman hekimin, hiç şüphesiz, akıl hastalıkları konusunda uzman bir hekim olması gerekmektedir<sup>282</sup>. Ayrıca uzman hekimin görevlendirilmesi bilirkişilikle ilgili genel hükümlere (CMK m. 63) göre yapılmalıdır<sup>283</sup>. Buna göre, soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı re’sen; kovuşturma evresinde ise mahkeme, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanunî temsilcinin istemi üzerine veya re’sen bu konuda uzman hekime bilirkişi olarak başvurabilmektedir.

Hekimin önerisi, şüpheli veya sanığın gözlem altına alınmasına yönelik olmalıdır<sup>284</sup>. Hekimin aksi yönde bir görüş belirtmesi halinde bu tedbire karar verilemeyecektir. Ancak hakim veya mahkeme gerekli görmesi halinde başka bir uzman hekimden yeni bir görüş isteyebilmektedir<sup>285</sup>. Kanun’da açık bir ifade olmamakla birlikte bu görüşün, hakim veya mahkemeye yazılı olarak sunulması gerektiğini düşünüyoruz.

### c. Cumhuriyet Savcısı ve Müdafinin Dinlenmesi

Gözlem altına alınma tedbirinin anayasal hakları yönelmesi nedeniyle kanun koyucu tedbiri başvurulmadan önce Cumhuriyet savcısı ve müdafinin dinlenmesi zorunluluğu getirmiştir. Gözlem altına alınmak istenen şüpheli ve sanığın dinlenilmesinden ise bahsedilmemiştir<sup>286</sup>.

<sup>280</sup> Benzer görüş için bkz. Claus Roxin, *Strafverfahrensrecht*, 25. Auflage, München, 1998, s.273; Keçelioğlu, “Ceza Muhakemesinde Gözlem Altına Alma”, s.234.

<sup>281</sup> Turhan, *a.g.e.*, s.288; Handan Yokuş Sevük, “Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik”, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, LXIV, Sa.1, 2006, s.64; Nevzat Gürelli, *Türk Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik*, İstanbul Üniversitesi, 1967, s.81.

<sup>282</sup> Handan Yokuş Sevük, “Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik”, s.64.

<sup>283</sup> Nur Centel, Hamide Zafer, *Ceza Muhakemesi Hukuku*, 15. Baskı, İstanbul, Beta, Yay., 2018, s.311.

<sup>284</sup> Bkz. Yargıtay 9. Ceza Dairesi’nin E. 2008/6230, K. 2009/1 ve T. 30.12.2008 sayılı kararı: “*CMK’nın 74. maddesinde düzenlenen ve özgürlüğü kısıtlayan bir işlem olan gözlem altına alma, ancak bilirkişinin uygun görüşü doğrultusunda ve gerektiğinde başvurulabilecek bir kontrol yöntemidir.*” (www.kazanci.com).

<sup>285</sup> Turhan, *a.g.e.*, Ankara, 2006, s.288.

<sup>286</sup> Soyaslan, *Ceza Muhakemesi Hukuku*, s.263.

CMK m. 33'e göre, duruşmada verilecek kararlar Cumhuriyet savcısı dinlendikten; duruşma dışındaki kararlar, Cumhuriyet savcısının yazılı veya sözlü görüşü alındıktan sonra verilmektedir. Bu bakımında ağır ceza mahkemelerinde görülen davalarda Cumhuriyet savcısının ne şekilde dinleneceği hususunda bir sorun görünmemektedir. Ancak 5320 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun Yürürlük ve Uygulama Şekli Hakkındaki Kanun'un geçici 3. maddesinde yapılan değişik ile 01.01.2014 tarihine kadar asliye ceza mahkemelerinde Cumhuriyet savcısı bulunmayacağı ilişkin bir hüküm getirilmiş, ardından 6572 sayılı Kanun ile bu süre 31/12/2019 tarihine kadar uzatılmıştır. Bu bakımdan asliye ceza mahkemelerinde görülen davalarda, duruşmada verilecek bir gözlem altına alınma kararı öncesi Cumhuriyet savcısının ne şekilde dinleneceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Gözlem altına alınma tedbirinin niteliği gereği karar öncesi Cumhuriyet savcısının duruşmada dinlenmesi gerektiğini düşünmekle birlikte mevcut düzenlemeleri birlikte ele aldığımızda asliye ceza mahkemelerinde verilecek gözlem altına alınma kararı öncesinde Cumhuriyet savcısının yazılı veya sözlü görüşü alınmasının yeterli olacağı ve 31/12/2019 tarihine kadar savcının duruşmada dinlenmemiş olmasının bir hukuka aykırılık oluşturmayacağı kanaatindeyiz<sup>287</sup>.

Türk ceza hukuku sistemin avukatla temsil edilme zorunluluğu bulunmakla birlikte kanun koyucu bazı hallerde zorunlu müdafilik kurumuna yer vermiştir. Gerçekten gözlem altına alınma kararı da zorunlu müdafiliği gerektiren bir tedbirdir<sup>288</sup>. Bu bakımdan müdafii olmayan şüpheli veya sanığa, hakim veya mahkemenin istemi üzerine baro tarafından bir müdafii görevlendirilecektir<sup>289</sup>.

#### **d. Hakim veya Mahkeme Kararı**

Gözlem altına alınma kararını soruşturma aşamasında sulh ceza hakimi, kovuşturma aşamasında mahkeme verecektir. Bu kararın verilmesi için bir istem

<sup>287</sup> Cumhuriyet savcısının sürece daha emin bir şekilde katılması gerektiği görüşü için bkz. Keçelioğlu, "Ceza Muhakemesinde Gözlem Altına Alma", s.236.

<sup>288</sup> Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.271.

<sup>289</sup> Bkz. Yargıtay 18. Ceza Dairesi'nin E. 2015/22679, K. 2016/10253 ve T. 14.06.2016 sayılı kararı: "Sanığın temyiz dilekçesine eklediği sağlık raporlarına göre, "dijosyal kişilik bozukluğu" teşhisinin konulduğunun anlaşılması karşısında; öncelikle CMK'nın 74/2. maddesi uyarınca müdafii atanarak..." (www.kazanci.com).

aranmamaktadır<sup>290</sup> ancak Cumhuriyet savcısı, müdafî, şüpheli veya sanığın kendisi veya katılan bu yönde bir talepte bulunabilmektedir. Hakim veya mahkeme bu taleple bağlı olmamakla birlikte sanığın psikolojik rahatsızlığının bulunduğu belirtmesi ve dosyaya buna ilişkin tedavi belgelerinin sunması durumunda, gözlem altına alınma tedbirine başvurulmadan hakkında hüküm kurulması hukuka aykırı olacaktır<sup>291</sup>. Ancak sunulan raporun, akıl hastalığıyla ilgisi olmaması durumunda gözlem altına alınma tedbirine başvurulması zorunlu değildir<sup>292</sup>. Kararın verilebilmesi için bir uzman hekimin şüpheli veya sanığın gözlem altına alınması gerektiğine ilişkin bir önerisi muhakkak bulunmalıdır. Uzman hekimin önerisi olmadan verilmiş bir gözlem altına alınma kararı hukuka aykırı olacaktır<sup>293</sup>. Ayrıca, kararda hukuki denetime imkan veren bir gerekçenin de bulunması gerekmektedir.

Şüpheli veya sanık hakkında başka bir suçtan dolayı gözlem altına alınma tedbirinin uygulanmış olması, yeni bir suçtan dolayı bu tedbire başvurulmasına bir engel teşkil etmeyecektir. Zira her gözlem altına alınma kararı, failin genel olarak akıl sağlığı durumunun tespiti için değil, işlediği fiile ilişkin olarak davranışları üzerindeki etkisini saptamak için verilmektedir<sup>294</sup>. Bununla birlikte kişinin ceza ehliyeti, gözlem

<sup>290</sup> Biz burada, CMK m. 63'te yer alan bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen karar verilebileceği dair hükmün kıyasen uygulanabileceğini düşünüyoruz. Gözlem altında alınma davasının bir tali dava olduğu ve bu konuda bir talep olması gerektiği görüşü için bkz. Yenisey/Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.650.

<sup>291</sup> Bkz. Yargıtay 18. Ceza Dairesi'nin E. 2015/44863, K. 2017/14618 ve T. 11.12.2017 sayılı kararı: "Sanık müdafininin, sanığın sağlık sorunları olduğunu ileri sürüp; psikolojik rahatsızlığına dair raporunu sunması karşısında, suç tarihi itibarıyla TCK'nın 32. maddesi uyarınca "akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olup olmadığı" konusunda CMK'nın 74. maddesine göre gözlem altında tutulup usulünce sağlık kurulu raporu alınarak, sonucuna göre sanığın hukuki durumunun belirlenmesi gerektiğinin gözetilmemesi... bozmayı gerektirmiştir.". Benzer yönde bkz. Yargıtay 18. Ceza Dairesi'nin E. 2015/38812, K. 2017/14299 ve T. 05.12.2017 sayılı kararı; Yargıtay 6. Ceza Dairesi'nin E. 2014/2666, K. 2014/10744 ve T. 28.5.2014 sayılı kararı (www.kazanci.com).

<sup>292</sup> Bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E. 2011/1-451, K. 2012/115 ve T. 20.3.2012 sayılı kararı: "Sanık müdafii tarafından sunulan Eskişehir Askeri Hastanesi'nin 14.07.1993 günlü "anksiyete reaksiyonu" tanılı ve sanığın bir ay hava değişimine gönderilmesine ilişkin rapora dayanılarak sanığın ceza sorumluluğunun araştırılması gerektiği ileri sürülebilir ise de; raporun düzenlendiği tarih ve içeriği itibarıyla herhangi bir akıl hastalığına işaret etmemesi, sivil hayattan, disiplin kurallarının etkin olarak uygulandığı askeri hayata geçişin ilk döneminde sanıkta ortaya çıkan sıkıntı ve gerilim halinin bir sonucu olarak verildiğinin anlaşılması karşısında, anılan raporun gerek verildiği tarihte, gerekse inceleme konusu suç tarihinde sanığın ceza sorumluluğunun araştırılmasını gerektirecek nitelikte rapor olmadığı anlaşılmaktadır." (www.kazanci.com).

<sup>293</sup> CMUK döneminde Askeri Yargıtay aksi yönde karar vermiştir: "Sanığın şuurunun tetkiki için müşahede altına alınmasının bilirkişinin teklifine bağlanmasının sebebi, şahıs hürriyeti ve masumiyetine verilen değerden dolayıdır. Bu bakımdan bilirkişiye başvurmaksızın sanığın resmi kurumda müşahede altına alınarak tanzim edilen rapor geçerlidir." (Karar için Bkz. Erdener Yurtcan, **Ceza Yargılaması Hukuku**, 7. Bası, İstanbul, 1998, s.290.)

<sup>294</sup> Bkz. Yargıtay 4. Ceza Dairesi'nin E. 11626, K. 10272 sayılı kararı: "Ayrıca, kovuşturmanın kararına dayanak oluşturan Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairesi kararının başka bir suç soruşturması sırasında



altına alınma tedbirine başvurulmadan anlaşılabiliriyorsa bu tedbire başvurulması orantılılık ilkesine ve hukuka aykırı olacaktır<sup>295</sup>.

Öte yandan gözlem altına alınma tedbiri uygulanırken vücut bütünlüğüne de bir müdahale yapılacak ise, bu konuda CMK'nın diğer maddelerinde gösterilen beden muayenesi için (m. 75) gerekli olan şartların gerçekleşmiş olması ve bu yönde bir kararın verilmiş olması gerekmektedir. Gözlem altına alma, tek başına vücut bütünlüğüne müdahale hakkını kamu makamlarına vermemektedir<sup>296</sup>.

CMK m. 269 gereği bir karara karşı itiraz kanun yoluna başvurma esasen bu kararın yerine getirilmesine engel olmamaktadır. Ancak gözlem altına alınma kurumunu düzenleyen CMK'nın 74. maddesinin 4. fıkrasında bu esasa bir istisna getirilmiş ve itirazın, kararın yerine getirilmesini durduracağı ifade edilmiştir. Öte yandan CMK m. 223/8'de soruşturmanın veya kovuşturmanın yapılması şartına bağlı tutulmuş olup da şartın henüz gerçekleşmediği anlaşılırsa; gerçekleşmesini beklemek üzere, durma kararı verileceği ifade edilmekte olup gözlem altına alınma tedbirine bu halde de başvurulabilmektedir (CMK m. 74/5).

---

*alınması nedeniyle, suç tipi ve tarihleri farklı olan bu suçlar bakımında karar esas oluşturmayacağı da gözetilmelidir.”; benzer yönde bkz. Yargıtay 4. Ceza Dairesi'nin E. 6979, K. 10853 ve T. 13.12.2007 sayılı kararı: “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 bozmayı gerektirmiştir.”; benzer yönde bkz. Yargıtay 2. Ceza Dairesi'nin E. 11469, K. 10209 ve T. 18.05.2006 sayılı kararında “Sanığın suç tarihinde cezai sorumluluğunu kaldıracak şekilde akıl hastası olup olmadığına dair rapor alınmadan önceki bir eylemi nedeni ile alınan raporla yetinilerek hüküm tesisi yasaya aykırıdır.” (Kararlar için sırasıyla bkz. Osman Yaşar, Hasan Tahsin Gökcan, Mustafa Artuç, **Yorumlu – Uygulamalı Türk Ceza Kanunu**, C.1, Adalet Yay., 2014, s.920, 925 ve 938).*

<sup>295</sup> Yargıtay 4. Ceza Dairesi'nin E. 2018/3177 K. 2018/11051 T. 31.5.2018 Sayılı Kararı: “Gözlem altına alınma kararının, kişi hürriyetinin kısıtlanması sonucunu doğuran bir düzenleme olması, CMK'nın 74. maddesinde belirtilmese de gözlem altına alınma kararı kişiyi hürriyetinden yoksun bırakacağı için Anayasa'da temel hak ve hürriyetlerin kısıtlanması için öngörülen ölçülülük ilkesinin gözetilmesinin ve başka suretle rapor düzenlenmesinin mümkün olmadığı hallerde gözlem altına alınma yoluna başvurulmasının gerekmesi karşısında; sanığın tedavi evrakı temin edilerek bu evrakla birlikte ilgili sağlık kuruluşuna sevkî sağlanıp TCK'nın 32. maddesi uyarınca rapor düzenlenmesinin talep edilmesi, buna rağmen rapor tanzim edilemeyip sanığın gözlem altına alınmasının istenilmesi halinde gözlem altına alınma kararı verilmesinin gerektiği gözetilmeden kurulan, sanığın 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 74. maddesi uyarınca gözlem altına alınmasına dair İstanbul Anadolu 66. Asliye Ceza Mahkemesi'nin 2017/129 esas sayılı ve 24/10/2017 tarihli ara kararının yasaya uygun olmadığı, bu sebeple de anılan karara yönelik itirazın kabulüyle kaldırılmasına dair merci İstanbul Anadolu 2. Ağır Ceza Mahkemesi'nin 08/11/2017 tarihli ve 2017/2834 değişik iş sayılı kararında isabetsizlik bulunmadığı anlaşılmıştır.” (www.kazanci.com).

<sup>296</sup> Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.271; Keçelioğlu, “Ceza Muhakemesinde Gözlem Altına Alma”, s.230.

### 3. Süre

Gözlem altına alınma tedbirinin kişi özgürlüğüne müdahale eden niteliği, onun kesin süreler ile sınırlandırılması gerektirmiştir. Madde'nin üçüncü fıkrasına göre, gözlem süresi üç haftayı geçemez<sup>297</sup>. Bu sürenin yetmeyeceği anlaşılırsa resmi sağlık kurumunun istemi üzerine, her seferinde üç haftayı geçmemek üzere ek süreler verilebilir. İlk gözlem altına alınma kararı verildiğinde olduğu gibi istem üzerine verilen süre uzatımı kararların da mutlaka gerekçeli olması gerekmektedir<sup>298</sup>. Ancak her halde sürelerin toplamı üç ayı geçemeyecektir.

Bu noktada ifade edilmelidir ki üç haftalık süre ek süreler dışında üst sınır olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla daha kısa sürenin yeterli olacağı anlaşılması üzerine, gözlem süresinin üç hafta olarak belirlenmesi orantılılık ilkesine ve hukuka aykırı olacaktır. Aynı şekilde tedbiri uygulayan sağlık kurumu da tedbir süresi henüz dolmadan önce şüpheli veya sanığın akıl sağlığı hakkında bir kanaate ulaşırsa durumu derhal mahkemeye bildirmelidir.

Öte yandan bir kanaate ulaşılması için ek sürelerin gerekli ancak yeterli olmadığı, yani cezai ehliyetin üç ay içinde belirlenemediği bir durumda ne yapılacağı hususunun belirlenmesi gerekmektedir. Üç ay gözlem altında alınmış şüpheli ve sanık hakkında, aynı suç ile ilgili olarak tekrardan bu tedbire başvurulması hukuka aykırı olacaktır. Böyle bir durumda, ilgili sağlık kurumundaki uzman doktorlar ile şüpheli veya sanığa çağrı kâğıdı gönderilmek suretiyle raporun mahkemede tamamlanması önerilmektedir<sup>299</sup>.

Son olarak CMK m. 63'e göre *hüküm kesinleşmeden önce gerçekleşen ve şahsi hürriyeti sınırlama sonucunu doğuran bütün haller nedeniyle geçirilmiş süreler, hükmolunan hapis cezasından indirilir. Adli para cezasına hükmedilmesi durumunda, bir gün yüz Türk Lirası sayılmak üzere, bu cezadan indirim yapılır.* Bu bağlamda

<sup>297</sup> Bu süre 1992 yılında üç haftaya indirilmiş olup gerekçede tıp bilimindeki gelişmeler, yeni metot ve yeni cihazların sayesinde birçok hastalığın kolaylıkla ve zamanında teşhis ve tedavilerinin mümkün olduğu ifade edilmiştir. Bu yaklaşım 3 haftalık sürenin korunduğu 5271 sayılı CMK için de geçerlidir. Bkz. Erdener Yurtcan, **Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) Şerhi**, 8. Bası, Ankara, Adalet Yay., 2017, s.319.

<sup>298</sup> Yıldız, "Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik", s.290.

<sup>299</sup> Keçelioğlu, "Ceza Muhakemesinde Gözlem Altına Alma", s.237.

gözlem altına alınmış bir sanığın işlediği fiille bağlantılı olarak cezai ehliyetinin bulunduğu tespit edilir ve hakkında mahkumiyet hükmü kurulursa gözlem altında geçirdiği süre, hükmolunan hapis cezasından indirilecektir. Ancak sanığın cezai ehliyeti olmadığı anlaşılırsa hakkında bir cezaya hükmolunamayacak yalnız bir güvenlik tedbiri uygulanabilecektir. Gözlem altında geçirilen sürenin mahiyeti gereği hükmolunan güvenlik tedbirinden ise mahsup edilemeyeceği ifade edilmektedir<sup>300</sup>. Öte yandan gözlem altına alınan kişinin, beraat etmesi durumunda CMK m. 141 vd. maddelerinde düzenlenen koruma tedbirleri nedeniyle tazminat hükümlerine göre tazminat isteminde bulunamayacaktır. Zira 141. maddede tazminat isteminde bulunabilecekler arasında gözlem altına alınanlara ilişkin bir hüküm bulunmamaktadır. İstisna hükümlerde kıyas yapılması kabul edilmediğinden, maddede haksız tutuklama ilişkin yer alan düzenleme, bu kişiler için uygulanamayacaktır. Ancak idare hukuku hükümlerine göre tazminat talebinde bulunulabilir.

#### 4. Resmi Bir Sağlık Kurumu

Hakkında gözlem altına alınma kararı verilmiş şüpheli ve sanık, akıl sağlığının tespit edilmesi için resmi bir sağlık kurumuna yatırılmaya katlanma durumundadır. Tedbirin isminin gözlem altına alınma olması kişinin muhakkak yatırılarak değerlendirilmesini gerektirmemektedir<sup>301</sup>. Ancak Adli Tıp Kurumu Kanunu Uygulama Yönetmeliği m. 11'e göre tutukluların yatırılarak gözlemi zorunludur. Tutuksuz kişilerden gerekli görülenler, daire başkanının kararıyla ayakta gözleme tabi tutulabilmektedir.

Kanun'da gözlem altına alınmanın resmi bir sağlık kurumunda gerçekleştirileceği belirtilmiş ancak bu resmi sağlık kurumuna ilişkin bir açıklamada bulunulmamıştır. Bu bakımdan raporun Adli Tıp Kurumundan alınmasına ilişkin bir zorunluluk bulunmamaktadır<sup>302</sup>. Bununla birlikte rapor Adli Tıp Kurumu dışında

<sup>300</sup> Centel/Zafer, **a.g.e.**, s.311.

<sup>301</sup> Orhan Öztürk, N. Aylin Uluşahin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Kitapevleri, Ankara, 14. Baskı, 2016, s.768; Bayındır, **a.g.e.**, s.168.

<sup>302</sup> Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E. 2014/1-227, K. 2015/119 ve T. 21.4.2015 sayılı kararı: "*Uyuşmazlık; sanığın ceza sorumluluğunun tam olduğuna ilişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinden alınan raporunun yeterli olup olmadığı, bu bağlamda Özel Dairece yerel mahkeme hükmünün Adli Tıp Kurumundan rapor alınması için bozulmasında isabet bulunup bulunmadığı noktasında toplanmaktadır. Yerel mahkeme tarafından sanığın akıl hastası olup olmadığı, akıl hastası*

resmi bir sağlık kurumundan alınıyorsa heyetin, Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 7, 23/B ve 31. maddeleri gereğince Yükseköğretim Kurumları veya birimlerinde Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kurulu ölçütlerine göre, içinde en az bir adli tıp uzmanı ile tetkik edilecek konunun uzmanı bir hekimin zorunlu katılımıyla ve en az beş kişiden oluşması gerekmektedir<sup>303</sup>.

## 5. Bilirkişi Raporunun İçeriği ve Bağlayıcılığı

Gözlem altına alınma tedbirinin niteliği ne olursa olsun gözlem süresi sonunda ilgili sağlık heyeti tarafından hazırlanacak rapor bir bilirkişi rapordur. Gerçekten ceza yargılamasında, genel bilgi veya tecrübeyle ya da hakimlik mesleğinin gerektirdiği hukuki bilgi ile çözülmesi olanaklı konular dışında kalıp çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşü alınmaktadır (CMK m. 63). Bilirkişilik kurumu, ceza muhakemesinin maddi gerçeğe ulaşmasına yardım etmektedir<sup>304</sup>. Ancak bilirkişi, yargılamada kendiliğinden bir rol edinemez. Bir sorunun ne zaman uzmanlığı ya da özel veya teknik bir bilgiyi gerektirdiği bilirkişi görevlendirmekle yetkili olan Cumhuriyet savcısı ve hakimin takdirindedir. Bununla birlikte kanun koyucu bazı hallerde bilirkişiye başvurma zorunluluğu getirmiştir.

*ise ne zamandan beri hasta olduğu ve bunun davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için 5271 sayılı CMK'nun 74. maddesi uyarınca 3 haftayı geçmemek üzere Ruhsağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde gözlem altına alınmasına karar verildiği, sanığın adı geçen resmi sağlık kurumu olan hastanede yatarak müşahede altında tutulduğu, psikiyatri uzmanlarından oluşan sağlık kurulu tarafından oybirliği ile düzenlenen raporda sanıkta işlediği iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilir ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltacak veya kaldıracak düzeyde bir akıl hastalığı bulunmadığının ve cezai ehliyetinin tam olduğunun belirtildiği, sanık ve müdafii tarafından rapora bir itirazda bulunmadığı, sanığın adli sicil kaydından dava konusu eylemden kısa bir süre önce ve sonra işlenmiş suçlardan dolayı akıl hastalığı ile ilgili hükümlerin uygulanmadığının anlaşıldığı, akıl hastalığı ile mutlaka Adli Tıp Kurumundan da rapor alınması gibi bir zorunluluğunun bulunmadığı hususları birlikte değerlendirildiğinde; sanığın ceza sorumluluğunun tam olduğuna ilişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinden alınan raporunun hükme esas alınmaya yeter nitelikte olduğu ayrıca Adli Tıp Kurumundan da rapor alınmasına gerek bulunmadığı kabul edilmelidir.” Benzer yönde Yargıtay 4. Ceza Dairesi'nin E. 2007/8634, K. 2007/8137 ve T. 09.10.2007 sayılı kararı (www.kazanci.com).*

<sup>303</sup> Bkz. Yargıtay 14. Ceza Dairesi'nin E. 2014/7035, K. 2014/13101 ve T. 24.11.2014 sayılı kararı: “Sanığın suç tarihinde işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı ve işlediği fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmasına etkili akıl hastalığı bulunup bulunmadığına ilişkin Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kurulundan veya Adli Tıp Kurumu Kanununun 7, 23/B ve 31. maddeleri gereğince Yükseköğretim Kurumları veya birimlerinde Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kurulu ölçütlerine göre, (içinde en az bir adli tıp uzmanı ile tetkik edilecek konunun uzmanı bir hekimin zorunlu katılımıyla ve en az beş kişiden oluşacak) bir heyet tarafından CMK.74 ve müteakip maddeleri uyarınca usulüne uygun düzenlenecek rapora göre sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekirken, 01.03.2013 tarihli Meram Tıp Fakültesi Hastanesince, usulüne uygun teşekkül etmeyen heyet tarafından rapor tanzim edilmesi...” (<http://www.hukukmedeniyeti.org/>).

<sup>304</sup> Handan Yokuş Sevrük, “Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, LXIV, S.1, 2006, s.49.

Gözlem altına alınma kurumu da bu istisnalardandır<sup>305</sup>. O halde gözlem altına alınma tedbiri sonunda sağlık heyeti tarafından hazırlanacak bu raporun bağlayıcılığının belirlenmesi gerekmektedir.

Türk ceza hukukunda serbest ve vicdani delil sistemi kabul edildiğinden bilirkişi raporunun hükmü kuracak olan hakim veya mahkemeyi bağlaması söz konusu değildir<sup>306</sup>. Hakim veya mahkeme bilirkişi raporunu diğer deliller gibi serbestçe takdir edecektir<sup>307</sup>. Bilirkişiye başvurma zorunluluğu olan hallerde de bu durum değişmez. Zira bilirkişi, raporunda ve sözlü açıklamaları sırasında çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hususlar dışında açıklama yapamamakta; hâkim tarafından yapılması gereken hukukî nitelendirme ve değerlendirmelerde bulunamamaktadır (CMK m. 67/3). Aksi bir durumda hakimin yalnız tıbbi değerlendirmeleri dikkate alması gerekmektedir.

Gözlem altına alınma sonrası hazırlanacak raporda, şüpheli veya sanığın muzdarip olduğu bir akıl hastalığı varsa teşhis edilmeli ve bu hastalığın işlediği fiile ilişkin olarak davranışlarını etkileyip etkilemediğine dair genel bir değerlendirmede bulunulmalıdır. Ancak sanığın cezai sorumluluğu açısından TCK m. 32 kapsamında yer alıp almadığı hakkında bir görüşe yer verilmemelidir<sup>308</sup>.

Bilirkişi raporunun sunulduğu hakim veya mahkeme, raporda bu hususlara gereğince yer verilip verilmediğini ve yapılan değerlendirmelerin güvenilirliği ile mantık kurallarına uygunluğunu incelemelidir<sup>309</sup>. Cezai ehliyetine ilişkin yapılan tıbbi değerlendirmelerin reddi kolay gözükme de raporda anlaşılamayan ya da birbiriyle tutarlı olmayan ifadelerin yer alması durumunda, hakim veya mahkeme rapordaki çelişki ve eksikliklerin giderilmesini istemesi gerekmektedir. Şüphesiz bu durum, kişinin

<sup>305</sup> Bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E. 2011/12-578, K. 2012/43 ve T. 14.2.2012 sayılı kararı: "*Yasa koyucunun uzmanlığa, özel veya teknik bir bilgiye ihtiyaç bulunduğunu baştan kabul ettiği "akıl hastalığı, parada sahtecilik, moleküler genetik inceleme" gibi hususlar dışında hakimin bilirkişi raporu alması zorunluluğu bulunmadığı gibi, bilirkişi raporları da mahkemeleri bağlayıcı nitelikte değildir.*" (www.kazanci.com)

<sup>306</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.868; İsmail Malkoç, **Açıklamalı Türk Ceza Kanunu**, Ankara, 2013, s.481; Gürelli, **a.g.e.**, s.95.

<sup>307</sup> Öntan, **a.g.e.**, s.164

<sup>308</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.416.

<sup>309</sup> Yüksel Ersoy, "Türk Ceza Hukukunda Bilirkişilik ve Uygulamadan Doğan Sorunlar", **Hukuk Kurultayı 2000**, Ankara, Ankara Barosu, 2000, s.457 (Erişim: <http://www.ankarabarusu.org.tr/Siteler/1940-2010/Kitaplar/pdf/untl2007/hukukkurultay00-2.pdf>); Gürelli, **a.g.e.**, s.94.

yeniden gözlem altına alınması olanak sağlamayacaktır. Bu bakımdan rapor hazırlanırken mahkeme dosyası da incelenmeli ve varsa önceki raporlar göz önünde bulundurulmalıdır<sup>310</sup>. Bilirkişi raporu muhakkak gerekçeli ve şüpheli veya sanığın akıl sağlığı hususunda mahkemenin kanaate ulaşmasına elverişli olmalıdır. Raporun, mümkün olduğunca hakim veya mahkeme tarafından anlaşılmaya uygun, açık ve net olması gerekmektedir<sup>311</sup>.

Son olarak ifade edelim ki gözlem altına alınma tedbiri sırasında hekimin, hastaya dair öğrendiği bulguları raporda yazılacaktır. Bu bakımdan hekimin arasındaki sır saklama yükümlülüğü geçerli olmadığı, tam aksine öğrendiği bilgileri ve değerlendirmelerini mahkeme bildirmekte yükümlü olduğu söylenmelidir<sup>312</sup>.

## **B. Tutuklama**

Tutuklama koşulları CMK m. 100’de yer alan bir koruma tedbiridir. İlgili maddeye göre, kuvvetli suç şüphesinin varlığını gösteren “somut delillerin” ve bir tutuklama nedeninin bulunması halinde, şüpheli veya sanık hakkında tutuklama kararı verilebilir. Hukukumuzda tutuklama ihtiyaridir ve kanun koyucu iki halde tutuklama yapılamayacağı belirlemiştir<sup>313</sup>. Ancak akıl hastalığı bu iki hal arasında yer almamakta ve mevzuatımızda, akıl hastalarının tutuklanmasına engel teşkil eden doğrudan bir hüküm bulunmamaktadır. Aksine CMK m. 100/1’in ikinci cümlesinde *işin önemi, verilmesi beklenen ceza veya güvenlik tedbiri ile ölçülü olmaması halinde, tutuklama kararı verilemeyeceği* ifadesi yer verilmiştir. Buna göre verilmesi beklenen güvenlik tedbiri ile ölçülü olması halinde tutuklama kararı verilebilecektir. Sonuç itibarıyla CMK’da belirlenen ilgili şartların varlığı halinde akıl hastası şüpheli ve sanıklar tutuklanabilecektir.

<sup>310</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.162-163.

<sup>311</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.114.

<sup>312</sup> Orhan Öztürk, N. Aylin Uluşahin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Kitapevleri, Ankara, 14. Baskı, 2016, s.768

<sup>313</sup> Bunlardan ilk CMK m.100/4’te yer alır ve sadece adli para cezasını gerektiren suçlarda veya vücut dokunulmazlığına karşı kasten işlenenler hariç olmak üzere hapis cezasının üst sınırı iki yıldan fazla olmayan suçlara ilişkindir. İkincisi ise 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nun 21. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre 15 yaşını doldurmamış çocuklar hakkında üst sınırı beş yılı aşmayan hapis cezasını gerektiren fiillerinden dolayı tutuklama kararı verilemez.

Öte yandan akıl hastalığının etkisiyle bir suç işleyen fail hakkında TCK m. 32/1 kapsamında yer alması halinde hiçbir şekilde ceza verilemeyecek iken TCK m. 32/2 kapsamında yer alması halinde ceza verilecek ancak bu cezanın güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına karar verilebilecektir<sup>314</sup>. Sonuç olarak akıl hastalığının etkisiyle suç işleyen bir kimse mahkum olduğunda esasen bir ceza ile değil, güvenlik tedbiri ile karşılaşacaktır. Zira malul bulunduğu akıl hastalığının infaz kurumunda daha da kötüleşmesi ve iyileşme imkanının azalması gündeme gelebilecektir. Ancak bugün, mevcut düzenleme itibarıyla bir suçtan dolayı mahkum olduğunda infaz kurumuna değil, koruma ve tedavi amacıyla sağlık kurumuna yerleştirilen akıl hastası, hakkında henüz kesinleşmiş bir hüküm yokken tutuklama kararı dolayısıyla infaz kurumuna gönderilebilmektedir. Bu durum kendi içinde bir çelişki barındırmaktadır.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) de akıl hastası şüpheli ve sanıkların tutuklanması konusuna özel bir önem vermektedir. Mahkeme, birçok durumda, hasta olan bir kimsenin tutuklanmasının Avrupa İnsan Hakları Sözleşme'nin (AİHS) 3. maddesi kapsamındaki konuları gündeme getirebileceğini ve uygun tıbbi bakım eksikliğinin bu hükmün ihlaline yol açabileceğini ileri sürmektedir. Özellikle, akıl hastalarına ilişkin davalarda tutukluluk koşullarının 3. madde standartlarıyla bağdaşp bağdaşmadığını değerlendirirken belirli bir tedavinin onları ne şekilde etkilediği hakkında tutarlı bir şikayette bulunma ya da hiç bulunmama hususundaki hassaslıkları ve yetersizliklerini göz önüne alınmalıdır. AİHM'e göre başvuranın sağlığının tutuklu bulunduğu süre ile uyumuna ilişkin dikkate alınması gereken üç temel unsur vardır: (a) tutuklunun sağlık durumu, (b) tutukluluk sırasında sağlanan tıbbi yardım ve tedavinin yeterliliği ve (c) başvuranın sağlık durumu göz önünde bulundurularak tutukluluk tedbirine devam etmenin uygunluğu<sup>315</sup>. Karara konu olayda ise çocukluğundan itibaren epilepsi rahatsızlığı olan ve yakın zamanda kendisine şizofreni teşhisi konan başvuru, tutuklu bulunduğu sırada uygun bir psikiyatri hastanesinde ya da özel bir koğuştta bulundurulmamıştır. Mahkeme, başvuruçunun sağlığının tutuklu bulunduğu sırada riske maruz bırakıldığı ve bu sebeple AİHS'in 3. maddesinin ihlal edildiğine karar vermiştir<sup>316</sup>.

<sup>314</sup> İkinci fıkra kapsamında yer alan akıl hastaları hakkında hükmedilen cezaların, her halde güvenlik tedbiri olarak uygulanması gerektiği hakkında bkz. üçüncü bölüm.

<sup>315</sup> AİHM *Slawomir Musiał v. Polanya*, 20.01.2009, par. 87, 88 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>316</sup> Mahkeme'nin Sözleşme'nin 3. maddesinin ihlal edildiğine karar verdiği başka bir davaya konu olayda, psikolojik bozuklukları bulunan başvuru, iki ayrı zamanda tutuklanmıştır. Bir gün süren ilk tutukluluğu sırasında başvuru, sadece metal sıralar bulunan polise beklemede odasında tutulmuştur.

Akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kimseler hakkında tutuklama kararı verilmek yerine geçici olarak koruma ve tedavi amacıyla bir sağlık kurumuna yerleştirilmeleri düşünülebilir. Ancak halihazırda mevzuatımızda buna ilişkin açık bir düzenleme bulunmamaktadır. Bununla birlikte CMK m. 109/3-e’de *özellikle uyuşturucu, uyarıcı veya uçucu maddeler ile alkol bağımlılığından arınmak amacıyla, hastaneye yatmak dahil, tedavi veya muayene tedbirlerine tabi olmak ve bunları kabul etmenin* bir yükümlülük olarak hakkında adli kontrol kararı verilen şüpheli veya sanığa yükletilebileceği ifade edilmektedir. Bentte hastaneye yatma yükümlülüğü “özellikle” uyuşturucu, uyarıcı veya uçucu maddeler ile alkol bağımlılığından arınmak amacıyla yükletileceği ifade edilmiştir. Düzenlemede yer alan “özellikle” ibaresi, söz konusu tedbirin, uygulanacağı kişiler bakımından, uyuşturucu ve alkol bağımlıları ile sınırlandırılmadığı izlenimini yaratmaktadır. Dolayısıyla hastaneye yatma yükümlülüğünün akıl hastası olan şüpheli ve sanıklar hakkında da verilebileceği söylenebilir<sup>317</sup>. Ancak koruma tedbirlerinin özelliklerinden biri yasallık (kanunilik) ilkesidir. Bu ilkenin bir gereği olarak koruma tedbirlerinin çeşitleri, uygulama koşulları ve sınırları ancak kanunla belirlenebilir. Ayrıca bu tedbirlere ilişkin kıyas veya kıyasa varan yorum yapılması da mümkün değildir. Bu sebeple CMK m. 109/3-e’de düzenlenen adli kontrol tedbirinin akıl hastaları bakımından da uygulanabileceğini söylemek, kanunilik ilkesi bakımından bazı sakıncalar doğurabilecektir. O halde en doğru yaklaşım ilgili maddeye akıl hastaları ile ilgili bir düzenlemeye getirmek olacaktır<sup>318</sup>.

5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nda bu yönde bir düzenleme yapılmasına kadar, suç işleyen ve toplum için tehlike oluşturan akıl hastalarının başka kanun hükümleri ile koruma altına alınıp alınamayacağı tartışılmalıdır. Gerçekten

---

Mahkeme bu odanın, başvuranın tutukluluğuna uygun olmadığını kanaatindedir. Devamında başvuru, sağlık kontrolünden de geçirilmemiştir. 40 gün sonra gerçekleşen ve yaklaşık 4 ay süren ikinci tutukluluk sırasında ise başvurunun sağlık sorunları kısa süre içerisinde dışa vurmuştur. Buna rağmen başvuran, psikolojik durumunun tutukluluğuna uygun olup olmadığı ve ne tür bir tedavi tedbirlerinin alınması gerektiğine dair bir muayeneden geçirilmemiştir. Başvuranın sağlık durumu bu tutukluluk sürecinde daha kötüye gitmiştir. Bkz. AİHM *Rupa v. Romanya*, Başvuru No: 16.12.2008 (<https://hudoc.echr.coe.int>). Benzer yönde kararlar için bkz. AİHM *Kudla/Polonya*, Başvuru No: 30210/96, 26.10.2000, AİHM *Mouisel/Fransa*, Başvuru No: 67263/01, 14.11.2002 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>317</sup> Halihazırdaki düzenlemeler itibarıyla akıl hastası şüpheli ve sanıklar hakkında geçici olarak muhafaza ve tedavi altına alma tedbirine başvurulmasını engelleyen bir hüküm olmadığından mahkemeye bu yönde bir karar verilebileceği görüşü için bkz. Bayındır, **a.g.e.**, s.199.

<sup>318</sup> Aynı yönde bkz. Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.994.



Türk Medeni Kanunu'nun 432-437 maddelerinde “Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması”nı düzenlenmektedir<sup>319</sup>.

Buna göre ergin bir kişinin koruma amaçlı özgürlüğünün kısıtlanabilmesi için şu şartların varlığı gereklidir<sup>320</sup>: 1) Özel koruma ihtiyacı, 2) Zayıflık durumu, 3) Toplum için tehlike oluşturma, 4) Orantılılık, 5) Zayıflık durumunun sürekliliği. Hükümde yer alan “*kişisel korumanın başka şekilde sağlanamaması*” ifadesi özel koruma ihtiyacını ortaya koymaktadır. Bu ihtiyacın tespitinde “*kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur.*” (TMK m. 432/II). Ancak ilgili kişinin korunmasının çevresine yüklediği külfetin “aşırı” olması gerekir<sup>321</sup>. Kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması şartının ortaya koyduğu orantılılık ilkesi, vesayet hukukunun temel ilkelerindedir. Ergin kişinin korunması için yasal başka imkanlar olması durumunda, özgürlüğünün kısıtlanmasına karar verilemeyecektir. Böyle bir durumda vesayet makamı, kişisel korunmasını sağlayacak diğer imkanları kararında gösterecek ve özgürlüğün kısıtlanması isteğini bu sebeple reddedecektir. Aksi halde, tedavi, eğitim veya ıslah amaçlarından hangisi için olduğunu da belirtmek suretiyle kişinin korunmasının sağlanması adına elverişli bir kuruma yerleştirilmesine veya alıkonulmasına karar verecektir. Bu madde gereğince kuruma yerleştirilmede veya kurumda alıkonulmada, ergin kişinin kısıtlı olup olmaması önem taşımamaktadır<sup>322</sup>.

Kişinin yerleştirileceği veya öncesinde yerleştirilmiş olup alıkonulacağı kurumun tedavi, eğitim veya ıslah amaçlarını gerçekleştirmeye “elverişli” olması gerekmektedir<sup>323</sup>. Maddenin son fıkrasına göre, *ilgili kişi durumu elverir elvermez*

<sup>319</sup> “Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu Madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar. Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur.

*İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdaki çıkarılır.*”

<sup>320</sup> Mustafa Dural, Tufan Ögüz, Mustafa Alper Gümüş, **Türk Özel Hukuku Cilt III Aile Hukuku**, İstanbul, Filiz Kitapevi, 2016, s.436-438.

<sup>321</sup> **a.g.e.**, s.437.

<sup>322</sup> Ankara Bölge Adliye Mahkemesi 2. Hukuk Dairesi'nin, E. 2017/477 K. 2017/511 ve T. 09.05.2017 sayılı kararı (www.lexpera.com.tr).

<sup>323</sup> Turgut Akıntürk, Derya Ateş, **Türk Medeni Hukuku Aile Hukuku**, İkinci Cilt, 18. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2016, s.510.

*kurumdan çıkarılacağı* hükmüne yer verildiğini göre tedbirin uygulanma süresi kişisel koruma ihtiyacı doğuran zayıflık durumunun sürekliliği ile sınırlıdır<sup>324</sup>.

Sonuç itibarıyla toplum için tehlike arz eden suç işlemiş akıl hastası hakkında tutuklama veya adli kontrol tedbirlerine başvurmak yerine, özel hukuk hükümlerine giderek akıl hastalığı ile bağdaşır bu yönde bir tedbire başvurmanın; toplum için tehlike arz etmeyen suç işlemiş akıl hastalarının ise ceza muhakemesi boyunca özgürlüklerinden alıkonulmayıp hastalıklarının kötüleşmesine zemin yaratılmamasının daha doğru bir yaklaşım olacağı kanaatindeyiz<sup>325</sup>.

Son olarak ifade edilmelidir ki yasada açık bir engel olmadığından bahisle tutuklanan bir akıl hastasının, en geç ilk derece mahkemesince hakkında ceza verilmesine yer olmadığı kararı verilmesiyle birlikte salıverilmesi gerekmektedir. Zira ceza verilmesine yer olmadığı kararı ile tutuklama kararı bağdaşmayacaktır<sup>326</sup>. Yine mevcut düzenlemeler itibarıyla tutukluluğun devamının, tutuklunun sağlık durumu açısından büyük sakınca arz etmesi halinde CMK m. 100/1-son uyarınca tutuklama kararı kaldırılarak sanık hakkında adli kontrol kararı verilebilecektir<sup>327</sup>.

### C. Zorunlu Müdafilik

5271 sayılı CMK'nın 150. maddesinin ikinci fıkrasında zorunlu müdafilik halleri düzenlenmiştir. Buna göre, *müdafii bulunmayan şüpheli veya sanık; çocuk, kendisini savunamayacak derecede malul veya sağır ve dilsiz ise, istemi aranmaksızın bir müdafii görevlendirilir*. Bu kişiler istemleri ve rızaları aranmaksızın bir müdafii yardımından yararlandırılırlar.

<sup>324</sup> Öte yandan toplum için tehlike oluşturma şartı, kişisel korunması için özgürlüğünün kısıtlanması gerekli kişiler hakkında toplum için bir tehlike oluşturmadıkları takdirde bu hükmün uygulanamayacağı gerekçesiyle kişisel koruma amacıyla çelişki oluşturduğu ifade edilmektedir. Bkz. Dural/Öğüz, **a.g.e.**, s.438.

<sup>325</sup> Başvurucunun, vesayet altına alınması için Medeni Kanun'un 432. ve devamı maddelerine dayanılarak akıl hastanesinde gözlem altına alınmasına ilişkin olayda, AİHM, başvuranın tutuklanması ve toplum için bir tehlike arz etmediği halde zorunlu olarak akıl hastanesinde gözetim altına alınması ilişkin önlemlerin güdülen hedefler kapsamında orantısız olduğuna karar vermiştir. Bkz. AİHM *Ümit Bilgiç / Türkiye*, Başvuru no: 22398/05, (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>326</sup> Hakan Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.407, 408; Bayındır, **a.g.e.**, s.199. Fransız ceza yargılamasında da sorgu mahkemesinin akıl hastalığı nedeniyle fail hakkında verdiği cezai sorumsuzluk kararı sanığa uygulanan tutukluluk ve adli kontrol kararının kaldırılmasını sağlar. Bkz. Özcan, "Fransız Ceza Hukukunda Akıl Bozukluğunun Ceza Sorumluluğuna Etkisi", s.232.

<sup>327</sup> Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.347.

Kanun koyucu madde metninde zorunlu müdafilik kapsamında yer alan kişileri sayarken doğrudan akıl hastaları ibaresini kullanmamıştır. Ancak *kendisini savunamayacak derecede malul* olma akıl hastaları için de geçerli olabilecek bir haldir. Akıl hastası olan şüpheli ve sanığa, kendisini savunamayacak derecede malul olması durumunda bir müdafî görevlendirileceği hususunda bir şüphe yoktur<sup>328</sup>. Bu noktada failin TCK m. 32/1 veya 32/2 kapsamında olması bir önem taşımadığı gibi<sup>329</sup> fiili işlediği sırada akıl hastası olması veya fiili işledikten sonra akıl hastalığına yakalanması arasında da bir ayırım söz konusu değildir. Bununla birlikte akıl hastasının kendisini savunamayacak derecede malul olduğuna nasıl karar verileceği hususu bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir bilirkişi atanarak bu hususun tespiti düşünülse de bilirkişi tarafından rapor düzenlenene kadar müdafî olmaksızın gerçekleştirilecek (ifade alma gibi) muhakeme işlemlerinin usul hukukuna uygunluğu bir sorun olarak varlığını koruyacaktır. En doğru yaklaşımın madde metnine özel olarak akıl hastaları ibaresinin eklenmesi olduğunu düşünüyoruz. Bu yönde bir değişikliğe kadar ilgili süjelerin ve makamların şüpheli veya sanığın akıl hastası olduğunda şüphelenmeleri halinde barodan bir avukat görevlendirilmesi için müzekkere yazdırmalarının savunma hakkının kısıtlanmaması için gerekli olduğu kanaatindeyiz.

#### **D. Hüküm**

Yapılan yargılama sonunda fiil işlediği sırada akıl hastası olan sanık hakkında yüklenilen suçu işlediği sabit olması halinde TCK m. 32 uyarınca bir hüküm verilecektir. Akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli derecede azalan sanık hakkında ceza verilmesine yer olmadığı kararı hükmolunacaktır. Kusur yeteneğinin bulunmaması nedeniyle verilen bu hüküm, etkin pişmanlık halinde

<sup>328</sup> Bkz. Yargıtay 3. Ceza Dairesi'nin E. 2013/19735, K. 2013/31042 ve T. 18.09.2013 sayılı kararı: "5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 150/2. maddesinin "Müdafî bulunmayan şüpheli veya sanık; çocuk, kendisini savunamayacak derecede malul veya sağır ve dilsiz ise, istemi aranmaksızın bir müdafî görevlendirilir." şeklindeki düzenlemesi karşısında akıl hastası olan sanığa müdafî görevlendirilmeden duruşma yapılarak yazılı şekilde karar verilmesinde isabetsizdir."; Benzer yönde bkz. Yargıtay 2. Ceza Dairesi'nin E. 2006/8566, K. 2006/17074 ve T. 19.10.2006 sayılı kararı (www.kazanci.com).

<sup>329</sup> Bkz. Yargıtay 13. Ceza Dairesi'nin E. 2018/1778, K. 2018/3687 ve T. 15.03.2018 sayılı kararı: "Hakkında akıl hastalığı nedeni ile TCK. 32/2.maddesi uygulanan sanığa zorunlu müdafîinin atanması gerektiği gözetilmeyip, 5271 S.CMK. 150/2, 188/1. ve 289/1-e maddelerine aykırı davranılmak suretiyle savunma hakkı kısıtlanmıştır." (www.kazanci.com).

verilen ceza verilmesine yer olmadığı kararından farklı olarak adli sicile işlenmeyecektir<sup>330</sup>. Buna karşın usulüne uygun alınmış bilirkişi raporuna göre kusur yeteneği ortadan kalkmamakla birlikte akıl hastalığı nedeniyle azalan sanık hakkında TCK m. 32/2 gereğince ceza verilmesine yer olmadığı kararı değil, mahkumiyet kararı verilecektir.

Akıl hastası sanığı yüklenen suçun şikayete bağlı bir suç olması ve şikayetten vazgeçilmesi durumunda ise yargılamaya devam edilemeyeceğinden CMK m. 223/8 gereği düşme kararı verilecektir. Son olarak CMK m. 325 gereği yargılama giderleri cezaya veya güvenlik tedbirine mahkum edilen sanığa yükletildiğinden TCK m. 32 kapsamında yer alan akıl hastaları da yargılama giderlerini karşılamak durumundadır<sup>331</sup>.

#### **E. Durma Kararı ve Akıl Hastalarının Yargılanmasına İlişkin Sorunlar**

Doktrinde fiili işledikten sonra akıl hastası olan kişilerin, ceza davalarında durma kararı verileceği ifade edilmektedir<sup>332</sup>. Zira akıl hastaları hakkında usul hukukunda yer alan aydınlatma yükümlülüğü ilkesinin yahut ifade alma veya sorgu gibi muhakeme işlemlerinde savunmaya ilişkin hükümlerin gerektiği gibi uygulanmasının pek mümkün olmadığı söylenmektedir. Buna göre, hakkında bir suç isnadı bulunan akıl hastasının mahkeme tarafından sorgusunun yapılması AİHS'in *adil yargılanma hakkı* başlıklı 6. maddesine, Anayasa'nın 17. ile 36. maddelerine ve CMK'nın 147. maddesine aykırılık oluşturacaktır. *İsnad kabiliyeti bulunmayanların muhakemeye katılabilmeleri, hak ve yükümlülük bilebilmeleri ve bunlara uygun davranabilmeleri; kısaca gerçek anlamda muhakeme süjesi olabilmeleri fiilen*

<sup>330</sup> Cumhuriyet Şahin, Neslihan Göktürk, **Ceza Muhakemesi Hukuku II**, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2014, s.179.

<sup>331</sup> Bkz. Yargıtay 1. Ceza Dairesi'nin E. 2007/335, K. 2008/2141 ve T. 20.03.2008 sayılı kararı: "CMK'nın 325/1. maddesi uyarınca hakkında güvenlik tedbirine hükmolunan sanığa yargılama giderlerinin de yükletilmesine karar verilmesi gerekirken, yargılama giderlerinin Hazine üzerinde bırakılmasına karar verilmesi..." (www.kazanci.com).

<sup>332</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.432 ve 696; Centel/Zafer, **a.g.e.**, s.685, 686; Öztürk ve diğ., **Nazari ve Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku**, s.833; Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.106; Şahin, **Ceza Muhakemesi Hukuku I**, s.80; Özbek ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku**, s.125; A. Caner Yenidünya, Zafer İçer, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, Ankara, Adalet Yay., 2016, s.211 ve 651; Nevzat Toroslu, Metin Feyzioğlu, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 16. Baskı, Ankara, Savaş Yay., 2016, s.54; Akbulut, **a.g.e.**, s.550; Bayındır, **a.g.e.**, s.180; Hakan Karakehya, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 2. Baskı, Ankara, Savaş Yay., 2016, s.185; Mustafa Özen, **Ceza Muhakemesi Hukuku Dersleri**, Ankara, Adalet Yay., 2017, s.50, 51; Ercan, **a.g.e.**, s.144.

*mümkün değildir*<sup>333</sup>. Bu sebeple sanığın iyileşme durumu varsa CMK m. 223 uyarınca mahkemenin, akıl hastasının iyileşmesine kadar davanın durmasına karar vermesi gerektiği savunulmaktadır. Ancak akıl hastalıkları arasında bir ayrıma gidilmiş ve akıl hastalığının, sanığın kendisini gereği gibi savunmasına engel teşkil etmediği hallerde durma kararı verilmeyeceği ifade edilmiştir<sup>334</sup>.

Yer verilen gerekçelere bir itirazımız olmamakla birlikte fiilin işlenmesinden sonra ortaya çıkan akıl hastalığının, Türk ceza hukukunda bir muhakeme engeli olarak düzenlendiği görüşüne katılmamaktayız. En başta ifade edelim ki 5271 sayılı CMK'da buna ilişkin bir hüküm bulunmamaktadır<sup>335</sup>. Fiili işlenmesinden sonra ortaya çıkan akıl sağlığının niteliği gereği, yargılama engeli olduğu<sup>336</sup> ifade edilse de kanun koyucunun, CMK m. 150/2'de *kendisini savunamayacak derecede malul* olan şüpheli ve sanıklara müdafî görevlendirileceği ifade ettiğine göre, kendini savunamayacak derecede malul olmayı bir muhakeme engeli olarak görmediğini anlaşılmaktadır. Ayrıca CMK m. 223/8'e göre davanın durması, soruşturmanın veya kovuşturmanın yapılması şartına bağlı tutulmuş olup da şartın henüz gerçekleşmediği anlaşılması halinde ve şartın gerçekleşmesini beklemek üzere verilen bir karardır. Ancak CMK'da akıl hastalığının bir soruşturma veya kovuşturma şartı olarak düzenlendiği ifade eden bir hüküm bulunmamaktadır.

Durma kararının yalnız suç işledikten sonra akıl hastalığına yakalanan akıl hastaları için söz konusu olması, suç işlendiği sırada akıl hastası olan ve suçu bu akıl hastalığının etkisinde işleyen kimselere TCK m. 32 gereğince ceza verilmeyeceği ile gerekçelendirilmektedir<sup>337</sup>. Halbuki bu kişiler hakkında ceza yaptırımına hükmolünmemakta ise de güvenlik tedbiri uygulanacaktır. Yargılamanın durması bağlamında hükmedilecek olan yaptırımın ceza ya da güvenlik tedbiri olmasına göre bir fark gözetilen bu görüşü katılmadığımızı ifade etmeliyiz. Zira akıl hastalığı,

<sup>333</sup> Bahri Öztürk ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku Ders Kitabı**, 10. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2016, s.829.

<sup>334</sup> **a.g.e.**

<sup>335</sup> 1985 yılında 3206 sayılı Kanunla yürürlükten kaldırılmadan önce mevzuatımızda bu yönde bir hüküm vardı: "*maznunun... suçu işledikten sonra bir akıl hastalığına uğraması sebebiyle son tahkikatın yapılmasının imkansızlığı taayyün ederse, sorgu hakimi bu tahkikatın muvakkaten tatiline karar verir.*" (CMUK m.198). Bkz. Öztürk ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku Ders Kitabı**, s.77, 25 No.lu dipnot.

<sup>336</sup> Öztürk ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku Ders Kitabı**, s.829.

<sup>337</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.181.

çekişmeli yargılama usulünün işletilmesine bir engel ise bu hastalığın, fiilin işlendiği sırada bulunması veya daha sonra ortaya çıkması arasında bir ayırım gözetilmemelidir.

Diğer yandan fiilden sonra ortaya çıkan akıl hastalığını bir muhakeme engeli olarak kabul eden bir başka görüş, akıl hastalıkları arasında kısmi ve tam ayırımı yapmak suretiyle fiil esnasında veya fiilden sonra kısmi akıl hastası olanların yargılamalarında durma kararı verilmesine gerek olmadığını, bu kişilerin yargılanabileceklerini belirtmektedir<sup>338</sup>. Kısmi akıl hastası olanlar ile TCK m. 32/2'de düzenlenen akıl hastalığı nedeniyle fiili işlediği sırada davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiler kast ediliyor ise bu yaklaşıma katılmadığımızı ifade etmeliyiz. Zira akıl hastalığının, kişinin fiili işlediği sıradaki kusur yeteneği üzerindeki etkisi ile ceza muhakemesinde savunma hakkını kullanması üzerindeki etkisi arasında doğrudan bir bağlantı kurmak mümkün görünmemektedir. Örneğin kleptomani olan bir kişinin hırsızlık suçu işlediği sırada davranışlarını yönlendirme yeteneğinin ortadan kalktığı ve TCK m. 32/1 kapsamında işledikleri suçtan dolayı ceza sorumluluklarının olmadığı kabul edilmektedir. Ancak kleptomani, kişinin kendisini ifade etmesine engel teşkil eden bir akıl hastalığı olmadığı gibi bu kişilerin fiili işledikleri sırada algılama yetenekleri bozulmadığı için hastalık, savunma haklarını kullanmalarında bir engel teşkil etmeyecektir. Yine, zeka geriliği bulunan bir failin, TCK m. 32/2 kapsamında ceza sorumluluğunun olduğu kabul edilebilirken; bu kişilerin sahip buldukları hastalık nedeniyle savunma haklarını gereğince kullanmaları mümkün olmayabilir. Bu bakımdan suç işlemiş akıl hastasının ceza muhakemesindeki durumunun tespitinde, hastalığın fiili işlediği sıradaki kusur yeteneği üzerinden bir belirleme yapılamayacağı kanaatindeyiz.

Sonuç olarak mevcut düzenleme itibarıyla fail ister fiil işlediği sırada akıl hastası olsun ister daha sonra akıl hastalığına yakalansın yahut failin hastalığı TCK'nın 32. maddesinin ister birinci fıkrası kapsamında ister ikinci fıkrası kapsamında yer alsın yürütülen ceza yargılamasında durma kararı verilemeyeceğini düşünüyoruz. Bununla birlikte akıl hastası olan sanıkların yargılamada kendilerini gereğince savunamayacakları hususunda getirilen eleştirilere katılıyoruz. Gerçekten suçu işlediği

<sup>338</sup> Centel/Zafer, **a.g.e.**, s.685, 686; Toroslu/Feyzioğlu, **a.g.e.**, s.54. Akıl hastaları arasında bir ayırım yapmakla birlikte TCK m.32/2 anlamındaki *yarı akıl hastaları* hakkında kovuşturma yapılabilmesi için akıl hastalığının makul müdafaa yapılabilmesine engel teşkil etmeyecek derecede olması gerektiği hakkında bkz. Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.696.

sırada yahut suçu işledikten sonra akıl hastalığına yakalanan kişilerin çekişmeli yargılama usulünde yer almaması gerekmektedir. Bu bağlamda suç işledikten sonra kendisini savunamayacak derecede akıl hastası olan kişiler hakkındaki yargılamanın durmasına ilişkin açık bir düzenleme yapılması yerinde olacaktır<sup>339</sup>. Fiili işlediği sırada akıl hastaları için ise Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkan ve bu kişileri çekişmeli yargılama usulünden çıkartan akıl sağlığı mahkemelerine incelenecektir.

## II. Alternatif Bir Model Olarak Akıl Sağlığı Mahkemeleri

### A. Akıl Sağlığı Mahkemeleri

#### 1. Akıl Sağlığı Mahkemelerinin Tarihçesi ve Ortaya Çıkış Nedenleri

Akıl sağlığı mahkemesi ilk olarak 1990 yılların sonlarında Amerika'da ortaya çıkan bir tür problem-çözücü mahkemedir<sup>340</sup>. Problem-çözücü mahkemeler, belirli bir konu (uyuşturucu bağımlılığı gibi) veya belirli bir suç tipi (aile içi şiddet gibi) üzerinde ya da belirli bir grupla (kadın suçlular veya akıl hastaları gibi) çalışan özel usullere sahip mahkemelerdir. Hakimin rolünün, geleneksel yargılamaya göre çok daha fazla öne çıktığı bu mahkemelerde, suça neden olan meseleleri ele almak ve tekerrürü azaltmak için farklı hizmetler (akıl sağlığı tedavi hizmeti gibi) bir araya getirilmektedir. Sanıklar bu hizmetleri almaya bir bakıma mahkeme otoritesi kullanılmak suretiyle zorlanmaktadır<sup>341</sup>.

Hakimler, avukatlar, hizmet sağlayıcılar ve akıl hastalıkları bulunan sanıkların her biri konuya farklı perspektiflerden yaklaşmalarına karşın, ABD'deki mahkemeler için akıl hastası sanıklarının önemli bir sorun oluşturduğu konusunda bir fikir birliği

<sup>339</sup> Alman Ceza Muhakemesi Kanunu (Strafprozeßordnung) m.413'e göre "Savcılık, failin kusur ehliyetsizliği veya duruşma ehliyetsizliği sebebiyle ceza koşturması yapmazsa, hukuken kabul edilebilir ve yapılmış olan araştırmaların neticesine göre hükmedilmesi beklenebilirse, müstakil olarak iyileştirici ve koruyucu emniyet tedbirlerinin uygulanmasını talep edebilir." Bkz. Feridun Yenisey, Salih Oktar, **Alman Ceza Muhakemesi Kanunu Strafprozeßordnung (StPO)**, 2. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2015, s.463. Bu hususta ayrıca bkz. Friedrich Christian Schroeder, Torsten Verrel, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, çev. Salih Oktar, Ankara, Yetkin Yay., 2019, s.180. Öte yandan Avusturalya hukukunda da yargılamayı anlama veya mahkeme ile iletişim kurma yeteneği bulunmayan kişilerin yargılanamayacağı kabul edilmektedir. Bkz. Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.106.

<sup>340</sup> Berman/Feinblatt, **Good Courts: The Case for Problem-Solving Justice**, s.12.

<sup>341</sup> Kelly O'Keefe, **The Brooklyn Mental Health Court Evaluation Planning, Implementation, Courtroom Dynamics, and Participant Outcomes**, Center For Court Innovation, New York, 2006, s.1 (erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/BMHCEvaluation.pdf>); <http://justiceinnovation.org/portfolio/what-are-problem-solving-courts/>

vardır. Geleneksel yargılama usulünün akıl hastası sanıklar için ne yeterli ne de etkilidir<sup>342</sup>. Gerçekten hapisanelerde bulunan her 100 kişiden 16'sının ciddi akıl hastalığını bulunmaktadır. Bu oran genel nüfusa oranla erkekler için dört kat, kadınlar için ise sekiz kat daha fazladır<sup>343</sup>. ABD Adalet Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmada, akıl hastalığı geçiren mahkumların yarısının en az üç kere hüküm giydikleri tespit edilmiştir<sup>344</sup>. Diğer bir araştırmada da akıl hastalığı olan kişilerin, benzer suçlardan dolayı yargılanıp akıl hastası olmayan kişilere oranla daha fazla tutuklandıkları ve infaz kurumlarında diğer mahkumlara kıyasla daha uzun süre kaldıkları belirtilmiştir<sup>345</sup>. Gerçekten daha sonra detaylı olarak ele alacağımız Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi'nin de bulunduğu New York'ta infaz kurumlarında<sup>346</sup> ortalama kalış süresi akıl hastaları için 215 gün iken tüm mahkumlar için bu süre 42 gündür<sup>347</sup>. Görüldüğü üzere ceza adalet sisteminde yer alan kişiler içinde akıl hastaları önemli bir yer kaplamaktadır<sup>348</sup>.

Öte yandan tutuklu bulunduğu sırada ya da toplum hizmetleri ile bağlantı kurulurken yeterli tedavi imkanı sağlanmayan akıl hastalarının ceza adalet sistemi döngüsünden çıkamadıkları ve çok defa infaz kurumlarına geri döndükleri ifade

<sup>342</sup> Derek Denckla, Greg Berman, **Rethinking the Revolving Door: A Look at Mental Illness in the Courts**, Center for Court Innovation, New York, 2001, s.25.

<sup>343</sup> Paula M. Ditton, **Mental Health Treatment of Inmates and Probationers**, Bureau of Justice Statistics, U.S.Department of Justice, 1999, s.6 (Erişim: [https://www.prisonlegalnews.org/media/publications/bojs\\_mental\\_health\\_and\\_treatment\\_of\\_inmates\\_and\\_probationers\\_1999.pdf](https://www.prisonlegalnews.org/media/publications/bojs_mental_health_and_treatment_of_inmates_and_probationers_1999.pdf)); Linda A. Teplin, Karen Abram ve G. McClelland, "Prevalence of Psychiatric Disorders among Incarcerated Women: Pretrial Jail Detainees", **Archives of General Psychiatry**, Vol.53, 1996, s.510.

<sup>344</sup> Paula M. Ditton, **Special Report: Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers**, U.S.Department of Justice, Washington, DC, 1999. ([www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/mhtip.pdf](http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/mhtip.pdf).)

<sup>345</sup> Linda A. Teplin, **Keeping the Peace: Police Discretion and Mentally Ill Persons**, U.S.Department of Justice, Washington, DC, 2000.

<sup>346</sup> ABD'de infaz kurumları jail ve prison olarak ayrılmaktadır. Aralarındaki temel fark hükümlülerin infaz kurumunda kalacakları süreye ilişkin olup jail, kısa süreli hapis cezası almış hükümlülerin tutulduğu yer iken prison uzun süreli hapis cezası almış hükümlülerin barındırıldığı yerdir. Bkz. [https://dps.hawaii.gov/wp-content/uploads/2016/10/OCCC-Jails-vs-Prisons-handout\\_v5.pdf](https://dps.hawaii.gov/wp-content/uploads/2016/10/OCCC-Jails-vs-Prisons-handout_v5.pdf), E.T.: 06.11.2018.

<sup>347</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.2. New York genelinde 2005 yılında hapisanede bulunan kişilerin %25'inde daha azı bir akıl hastalığında muzdarip iken 2011 yılına bu oran yaklaşık %33'e yükselmiştir. Bkz. The Council of State Governments Justice Center, **Improving Outcomes for People with Mental Illnesses Involved with New York City's Criminal Court and Correction Systems**, New York, 2012, s.1 (Erişim: [http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/05/CTBNYC-Court-Jail\\_7-cc.pdf](http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/05/CTBNYC-Court-Jail_7-cc.pdf));

<sup>348</sup> Nancy Wolff, "Courts as Therapeutic Agents: Thinking Past the Novelty of Mental Health Courts", **J Am Acad Psychiatry Law**, Vol.30, 2002, s.431 (Erişim: <https://pdfs.semanticscholar.org/03c3/872a872733d94aa39e9a6f2599ecee2338f0.pdf>, E.T.: 26.10.2018); Paula M. Ditton, **Mental Health Treatment of Inmates and Probationers**, Bureau of Justice Statistics, U.S.Department of Justice, 1999, s.6



edilmektedir<sup>349</sup>. Bu durum, akıl hastalarının kendilerinin yanında aileleri için yıkıcı olabilmektedir. Konuya diğer taraftan bakıldığında ise tekerrür oranları kamu güvenliği ve hükümet harcamalarını da etkilemektedir<sup>350</sup>. Sonuç itibarıyla geleneksel yargılama usulü, taraflar için memnun edici sonuçlar sağlamamıştır<sup>351</sup>.

Bu gerçeği göz önünde bulundurarak, toplumu korumak ve kişilerin akıl hastalıkları nedeniyle tekrar mahkemeye dönmelerini engellemek için yeni yaklaşımlar test edilmeye başlanmıştır. Bu yaklaşımlar içerisinde kolluk kuvvetlerine dayalı uzmanlaşmış müdahale programları, uzmanlaşmış akıl sağlığı denetimli serbestlik ve şartlı tahliye kurumları da yer almaktadır. Ancak son yirmi yılda ceza adalet sisteminde yer alan akıl hastalıklarına yönelik birçok girişim içerisinde en dikkat çekici olanı akıl sağlığı mahkemeleridir<sup>352</sup>. Henüz yeni bir mahkeme türü olsa da 2010 yılı civarında ABD genelinde 40'tan fazla eyalete yayılmış ve toplam akıl sağlığı mahkemesi sayısı 300'e dolaylarına ulaşmıştır<sup>353</sup>. Günümüzde bu sayı artmaya devam etmektedir<sup>354</sup>.

## 2. Akıl Sağlığı Mahkemelerinin Amacı

Akıl hastaları, beyinlerinin işleyişini değiştirmeye basitçe karar veremezler<sup>355</sup>. Bu sebeple geleneksel çekişmeli yargılama usulünden ziyade tedavi ve esnek katılım koşullarına dayanan akıl sağlığı mahkemelerinin, suç işlemiş akıl hastaları için daha adil bir usule sahip olduğu ifade edilmektedir<sup>356</sup>. Bununla birlikte, bir akıl sağlığı mahkemesine girmek, kişilerin işledikleri eylemlere ilişkin sorumluluklarını ortadan kaldırmamaktadır. Bilakis akıl sağlığı mahkemeleri, akıl hastalarının kamu görevlerini

<sup>349</sup> Council of State Governments Justice Center, **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, New York, 2008, s.2 (Erişim: <https://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2012/12/mhc-primer.pdf>).

<sup>350</sup> a.g.e.

<sup>351</sup> Teresa W. Carns, Michael G. Hotchkin, Elaine M. Andrews, "Therapeutic Justice in Alaska's Courts", **Alaska Law Review**, Vol.19, 2002, s.9 (1-56).

<sup>352</sup> Amy Watson ve diğ., "Mental Health Courts and The Complex Issue of Mentally Disordered Offenders", **Psychiatr Serv**, Vol.52, 2001, s.477; Denckla/Berman, a.g.e., s.26; Henry J. Steadman, Susan Davidson, Collie Brown, "Mental Health Courts: Their Promise and Unanswered Questions", **Psychiatric Services**, Vol.52, No.4, 2001, s.457, 458; Council of State Governments, **Criminal Justice/Mental Health Consensus Project**, New York, 2002, s.113, 114 (Erişim: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/197103.pdf>).

<sup>353</sup> Carol Fisler, "When Research Challenges Policy and Practice, Toward a New Understanding of Mental Health Courts", **The Judges' Journal**, Vol.54, No.2, 2015, s.8.

<sup>354</sup> <https://csgjusticecenter.org/mental-health-court-project/>, E.T.:16.03.2018.

<sup>355</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.6.

<sup>356</sup> a.g.e.

anlamalarına yardım ederek ve onları topluluklara bağlayarak eylemlerinden doğan sorumluluklarını artırmayı hedeflemektedir<sup>357</sup>.

Bu mahkemeler, akıl hastalığı olan sanıkları tedaviye teşvik etmek ile gözetim koşullarını ihlal etmekten ve yeni suç işlemekten kaçınmaları için tedavi rejimine uymalarında, otoritesini kullanmaya çalışmakta ve böylelikle tekerrürü azaltmayı hedeflemektedir<sup>358</sup>. Kamu güvenliğinin artırılması, akıl hastası sanıkların tedaviye katılımının artırılması, bu kişilerin yaşam kalitelerini geliştirilmesi ve yargılama faaliyetlerine ayrılan kamu kaynaklarının daha verimli kullanımı bu mahkemelerin hedefleri arasındadır. Bu ifadeleri açmak gerekirse, akıl sağlığı mahkemeleri ile akıl hastalarının yüksek tekerrür oranlarını azaltmak suretiyle kamu güvenliğinin artırılması amaçlanmaktadır. Bu mahkemeler katılımcılarına kapsamlı tedavi ve destek hizmetleri sunarken tedavi planlarına uyumu ödüllendirmek ve uyumsuzluğu cezalandırmak suretiyle akıl hastalarının tedaviye katılımını ve tedavide devamlılığının artırmaya çalışmaktadır. Katılımcıların kapsamlı tedavi ve destek hizmetlerini içine alan toplum merkezli tedaviye, barınmaya ve bu kişileri iyileşmeye teşvik eden diğer hizmetlere erişimleri sağlanmak suretiyle suç işlemiş akıl hastalarının yaşam kaliteleri artırılmak istenmektedir. Sonuç itibarıyla akıl hastalarının ceza adalet sistemi döngüsünden çıkarılmaları amaçlanmaktadır<sup>359</sup>.

### 3. Akıl Sağlığı Mahkemesi Tanımı

Akıl sağlığı mahkemeleri, uyuşturucu mahkemeleri ve diğer problem-çözücü mahkemeler gibi insanları mahkeme önüne getiren davranışların temel nedenleri ele alırken ceza mahkemesinin muhakemeye olan geleneksel bakışın ötesine geçer. Bu mahkemeler, şüpheliler, sanıklar, mağdurlar ve topluluklar da dahil olmak üzere tüm taraflar için sonuçları iyileştirmeye çalışır<sup>360</sup>.

<sup>357</sup> Fisler, "When Research Challenges Policy and Practice, Toward a New Understanding of Mental Health Courts", s.9.

<sup>358</sup> Matthew J. D'Emic, "The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison", **Criminal Justice**, Vol.22, No.3, 2007, s.25.

<sup>359</sup> O'Keefe, a.g.e., s.2-3; **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.8.

<sup>360</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.3.

Esasen her akıl sağlığı mahkemesi özgündür<sup>361</sup>. Bu sebeple bazı araştırmalar ilk akıl sağlığı mahkemeleri arasında ortak noktalar belirlemesine rağmen, programlar arasındaki çeşitlilik, çekirdek bir tanımın yapılmasını zorlaştırmaktadır<sup>362</sup>. Akıl sağlığı mahkemeleri, hedeflediği kitle, kapsamındaki suç tipi<sup>363</sup>, itham anlaşması<sup>364</sup>, adli izleme sıklığı<sup>365</sup>, program süresi ve mevcut tedavi şekli dahil olmak üzere çeşitli yönlerden birçok farklılık arz etmektedir<sup>366</sup>. Bununla birlikte kabul gören bir tanıma göre akıl sağlığı mahkemeleri, akıl hastalığına sahip kişilere özel usulleri olan, sanıkları hapisanede toplum temelli akıl sağlığı tedavisine yönlendiren, akıl sağlığı tedavisini yargısal olarak izleyen ve uyumsuzluğa karşı yaptırım uygulayan bir ceza mahkemesidir<sup>367</sup>.

#### 4. Akıl Sağlığı Mahkemesi Katılımcıları

Akıl sağlığı mahkemesi katılımcılarının çoğunluğunu ciddi akıl hastalıklardan muzdarip kimseler oluşturur. Akıl hastalığı, bir dizi psikolojik rahatsızlığı içeren genel bir terimdir. Akıl hastalığının bir alt kümesi olan ciddi ve kalıcı akıl hastalıklarına, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, iki uçlu bozukluk, çökkünlük ve anksiyete bozuklukları gibi uzun süreli ve ciddi işlev bozuklukları içeren durumlar dahildir<sup>368</sup>.

Madde bağımlılıkları, DSM çizelgesinde yer almakla birlikte, tanıları, tedavi müdahaleleri ve sağlayıcıları, bağımlılık yapmayan akıl hastalıklardan farklıdır. Bununla birlikte, ceza adalet sisteminde yer alan akıl hastalarının çoğunluğu (dörtte üçü) aynı zamanda bir madde kullanım bozukluğundan muzdariptir<sup>369</sup>. Sonuç olarak,

<sup>361</sup> Denckla/Berman, **a.g.e.**, s.8.

<sup>362</sup> Steadman/Davidson/Brown, "Mental Health Courts: Their Promise and Unanswered Questions", s.457-458.

<sup>363</sup> ABD ceza hukukunda suçlar, esasen kabahat (misdemeanor) ve cürüm (felony) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kabahatler genellikle bir yıla kadar hapis cezası öngören suçlar iken cürümler 1 yıldan fazla hapis cezasını öngören suçlardır. Ayrıca 6 aya kadar hapis cezası öngören ancak failleri hakkında genellikle para cezasının uygulandığı farklı bir suç tipi olarak petty suçları da bulunmaktadır. Bkz. Mehmet Emin Yapar, **Ceza Muhakemesinde İddia Pazarlığı**, Ankara, Adalet Yay., s.65 vd.

<sup>364</sup> Bu konuda bkz. s.107-109.

<sup>365</sup> Bu konuda bkz. s.96, 97.

<sup>366</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.4

<sup>367</sup> Steadman/Davidson/Brown, "Mental Health Courts: Their Promise and Unanswered Questions", s.457-458; Fislser, "When Research Challenges Policy and Practice, Toward a New Understanding of Mental Health Courts", s.8.

<sup>368</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.5

<sup>369</sup> Linda A. Teplin, Karen Abram, "Co-occurring Disorders among Mentally Ill Jail Detainees: Implications for Public Policy," **American Psychologist**, Vol.46, No.10, 1991, s.1039 (<https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.10.1036>).

akıl sağlığı mahkemesi katılımcılarını büyük ölçüde her iki bozukluğu birlikte yaşıyan bireyler oluşturmaktadır.

## 5. Akıl Sağlığı Mahkemesinin Genel İşleyişı

Bugün ABD’de sayısı 300’ü aşan akıl sağlığı mahkemelerinin, her birinin kendine özgü özellikler barındırması, bu mahkemelerin genel işleyişini anlatmakta ciddi bir zorluk meydana getirmektedir. Öyle ki bu çeşitlilik, *eğer bir akıl sağlığı mahkemesini gördüyseniz, bu sadece bir tane akıl sağlığı mahkemesi gördüğünüz anlamına gelir* şeklinde ifade edilmektedir<sup>370</sup>. Bu sebeple biz, bu başlık altında genel olarak tüm akıl sağlığı mahkemelerinde geçerli olan işleyiştten söz edeceğiz.

Bu mahkemeler için ilk olarak ifade edilmesi gereken husus, esnek katılım koşullarına sahip olduğudur. Alışık olduğumuz yaklaşımın aksine, ABD’de bu mahkemeler (belirli bir coğrafi alan içinde) katılımcılarını kendileri belirlemektedir. Yukarıda, bu mahkemelerin esasen ciddi ve kalıcı akıl hastalıkları bulunan kişileri kabul ettiğini ifade ettik. Ancak tek kriter akıl sağlığı uygunluğu değildir. Ayrıca bu mahkemeler, yalnızca belli bazı suç tiplerini işleyen akıl hastalarını kabul etmektedirler. Ancak belirli suç tiplerine yönelen bazı problem-çözücü mahkemelerin aksine, akıl sağlığı mahkemeleri suç tipi özelinde bir belirleme yapmamakta, suçları ciddiyetine ve öngörülen hapis cezasına göre sınıflandırmaktadır<sup>371</sup>. Bu uygunlukları sağlayan katılımcı adayı ile bir itham anlaşması yapılmaktadır. Tarafların rızalarını esas alan bu anlaşmaya göre, katılımcı adayı kendisine itham edilen suçu işlediği kabul etmekte, buna karşın cezası ortadan kalkmakta veya büyük ölçüde azalmaktadır. Aday, anlaşmayla birlikte işlediği suça göre belirli bir süre tedavi hizmeti almayı da kabul etmektedir<sup>372</sup>. Tedavi hizmetlerinin ayarlanmasına ilişkin tüm prosedür mahkeme personeli tarafından yerine getirilmektedir<sup>373</sup>.

<sup>370</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.7.

<sup>371</sup> İlk olarak belirtilmelidir ki akıl sağlığı mahkemeleri, akıl hastalığı olan insanlar için kurulmuş bir tür uyuşturuıcı mahkemeleri değildir. Bkz. John Petril, ve diğ., “Preliminary Observations from an Evaluation of the Broward County Mental Health Court”, **Court Review**, 2001, s.15.

<sup>372</sup> Bu noktada özetle edelim ki adayların, katılım koşullarını anlamış olup olmadıklarına özel önem verilmektedir.

<sup>373</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.27.

Anlaşmanın imzalanması ile resmiyet kazanan katılım süreci, bir yandan tedavi diğer yandan katılımcının mahkemeye gelerek hakim ile bire bir görüştüğü adli izlemelere dayanmaktadır. Sıklığı mahkemeden mahkemeye ve kabul ettiği anlaşmaya göre katılımcıdan katılımcıya değişen bu adli izlemelerde hakim, katılımcının hem tedavi sürecini takip etmekte hem de işlediği eylemin sorumluluğunu almasında ona yardımcı olmaktadır<sup>374</sup>. Adli izlemeler, geleneksel duruşmaların aksine, gayri resmi ve bireyselleştirilmiş, çoğunlukla da rahat bir şekilde gerçekleşmektedir. Öyle ki bu duruşmaları ilk defa izleyen bir gözlemcinin, *neye tanık oldukları konusunda şüphe duyacağı ancak gözlemlediği şeyin tipik bir duruşma olmadığından emin olacağı* ifade edilmektedir<sup>375</sup>.

Katılım esas itibarıyla dört aşamadan oluşmakta olup her bir aşamayı, başta kabul ettiği koşullarına uygun olarak tamamlayan her katılımcı bir sertifika almaya hak kazanmaktadır<sup>376</sup>. Sertifikaların tamamlanmasıyla birlikte katılımcı akıl sağlığı mahkemesinden *mezun* olmakta ve itham anlaşmasında belirlendiği şekliyle cezası tamamen ortadan kalkmakta yahut cürümden kabahate çevrilmektedir. Tedavi koşullarına uymayan veya adli izlemelere katılmayan ya da tedavi süreci içinde başka bir suç işleyen katılımcı ise sertifika almaya hak kazanmamaktadır. Bu noktada genel olarak bireysel çözümlere gidilmekte ve kamu güvenliğini göz önünde tutularak akıl hastasının, katılıma devam etmeyi ne kadar istediği belirlenmeye çalışılmaktadır<sup>377</sup>. Koşullarına uymayan katılımcı, kimi zaman *ceza*<sup>378</sup> ile kimi zaman ise programının sonlanması ile karşı karşıya kalmaktadır<sup>379</sup>.

Görüldüğü üzere ceza adalet sisteminde akıl hastalarının ihtiyaçlarını ele almak, önemli miktarda, zaman, çaba ve kaynak gerektiren disiplinler çalışmayı gerektirmektedir. Bu bakımdan akıl sağlığı mahkemelerine, yerel koşulları göz önüne alarak bu modelin suç işlemiş akıl hastaları için en iyi seçecek olduğundan emin olunmadan başlanmaması gerektiği ifade edilmektedir<sup>380</sup>.

<sup>374</sup> Denckla/Berman, **a.g.e.**, s.8.

<sup>375</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.7.

<sup>376</sup> **a.g.e.**, s.7.

<sup>377</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.30.

<sup>378</sup> Burada cezadan kasıt ceza yargılaması sonrası hükmedilen bir yaptırım türü olarak ceza değil, daha çok ödül kavramının zıttı anlamında kullanılan cezadır.

<sup>379</sup> Bu konuda çeşitli örnekler için bkz. *Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi - Katılım* başlığı.

<sup>380</sup> Alex M. Blandford ve diğ., **Developing a Mental Health Court: An Interdisciplinary Curriculum: Handbook for Facilitators**, Council of State Governments Justice Center, New York, 2015, s.47

(Erişim:[https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/media/document/2018/Developing%20a%20Mental%20Health%20Court\\_Handbook%20for%20Curriculum%20Facilitators.pdf](https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/media/document/2018/Developing%20a%20Mental%20Health%20Court_Handbook%20for%20Curriculum%20Facilitators.pdf)).

## 6. İkinci Nesil Akıl Sağlığı Mahkemeleri

Ortaya çıkışlarının üzerinden 10 yıl kadar bir süre geçtiğinde akıl sağlığı mahkemelerin yaygınlıkları artmış ve bu mahkemeler toplum nezdinde iyiden iyiye kabul görmeye başlamıştır. Bu kabul, onların programlarına kabul ettikleri suç tiplerini genişletmeye teşvik etmiştir. Bununla birlikte 2005 yılından sonra kurulan ve *ikinci nesil* olarak nitelendirilen akıl sağlığı mahkemeleri ise ilk örneklerine kıyasla daha yüksek riskli nüfuslara odaklanmışlardır<sup>381</sup>. Gerçekten yedi tane akıl sağlığı mahkemesini inceleyen karşılaştırmalı bir çalışmada<sup>382</sup>, birinci ve ikinci nesil mahkemelerin; ceza adaleti uygunluğu, katılımın resmiyet kazanmasına kadar geçen süre, katılım koşullarına uyulmaması halinde başvuru cezanın ağırlığı gibi bazı hususlara ciddi farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

İkinci nesil mahkemelerin hafif suçlar ile suçlanan sanıkların yanında ağır suçlarla suçlanan sanıkları da programa kabul ettikleri görülmüştür. Bununla birlikte bu mahkemelere kesin olarak katılım, itham anlaşması sonrasında gerçekleştirilmekte olup bu durum katılım sürecinin daha uzun sürmesine neden olmaktadır.

Yakın tarihli akıl sağlığı mahkemeleri, katılımcıları gözlemlemek ve denetlemek için toplum tedavi sağlayıcılarının aksine ceza adaleti çalışanlarına daha çok güvenmektedirler. Bu mahkemeler, mahkeme emirlerine uyulmamasına hapisaneyi daha düzenli bir şekilde kullanmaktadırlar.

## 7. Akıl Sağlığı Mahkemesinin Ceza Adalet Sistemi Üzerindeki Etkileri

Akıl sağlığı mahkemeleri yukarıda belirttiğimiz hedefleri sağlamak üzerine kurulmuştur. Yapılan çalışmalar akıl sağlığı mahkemelerin bu hedeflere ne kadar ulaşabildiği ortaya koymaya çalışarak hem bu sistemin uygulanabilirliğini hem de geliştirilebilir yönlerini tartışmaya açmıştır<sup>383</sup>. Bu bakımından ilk kez ortaya çıktığı ABD ceza adalet sistemi üzerindeki etkilerine kısaca göz atmayı uygun bulduk.

<sup>381</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.13, 14.

<sup>382</sup> Allison D. Redlich, ve diğ., “The Second Generation of Mental Health Courts”, **Psychology, Public Policy, and Law**, s.527–538, 2005 (Erişim: <https://www.albany.edu/scj/documents/2ndgenerationpaper.pdf>).

<sup>383</sup> Alternatif yargılama modellerinin, mahkemeleri çekişmeli sistemden uzaklaştırdığı ve hakimleri geleneksel rollerinden kopardığına ilişkin eleştiriler için bkz. Morris Hoffman, “The Drug Court

Bir çalışmada, akıl sağlığı mahkemesine katılım sağlayan suçlular ile akıl sağlığı mahkemesi programına girmeyen akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kişiler kıyaslandığında, akıl sağlığı mahkemesi katılımcılarının yeniden suç işleme, yeni bir suçlama ile karşı karşıya kalma ve tutuklanma oranlarının daha az olduğunu ortaya konulmuştur<sup>384</sup>. Aynı zamanda bu katılımcılar, geleneksel mahkeme sistemindeki benzer durumdaki kişilere nispeten infaz kurumlarında daha az süre geçirmişlerdir<sup>385</sup>. Bu bağlamda, akıl sağlığı mahkemesine katılımın yeni hapisanelere olan ihtiyacı azalttığını ifade edilmektedir<sup>386</sup>.

Diğer bir çalışmada ise akıl sağlığı mahkemesi katılımcıları, geleneksel mahkeme süreci ile tedavi gören bireylere kıyasla bağımsız işlevlerini daha çok geliştirmiş ve madde kullanımlarını daha fazla azaltmışlardır<sup>387</sup>. Gerçekten, akıl hastalarının bu mahkemelerine katılımı, geleneksel ceza mahkemesine katılımı karşılaştırıldığında tedavi hizmetlerinin kullanım sıklığını artırmıştır. Örneğin Broward County Akıl Sağlığı Mahkemesine ilişkin yapılan bir incelemede, tedaviye katılan katılımcıların yüzdesinin %36'dan Mahkeme'nin ortaya çıkışını takip eden sekiz ay içerisinde yüzde 53'e yükseldiğini tespit edilmiştir<sup>388</sup>. Bu olumlu sonuca farklı

---

Scandal”, **North Carolina Law Review**, Vol.78, No.5, 2000 (Erişim: <https://scholarship.law.unc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3872&context=nclr>). Öte yandan yeterli kaynak (funding) eksikliği nedeniyle akıl sağlığı mahkemelerinin, kamu güvenliği krizi için zayıf bir çözüm olduğu yönündeki eleştiriler için bkz. Heather Barr, “Mental Health Courts, An Advocate’s Perspective”, **Urban Just**, 2001 (Erişim: [https://mhp.urbanjustice.org/sites/default/files/Mental\\_Health\\_Courts-An\\_Advocates\\_Perspective\\_2001.pdf](https://mhp.urbanjustice.org/sites/default/files/Mental_Health_Courts-An_Advocates_Perspective_2001.pdf)).

<sup>384</sup> Dale E. McNiel, Renee L. Binder, “Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence”, **American Journal of Psychiatry**, Vol.164, 2007, s.1399 vd (1395–1403); Marlee E. Moore, Virginia Aldigé Hiday, “Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-arrest and Re-arrest Severity between Mental Health Court and Traditional Court Participants”, **Law and Human Behavior**, Vol.164, 2006, s.664 vd (659–674). 2012’de New York’ta yapılan ve akıl sağlığı mahkemesi katılımcılarının çok daha düşük tekrerrör oranlarına sahip olduğunu gösteren çalışma için bkz. Shelli B. Rossman ve diğ., **Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York**, National Institution of Justice, Washington, DC, 2012, s.136 vd. Yine benzer sonuçları veren Washington’da bulunan Kings County’ya ve Seattle’de bulunan ikinci bir Akıl Sağlığı Mahkemesi’ne ilişkin yapılan bir çalışma için bkz. Eric Trupin, Henry Richards, “Seattle’s Mental Health Courts: Early Indicators of Effectiveness”, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol.26, 2003, s.33-53 (Erişim: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.509.11&rep=rep1&type=pdf>).

<sup>385</sup> Roger A. Boothroyd, ve diğ., “The Broward Mental Health Court”, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol.26, 2003, s.55-71 (Erişim: <https://pdfs.semanticscholar.org/e671/909e1ae42c911c9e096f53edab00be9786.pdf>)

<sup>386</sup> H. A. Herinckx ve diğ., “Rearrest and Linkage to Mental Health Services among Clients of the Clark County Mental Health Court Program”, **Psychiatric Services**, Vol.56, 2005, s.853–857.

<sup>387</sup> Merith Cosden ve diğ., “Evaluation of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment”, **Behavioral Sciences and the Law**, Vol.21, 2003, s.415–427. California’da bulunan Butte County’de yapılan ve benzer sonuçlar veren randomize bir çalışma için bkz. O’Keefe, **a.g.e.**, s.4.

<sup>388</sup> Boothroyd ve diğ., “The Broward Mental Health Court”, s.55 vd.

bir bakış açısıyla bakıldığında akıl sağlığı mahkemelerine katılımın, akıl hastalarının tedavisi için gerekli bölüm ihtiyacında artışa neden olduğunu görülmektedir<sup>389</sup>. Gerçekten akıl sağlığı mahkemeleri tek başına genişletilmiş hizmet kapasitesine yol açmamıştır. Aksine, bu mahkemelerin personeli mevcut yerel kaynak ve tedavi sağlayıcıları çerçevesinde çalışmaktadır. Bu durum, ceza adalet sistemi dışındaki akıl hastalıkları olan kişiler için tedavi seçeneklerinin kullanılabilirliğini azalması anlamına gelebilmektedir. Ceza adalet sistemi dışındaki akıl hastaları için bu yönde bir dezavantajın ortaya çıkmaması adına, akıl sağlığı mahkemesi yöneticileri, diğer ceza adaleti uzmanları ve akıl sağlığı ve madde kullanımı tedavi sağlayıcıları, akıl hastalıkları olan herkes için hizmetlerin kullanılabilirliğini sağlamalı ve tedavi sistemindeki boşlukları doldurmak için işbirliği içinde çalışması önerilmektedir<sup>390</sup>.

Akıl sağlığı mahkemesi katılımcıları, hakim ile daha düzgün ve faydalı bir ilişki kurabildiklerini ve geleneksel mahkemeye kıyasla kendilerine daha adil ve saygılı davranıldığını ifade etmişlerdir<sup>391</sup>.

Yapılan çalışmalarda akıl sağlığı mahkemelerinin kamu maliyesine olan etkisini de araştırılmıştır. Pennsylvania'daki Allegheny Akıl Sağlığı Mahkemesi'nin mali tablosu ele alan bir çalışmada programın en azından kısa vadede, ciddi akıl hastalığı olan bireyler için geleneksel mahkeme sürecine kıyasla önemli miktarda ek maliyet getirmediği saptanmıştır. Çalışmada, ayrıca akıl sağlığı mahkemelerinin uzun vadede devlete mali açıdan tasarruf sağlayabileceğini de iddia edilmiştir<sup>392</sup>.

## **B. Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi**

Akıl sağlığı mahkemelerinin kendi içinde özgün bir yapıya sahip olmaları, bu mahkeme modelini anlattıktan sonra belli bir akıl sağlığı mahkemesini ele alıp detaylı bir şekilde inceleme zarureti doğurmuştur. Gerek katılım şartlarındaki farklılıklar gerekse katılımın işleyişine ilişkin farklılar akıl sağlığı mahkemelerinin bir bütün

<sup>389</sup> Herinckx ve diğ., "Rearrest and Linkage to Mental Health Services among Clients of the Clark County Mental Health Court Program", s.853–857.

<sup>390</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.15, 16.

<sup>391</sup> Boothroyd ve diğ., "The Broward Mental Health Court", s.55 vd.

<sup>392</sup> Detaylı bilgi için bkz. M. Susan Ridgely ve diğ., **An Evaluation of the Fiscal Impact of Allegheny County Mental Health Court**, RAND Corporation, Santa Monica, 2007, s.1-45 (Erişim: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2007/RAND\\_TR439.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2007/RAND_TR439.pdf))



olarak detaylı incelenmesini imkan dışı bırakmaktadır. Her ne kadar bir akıl sağlığı mahkemesini görmek, yalnız bir tane akıl sağlığı mahkemesini görmüş olmak anlamını taşısa da bu modelin anlaşılması ve Türkiye’de uygulanabilirliğinin tespiti bu yönde bir tercihte bulunmamıza neden olmuştur.

Bu amaçla özel olarak ele aldığımız Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi’ni (BASM) seçmemizin birden fazla nedeni bulunmaktadır. İlk olarak BASM, ülke geneli için olmasa dahi New York eyaletinde kurulan ilk akıl sağlığı mahkemesi olması, bize, kendinden önce kurulmuş bazı örneklerden elde edilmiş tecrübelerin izlerine rastlamanın yanında, bir bölgede ilk defa bir akıl sağlığı mahkemesi kurulduğunda ne gibi hususlara dikkat ediliyor, görme şansı sağlamıştır. İkinci olarak BASM yerel ihtiyaçları karşılamanın yanında, diğer yargı bölgelerinde kurulması olası akıl sağlığı mahkemeleri için bir model olma amacı taşımaktadır<sup>393</sup>. BASM’nin tekrarlanabilir ve uygulanabilir bir model olarak planlaması, onu iyi bir örnek haline getirmiştir<sup>394</sup>. Diğer yandan BASM’nin New York’ta yer alması, karşılaşılan olumlu ya da olumsuz sonuçları daha rahat görebilmemize yardımcı olmuştur.

BASM, Mart 2002’de New York Brooklyn’deki Kings County Yüksek Mahkemesi’nde faaliyete başlamıştır. BASM’nin nihai hedefi, *bireyin tedavi gereksinimlerini ve toplumun kamu güvenliği sorunlarını ele alarak, tekrürü azaltmak ve akıl hastalığının “döner kapısını” (revolving door) ceza adalet sistemi içinde ve dışında durdurmak*<sup>395</sup>.

Aşağıda BASM’ye sevk süreci, uygunluk kriterleri, katılım ve tıbbi tedavi, katılım aşamaları, ödüller ve klinik yanıtlar ile programdan mezun olma ya da sonlandırma üzerinde durulacaktır. Ancak bu kısımların daha iyi anlaşılması için ilk olarak BASM ekibi ve bu ekibin görevlerinden bahsetmek gerekmektedir.

<sup>393</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.5.

<sup>394</sup> Gerçekten BASM’nin kuruluşunun üzerinden henüz on yıl geçmeden New York Eyaleti’nde dört akıl sağlığı mahkemesi (Bronx Akıl Sağlığı Mahkemesi, Buffalo Şehri Akıl Sağlığı Mahkemesi, Monroe Akıl Sağlığı Mahkemesi ve Niagara Şelalesi Akıl Sağlığı Mahkemesi) daha kurulmuştur. Bkz. Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.57.

<sup>395</sup> **a.g.e.**

## 1. Mahkeme Ekibi ve Görevleri

BASM ekibi bir proje yöneticisi, bir hakim, bir asistan bölge savcısı, bir klinik yönetici, psikiyatrik danışmanlar, sosyal hizmet görevlileri, adli koordinatörler, bir kaynak koordinatörü ve savunma avukatlarından oluşmaktadır. Ayrıca hakimin hukuk sekreteri, mahkeme görevlileri ve BASM kalemi gibi çeşitli kişiler de mahkemenin günlük faaliyetlerinde görev almaktadırlar.

BASM hakimi (Matthew J. D’Emic) daha önce başka bir problem-çözücü mahkeme olan Brooklyn Aile İçi Şiddet Mahkemesi’nde görev yapmış bir hakimdir<sup>396</sup>. Hakimin başlıca görevleri, duruşmalara başkanlık etmek, katılımcıların zorunlu tıbbi tedaviye uyumlarını izlemek ve itham anlaşmasına uygun olarak gerek başarılı gerekse başarısız katılımcılar hakkında hüküm vermektedir. Ayrıca, katılımcıların aldığı tedavi hizmetini görmek ve hem onlarla hem de sağlayıcılarla ilişki kurmak için ilgili kurumlara düzenli olarak ziyaret gerçekleştirmektedir<sup>397</sup>.

BASM savcısı da Hakim D’Emic gibi alternatif modelleri destekleyen bir kişidir<sup>398</sup>. Savcı, her bir başvuruyu incelemekte ve bunların yasal açıdan uygunluğunu değerlendirmektedir. Bütün oturumlarda yer alan savcı, bu davaları savunma avukatları ve klinik yöneticisiyle düzenli olarak görüşmektedir<sup>399</sup>. Ayrıca itham anlaşmanın şartlarını belirlemek de savcının görevleri arasındadır. BASM’nin ceza adaleti uygunluğunu anlatırken ifade edeceğimiz üzere bazı suç tipleri bakımından

<sup>396</sup> [https://www.pli.edu/content/Hon\\_Matthew\\_J\\_DEmic/\\_/N-1z12flkZ4o?ID=PE1103825](https://www.pli.edu/content/Hon_Matthew_J_DEmic/_/N-1z12flkZ4o?ID=PE1103825), E.T. 23.04.2018; Aile içi şiddet ve akıl sağlığı alanındaki çalışmaları ile birçok ödül alan Matthew D’Emic ile yapılan röportaj için bkz. Justices D’Emic, “Chun Appointed to Administrative Posts in Brooklyn”, **Brooklyn Daily Eagle**, 13.03.2014 (Erişim:<http://www.brooklyneagle.com/articles/2014/3/13/justices-d%E2%80%99emic-chun-appointed-administrative-posts-brooklyn>, E.T.: 09.10.2018).

<sup>397</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.58.

<sup>398</sup> BASM savcısının dahil olduğu Bölge Savcılığı Ofisi, 1990 yılında uyuşturucu suçlarının topluma daha iyi bir konumda dönmelerini sağlamak amacıyla “Drug Treatment Alternative-to-Prison” programını, 1998 yılında akıl hastalığı ve madde kötüye kullanımı bozuklukları birlikte bulunan failleri hapsedmeye bir alternatif olarak “Treatment Alternatives for Dually Diagnosed Defendants” programını ve 1999 yılında ise Harvard Üniversitesi tarafından yapılan bir çalışmaya göre tekerrürü yarıdan fazla azaltmayı başarmış, suçluların topluma yeniden dönmesi aşamasında denetimli serbestlik ve şartlı tahliyeyi destekleyen ComALERT (Community And Law Enforcement Resources Together) kamu güvenliği programını başlatmıştır. Bkz. <https://web.archive.org/web/20130125040621/http://www.brooklynda.org/hynes/cjh.html>, E.T.: 22.08.2018.

<sup>399</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.14.

savcıya katılımı veto etme yetkisi tanınmış ve suç mağduru ile görüşerek failin BASM'ye katılımına ilişkin görüşlerini almıştır<sup>400</sup>.

BASM, diğer birçok akıl sağlığı mahkemesinden farklı olarak kendi bünyesinde bir klinik ekibe sahiptir<sup>401</sup>. Bu ekibin başında yer alan klinik yönetici, Mahkeme ekibinin iletişimde önemli bir rol üstlenmektedir. Görevleri arasında klinik ekibi doğrudan denetleme, sevk edilen sanıkların psikososyal değerlendirmeleri yapmak, asistan bölge savcısı, savunma avukatları ve hâkim ile düzenli olarak iletişim kurmak ve Mahkeme ile diğer paydaşlar arasında bir bağlantı kurmak yer almaktadır. Klinik yönetici en başta klinik uygunluğun nihai onayı ve tedavi planı olmak üzere bir takım önemli kararlar üzerinde otorite sahibidir. Klinik yönetici, acil ihtiyaçlara cevap vermek için katılımcıların tedavi planlarını gözden geçirmektedir. Buna ek olarak, her duruşmadan önce hakime katılımcının güncel tedavi durumu aktarmaktadır. Klinik yönetici hangi katılımcının bir sonraki aşamaya geçmeye hazır olduğunu belirlemek de dahil olmak üzere davaları gözden geçirmek için klinik ekiple düzenli toplantılar gerçekleştirmektedir. Böylelikle klinik ekibinin tamamı davalar hakkında eşit ve güncel bilgiye erişebilmektedir<sup>402</sup>. BASM klinik yöneticinin unvanı, ilerleyen dönemde proje yöneticisinin de görevleri üstlendiğinden proje ve klinik yönetici olarak değişmiştir<sup>403</sup>.

Katılım ve sonraki tüm aşamalarda geniş sorumluluklara sahip adli koordinatörlerin görevleri arasında ise topluluk içinde yerleşimi düzenlemek, tedaviye uyumu izlemek, rastgele uyuşturucu testi yapmak, diğer paydaşlar ile mahkeme arasında irtibat kurmak ve toplum temelli vaka yönetimi hizmetlerinin mevcut olmaması veya yetersiz olması durumunda katılımcılara yönelik hizmetlerin koordine edilmesi yer almaktadır. Her bir adli koordinatör yaklaşık 20 ile 30 katılımcı ile ilgilenmektedir. Adli koordinatörler, mahkemenin tedavi sağlayıcılarından haftalık güncellemeler almakta ve ilerlemeyi değerlendirmek ve tedaviyle ilgili varsa bir sorunu araştırmak için her duruşmadan önce Mahkeme katılımcılarıyla görüşmektedirler. Adli koordinatörler ayrıca, programlarını gözlemlemek için tedavi

<sup>400</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.58, 59.

<sup>401</sup> D'Emic, "The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison", s.25-27.

<sup>402</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.60.

<sup>403</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.13; <https://www.courtinnovation.org/about/staff?nid=20087>, E.T.: 21.04.2018.

sağlayıcılarına (özellikle de yeni sağlayıcılara) düzenli ziyaretler gerçekleştirmektedirler<sup>404</sup>.

Sosyal hizmet görevlisinin sorumluluğu, esasen sanıkların psikososyal değerlendirmelerini yapmaktır. Ancak BASM sosyal hizmet görevlisi bir kadın olarak hemcinsi katılımcılar için adli koordinatör rolünü de üstlenmiştir. Kaynak koordinatörünün rolü ise sanıkların gelişimini izlemek, mahkemede katılımcılar son durumlarını tüm taraflara dağıtmak, veri tabanına uyum bilgileri girmek ve klinik yöneticinin mevcut olmadığı zamanlarda duruşmalara katılmaktır<sup>405</sup>.

Psikiyatrist ise BASM sevk edilen kişilerin psikiyatrik değerlendirmelerini yürütmekte ve her bir aday için bir anlatı raporunu hazırlamaktadır. Psikiyatrik değerlendirmeler ekibin psikiyatrik danışmanlarından biri tarafından yapılmaktadır. Bu değerlendirmeler genellikle adliyede bulunan klinik ekibin ofisinde gerçekleştirilmekte ve yaklaşık 60 dakika sürmektedir. Tanılar psikiyatrik görüşmelere ve varsa sanıkların tıbbi ve psikiyatrik kayıtlarına dayanmaktadır. Psikiyatrist, mümkünse sanıkların aile üyelerinden de bilgi toplamaktadır<sup>406</sup>. Psikiyatrist ayrıca, planlama ve deneme aşamaları sırasında hakimle haftalık eğitim toplantıları gerçekleştirmiştir<sup>407</sup>.

BASM katılımcılarının çoğunluğu, Kings County'da ihtiyacı bulunan kişilere ücretsiz danışmanlık hizmeti veren iki organizasyon<sup>408</sup> tarafından temsil edilmiştir. BASM'nin ilk yılında her bir kurum, başvurulara ve katılımcılara danışmanlık yapmak için akıl hastalığı ve madde kötüye kullanımı olan sanıklarda uzmanlaşmış bir avukat tayin etmiştir. Daha sonra ise bu kurumların her ikisi de davaları taramak ve bir başvurunun BASM'ye kabul edilmesini kolaylaştırmak için bir görevli bulundurmıştır<sup>409</sup>. Avukatlar, müvekkillerinin itham anlaşması ile birlikte kabul edecekleri zorunlu tıbbi tedavinin gereksinimlerini ve bu gereksinimlere uymamanın

---

<sup>404</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.60.

<sup>405</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.13, 14.

<sup>406</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.59.

<sup>407</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.14.

<sup>408</sup> Legal Aid Society ve Brooklyn Defender Services

<sup>409</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.14.

sonuçlarını gerçekten anladıklarından emin olmak için onlarla birlikte tedavi planını gözden geçirmişlerdir<sup>410</sup>.

Son olarak doğrudan mahkeme ekibi içerisinde yer almasa, BASM'nin işleyişinde en az onlar kadar önemli bir paya sahip olan tedavi sağlayıcılarından bahsetmek gerekmektedir. BASM'de tedavi, 100'den fazla toplum temelli organizasyon ile sağlanmaktadır. Bu kuruluşlar, BASM'nin klinik personeli ile devamlı iletişim halinde kalırken, akıl sağlığı hizmetleri sağlamak için doğrudan katılımcılarla çalışmaktadırlar<sup>411</sup>.

## 2. BASM'ye Sevk

Brooklyn'de akıl hastalığı olan sanıklara yönelik kapsamlı bir tarama süreci olmadığından, katılmaya uygun kişilerin belirlenmesi ciddi bir zorluk oluşturmuştur<sup>412</sup>. BASM, savunma avukatlarından ve diğer problem-çözücü mahkemelerden ya da failin akıl sağlığının belirlenmesi ilişkin yapılan yeterli işlemleri sonucu kendisine yönlendirilen başvuruları almaktadır<sup>413</sup>.

Uygunluk kriterlerini sağlayan aday, mahkeme kalem tarafından BASM'nin iş listesine dahil edilmektedir. Ancak programa katılmaya uygun olabileceği düşünülen sanık, başka bir mahkemede yargılanıyorsa savunma avukatı veya hakim, sanığın gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla davanın BASM'ye devredilmesine çalışmaktadır<sup>414</sup>. BASM'ye yapılan başvurular çoğunlukla iddianamenin düzenlenmesi sonrası gerçekleşmekte ve soruşturmanın başlamasından sevk edilmeye kadar geçen süre birkaç ayı bulabilmektedir<sup>415</sup>.

<sup>410</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.59.

<sup>411</sup> **a.g.e.**, s.60.

<sup>412</sup> BASM için başlangıçta her yıl için 100 yeni katılımcının kabul edilmesi planlanmıştı ancak ilk 28 ayın sonucunda Mahkeme'nin toplam katılımcı sayısı ancak 106'yı bulmuştur. İlerleyen süreçte bu sayı artmış ve Haziran 2004 ile Haziran 2006 arasında mahkemeye yıllık 158 yeni katılımcı kaydedilmiştir. Haziran 2006'ya geldiğinden ise toplam başvuru sayısı 576'ya ulaşırken bu başvurulardan 262'si mahkemeye kaydedilmiştir. Böylelikle bu son iki yıllık dönemde, mahkemeye yıllık 78 yeni katılımcı kaydedilmiştir. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.17.

<sup>413</sup> BASM'ye gelen başvuruların yarısının savunma avukatları tarafından yapıldığı görülmektedir. Yeterlik işlemleri sonucu mahkemeye yapılan sevkler ise toplam sevk kaynaklarının yüzde 35'ini oluşturmaktadır. Geri kalan yüzdeyi geleneksel ceza mahkemesi savcı ve hakimleri ile diğer problem-çözücü mahkemeler oluşturmaktadır. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.17.

<sup>414</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.iv.

<sup>415</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.67.

BASM'ye savunma avukatlığı hizmeti veren her iki kurumun görevli kişileri, savunma avukatları tarafından yapılan başvuruları gözden geçirmişlerdir. Davanın, BASM'ye katılmak için uygun olduğuna karar verdiklerinde savcı ile iletişime geçmekte ve onunla davanın içeriğini tartışmaktadırlar. Davanın programa uygun olup olmadığına karar vermesi aşamasında savcı, gerek görürse davanın esas mahkemesinin savcısı ve savunma avukatıyla da görüşebilmektedir. Öte yandan savcının devreye girdiği bu süreç, yaklaşık birkaç hafta sürmektedir<sup>416</sup>.

### 3. Uygunluğun Belirlenmesi

Akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş bir kişinin, BASM'ye katılabilmesi için hem ceza adaleti hem de klinik uygunluk (akıl sağlığına ilişkin) kriterlerini sağlaması gerekmektedir.

#### a. Ceza Adaleti Uygunluğunun Belirlenmesi

BASM kurulduğu sırada ABD genelinde var olan akıl sağlığı mahkemelerinin çoğunluğu kamu güvenliği ile ilgili endişeler nedeniyle yalnız kabahat suçlularını kabul etmeyi tercih etmiştir. Zira akıl hastalarının tehlikeli kişiler olduklarına ilişkin önyargı, bir akıl hastasının cürüm işlemesinden sonra geleneksel yargılama usulünden çıkartılmasını zorlaştırmıştır<sup>417</sup>. Ancak BASM, iki nedenden dolayı cürüm suçlularını da kabul etmiştir. Bu nedenlerden ilki, Mahkeme paydaşlarının cürüm suçlarıyla ilişkili çeşitli problem-çözücü mahkemelerdeki çalışma deneyimleridir. Ayrıca Brooklyn'de 1996 yılından beri problem-çözücü mahkeme olarak Tedavi Mahkemesi ve Aile İçi Şiddet Mahkemesi faaliyete göstermektedir. Dolayısıyla bu kişilerin kabul edilmeleri halinde karşılaşılabilecek sorunların kontrol edilebileceği öngörülmüştür. Diğer neden ise kabahat suçlularının kısa süreli hapis cezası ile cezalandırılmalıdır. Çünkü akıl sağlığı mahkemelerinde, katılımın resmiyet kazanması öncesi bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulması ve barınmanın sağlanması gibi kısa süreden daha fazlasını gerektiren aşamalar vardır. Öyle ki bu aşamalar, bazı kabahat suçlularının alacakları cezanın süresinden daha uzun sürebilmektedir<sup>418</sup>.

<sup>416</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.15, 16.

<sup>417</sup> Carol Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", **Psychology, Public Policy and Law**, Vol.11, No.4, s.587, 588 (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/buildingtrust.pdf>, E.T.: 22.03.2018)

<sup>418</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.8, 9.

BASM’de ceza adaleti uygunluğu savcı ile birlikte hakim tarafından yapılmaktadır. Şiddet içerikli cürüm failleri kamu güvenliği endişeleri nedeniyle (ilk başta) tercih edilmemiştir<sup>419</sup>. Bu bağlamda hırsızlık, ceza adaleti uygunluğu ölçütlerini karşılayan bir suç tipi iken cinayet ya da cinsel saldırı suçu faillerinin BASM’ye katılımına izin verilmemiştir<sup>420</sup>. Ancak sevklerin yaklaşık yüzde 40’ını şiddet içeren cürüm failleri meydana getirmiştir. Bu sebeple BASM’nin deneyimi artıkça kabul edilen suç tipleri, şiddet içermeyen suç tiplerinden, duruma göre şiddet içeren ağır suç tiplerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir<sup>421</sup>.

BASM’de akıl hastası hakkındaki itham ciddi olduğunda, katılım dava bazında incelenmektedir. Diğer bir deyişle özellikle şiddet içerikli suç veya suçları işlemiş adayın katılımına karar verilirken kullanılan kesin ölçütler bulunmamaktadır. Bu tür kişilerin BASM’ye sevki, ilk olarak savunma avukatları ile savcının katılım için bir araya gelip müzakere bulunmalarını gerektirmektedir. Bu öznellik unsuru, akıl sağlığı mahkemesini, diğer problem-çözücü mahkemelerinden ayırmakta ve paydaşlar ile ekip üyelerinin ciddi özen ve özverilerini gerektirmektedir<sup>422</sup>. Ayrıca diğer suç faillerinden farklı olarak, şiddet içeren cürüm failleri BASM’ye kabul edileceğinde, itirazları olup olmadığını öğrenmek için suç mağdurunun onayının alınmasına ilişkin bir usul geliştirilmiştir<sup>423</sup>. Yine, savcıya şiddet içeren veya içermeyen cürüm faillerinin, programa katılımına karar verileceği son aşamada veto yetkisine tanınmıştır. Aşağıda detaylarını ifade edeceğimiz akıl sağlığı kriterlerini sağlasa dahi savcının katılmasına rıza göstermediği kişinin dosyası, esas yargılamasına iade edilmiştir. Bu yetki, *savcının hangi davaların BASM’den içeri gireceğine karar veren bir kapı bekçisi görevi gördüğü* şeklinde betimlenmiştir<sup>424</sup>. Ancak zaman içerisinde

<sup>419</sup> D’Emic, “The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison”, s.25.

<sup>420</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.63.

<sup>421</sup> Savcı bu genişleme ile ilgili olarak “Daha fazla tecrübe edindiğimiz ve gerçek başarıyı yakaladığımız için, farklı suçlamaları göz önüne almaya hazırдық.” demiştir. Genel olarak, Haziran 2004’e kadar kayıtlı toplam 106 katılımcının %39’unu şiddet içeren cürümleri işlemiş kişiler oluşturmuştur. Bu oran Temmuz 2003 - Haziran 2004 arası %46’ya yükselmiştir. 2006 yılı Haziran ayı itibarıyla, 262 katılımcının %43’ü, tüm sevklerin (562) ise %42’si şiddet içeren suçlardan dolayı itham edilmiştir. Bkz. O’Keefe, **a.g.e.**, s.26.

<sup>422</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.27.

<sup>423</sup> Mahkeme’ye sevk edilen ilk şiddet içerikli dosya, iki yağma suçundan (forcible street robberies) dolayı tutuklanan şizofreni hastası genç bir adama ilişkindir. Mağdurun da onayı sonrası Mahkeme’ye kabul edilen kişi, iki yıllık zorunlu tıbbi tedavi sürecini başarıyla tamamlayarak mezun olmuş ve üniversite eğitimine kaldığı yerden devam edebilmiştir. Dikkat çekici olan mağdurların neredeyse her bir davada bu onayı vermiş olmalıdır. Bkz. D’Emic, “The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison”, s.25-26.

<sup>424</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.15.

şiddet içermeyen cürümler için savcının onay vermesi bir zorunluluk olmaktan çıkmıştır<sup>425</sup>. Hemen ifade edelim ki tüm koşulları sağlamakla birlikte katılmayı reddeden sanığın dosyası yine esas mahkemesine iade edilmektedir. Zira akıl sağlığı mahkemelerine katılım en nihayetinde gönüllüdür<sup>426</sup>.

Programa katılan kabahat faili akıl hastaları, 12 ay süren bir tedavi sürecine katılmaktadırlar. Uygulamada bu süreç, bazı teknik yetersizlikler nedeniyle daha kısa sürmektedir. Bu kişiler, programa katılmadan önce, tedavi sürecinin getirdiği koşullara uyum sağlamadıkları takdirde en az bir yıl süreyle hapisaneye (jail) gönderilmelerini de kabul ederler. Bunun dışında genel prosedür, cürüm faili akıl hastaları ile aynıdır<sup>427</sup>.

### **b. Klinik Uygunluğun Belirlenmesi**

BASM’de akıl sağlığı kriterleri bakımından, diğer akıl sağlığı mahkemelerinde de olduğu gibi sanığın, tedavisi bilinen ciddi ve kalıcı bir akıl hastalığına (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, iki uçlu bozukluk ve çökkünlük) sahip olması aranmaktadır. Kişilik bozuklukları, bilişsel bozukluklar, gelişimsel yetersizlikler, beyin hasarı ve bunama gibi farklı akıl hastalıkları bulunan kişiler, haklarında uygun bir akıl hastalığı tanısı konmadıkça BASM programına kabul edilmemiştir. Adayın klinik olarak uygun görülebilmesi için, her halükarda, hastalığının bir denge sağlamış olması ve kişinin duruşmada bulunabilecek bir yetkinlikte olması gerekmektedir. Mahkeme klinik yöneticisi bu konuda nihai karar vericidir<sup>428</sup>.

Akıl sağlığı mahkemeleri bazı psikiyatrik değerlendirmeleri düzenleyen bir mevzuata sahip değildir. Bu sebeple, BASM, kendisine uygunluk kararı verilmesine dayanak oluşturacak bu yönde bir mevzuat oluşturmuştur<sup>429</sup>.

BASM’de klinik uygunluğun belirlenmesine, katılımcı için ceza adaleti uygunluğu sağlanması ve tüm tarafların katılıma hazır olduğunu ifade etmesi ile birlikte adayın ilk duruşmaya çıkışı sonrası başlanmaktadır<sup>430</sup>. Klinik değerlendirme,

<sup>425</sup> **a.g.e.**

<sup>426</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.61, 62.

<sup>427</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.16, 17.

<sup>428</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.63.

<sup>429</sup> O’Keefe, **a.g.e.**, s.20.

<sup>430</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.67.



ilki sosyal hizmet görevlisi tarafından yapılan psikososyal bir değerlendirme ve ardından psikiyatrist tarafından yapılan bir psikiyatrik değerlendirme olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Bu kişiler, mevcut akıl hastalığının tanımı, madde kötüye kullanım öyküsü, aile öyküsü ve diğer bireysel faktörler de dahil olmak üzere, her adayın ayrıntılı bir açıklamasını sunan bir anlatı raporu (narrative report) yazmaktadır. Adayın programa katılmak için uygun olup olmadığına dair bir görüş de içeren bu raporlar, hakim, savcı ve savunma avukatına dağıtılmaktadır<sup>431</sup>. Klinik yönetici, duruşmadan önce soruları cevaplamak ve değerlendirmeleri tartışmak için bu kişilerle konuşmaktadırlar. Bu raporlar ayrıca, aynı bilgilere sahip olmalarını sağlamak için hizmetlerine başvurulurken tedavi ve barınma hizmeti sağlayıcılarına sunulmaktadır<sup>432</sup>.

Adayın BASM'ye katılması uygun bulunması halinde dava, savcının itham anlaşması teklifini sunması ve klinik ekibinin bireyselleştirilmiş bir tedavi planı hazırlaması için ertelenir<sup>433</sup>. Psikiyatrik değerlendirmeler ve psikososyal değerlendirmeler, şiddet riski çok yüksek ya da çok düşük olan adayın zorunlu tıbbi tedaviye olası katılımı aşamasında, uygunluğunun belirlenmesi için kullanılmaktadır. Ancak daha büyük önemi, bireyselleştirilmiş bir tedavi planı için temel oluşturmasındadır<sup>434</sup>. Savunma avukatları, klinik açıdan uygun görülen kişiler ile programa katılma isteklerini teyit etmek üzere birlikte çalışırken<sup>435</sup> klinik ekip de bu kişiler için bireysel tedavi planı geliştirmeye başlamaktadır. Her bir plan, akıl hastalıkları ve madde bağımlılığı birlikte görülen kişiler için akıl sağlığı tedavisi, vaka yönetimi hizmetleri, barınma hizmetleri ve madde bağımlılığı tedavisi (ayakta veya yatılı<sup>436</sup>) veya entegre tedaviden oluşan bir hizmet kullanım planının ana hatlarını belirlemektedir. Tedavi planlarının standart hedefleri ve amaçları vardır ancak klinik ekip, katılımcılara para kazanabilecekleri bir iş veya eğitim sınıflarına kayıt olmak gibi kişiye özgü ek hedefler veya amaçlar ekleyebilmektedir<sup>437</sup>. Bu plan hazırlanırken

<sup>431</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.594.

<sup>432</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.20.

<sup>433</sup> D'Emic, "The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison", s.26.

<sup>434</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.594

<sup>435</sup> Daha öncede ifade ettiğimiz gibi, teyit ile kast ettiğimiz, adayın itham anlaşmasının koşulları ile birlikte zorunlu tıbbi tedavinin gereksinimleri ve bu gereksinimlere uymamanın sonuçlarını anladığından emin olmaktadır. Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.68.

<sup>436</sup> Akıl hastalığı ile birlikte madde kötüye kullanımı bulunan katılımcıların uygun uyandırıcı tedavi programlarına yerleştirilmeleri dışında yatılı tedaviye pek sık başvurulmaz. Bkz. Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.60.

<sup>437</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.20.

klirik ekip, kişinin psikiyatrik, kriminal, madde kötüye kullanım ve aile geçmişine, mevcut ilaç gereksinimlerine, fonksiyon düzeyine, tanıya, sosyal destek sistemine ve ikamet durumuna odaklanmaktadır<sup>438</sup>.

Klinik ekip, katılımcılar için en etkili ve olabildiğince entegre hizmet bulmaya çalışmaktadır. Ancak bu noktada bireyin klinik ihtiyaçları yanında hakim ve savcının güvenlik endişelerini de karşılayabilecek tedavi planlarının geliştirilmesine uğraşılmaktadır. Ekip, olası yerleştirme için toplum temelli sağlayıcılarla birlikte çalışılmaktadır. Bu aşamada devreye adli koordinatörler girmekte ve adaylarla bir araya gelmektedirler. Koordinatörler hizmet almak için yapılacak başvurularda kullanılmak üzere katılımcılardan gerekli bilgileri almakta ve formları doldurmaktadırlar. Bu formlar, toplum temelli sağlayıcılara gönderilmekte ve sağlayıcılar ile adaylar arasında bir görüşme ayarlanmaktadır. Tutuklu bulunan adaylar için bu görüşmeler genellikle telefon, video konferans ya da adliyede şahsen gerçekleştirilmektedir. Klinik açıdan uygun olan ve mahkeme tarafından kabul edilebilir olan adayların ailelerinin yanlarında kalabilmeleri için çalışmaktadır<sup>439</sup>. Aslında birçok durumda aile yeleri, akıl hastası olan adayın hırsızlık, kötü muamele ya da cinsel taciz gibi çeşitli suç teşkil eden eylemlerinin mağduru olmuşlardır. Bununla birlikte, birçok aile akrabalarının hapsedilmemesi için çaba göstermiştir<sup>440</sup>. Öte yandan katılımcılar mümkün olduğunca aynı programlara yerleştirilmeye çalışılmaktadır ancak katılımcıların uygun tedaviye erişimlerini kolaylaştırmak için

<sup>438</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.60.

<sup>439</sup> Her bir tedavi planı katılımcının içinde bulunduğu şartlara uygun olarak geliştirilir. şiddet içerikli suçlarla suçlanan birkaç katılımcı için, tedavi planları, zorunlu tedavi süresi uzatılarak ve aile desteği göz önünde bulundurarak kamu güvenliği açısından daha da bireyselleştirilmiştir. Bu noktada içinde duyduğu seslere cevap vermek için annesinin evini yakarak yok eden bir katılımcının tedavi planının hazırlanma sürecinden bahsetmenin uygun olacağı kanaatindeyim. Mahkeme, bu kişiyi 24 saat gözleneceği uygun bir tedavi planı ayarlanması koşuluyla programa kabul etmeye hazırды ancak klinik ekibin yoğun çabalarına rağmen destekleyici konut sağlayıcıları, hakkındaki kundaklama suçlaması nedeniyle adayı kabul etmediler. Bunun zerine çalışmalarını sürdüren klinik ekibin tedavi planı, adayın Mahkeme'ye sevk edildiği tarihten 5 ay sonra hakim ve bölge savcılık ofisi tarafından kabul etti. Buna göre, aday haftada 5 gün sürecek tedavi programına katılacak, vaka yöneticisi ile haftada en az bir kere görüşecek ve annesinin yanında kalacaktı. Bu noktada annenin, adayın ilaç tedavisinin gereksinimlerine uyduğunu denetleyeceğine ve tedaviye programlarına katılmasını destekleyeceğine yönelik verdiği taahhüt, Mahkeme'nin tedavi planını kabul etmesinde önemli rol oynamıştır. Mahkeme klinik yönetici, aday hapisshaneden serbest bırakılmadan önce annesinin yeni evini ziyaret etti ve Mahkeme, evin güvenli bir mahallede olduğunu ve Arthur için istikrarlı bir ortam sağlayabileceğini ikna olmuştur. Adayın zorunlu tedavi süre 36 aydı ve ilk üç boyunca her hafta annesinin eşliğinde Hakim D'Emik ile görüştü. Bkz. Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.595.

<sup>440</sup> Denckla/Berman, **a.g.e.**, s.22.

gerektiğinde farklı ilçe ve eyaletlere yerleştirildikleri de görülmüştür<sup>441</sup>. Adli koordinatörler her bir aday için uygun yerleşimi bulana kadar bu süreci devam ettirmektedirler<sup>442</sup>. Sonuç itibarıyla klinik değerlendirme, deneyim ve klinik becerilere dayalı standartlaştırılmış bir prosedürdür ve bu yönüyle ceza adaleti uygunluğu değerlendirmesinden ayrılır.

Klinik değerlendirme ile ilgili son olarak ifade edilmelidir ki BASM'nin planlanması aşamasında her bir başvuruya ilişkin uygunluğun belirlenmesi sürecinin 21 gün içerisinde tamamlanmasına yönelik bir iç hedef oluşturulmuştur. Uygunluğun belirlendiği tarih, psikiyatrik ve psikososyal değerlendirmelerin tüm taraflara dağıtıldığı zaman olarak kabul edilmektedir. Mahkeme, ilk yıllarda bu hedefini tutturmuştur. Uygun bulunan adaylar için bu süre ortalama 18 gün iken uygun bulunmayan adaylar için 24 gündür. Aradaki bu fark, esasen işlenen suç tipi, adayın akıl sağlığı durumu ve geçmişi ve isteksiz oluşu gibi sebeplerden ileri gelmiştir<sup>443</sup>. Ancak ilerleyen yıllarda uygunluk kriterlerinde gösterilen genişlemeler nedeniyle ilk celseden uygunluğun belirlendiği tarihe kadar geçen gün sayısının 28'e (aritmetik ortalama 39 gün) çıktığı ve sürenin ilk iki yıla göre bir hafta uzadığı görülmüştür<sup>444</sup>.

### c. Uygunluk Belirlenmesine İlişkin Diğer Hususlar

BASM'ye ilk dört yılında gerçekleştirilen toplam 576 başvurudan 301'i (%52) katılımcı olmaya uygun bulunmuş olup bu kişilerden 262'si programa kaydedilmiştir. Uygun olduğu halde programa katılmayan 39 kişiden 19'unu programa katılmamayı tercih eden kişiler oluştururken geri kalan kısmı, kaydolma aşamasında cezasının önemli bir kısmını çekmiş ya da savcı tarafından reddedilmiş kişiler oluşturmuştur. Uygun bulunmayan adayların yaklaşık yarısını, akıl sağlığı kriterlerini sağlayamayan

<sup>441</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.73, 74. New York, Brooklyn (Kings County), Bronx, Manhattan (New York County), Queens ve Staten Island (Richmond County) olmak üzere beş ilçeden oluşan bir şehirdir. Bazı toplum temelli tedavi sağlayıcıları bütün ilçeler ölçeğinde çalışsa da çoğu bir ya da iki ilçede çalışmaktadır ve farklı ilçelerdeki sağlayıcılar arasındaki koordinasyon önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bkz. The Council of State Governments Justice Center, **Improving Outcomes for People with Mental Illnesses Involved with New York City's Criminal Court and Correction Systems**, New York, 2012, s.2.

<sup>442</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.21.

<sup>443</sup> **a.g.e.**

<sup>444</sup> Erin J. Farley, **A Process Evaluation of the Manhattan Mental Health Court**, Center For Court Innovation, New York, 2015, s.8 (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/documents/MMHC%20Process%20Evaluation%20Final.pdf>)

kişiler oluşturmaktır. Bu kişilerin muzdarip oldukları akıl hastalıklarının, DSM tanısının bulunmaması (uygun bulunmayanların %40) ya da toplum temelli tedaviye uygun olmaması akıl sağlığı kriterlerini sağlayamamalarına neden olmuştu. Diğer yandan DSM tanısı bulunduğu halde kabul edilmeyenler arasında şizofreni ve madde kötüye kullanımı bozukluğu sahip olanların oranı öne çıkmaktadır. Bu noktada ifade edilmelidir ki uygun bulunmayan adayların önemli bir kısmını tutuklu sanıklar ve başvuru kaynağı yeterli işlemleri olan kişiler oluşturmaktadır. Zira bu kişilerde toplum için tehlikeli olma (uygun bulunmayanların %19) ve programa katılmak için gerekli motivasyonu sağlayamama durumu daha fazla görülmüştür. Savunma avukatları ve bölge avukatları, sevk sürecini başlatmadan önce akıl hastalığının geçmişi de dahil olmak üzere, sanığın ve davanın ayrıntılarını bildikleri için, bu sevk kaynaklardan gelen sanıkların programa kaydolma oranları ise daha yüksek olduğu belirtilmiştir<sup>445</sup>.

#### 4. Katılım Süreci

Bu bölüm, katılım kararı, zorunlu tıbbi tedavi, adli ve klinik izleme, katılım aşamaları, mezuniyet ve sonlandırma ile ödüller ve klinik yanıtlar/yaptırımlar da dahil olmak üzere akıl sağlığı mahkemesindeki katılımcılarla ilgili prosedürleri ele almaktadır.

##### a. Katılım Kararı

Uygunluk kriterlerini sağlayan adayın BASM'ye katılması, hakkındaki suçlamayı kabul etmesine bağlıdır. Adayın onayı sonrası katılıma ilişkin nihai karar ise hakime aittir ancak aday, itham anlaşmasını imzaladığı son ana kadar her zaman geleneksel yargılama usulüne dönmeyi tercih edebilmektedir. İtham anlaşmasının tamamlanabilmesi için anlaşmada yer alan tüm şartların, hakim, savcı ve savunma avukatı tarafından kabul edilmesi gerekmektedir. Bu sebeple savunma avukatı ve

<sup>445</sup> Suçlamaların ağırlığına (cürüm ya da kabahat) veya şiddet içeren ya da içermemesini incelerken uygun ve uygun bulunmayan sanıklar arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Ancak insanlara karşı şiddet içeren suçlardan yargılananların uygun olmaları daha muhtemel iken malvarlığına karşı suç işleyen sanıkların hak kazanma olasılığının daha düşük olarak gerçekleşmiştir. Bunun sebebi olarak, insanlara yönelik şiddet içeren suçlar, mağdurlar ve toplum için özellikle hassas güvenlik konularını gündeme getirdiği için, bu suçları işlemiş kişilerden yalnızca en uygun olanlarının sevk edilmiş olduğu düşünülmektedir. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.22.

aday, uygunluk kriterlerinin sağlanması sonrasında tedavi planı ve itham anlaşmasının tüm koşullarını yeniden gözden geçirmektedirler<sup>446</sup>. İtham anlaşmasının imzalanması ile birlikte katılım resmiyet kazanmaktadır. Bu noktada ifade edelim ki daha önce programa katılmış olmak yeniden katılmaya bir engel teşkil etmemektedir<sup>447</sup>.

### **b. Zorunlu Tıbbi Tedavi**

Mahkemeye katılmak için cürüm faillerinin 12-18 aylık bir zorunlu tıbbi tedaviyi kabul etmesi gerekmektedir. Bu süre daha önce bir cürüm işlediğinden dolayı mahkum olmuş kişiler için 18-24 ay iken kabahat failleri için 12 aydır<sup>448</sup>.

Sevkten itham anlaşması gününe kadar klinik ekip adaya gözlemlemekte ve gerekli ilaçları almasını temin etmektedir<sup>449</sup>. Tedavi hizmeti sunan sağlayıcılar, genellikle adaylara otuz günlük ilaç tedavisi sağlanmasını istemektedirler. BASM ekibi, infaz kurumundan serbest bırakılan adayların, kurumundan yeterli ilaç ve reçete ile serbest bırakılmasını sağlamak için tahliye planlaması prosedürü geliştirmiştir. Buna göre BASM'ye katılması için tahliye edilen tüm kişilerin gerekli ilaçları alabilmesini yerel bir kuruluşla anlaşma yapılmıştır<sup>450</sup>.

Uyuşturucu ve alkol kullanımı ile ilişkili şiddet riskindeki önemli artış göz önüne alındığında, madde bağımlılığı tedavisi kendi başına ya da akıl sağlığı tedavisiyle bütünleşmiş olarak, alkol ya da uyuşturucu kullanımı olan katılımcılara yönelik tedavi planları oluşturulması gerekmektedir<sup>451</sup>. Bu bağlamda BASM katılımcıların dörtte üçü zorunlu tıbbi tedavileri kapsamında madde kötüye kullanımı tedavi hizmeti de almıştır<sup>452</sup>.

<sup>446</sup> Mahkeme'nin ilk yıllarında, sanıklar ve hakim, itham anlaşması sırasında mahkemede bir sözleşme imzalamışlardır. Bu prosedür daha sonra mahkeme kayıtlarının yeterli olacağını belirten hakim talebiyle ortadan kaldırılmıştır. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.27.

<sup>447</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.64.

<sup>448</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.27.

<sup>449</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.65.

<sup>450</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.27.

<sup>451</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.594.

<sup>452</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.64.

### c. İtham Anlaşması için Gerekli Gün

Sevk sürecinden itham anlaşmasına yani katılımın resmiyet kazanmasına kadar geçen gün sayısı, yargılama usulünün verimliliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir<sup>453</sup>. Zira itham anlaşmasının yapılabilmesi için tedavi sürecinin tamamen planlanmış olması gerekmektedir. İlk dört yıl göz önüne alındığında bu süre, 0 ile 343 gün arasında değişmekte olup ortalama 81 gündür. Üç ayı geçmeyen bu süre makul kabul edilmektedir<sup>454</sup>.

Tedavi planının bir parçası olarak katılımcının tedavi süreci boyunca nerede kalacağına da belirlenmesi gerekmektedir. Yine ilk dört yıl dikkate alındığında sevk sürecinden resmi kaydın yapıldığı tarihe kadar geçen süre, tutuklama öncesi konakladığı yerde kalan katılımcılara için 56 gün iken destekleyici konutlara<sup>455</sup> yerleştirilenler için 126 gündür. Bu fark, akıl hastalıkları için kısıtlı barınma kaynaklarının, katılımın resmileştirilmesinde önemli gecikmeler yarattığını açıkça göstermektedir<sup>456</sup>.

### d. İzleme

#### (1) Adli İzleme

Adli izleme, hakimin tedavi sürecini izlemesini sağlamak için katılımcının mahkeme önüne çıkmasıdır<sup>457</sup>. Hemen belirtelim ki akıl hastalarının damgalanmasını azaltmayı hedefleyen BASM'nin kendine özgü bir iş yükü olup BASM'de sadece akıl hastalarına ilişkin davalar görülmektedir<sup>458</sup>. Katılımcılar ile hakimin bire bir ilişkin kurduğu adli izleme, programın önemli bir bileşenidir. Adaylık aşaması boyunca, sanıklar ayda yaklaşık bir kez duruşmaya çıkmaktadır. Bu duruşmalarda hakim tedavi planı ilişkin güncellemeleri almakta ve sanığın akıl sağlığı durumu izlemektedir.

<sup>453</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.28.

<sup>454</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.65.

<sup>455</sup> Destekleyici konut, esasen ekonomik olarak zayıf olan kişiler için tasarlanmış evlere verilen isimdir. Ancak kalıcı barınma imkanı bulmakta zorlanan engelli mahkumların topluma yeniden dönmesinde de bu evlerde yararlanılmaktadır. Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Jocelyn Fontaine, "The Role of Supportive Housing in Successful Reentry Outcomes for Disabled Prisoners", **Cityscape: A Journal of Policy Development and Research**, Vol.15, No.3, 2013 (53-75).

<sup>456</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.28.

<sup>457</sup> Denckla/Berman, **a.g.e.**, s.10.

<sup>458</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.70.

Adaylık aşaması resmi kayıt ile nihayete eren katılımcı, (hakim tarafından aksi belirtilmedikçe) ilk üç ay boyunca iki haftada bir, daha sonra ise ayda bir kez olmak üzere duruşmaya çıkmaktadır. Katılımcının uyumsuzluk göstermesi ya da hakimin daha fazla izleme gerçekleştirmenin uyumu teşvik edeceğini düşünmesi, mahkeme daha sık çıkmasına neden olabilmektedir<sup>459</sup>.

BASM'de haftanın bir günü duruşmalara ayrılmıştır. Duruşmalarda hakim, katılımcılar, savunma avukatları, savcı, klinik yönetici ve kaynak koordinatörü hazır bulunmaktadır<sup>460</sup>. Bazılarında tercüman, aile üyeleri ve mahkeme katibinin de hazır bulunduğu oturumlar yaklaşık 3-4 saat sürmektedir. Katılımcılar duruşmaya genellikle avukatları ile birlikte katılırken her birinin duruşması ortalama bir iki dakika sürmektedir<sup>461</sup>. Hakim, tedavinin ilerleyişi ve aksaklıkları, ailesi, hobileri ve hedefleri hakkında katılımcıya soru sormaktadır. Adli izleme sırasında, katılımcı kürsüye yaklaşabilmekte, bir aile üyesi katılımcı ile birlikte durabilmekte, hakim katılımcı ile dinleyicinin de duyabileceği yüksek bir sesle ya da sessizce konuşabilmektedir. Alışagelmiş duruşmalardan farklı şekilde icra edilen bu duruşmalarda, hakim hangisini tercih ederse etsin, amacı uyumu teşvik etmek ve tedaviye katılımın devamını sağlamaktır<sup>462</sup>.

Doğrudan iletişime önem veren BASM'de gerçekleştirilen duruşmaların yüzde 96'sında hakim ile katılımcı arasında doğrudan bir konuşma gerçekleşmiş ve göz teması kurulmuştur<sup>463</sup>. Savunma avukatlarından ziyade doğrudan katılımcılarla konuşmayı tercih eden hakim, onları tedaviye dahil etmek adına yüz yüze konuşma<sup>464</sup>, göz teması kurma ve sondaj soruları<sup>465</sup> sorma gibi yöntemler kullanmıştır. Gerçekten

<sup>459</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.28

<sup>460</sup> Bonneville Akıl Sağlığı Mahkemesi gibi pek çok akıl sağlığı mahkemesinde esasen savunma avukatları ekip toplantılarına ve duruşmalara katılmamaktadır. Çünkü akıl sağlığı mahkemeleri çekişmeli olmayan (non-adversarial) bir atmosfere sahip olup bu mahkemelerde geleneksel yargılama usulüne kıyasla farklı bir duruşma gerçekleştirilmektedir. Bkz. Blandford ve diğ., **a.g.e.**, s.84

<sup>461</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.71.

<sup>462</sup> Duruşma salonu gözlemleri ile klinik ekip ve katılımcılarla yapılan görüşmeler, adli izlemenin birçok katılımcı için başarının anahtarı olduğunu vurgulamaktadır. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.28.

<sup>463</sup> Duruşmalarda geçen sürenin %90'ını hakim ile katılımcılar arasındaki diyaloglar oluşturmaktadır. Bkz. Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.72.

<sup>464</sup> Yüz yüze konuşma (direct conversation), hal hatır sorma gibi katılımcıyı konuşturmaya yönelik soruları içerir.

<sup>465</sup> Sondaj soruları (probing questions): Belirli bir soruna ilişkin ayrıntıları açıklamaktan ziyade daha derine inmeye çalışan sorulardır. Etkili bir sondaj sorusu, bir kişinin kişisel görüşleri ve duyguları hakkında konuşmasına yardımcı olmakta ve eleştirel düşünmeyi teşvik etmektedir. Hakim, bu sorular ile sanıktan hayatı ve tedavi durumu ilgili ayrıntılı bilgi almaya ve onun için programda hoşuna gitmeyen ya da onu uyumsuzluğa yöneltebilecek bir husus olup olmadığını öğrenmeye çalışmaktadır.

hakim duruşmaların yüzde 64'ünde katılımcılara sondaj soruları sormuş, yüzde 57'inde katılımcılar kürsüye yaklaşmış ve hakim bu sırada onlarla el sıkışmış ya da onların ellerine dokunmuştur. Bir davada hakimin gergin olduğunu gördüğü katılımcıyı, konuşturmak için kürsüye davet etmesi ile başlayan kürsü yaklaşımları, zamanla katılımcılarla iletişim kurmanın önemli bir yolu haline gelmiştir<sup>466</sup>.

## (2) Klinik İzleme

Klinik ekip, ilk görüşmeden mezuniyete veya sonlandırmaya kadar sanıkları izlemektedir. Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi klinik ekip adaylık aşamasında da yoğun bir şekilde çalışmaktadır. Adaylık safhasında her bir sanık ile ayda en az bir defa olmak üzere akıl sağlığı durumunu takip etmek, ilişkilerini güçlendirmek ve yerleştirmeye yardımcı olmak için toplanılmaktadır. Klinik ekip, tutuklu olmayan adaylarla gerektiğinde adliyede şahsi toplantılar düzenlemenin yanı sıra sıklıkla telefon görüşmesinde bulunmakta iken tutuklu olanlarla duruşma sonrası buluşmaktadır<sup>467</sup>.

Sanık BASM'ye katılımcı olarak kabul edildikten sonra ise klinik izleme daha rutin bir hale gelmektedir. Zira katılımcı artık hizmetlere dahil olmuştur ve düzenli olarak hakimin huzuruna çıkmaktadır. Katılımcılar imzaladıkları belgeler ile sağlayıcılar ve mahkeme heyetinin tüm üyelerini - hakim, klinik ekip, savcı ve savunma avukatı - tedavi ile ilgili bilgileri birbirleriyle paylaşmalarını kabul etmektedirler<sup>468</sup>. Bir katılımcının tedavi planına uyumunu geliştirmek ve izlemek birden fazla mahkeme ekibi üyesinin dahiliyle gerçekleştiğinden bu paylaşım, ekip üyeleri arasındaki iletişimin bozulmaması adına önemlidir<sup>469</sup>.

Klinik ekip her bir sağlayıcı ile barındırdıkları katılımcılarla ilgili olarak haftada en az bir kez telefon görüşmesi yapmakta ve ayda bir kez onlardan yazılı rapor almaktadır. Ancak klinik ekip üyelerinin hafta sonları da dahil günün her saatinde sağlayıcılardan ve katılımcılardan telefon alabilmektedir. Zira belli bazı olaylar

---

Örneğin bir katılımcı, hakimin, annesinin hasta olduğunu hatırlamasının kendisini iyi hissettirdiğini ifade ederken bir başka katılımcı ise hakimin, kendisine çeşitli sorular sormasından memnun olmuş ve kendisine saygı duyulduğunu hissettiğini ifade etmiştir. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.36.

<sup>466</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.37.

<sup>467</sup> **a.g.e.**, s.29.

<sup>468</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.596.

<sup>469</sup> Blandford ve diğ., **a.g.e.**, s.91.



meydana geldiğinde sağlayıcıların gecikmeksizin klinik ekibi bilgilendirmesi gerekmektedir. Böylelikle sağlayıcılar ve mahkeme, ortaya çıkan sorunları büyümesi önüne geçerek tedaviye uyumu geliştirmek ve yeni suçlar olasılığını en aza indirmek için koordineli çalışabilmektedir<sup>470</sup>. Adli koordinatörler her bir katılımcı için hazırladıkları ilerleme raporunda sağlayıcılardan gelen geri bildirimleri özetlemektedirler. İletişimin sıklığı ve şekli (telefon görüşmeleri, sağlayıcılarında ofislerinde ziyaret ya da adliyede yapılan toplantılar) ise hem katılımcı hem de sağlayıcının ihtiyaçlarına bağlı olarak katılımcıdan katılımcıya büyük ölçüde değişmektedir<sup>471</sup>.

#### e. Katılım Aşamaları

Katılımcıların programdan mezun olabilmeleri için; tedavinin ayarlanması, tedaviye katılma, tedavide ilerleme ve son olarak ilerlemeyi sürdürme ve mezuniyete hazırlanma olmak üzere toplam dört aşamadan geçmesi gerekmektedir. Yaklaşık üç ay süren ilk aşama haricinde, aşamaların süresi zorunlu tıbbi tedavinin uzunluğuna bağlıdır. Kabahat (12 ay) ve şiddet içermeyen cürüm (12-18 ay) işlemiş katılımcılar için her bir aşama en az üç ay sürmekte iken 18 aydan fazla programda kalacak olan katılımcılar için bu süreler en az beş aydır<sup>472</sup>.

Akıl sağlığı mahkemesindeki aşamalar ile ilgili dikkate edilmesi gereken nokta, aşamaların belirli davranışsal gerekliliklerin yerine getirilmesini ya da zaman aralıklarını tamamlanmasını temsil etmekten ziyade, tedavide genel ilerlemeyi işaret ettiğiidir. Gerçekten her bir aşamanın sonunda verilen sertifikalar, iki ay boyunca uyuşturucu kullanmama gibi belirli başarılarını göstermekten ziyade katılımcıları tedavilerini ve programlarına uyumu sürdürmeleri için teşvik etmeye hizmet etmektedir. Bu sebeple, katılımcılardan biri, bir sertifika alması gerektiğinde, klinik yönetici programa uyumu ve tedavide ilerlemeyi göz önünde bulundurarak hakime yaklaşan celsede katılımcıya sertifikayı vermesini veya vermemesini tavsiye etmektedir<sup>473</sup>.

<sup>470</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.596.

<sup>471</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.29.

<sup>472</sup> **a.g.e.**, s.29, 30

<sup>473</sup> **a.g.e.**, s.30.

## f. Ödüller ve Klinik Yanıtlar

Akıl sağlığı mahkemelerinde hakimle tedavide kaydedilen ilerlemeleri güçlendirmek ve katılımcıyı motive etmek için bir takım dereceli ödüller ve yaptırımlar kullanılır. Övgü, sertifikalar, uyarılar, duruşmaya çıkma sıklığının artırılması veya azaltılması ve faaliyetlere getirilen kısıtlamaların uygulanması veya bunların kaldırılması bir katılımcının davranışını değiştirmek için kullanılan araçlara örnek gösterilebilir<sup>474</sup>. Diğer yandan, bir hakimin duruşmalarda katılımcı ile ilişkisinin çoğu zaman daha önemli olduğu ifade edilmektedir. Daha açık bir ifadeyle hakimi memnun etme ya da onu hayal kırıklığı uğratmaktan veya öfkelenmekten kaçınma arzusu güçlü bir motive edici güç olduğu belirtilmiştir<sup>475</sup>.

BASM'nin planlanma aşamasında, katılımcıların uyumunu onaylamak veya uyumsuzluğu yanıt olarak sistemleştirilmiş bir ödül ve yaptırım/klinik yanıt prosedürü geliştirilmek istenmiştir. Böylelikle savunma avukatları da müvekkillerini gerek klinik gerekse de ceza adaleti perspektifi açısından neyin beklediğini öngörebileceklerdi. Ancak katılımcıların, yaptırım olarak öngörülen bir yanıtı ödül veya tedavi planının üzerinde gerçekleştirilecek bir değişikliği bir yaptırım olarak öngörebileceği gerekçesiyle ödüller ve klinik yanıtlar sistematik olarak tanımlanmamıştır. Bununla birlikte ödülün katılımcının uyumluluğunun onaylanması, yaptırımın uyumsuzluğun cezalandırılması, klinik yanıtın ise cezalandırmadan ziyade uyumu teşvik etmek için tedavi hizmetlerinde ya da tedavi planında bir değişiklik olacağı belirlenmiştir<sup>476</sup>.

Bu kurumları somutlaştırmak adına örnek vermek gerekirse, hakimin bir katılımcıya haftanın her günü adliyeye gelerek mahkemeyi gözlemesini gerektiğini söylemesi ilk bakışta birçok katılımcı tarafından bir yaptırım olarak algılanmıştır. Ancak hakimle daha fazla konuşma fırsatı yakalamış olmak, bu yanıtın, bazı katılımcılar tarafından ödül olarak görülmesini sağlamıştır. Diğer yandan iki ay önce girdiği bir uyuşturucu testinin pozitif çıkması dışında zorunlu tıbbi tedavinin gereklerine uyan bir katılımcının, bir aile üyesini görme talebi hakim tarafından

<sup>474</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.596; Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.73.

<sup>475</sup> Greg Berman, John Feinblatt, **Judges and Problem-Solving Courts**, Center For Court Innovation, New York, 2002, s.3 (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/JudgesProblemSolvingCourts1.pdf>)

<sup>476</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.31; Blandford ve diğ., **a.g.e.**, s.91.

reddedilmiştir. Klinik yönetici ile birlikte bu katılımcının yolculuk izni almadan önce tedaviye daha fazla angaje olması gerektiğini düşünen hakimin bu yanıtı, duruma göre bir yaptırım veya klinik yanıt olarak kabul edilebilir. Yatılı uyuşturucu tedavi programında iken bir kavgaya karışan katılımcının durumu üçüncü bir örnek olarak verilebilir. Herhangi bir uyarı olmaksızın kaldığı yerden ayrılmaya zorlanan katılımcı, hakim tarafından hapisaneye (jail) gönderilmiştir. İlk bakışta açıkça bir yaptırım olarak görülen bu yanıtın sebebi, klinik ekibin katılımcıya yeni bir yerleşim bulanacağı süre içerisinde hastalığının nüksetmesi ve dekompanse (karaciğer sirosu) olmasından endişelenmesinden ileri gelmiştir. Hapisaneye gönderilme sebebi katılımcıya da açıklanmıştır ve bu yanıt aslında klinik yanıtın tipik bir örneğidir<sup>477</sup>.

BASM'de, Hakim D'Emic'in ödülleri, yaptırımların ve klinik yanıtların kullanımı son derece kişiselleştirilmiştir<sup>478</sup>. Hakim, her bir katılımcının tedavide başarılı olmasına yardımcı olmak için ne gibi önlemler alabileceğini belirlemek için mahkemenin klinik ekibinin tavsiyelerinden yararlanmıştır. Uygulamada, en çok kullanılan ödüller, duruşma sırasında sözlü övgü ve teşvik, duruşma sıklığının azaltılması ve denetim aşamalarının tamamlanmasından sonra sertifikaların verilmesidir. En sık uygulanan yaptırımlar ise sözlü kınamalar ve duruşma sıklıklarının artırılmasıdır<sup>479</sup>.

### **g. Mezuniyet ve Sonlandırma**

Katılımcı mezun olması, zorunlu tıbbi tedavinin gereklerine uymasına ve yeni bir suç işlememesi sonrası sertifikaları tamamlayarak programı tamamlamasıdır<sup>480</sup>. Böylelikle itham anlaşmasında belirlendiği üzere cezası ortadan kaldırılacak ya da cürümden kabahate düşürülecektir. Ancak hemen belirtelim ki uygulamada, yeni bir suç işlemek her zaman sonlandırmaya neden olmamıştır<sup>481</sup>. Zira katılımcı yeni bir suç işlediğinde, hakim suçun niteliğini ve şiddet içeriğini, katılımcının güncel uyumunu ve katılımcının uyumlu kalmaya yönelik motivasyonunu göz önünde

<sup>477</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.31.

<sup>478</sup> Öyle ki yapılan gözlemlerde hakimin, katılımcılara küçük bir hediye (örneğin bir kutu çikolata) aldığı dahi görülmüştür. Bkz. Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.73.

<sup>479</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.596-597.

<sup>480</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.73.

<sup>481</sup> **a.g.e.**

bulundurmaktadır<sup>482</sup>. Diğer yandan tedavi programlarını aksattıkları ya da duruşmalara gelmedikleri için programdan çıkarılan bazı kişiler katılmaya devam etmek için BASM'ye gönüllü olarak başvurmuşlardır. Gerçekten zorunlu tıbbi tedavileri sırasında, uyuşturucu testi pozitif çıkan bazı katılımcıların, programlarına devam etmelerine izin verilmiştir. Zira yapılan çalışmalar, katılımcıların koşulları hiçbir şekilde ihlal etmemesi beklemenin gerçekçi olmadığı göstermektedir. Örneğin uyuşturucu mahkemelerindeki programlarını başarıyla tamamlayan kişilerin yarısından fazlasının, tedavi süreleri boyunca bir noktada uyuşturucu için pozitif olduğunu göstermektedir<sup>483</sup>. Bu sebeple BASM'de de küçük çaplı suçlamalar nedeniyle tutuklanan bazı katılımcıların, motivasyonları göz önünde tutularak katılımlarına devam etmelerine izin verilmiştir<sup>484</sup>.

Mezuniyetle birlikte kabahat ve ilk kez (şiddet içermeyen) cürüm işlemiş olan katılımcıların itham anlaşması iptal edilmektedir ve haklarındaki suçlamalar düşürülmektedir. Mükerrer cürüm suçluları ile ilk kez şiddet içeren bir cürüm işlemiş katılımcıların itham anlaşmaları da iptal edilir ancak bu kişiler hakkında suçlamalar tamamen düşmez, aksine kabahat seviyesine indirilir. Şiddet içeren cürüm suçluları, kazanımların kaybolmaması için mezuniyet sonrası ayrıca denetimli serbestlik hükümlerine tabi tutulmaktadır<sup>485</sup>.

<sup>482</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.30.

<sup>483</sup> Michael Rempel, Christine D. Destefano, "Predictors of engagement in court-mandated treatment: findings at the Brooklyn Treatment Court, 1996-2000", **Journal of Offender Rehabilitation**, Vol.33, 2001, s.96 (Erişim: <https://jpo.wrlc.org/bitstream/handle/11204/1771/Predictors%20of%20Engagement%20in%20Court-Mandated%20Treatment.pdf?sequence=3>)

<sup>484</sup> Bu duruma "Veronica" diye hitap edeceğimiz, lisede okuldan ayrılan, önemli bir geçmişi olmayan, 20 yıldır metadon (eroın tedavisinde kullanılan ve morfine benzeyen bir ilaç) tedavisi alan ve çoğunluğu kapkaç ve hırsızlık olmak üzere birçok mahkumiyeti bulunan 45 yaşında bir kadın katılımcıyı örnek verebiliriz. Veronica'ya şizoaffektif bozukluk teşhisi konmuştur olup Temmuz 2002'de Brooklyn Ruh Sağlığı Mahkemesi programına katıldığı zaman, tedavi planı onun metadon tedavisi programına devam etmesini imkan sağlamakla birlikte aynı zamanda bireysel terapi almasını gerektirmiştir. Veronica bir süre düzenli olarak mahkemeye gelmiş, neredeyse tüm terapi seanslarına katılmıştır. Ama Veronica 8 Ekim'deki duruşmaya hırsızlık suçlaması ile tutuklama nedeniyle adli izlemeye katılmamıştır. BASM ile yaptığı sözleşme uyarınca Hakim D'Emic, Veronica'ya yaptırım uygulayabilir ve hatta programını feshedebilirdi. Bunun yerine, Veronica pişman olduğunu ve tedaviye devam etmek istediğini belirtmesi üzerine, ona klinik ekip tarafından haftada beş gün sürecek bir madde bağımlılığı tedavi programı ayarlanmıştır. Ayrıca toplum temelli bir akıl sağlığı kurumunda bir vaka yöneticisinden bakım koordinasyon hizmetleri almaya başlamış ve kişisel terapisine de devam etmiştir. O, aralık ayı başlarında ilk aşamasını tamamlayarak bir sertifikasını almış ve Ocak ayında duruşmada, (son 20 yıldaki ilk gerçek istidamı) envanter memuru olarak çalışmaktan gurur duyduğu ifade etmiştir. Veronica 2004 yılının Şubat ayında, BASM'den işlediği suç kabahat seviyesine düşürülmüş olarak mezun olmuştur. Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.593, 596 ve 597.

<sup>485</sup> BASM'de zorunlu tıbbi tedavilerini tamamlayan ilk 208 sanık hakkında suçlamaların yüzde 20'si kabahat, yüzde 37'si şiddet içermeyen cürüm ve yüzde 43'ü şiddet içeren cürümdür. Bkz. Fisler,

Hakim mümkün olan en erken tarihte katılımcının mezun olma ihtimalini değerlendirme başlamaktadır. Örneğin, zorunlu tıbbi tedavi süresi 12-18 ay olan bir katılımcı için hakim, 12 ayın sonunda mezuniyeti düşünmeye başlamaktadır. Erken mezuniyet için katılımcının tedavideki uyumuna ve yeniden bir suç işleyip işlemediği dikkate alınsa da her bir mezuniyet kendi içinde ayrı bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır<sup>486</sup>.

Zorunlu tıbbi tedavinin gereklerine uymamanın yaptırımı, geleneksel mahkeme yargılaması sonrası alacağı cezadan daha fazla olmamak üzere programa kayıt aşamasında kabul ettiği suçlamaya ve davanın kendi içindeki koşullara göre belirlenen hapis cezasıdır<sup>487</sup>.

Sonuç olarak BASM programı, anlaşmanın yapıldığı (resmi kayıt) tarihten mezuniyet ya da sonlandırmaya kadar ortalama 15 ay sürmektedir. Katılımcıların %74'ü programı başarıyla tamamlamıştır. Buna karşılık, yaklaşık yüzde 18'i için program başarısız bir şekilde sona ermiş, geri kalan katılımcıların programı ise çeşitli nedenlerle sona erdirilmiştir<sup>488</sup>.

## **h. Teknoloji**

Birçok problem-çözücü mahkeme, yenilikçi bilgisayar teknolojisi ile duruşma salonunda bilgi temelli karar vermeyi desteklemektedir. BASM de “DV uygulaması” olarak bilinen bir veri tabanı kullanılmıştır. Bu veri tabanı, suç tipleri ile ilgili bir sınırlama olmaksızın davalar hakkında, suçlamalar ve mahkeme kararları dahil olmak üzere temel bilgileri saklamaktadır. Hakim, duruşmada katılımcıları dinlerken bu sistem üzerinden not alabilmektedir. Bu notlar genellikle, tedavide ilerleme, hasta olan aile üyeleri ve katılımcıların hayatlarındaki önemli olayla gibi hususlardan

---

“Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court”, s.593. Mahkeme'den mezun olan ilk 242 kişiye dikkate aldığımızda ise %37'si hakkında suçlamanın tamamen düşürüldüğü, %21'si hakkında suçlamanın kabahat seviyesine düşürüldüğü, %3'ü hakkında suçlamanın kabahte düşürülmekle birlikte 1 yıl denetimli serbestlik hükümlerinin uygulandığı ve %27'si hakkındaki suçlamaların yine kabahat seviyesine düşürülürken bu kişiler hakkında 3 yıl denetimli serbestlik hükümlerinin uygulandığı görülmektedir. Bkz. Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.77.

<sup>486</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.30.

<sup>487</sup> İlk üç buçuk yılda sadece 13 kişi zorunlu tıbbi tedavinin gereklerine uymada sürekli bir başarısızlık gösterdikleri veya yeni bir suç işledikleri için mahkum edilmiştir. Zaman içinde her an aktif katılımcıların yüzde 70 ila 95'i mahkeme görevlerine büyük ölçüde uyum sağlamış ve mezuniyete doğru ilerleme kaydetmiştir. Bkz. Fisler, “Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court”, s.593.

<sup>488</sup> Rossman ve diğ., **a.g.e.**, s.74.

oluşmaktadır. Sistemin, katılımcıların uyumunu izlemeye ve katılımcıyı tedaviye angaje etmeye hakime büyük yardımı olduğu ifade edilmiştir<sup>489</sup>.

## 5. Katılımcı Perspektifi

BASM'nin ilk katılımcıları ile mahkemeye katılım ve zorunlu tıbbi tedavi altına girerken kendilerini baskı altında hissedip hissetmedikleri konusunda görüşülmüştür. Zira baskı, akıl sağlığı mahkemeleri ile ilgili tartışmalarda önemli bir yer tutmaktadır<sup>490</sup>. Katılımcılardan daha önce Broward County Akıl Sağlığı Mahkemesi'nde de kullanılan ve etki, kontrol, seçim ve özgürlük konularını ölçen bir baskı (coercion) ölçeğini<sup>491</sup> tamamlamaları istenmiştir. Sonuçlar katılımcıların BASM'ye katılmaya zorlanmış hissetmediklerini göstermiştir<sup>492</sup>.

Paydaşlar tarafından katılımcıların BASM'de adil bir şekilde muamele görüp görmediklerini ve seslerinin duyulup duyulmadığını öğrenilmek istenmiştir. Zira araştırmalar, insanların söz sahibi olma ve mahkemede saygı görmeyi önemsediklerini göstermektedir<sup>493</sup>. Gerçekleştirilen görüşmeler, katılımcıların dava sürecinden ve adli izlemeden yüksek düzeyde memnun oldukları göstermiştir<sup>494</sup>. Bu noktada hakimin dinleme becerisi, katılımcıların hayatlarına ilişkin detayları hatırlaması ve her türlü durumda onlara karşı nazik bir tavır takınması, katılımcılar tarafından övgüyle karşılanmıştır<sup>495</sup>.

<sup>489</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.32, 33 ve 37.

<sup>490</sup> Sarah D. Rain ve diğ., "Perceived Coercion at Hospital Admission and Adherence to Mental Health Treatment After Discharge", **Psychiatric Services**, Vol.54, No:1, s.103 (Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509675>)

<sup>491</sup> Norman G. Poythress ve diğ., "Perceived Coercion and Procedural Justice in the Broward Mental Health Court", **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol.25, 2002, s.517 – 533 (Erişim: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.578.923&rep=rep1&type=pdf>)

<sup>492</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.35.

<sup>493</sup> Sumner J. Sydean ve diğ., "Procedural Justice In The Context Of Civil Commitment: A Critique of Tyler's Analysis", **Psychology Public Policy & Law**, Vol.3, s.219.

<sup>494</sup> 1 (asla) ile 7 (kesinlikle) arasında bir puan vermeleri istenerek katılımcılara yöneltilen sorular, kişisel ve hukuki durumları hakkında söylemek istediklerini ifade edip edemedikleri (6.22), hakimin kendileriyle bireysel olarak ilgilenip ilgilenmediği (6.78), kendilerine saygılı (6.93) ve adil (6.96) bir tavır takınmadığı ve hakimin davranışlarından ve davalarını ele alış biçiminden genel olarak memnun olup olmadığı (6.78) yönündedir.

<sup>495</sup> Örneğin bir katılımcı şunları söylemiştir: "*Hayatımda birçok kez duruşma salonunda bulundum. Ve onun gibi bir hakimle hiç tanışmadım. O bana saygı duyuyor.*" Başka bir katılımcı ise "*Hiçbir şikayetim yok. Bana, kocamı ve oğlumu soruyor. Bazen bir şey istiyorum ve o hayır diyor. (Ama) patron o, sorun yok.*". Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.40, 41.

Diğer yandan paydaşlar baskı ve usul adaleti olarak adlandırılan yukarıdaki sorulara ek olarak BASM'nin diğer personeli ile katılım aşamaları ve duruşmalara ilişkin düşüncelerini ve BASM'yi başka birine tavsiye edip etmeyeceklerini de öğrenmek istediler. Katılımcılar, çoğunlukla duruşmaların, aşama sertifikalarını almalarına olduğu gibi, tedaviye devam etmelerine yardımcı olduğunu kabul etti. Her ne kadar katılımcılar, hakim ile yapılan ziyaretlerin yararlı ve olumlu olduğunu fark etseler de, hakimin önüne çıkmak için kendilerine sıra gelmesini beklemekten ve orada oturmaktan pek memnun olmamışlardır. Sonuç itibarıyla cevaplar, katılımcıların mahkeme paydaşları ve süreçleri ile çok yüksek düzeyde bir memnuniyet duyduklarını ortaya koymaktadır<sup>496</sup>.

## 6. Brooklyn Akıl Sağlığı Mahkemesi'nin ABD Ceza Adalet Sistemi Üzerindeki Etkileri

BASM'nin ceza adalet sistemi üzerindeki etkisi 37 katılımcı ile yapılan görüşmeler neticesinde incelenmiştir. İncelemede bu kişilerin mahkemede katılım sağladıkları tarihten sonraki ilk 12 aylık dönem ele alınmıştır. Sonuç ölçütlerini, tekerrür, evsizlik, hastaneye yatma, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve psikososyal işleyiş oluşturmuştur<sup>497</sup>.

BASM katılımcıların dörtte üçünden fazlası (%78) katılımdan önce en az bir kez tutuklanmış kişilerden oluşturmuştur. Ayrıca katılımcıların %27'si kayıttan önceki 12 ay içinde en az bir kez tutuklanmıştır. BASM'ye katılımın ilk 12 ayında, katılımcıların %16'sı yeni bir suç işlemiştir. İşlenen suçlar içerisinde esrar bulundurma, büyük soygun ve tehlikeli bir silah bulundurma gibi suçlar yer almıştır. Ancak daha önce ifade ettiğimiz gibi yeni bir suç işlemek doğrudan programdan ihraç edilme anlamını taşımamaktadır. Bu kişilerin üçte biri programı başarıyla tamamlamıştır<sup>498</sup>.

<sup>496</sup> 1 (kesinlikle katılıyorum) ve 5 (kesinlikle katılmıyorum) arasından bir puan vermeleri istenen katılımcılar, aşama sertifikalarının kendilerini tedaviye devam etmeye teşvik ettiği önermesine 1.63, düzenli olarak duruşmaya çıkmalarının kendilerini tedaviye devam etmeye teşvik ettiği önermesine 1.85, mahkemede diğer duruşmaları izlemekten ve orada oturmaktan hoşlanmalarına 2.48, duruşmaya geldiklerinde klinik ekipler tanışmalarının kendilerine yardımcı olmasına 1.59 ve Mahkeme'yi başkalarına tavsiye edeceklerine ortalama 1.52 puan vermişlerdir. Bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.41, 42.

<sup>497</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.50.

<sup>498</sup> **a.g.e.**, s.53.

BASM'ye katılım öncesinde psikiyatrik nedenlerle hastaneye yatma oranı yüzde 50 iken bu oran katılım sonrasındaki ilk 12 aylık süreçte yüzde 19'a düşmüştür. Psikiyatri acil odasına ziyaret ise geçmiş 12 aylık dönemde yüzde 44 iken kayıttan sonraki ilk 12 aylık dönemde yüzde 25'e inmiştir. Katılım sonrası hastaneye yatan kişilerin yüzdesindeki düşüş, tedaviye aktif olarak katıldığının bir göstergesi olarak görülebilir<sup>499</sup>.

BASM katılımcıların dörtte üçü zorunlu tıbbi tedavileri kapsamında madde kötüye kullanımı tedavi hizmeti de almıştır<sup>500</sup>. BASM'ye katılım sonrası bireylerin, alkol ve uyuşturucu madde kullanımlarında çok önemli azalmalar tespit edilmiştir. Gerçekten kayıttan öncesi bir yılda 6 ay boyunca hiç alkol almayanların oranı %19 iken kayıttan sonraki ilk 12 aylık dönemde bu oran %56'ya yükselmiştir. Aynı dönemler içinde uyuşturucu madde kullanmayanların oranı yüzde 15'ten yüzde 61'e yükselmiştir. Katılımcılar, biliş, çökkünlük, yaşam koşulları, meslekler ve aktivitelerle ilgili problemleri ölçen ölçekler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler göstermiştir<sup>501</sup>.

Katılımcıların %16'sı kayıttan önceki 12 ayda evsiz iken; ilk 12 aylık kayıt döneminde bu oran %11'e düşmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı görünmemesine rağmen, ortalama evsiz gün sayısı da benzer bir değişim yaşanmış ve evsiz olarak geçirilen süre 60 günden 35 güne inmiştir<sup>502</sup>.

BASM katılımcıları ile yapılan görüşmelerde katılımcıların kendilerini yüksek düzeyde bağımsız karar verme, kontrol, seçim ve özgürlük sahibi olarak algıladıkları anlaşılmıştır. Katılımcılar ayrıca dava süreçleri ve adli izleme konusunda da yüksek düzeyde memnuniyet göstermişlerdir. Duruşmalarda, hakim katılımcılarla düzenli

<sup>499</sup> a.g.e., s.52.

<sup>500</sup> Rossman ve diğ., a.g.e., s.64.

<sup>501</sup> Sıfır puanın problemin olmadığını ve dört puanın problemin ciddi olduğunu gösterdiği ölçeğe göre bilişsel problemler 0.94'ten 0.21'e; fiziksel hastalık veya maluliyet problemleri 0.38'den 0.29'a; depresif ruh hali ile ilgili problemler 1.59'dan 0.79'a; ilişkilerle ilgili problemler 1.41'den 1.26'ya günlük yaşam aktiviteleri ilgili problemler 1.21'den 1.03'e; yaşam koşulları ile ilgili problemler 1.53'ten 1.00'a; meslek ve aktivitelerle ilgili problemler 2.09'dan 1.24'e düşmüştür. Buna karşın diğer zihinsel ve davranışsal problemler 0.73'ten 1.03'e; halüsinasyon ve sanrılar ile ilgili problemler 0.15'ten 0.29'a yükselmiştir. Bkz. O'Keefe, a.g.e., s.54.

<sup>502</sup> a.g.e., s.51.



olarak etkileşim kurmuş ve onları programa angaje etmek için bireyselleştirilmiş teknikler kullanmıştır<sup>503</sup>.

Sonuç itibarıyla katılımcılar, tekrerrür, hastaneye yatma, evsizlik, madde kötüye kullanımını ve psikososyal işleyiş gibi birçok ölçüte iyileşme eğilimi göstermişlerdir. Bu sonuçlar, %83'lük programda devam etme oranı ile birlikte düşünüldüğünde BASM'nin, ceza adalet sistemi üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir<sup>504</sup>.

### C. Akıl Sağlığı Mahkemelerinin Türkiye'de Uygulanabilirliği

Akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kişilerin yargılanmaları için alternatif bir model olarak sunduğumuz akıl sağlığı mahkemeleri ve özel olarak ele aldığımız BASM'den sonra bu modelin Türkiye'de uygulanabilirliğine dair görüşlerimize yer vereceğiz. Uygulanabilirliğe ilişkin değerlendirmelerimizi, kamu güvenliği yönetimi, klinik uygunluk kriterleri ve mahkemenin planlaması ve işleyişine dair bazı hususlar olmak üzere üç ana başlık altında toplamayı uygun gördük.

#### 1. Kamu Güvenliği Yönetimi

Bugüne kadar elde edilen veriler, akıl hastalığı ve suç arasında doğrudan bir ilişkinin varlığını kesin olarak kanıtlamamıştır<sup>505</sup>. Ancak yetersiz veya erişilemeyen tedavi kaynakları ve damgalanma korkusu akıl hastalarının gerekli tedavi erişimlerini kısıtlamakta, bu durum ise suç teşkil eden davranışlara neden olabilmektedir<sup>506</sup>. Ayrıca akıl hastalarının şiddete eğilimli olduklarına ilişkin önyargının, bir de yazılı ve görsel basın ile eğlence endüstrisi ile desteklenmesi bu kişilerin toplum içinde kabul görmelerini zorlaştırmaktadır. Dışlanma duygusu ise akıl hastalarını saygınlık kazanmak adına suça teşvik edebilmektedir<sup>507</sup>.

<sup>503</sup> O'Keefe, a.g.e., s.57, 58.

<sup>504</sup> a.g.e., s.58.

<sup>505</sup> Ceren Mermutluoğlu, "Mental Disorder and Offending Behaviour: A Review of Studies on Their Relationship and Arising Methodological Problems", **Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.3, Sa.2, Aralık 2015, (37-49); Haluk Yavuzer, **Çocuk ve Suç**, Remzi Kitabevi, 14. Basım, İstanbul, 2011, s.27; Nejat Akgün, **Adli Psikiyatri**, Ankara, 1987, s.58.

<sup>506</sup> Hamdi Yaver Aktan, "Suç ve Suçluluk Nedenlerine Kriminolojik Bir Yaklaşım", **Adalet Dergisi**, Y.79, Sa.2, 1988, s.91.

<sup>507</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.587, 588; Sevil Yıldız, "Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalarının Yargılanması", **Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Sa.4, 2002, s.146.

Bu bağlamda toplumda akıl hastalarına ilişkin var olan önyargı, herhangi bir katılımcının kamu güvenliği aleyhine neden olacağı bir olayla birleştiğinde, tüm programın güvenilirliği tehlikeye girebilecektir. Bu sebeple kamu güvenliği endişelerini yönetmenin, programa kabul edilecek suç tipleri doğru belirlemekten ve mahkeme ekibinin akıl hastalıkları ve akıl hastaları konusunda bilgili ve deneyimli olmalarından geçtiğini düşünüyoruz. Bu hususları irdelemeden önce akıl hastalarının geleneksel yargılama usulünden çıkartılmasına imkan veren itham anlaşmasına kısaca değinmek istiyoruz.

### a. İtham Anlaşması

İtham anlaşması, akıl sağlığı mahkemelerinin yargılama usulünde önemli bir tutmaktadır. Başta ABD olmak üzere bugün gerek Anglo-Amerikan hukuk sistemi gerekse Kara Avrupası Hukuk Sistemi'nin geçerli olduğu birçok ülkede farklı şekillerde karşımızda çıkan bu kuruma<sup>508</sup>, Türk ceza hukuku mevzuatında henüz yer verilmiş değildir. İtham anlaşma sistemi ve onun uygulanabilirliğine bir bütün olarak yer vermek, bu çalışmanın ötesine geçmektedir. Bu sebeple biz itham pazarlığını kısaca anlatıp bu kurumun, akıl sağlığı mahkemelerinin uygulanabilirliği bağlamında kamu güvenliği yönetimine ilişkin düşüncelerimize yer vermekle yetineceğiz.

İtham pazarlığı, *bir suçlama altında bulunan kişinin ceza adalet sistemden daha yumuşak bir tepki almak amacıyla suçluluğu kabul etmesi veya sisteme yardımda bulunmasını ifade eden ve taraflarını savcı ile sanığın oluşturduğu bir anlaşmadır*<sup>509</sup>. Anlaşmanın onay mercii olan mahkemenin, pazarlık müzakerelerine dahil olması ise mümkün değildir<sup>510</sup>.

İtham anlaşması ile suçluluğunu kabul eden sanık, daha hafif bir suçlama ya da hakkındaki suçlama değişmeksizin cezanın üst sınırında bir indirim fırsatı elde etmektedir. Yargılamaya gittiği takdirde jüri kararının ne yönde olacağını tahmin etmesi imkansız olan sanık, böylelikle yargılama sonucu alabileceği cezayı sınırlamış

<sup>508</sup> Yapar, **a.g.e.**, s.119. Bu ülkelere örnek olarak Kanada, İngiltere, Galler, Hindistan, Pakistan, Brezilya, Çin, Danimarka, Estonya, France, Gürcistan, Almanya, İtalya, Polonya ve Japonya verilebilir.

<sup>509</sup> Larry Siegel, Frank Schmalleger, John L. Worrall, "Criminal Justice in America", Annotated Instructor's Edition, **Prentice Hall**, 2010, s.319.

<sup>510</sup> Amerika Federal Ceza Muhakemesi Kanunu m. 11/c-1 (Erişim: <https://judiciary.house.gov/wp-content/uploads/2013/07/Criminal2016.pdf>, E.T.:11.12.2018).

olmaktadır<sup>511</sup>. Savcılık makamı ise sanığın suçluluğunu kabul etmesi ile bozulan kamu düzenini, kamu kaynaklarının asgari ölçüde kullanmak suretiyle en kısa süre sürede onarma veya sanığın sisteme yardımda bulunması ile özellikle organize suçla mücadeleyi etkin bir şekilde yürütebilme imkanı elde etmektedir<sup>512</sup>.

Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri federal ve eyalet ceza hukuku sistemlerinde mahkumiyetlerin %95'inden fazlası itham pazarlığı anlaşması sonucu verilmektedir<sup>513</sup>. Bu sebeple mahkeme paydaşlarının, politika yapıcılarının ve akademisyenlerin çoğu, itham pazarlığının Amerikan ceza adalet sistemi için kaçınılmaz olduğunu ifade etmektedir<sup>514</sup>. Öyle ki itham pazarlığı kurumuna eleştirilerini yönelten kişiler dahi kurumu tümünden karşısına almamakta, aksine kurumun daha adil işlemesine yönelik bazı değişiklikleri ileri sürmektedir<sup>515</sup>.

Bugün, Türkiye Cumhuriyet başsavcılığında derdest soruşturma sayısı beş milyonun üzerindedir. Buna ek olarak ceza mahkemelerine her yıl intikal eden gelen dosya sayısı da o yıl mahkemelerce verilen karar sayısında fazladır. Kısacası Türkiye'de mahkemelerin iş yükü her geçen yıl artmaktadır<sup>516</sup>. Diğer yandan yargı sistemi üzerindeki yükü hafifleten ve yargılama sürecini hızlandıran itham anlaşması kurumunun, Türk ceza hukuku sistemine tamamen yabancı olduğunu söylemek de mümkün değildir. Etkin pişmanlık kurumu, uygulanma amaçları ve sanığın alacağı cezaya etkisi bakımında itham pazarlığı kurumu ile benzerlik taşımaktadır<sup>517</sup>.

Burada ifade edilmelidir ki geleneksel muhakeme sürecinde kullanılan itham anlaşması ile akıl sağlığı mahkemelerinde kullanılan itham anlaşması arasında ciddi bir fark vardır. Her ne kadar anlaşmanın kuruluş süreci ve hakim tarafından onaylanma zorunluluğu ortak olsa da akıl sağlığı mahkemelerinde sanık, yaptığı itham anlaşması

<sup>511</sup> Lindsey Devers, **Plea and Charge Bargaining**, Bureau of Justice Assistance U.S. Department of Justice, 2011, s.1.

<sup>512</sup> Yapar, **a.g.e.**, s.123.

<sup>513</sup> Jenia I. Turner, "Plea Bargaining", **Reforming Criminal Justice**, Vol.3: Pretrial and Trial Processes, 2017, s.73 (Erişim: [http://academyforjustice.org/wp-content/uploads/2017/10/Reforming-Criminal-Justice\\_Vol\\_3.pdf](http://academyforjustice.org/wp-content/uploads/2017/10/Reforming-Criminal-Justice_Vol_3.pdf), E.T.: 05.08.2018).

<sup>514</sup> **a.g.e.**

<sup>515</sup> Yusuf Solmaz Balo, Ekrem Çetintürk, "Amerika Birleşik Devletleri Ceza Hukuku Uygulamasında Savcı-Sanık Pazarlığı ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XVII, Sa.1-2, 2013, s.1283.

<sup>516</sup> <http://istatistikler.uyap.gov.tr/>, E.T.: 16.08.2018.

<sup>517</sup> Cumhur Şahin, "Ceza Muhakemesinde Uzlaşma", Süleyman Arslan'a Armağan, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.6, 1998, s.243, 244.

ile infaz kurumuna girmeden (anlaşma yapılması önce tutuklu ise salıverilmek yoluyla) toplum hayatına geri dönme imkanı yakalamaktadır. Halbuki geleneksel muhakemesi sürecinde savcı itham anlaşması ile sanığın mahkumiyetini garanti altına almaktadır. Sonuç itibarıyla ülkemizde akıl sağlığı mahkemelerinin kurulmasının, tüm ceza mahkemelerinde itham anlaşması usulünün geçerli olacağı anlamını taşımayacağı ifade edilmelidir.

### **b. Kabul Edilen Suç Tipleri**

Toplum suçu işlemiş bir kimseden korumak, cezalandırmanın amaçları arasında yer almaktadır. Akıl sağlığı mahkemeleri ise bu kişilerin toplum içinde kalmasına imkan tanıyan bir düzenlemeye sahiptir. Zira akıl hastalığının etkisiyle işlenen bir suç ile bu suçun failinin farklı bir değerlendirmeye tabi tutulması gerektiği düşünülmektedir. Bununla birlikte bu kişilerin toplum içinde kalmaları hem kendi güvenlikleri hem de toplumun korunması açısından tehlike arz eden bir nitelik taşıyabilir<sup>518</sup>. Bu sebeple akıl sağlığı mahkemesi paydaşları ve özelinde BASM paydaşları, zorunlu tıbbi tedavi süreleri sırasında toplum içerisinde kalan katılımcılardan herhangi birinin neden olacağı bir olumsuzluğun tüm programı tehlikeye atabileceğinin bilinci hareket etmişlerdir<sup>519</sup>. Bu doğrultuda akıl sağlığı mahkemelerine başlangıçta kabahat ve şiddet içerikli olmayan cürüm işlemiş akıl hastaları kabul edilmiştir. Böylelikle şiddet içerikli suçları işlemiş akıl hastalarının geleneksel yargılama sürecinden çıkartılması nedeniyle toplum nezdinde oluşabilecek endişelerin önüne geçilmek istenmiştir. Ayrıca bazı akıl sağlığı mahkemelerinde, tüm katılım koşulları sağlamakla birlikte savcıya kamu güvenliği endişesi nedeniyle veto yetkisi veya bazı şiddet içerikli suçlarda, mağdurun rızasının olması gibi çeşitli ek koşul ve önlemler alınmıştır<sup>520</sup>. Ancak zamanla mahkemelerin tecrübesi, güveni ve kabul edilirliliği artıkça şiddet içerikli suç faileri de programlara kabul edilmeye

<sup>518</sup> Bu konuda bkz. s.124-126.

<sup>519</sup> Örneğin, uyuşturucu ve alkol etkisinde iken araba kullanan ve benzer suçtan dolayı daha önce bir mahkumiyeti bulunan bir kişi, programda başarısız olması halinde 18 aydan üç yıla kadar hapis cezasını kabul ettiği itham anlaşmasıyla Mahkeme'ye katılımcı olarak kabul edilmiştir. Katılımcı, zorunlu tıbbi tedavi sürecinin henüz ilk aylarında, yeniden alkol ve uyuşturucu etkisiyle araba kullandığı sırada bir kaza yapmıştır. Kaza sonucu maddi zarar dışında kimse yaralanmamasına ve katılımcının, kendisine yeniden şans tanınmasını istemesine rağmen Mahkeme, bu talebi, sanığın özgürlüğüne izin verilmesinin kamu güvenliği için çok büyük bir tehlike barındırması nedeniyle reddetmiş ve onu mahkum etmiştir. Bkz. D'Emic, "The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison", s.28.

<sup>520</sup> Fisler, "Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court", s.596; Rossman ve diğ., a.g.e., s.59.

başlanmıştır. Öyle ki ikinci nesil diye tabir edilen daha yeni akıl sağlığı mahkemeleri özellikle bu suç tiplerine odaklanmıştır.

Biz, ceza adaleti uygunluğu kriterleri belirlenirken adayın sadece işlediği suç tipinin değil, aynı zamanda tehlikeliliğinin de dikkate alınması gerektiğini düşünüyoruz. Zira şiddet içerikli olmasa dahi tehlikeli hale sahip kişilerin toplum içinde kalmasına izin verilmesi belli endişeleri de beraberinde getirecektir. BASM’de kişinin adli siciline ilişkin bir değerlendirme yapılmakla birlikte bu konuda somut kriterler belirlenmemiştir. Nihai kararı verecek olan hakim, davanın içinde bulunduğu koşulları göre daha önce hiç suç işlememiş bir kimsenin programa katılmasına izin vermeme veya suç sicili kabarık birinin programa katılmasına izin verme hakkına sahiptir. Bu konuda hakime inisiyatif tanınması gerektiği inancını taşımakla birlikte gerek suç tipi olarak gerekse suç sicili olarak somutlaştırılmış kriterlerin konulması, hakimlerin üzerindeki sorumluluğu azaltacağı gibi akıl sağlığı mahkemelerinin toplum nezdinde kabul edilmesini kolaylaştıracaktır.

Ülkemizde bu mahkemelerin en azından belli bir bilgi ve tecrübe edinmesine kadar programa sadece şiddet içerikli olmayan ve toplumda infial uyandırmayan suç tiplerinin kabul edilmesinin doğru bir yaklaşım olacağını düşünüyoruz. Bununla birlikte süre ile ilgili yukarıda bahsettiğimiz sıkıntıların altına çizerek kısa süreli hapis cezasını gerektiren suç tiplerinin programa kabul edilmemesi gerektiği kanaatindeyiz. Zira akıl sağlığı mahkemelerine danışmanlık veren psikiyatristler, zorunlu tıbbi tedavinin 12 aydan kısa olmaması gerektiğini belirtmişlerdir.

### **c. Mahkeme Personeli**

Akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kişiler için alternatif yargılama usulü uygulanması nedeniyle oluşabilecek kamu güvenliği endişelerini ele almanın yollarından biri de mahkeme ekibinin titizlikle belirlenmesinden geçmektedir. Bu kişilerin en başta akıl hastalığı konusunda bilgili, akıl hastalarıyla çalışma konusunda deneyimli ve farklı yargılama modellerini destekleyen kişilerden olması gerekmektedir. Özel olarak ele aldığımız BASM hakim ve savcısı, bu mahkemeye katılmadan önce farklı problem-çözücü mahkemelerde çalışmış ve sanıklar için

alternatif programları destekleyen kişilerdir<sup>521</sup>. Yine, ekip içerisinde yer alan psikiyatristler, psikiyatri hastanelerinde, ıslah kurumlarında ve toplum içinde suçlularla çalışma konusunda önemli bir deneyime sahiptir. Sosyal hizmet görevlileri ise daha önce şartlı tahliye veya denetimli serbestlik altında ya da yatılı olmayan tedavi hizmetleri alan kişilerin tedavileri ile ilgilenen bir kurumda çalışmışlardır<sup>522</sup>.

Yukarıda BASM’yi anlatırken mahkeme ekibinin, programın başarılı olmasında oynadığı önemli rolü ortaya koymuştuk. Bu bağlamda ekibin, bilgili ve tecrübeli olmasının yanında birbirine güven duyması önem arz etmektedir. Örneğin bir adayın kabul edilme veya zorunlu tıbbi tedavi sürecinde hakimin vereceği bir karara, ekibin geri kalanın güvenmesi programın başarısına doğrudan etki edecektir. Yine, hakimin (her ne kadar akıl hastalarıyla çalışma konusunda bilgili ve deneyimli olursa olsun) uzmanlık alanı psikiyatri olmadığı için klinik ekibin katılımcının klinik uygunluğu veya tedavi planı konusunda kendisine vereceği tavsiyeleri dikkate almak zorundadır. Örneğin klinik ekibin, bir katılımcının ailesinin yanında kalmaya uygun olduğuna ilişkin görüşünün ne kadar dikkate alınacağı, hakim ile klinik ekip arasındaki güven ve uyuma bağlıdır. Bu bakımdan bir akıl sağlığı mahkemesi faaliyete geçmeden önce bu mahkeme ekibinin genel olarak belirlenmesi ve bu kişilerin mahkemenin ve birbirlerinin hedefleri, endişeleri ve motivasyonları hakkında paylaşımlarda bulunmasının önemli olacağı kanaatindeyiz.

Diğer yandan Amerikan ceza adalet sisteminde yer alan farklı yargılama usulleri ülkemizde olmadığı için akıl sağlığı mahkemeleri, Türk ceza hukuk sistemi için büyük bir yenilik ve değişikliğe neden olacaktır ve kanaatimizce bir akıl sağlığı mahkemesi ekibinin en önemli üyeleri klinik yönetici ile hakimdir. Gerçekten klinik

<sup>521</sup> Örneğin Bölge Savcılığı Ofisi, 1990 yılında uyuşturucu suçlularının topluma daha iyi bir konumda dönmelerini sağlamak amacıyla “Drug Treatment Alternative-to-Prison” programını, 1998 yılında akıl hastalığı ve madde kötüye kullanımı bozuklukları birlikte bulunan failleri hapsetmeye bir alternatif olarak “Treatment Alternatives for Dually Diagnosed Defendants” programını ve 1999 yılında ise Harvard Üniversitesi tarafından yapılan bir çalışmaya göre tekerrürü yarıdan fazla azaltmayı başarmış, suçluların topluma yeniden dönmesi aşamasında denetimli serbestlik ve şartlı tahliyeyi destekleyen ComALERT (Community And Law Enforcement Resources Together) kamu güvenliği programını başlatmıştır. Bkz. <https://web.archive.org/web/20130125040621/http://www.brooklyn.org/hynes/cjh.html>, E.T.: 22.08.2018.

<sup>522</sup> BASM’de danışmanlık yapan psikiyatristler, psikiyatri hastanelerinde, ıslah kurumlarında ve toplum içinde suçlularla çalışma konusunda önemli bir deneyime sahip kişilerdir. Sosyal hizmet görevlileri ise daha önce şartlı tahliye veya denetimli serbestlik altında ya da yatılı olmayan tedavi hizmetleri alan kişilerin tedavileri ile ilgilenen bir kurumda çalışmışlardır. Bkz. Fisler, “Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court”, s.598.

yönetici, akıl sağlığı uygunluk kriterleri bakımından nihai karar verici iken hakim ise adayın programa katılması noktasında nihai karar vericidir. Öte yandan hakim, duruşma salonunda katılımcılar ile doğrudan etkileşim kurmak suretiyle onları motive etmede çok önemli bir rol oynamaktadır. Sonuç itibarıyla akıl sağlığı mahkemesi hakiminin, geleneksel yargılama usulünde yer alan hakime göre daha büyük sorumlulukları bulunmaktadır. Her hakiminden bu sorumluluğu üstlenmesi beklenemez<sup>523</sup>. Bu sebeple bir akıl sağlığı mahkemesinin amacına ulaşabilmesinin başta hakim ve klinik yönetici olmak üzere mahkeme ekibinin titizlikle belirlenmesinden geçtiğini düşünüyoruz.

## 2. Akıl Hastalığı Yönetimi

### a. Kabul Edilecek Akıl Hastalıkları

Akıl sağlığı ve akıl hastalığı ilişkin genel bir tanım bulunmakla birlikte gerek DSM gerekse ICD çizelgelerinin devamlı güncellemesi, bize bir akıl hastalığı tanımının, sınıflandırmasının ve tedavi yönteminin zaman içerisinde değişiklik gösterebildiğini işaret etmektedir. Bu sebeple akıl sağlığı mahkemeleri de programlarına, tanısı ve tedavi yöntemi belli akıl hastalıklarına sahip kişileri kabul etmektedir. Zira programa kabul edilen bir katılımcı, işlediği suç tipiyle bağlantılı olarak zorunlu tıbbi tedavi altına alınmaktadır. Bu tedavinin planlanması ise ancak tedavi yöntemi belli olan akıl hastalıkları için mümkün olacaktır. Ayrıca akıl hastalıklarının tedavisine ilişkin kısıtlı imkanlar, mahkemeye kabul edilecek akıl hastalıklarının ciddi ve kalıcı olanlarıyla sınırlı tutulmasına neden olmaktadır<sup>524</sup>.

Mevcut düzenlemelerimiz itibarıyla akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kişilere ilişkin uygulanacak usule baktığımızda, akıl hastalıkları arasında herhangi bir ayrıma gidilmediğini görmekteyiz. Öyle ki kişinin tedavi kurumundan salıverilmesi için akıl hastalığının iyileşmesine değil, toplum için arz ettiği tehlikenin önemli ölçüde azalıp azalmadığına bakılmaktadır. Zira aksi bir düzenleme, tıbben iyileşme olanağı mümkün olmayan bazı akıl hastalarının ömür boyu tedavi kurumunda kalmasına neden olacaktır<sup>525</sup>. Ancak programlarına yalnız tedavisi (en azından hastalığın

<sup>523</sup> Blandford ve diğ., **a.g.e.**, s.84.

<sup>524</sup> O'Keefe, **a.g.e.**, s.8.

<sup>525</sup> Bu konuda bkz. s.143-147.

dengeye getirilmesi) mümkün olan ciddi akıl hastalıkları kabul eden akıl sağlığı mahkemeleri için böyle bir sorun söz konusu değildir. Bununla birlikte ifade edelim ki bir akıl sağlığı mahkemesi programına katılmış sanığın, zorunlu tıbbi tedavi sürecini başarıyla tamamlaması için mutlak bir iyileşme göstermesi aranmamaktadır. Aksine itham anlaşması ile kabul ettiği koşullar doğrultusunda tedavi sürecinin gereksinimleri yerine yetirmiş katılımcı iyileşmemiş olsa dahi programdan mezun olmaktadır. Ayrıca tedavi süresi de katılımcının sahip olduğu akıl hastalığına göre değil, işlediği suç tipine göre belirlenmektedir.

Bu açıklamalar ışığında biz, akıl sağlığı mahkemesi klinik uygunluk kriterleri olarak tedavisi mümkün ve uygun tedavi planı oluşturulabilen akıl hastalıklarının belirlenmesi gerektiğini düşünüyoruz. Böylelikle programa kabul edilebilecek nitelikte insan sayısı sınırlanmış ve ülkemizin sahip olduğu kısıtlı akıl sağlığı tedavi olanakları göz ardı edilmemiş olacaktır. Diğer yandan akıl sağlığı mahkemeleri, kişinin zorunlu tıbbi tedavi sürecinde adli izlemeler ile hakim karşısına çıkarak yaptığı eylemin sorumluluğu anlamasını sağlama amacı da taşımaktadır. Bu bakımdan mahkemeye kabul edilecek akıl hastasının gerek itham anlaşmasının koşullarını anlayabilecek gerekse duruşmaya çıkarak hakimle konuşabilecek bir akıl sağlığı yeterliliğinde olması gerekmektedir.

#### **b. Tedavi Süresinin Belirlenmesi**

Zorunlu tıbbi tedavi süresi belirlenme aşamasında itham anlaşması yapılırken sanığın işlediği suç tipinin yanında psikiyatri uzmanlarına danışmak suretiyle akıl hastalığının da dikkate alınması gerektiğini düşünüyoruz. Gerçekten akıl hastalığı süre gerektiren bir tedaviye ihtiyaç duymakta ve planlanma aşamasında BASM'ye danışmanlık veren uzman psikiyatristler de tedavi süresinin bir yıl ve mümkünse daha uzun olarak belirlenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu bakımdan zorunlu tıbbi tedavi sürelerinin işlenen suç tipine göre bir alt ve üst sınırı sahip olması ancak bu sınır arasında katılımcının sahip olduğu akıl hastalığına göre uygun bir sürenin belirlenmesinin doğru bir yaklaşım olacağı kanaatindeyiz.



### c. Tedavi Sırasında Barınma Hizmetleri

Mevcut düzenlemelerimize baktığımızda, TCK m. 57'ye göre, fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınmaktadır. Halihazırda ülkemizde yüksek güvenlikli sağlık kurumu bulunmadığı için bu kişiler, uygun sağlık kurumlarına yerleştirilmektedir. Sonuç olarak Türk ceza hukuku, akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kişilerin infaz kurumları dışında farklı kurumlara yerleştirilmesine yabancı olmadığından, akıl sağlığı mahkemelerinin kurulması, bu bağlamda çok büyük bir değişikliğe neden olmayacaktır. Ancak bu noktada önemli olan, bu kişilerin zorunlu tıbbi tedavileri boyunca, infaz kurumları yerine nereye yerleştirilecekleri konusudur. BASM, bu konuda farklı çözüm yollarına gitmektedir. Mahkeme, koordinasyonun kolay sağlanabilmesi için katılımcılarını aynı tedavi kurumlarına yerleştirmeye öncelik vermektedir. Ancak tedaviye erişim imkanlarını artırmak için çevre merkezlerden yardım alınmakta ve uygun görülen katılımcıların kendi veya ailelerinin evlerinde kalmalarına izin verilmektedir. Her ne kadar pek tercih edilen bir yöntem olmasa da bulunduğu tedavi kurumunda çeşitli sebeple ayrılmak zorunda kalan katılımcının, yeni bir kuruma yerleştirilinceye kadar bir infaz kuruma gönderildiği de gözlemlenmiştir. Görüldüğü üzere katılımcılar genel olarak tedavi kurumlarına yerleştirilmektedir ki ülkemizdeki esas yöntem de budur. Farklılık, akıl sağlığı mahkemeleri için tedavi kurumlarının bir devlet kurumu olma zorunluluğunun bulunmaması ve uygun görülen bazı katılımcıların tutuklama öncesi konaklamalarında kalmalarına izin verilmesi gibi gözükmektedir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin tam kapasite çalışmaları göz önüne alındığında belli kriterler belirlenmek ve sıkı denetimler yapılmak suretiyle özel teşebbüslere bu konuda yer açmak gerektiğini düşünüyoruz<sup>526</sup>.

Öte yandan suç tipleri ve akıl hastalıklarını dikkate almak suretiyle bazı katılımcıların aileleri ile birlikte kalmalarına izin verilmesi ise akıl sağlığının toplum içinde tedavisinde önemli bir rol oynayacaktır. Esasen bu durum hukukumuzda yabancı da değildir. Gerçekten 765 sayılı TCK döneminde akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilden ötürü hakkında cezaya hükmolunamayan kişinin, talep olunması ve tıbben bir

<sup>526</sup> Bu konuda bkz. s.134-137.

mahzur görülmemesi üzerine, onun iâşe ve muhafazasını taahhüt edecek olan ailesi nezdinde kalmasına karar verilebilmiştir<sup>527</sup>.

Bu başlık altında son olarak ifade edelim ki mahkemenin, tedavi hizmetlerine erişim imkanı olan bir yerde kurulması ve sanıkların damgalanma korkusu yaşamamaları için yalnız onlara ilişkin davalara bakacak şekilde görevinin belirlenmesi gerekmektedir.

### 3. Mahkemenin Planlanması ve İşleyişine Dair Diğer Bazı Hususlar

Akıl sağlığı mahkemesinin uygulanabilirliği, doğru bir planlama ile mahkemenin işleyişine dair hususların somut olarak belirlenmesi ve ölçülebilir hedefler konulmasından geçmektedir. Doğru bir planlama yapılması ise mevcut akıl sağlığı tedavi ve barınma kapasitesinin belirlenmesini gerektirmektedir. Bu konuda BASM’de olduğu gibi bir proje yöneticisinin işe alınması ve bu kişinin, mahkemenin faaliyete geçeceği yerde, akıl sağlığı kriterleri, hizmet kullanımı ve barınma hizmetleriyle ilgili yerel paydaşlarla görüşmeler gerçekleştirmek suretiyle bir durum analizi yapmasının doğru olacağı kanaatindeyiz<sup>528</sup>.

Diğer yandan BASM faaliyete başlamadan önce, mahkemelerin akıl hastalarının yargılanması sırasında karşılaştıkları sorunlara ilişkin bir rapor hazırlanmıştır<sup>529</sup>. Böylelikle paydaşlar, mahkemenin faaliyetlerine başlamasıyla birlikte ne tür sorunlarla karşılaşabileceklerini, bu bağlamda hangi akıl hastaları ve suç tiplerine öncelik vermeleri gerektiğini ve kısa ve uzun vadede yapmaları gereken değişiklikleri görme şansı yakalamışlardır. Halihazırda bu konuda yapılmış genel çapta çalışmalar bulunmasına rağmen yerel ölçekte bir rapor hazırlanması dikkat çekicidir. Proje yöneticinin hazırlayacağı durum raporunun yanında, akıl hastalarının yargılanmasında görev almış mahkeme üyeleri ve bu kişilerin tedavi hizmetleri

<sup>527</sup> Bu konuda bkz. s.37-41.

<sup>528</sup> BASM proje yöneticisi (Carol Fisler) Mahkeme’nin hedeflerini açıklamak, engelleri ve sorunları tartışmak ve destek almak için ceza adaleti ve akıl sağlığı alanlarındaki çeşitli paydaşlara ulaşmıştır. Bölge Avukatlık Bürosu, New York Akıl Sağlığı Dairesi, New York Sağlık ve Akıl Sağlığı Bölümü çeşitli akıl sağlığı avukatlık kuruluşları ve Brooklyn’de muhtaç kimselere ceza savunma hizmetleri sunan kurumlar görüşülen bazı kurumlardır. Bu kurumlar ile uygunluk kriterleri, tedavi ve barınma imkanları tartışılmıştır. O’Keefe, **a.g.e.**, s.6-8; D’Emic, “The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison”, s.25.

<sup>529</sup> Bu rapor için bkz. Denckla/Berman, **a.g.e.**

aldıkları yerlerdeki çalışanlarla görüşmeler yapılarak ayrı bir rapor hazırlanmasının isabetli olacağını düşünüyoruz. Bu rapor, mahkeme hedefinin doğru bir şekilde belirlenmesine de yardımcı olacaktır.

BASM'nin geniş kapsamlı hedeflere sahip olması, onun başarısını ölçmede zorluk oluşturmuştur. Halbuki Brooklyn'den önce kurulmuş başka akıl sağlığı mahkemeleri de vardır. Bu bakımından ülkemizde kurulacak akıl sağlığı mahkemesinin ölçülebilir hedeflere sahip olması ayrıca önem taşımaktadır. BASM'nin yıllık katılımcı hacminin ne kadar olacağı, sevk kaynaklarının neler olacağı ve sevk sürecinin nasıl gerçekleştirileceğinin somut olarak belirlenmesi gerekmektedir. Biz, deneyim ve güven kazanılmasına kadar mahkeme hacminin olabildiğince düşük tutulması gerektiğini düşünüyoruz. Bu bağlamda ceza adaleti ve akıl sağlığı kriterlerinin dar tutulması düşünülebilir. Böylelikle uygunluğun belirlenmesi süreci de daha hızlı bir şekilde yürütülebilecektir. Zira BASM'yi incelediğimizde, bu kriterlerin genişledikçe uygunluğun belirlenmesi için gerekli sürenin arttığını gördük. Bu yönde bir tercih, kamu güvenliği endişelerinin kontrol altına alınmasına da sağlayacaktır. Sevk süreci bakımından ise özellikle ret sebeplerin somut ve yazılı bir hale getirilmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. Adaylara, programa kabul veya reddedilme gerekçelerinin açıkça bildirilmesi, tarafsızlığın sağlanmasına ve mahkemenin amaçlarının anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Aynı doğrultuda zorunlu tıbbi tedavi sürecinde uygulanacak ödüller, klinik yanıtlar ve yaptırımların da somut ve yazılı bir hale getirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte her vakanın kendine özgü koşulları barındıracağı göz önünde bulundurulduğunda, katılımcının zorunlu tıbbi tedaviye olan uyumunu artırmaya yönelik olarak hakime belli ölçüde bir inisiyatifin tanınması gerektiğini düşünüyoruz.

Katılımcıların akıl hastası olması, programa girmeye karar verme aşamasında gerek zorunlu tedavi sürecinin gereksinimlerini gerekse bu sürecin gereksinimlere aykırı davranmanın sonuçları tam olarak anlayıp anlamadıkları endişesini gündeme getirmektedir. Bu bağlamda ilk olarak katılımcıların sorumluluklarını net bir şekilde ortaya koyacak ve mahkemenin politika ve prosedürlerini şeffaf bir hale getirecek resmi katılım kılavuzunun oluşturulması önem taşımaktadır. Diğer yandan adayların katılıma karar verirken bu kılavuzu yeterince anlayıp anlamadıklarının belirlenmesi ve etki altına kalmadıklarından emin olunması gerekmektedir. Bu bakımdan sanıklara,

akıl sağlığı mahkemesine sevk süreçlerinden mezuniyete veya sonlandırmaya kadar akıl sağlığı konusunda eğitimi bir avukatın hukuki danışmanlık yapması gerekmektedir. Ayrıca akıl sağlığı hizmeti veren bir kurumdan bir temsilcinin bu süreci gözlemek için bir süreliğine veya devamlı olarak mahkemede gözlemci olarak bulunması düşünülebilir<sup>530</sup>.

Son olarak unutulmamalıdır ki etkililiği ne olursa olsun, akıl sağlığı mahkemeleri tek başına ceza adalet sistemine giren tüm akıl hastalarına cevap veremez. Bu bakımdan akıl sağlığı mahkemeleri ile birlikte diğer mahkemelerin de çalışmamız boyunca ifade ettiğimiz ilke ve politikaları benimsemelidir. Böylelikle bu yaklaşımlar, akıl sağlığı mahkemesine katılan az sayıda kişi ile sınırlı kalmamış olur. Buna göre, akıl sağlığı konularında tüm mahkeme personellerine eğitim verilmesini, akıl hastalarının toplum hayatına dönüşlerinin kolaylaştırılması ve Türk hukuk sistemi ile akıl sağlığı tedavi kurumları arasında işbirliğinin geliştirilmesi önem arz etmektedir<sup>531</sup>.

#### 4. Sonuç

Türk ceza hukukunda akıl hastalığının nedeniyle suç işleyen akıl hastaları, akıl hastalığının kusur yeteneğine etkisine göre ceza veya güvenlik tedbiri ile karşılaşmaktadır. İster ceza ister güvenlik tedbiri olsun her halükarda sonunda özgürlüklerinin kısıtlanacak olan suç işlemiş bu kişilere ilişkin ceza muhakemesi hukukumuzda ise zorunlu müdafilik dışında bir düzenleme bulunmamaktadır. Akıl hastalarının savunma haklarını kullanabilmeleri ve adil bir şekilde yargılanmaları ne lde mümkün olduğu tartışmasının yanında bu kimselerin, yargılama ve infaz aşaması sonunda eylemlerinin sorumluluğunun bilincine ne lde varabildikleri de bir soru işareti olarak varlığını korumaktadır. Zira ne yargılama sırasında ne de sonrasındaki güvenlik tedbirlerinin infazında bu hususta özel bir çaba sarf edilmektedir. Bu noktada alternatif yargılama usulüne sahip akıl sağlığı mahkemeleri dikkate değer çözümler getirmektedir.

<sup>530</sup> BASM'de bir düzenleme için bkz. O'Keefe, **a.g.e.**, s.10.

<sup>531</sup> **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, s.16.

Akıl sağlığı mahkemelerinde akıl hastası sanık, bir yandan tıbbi tedavi görmekte iken diğer yandan belirli periyotlarda adli izlemeler ile mahkeme önüne çıkmaktadır. Böylelikle tedavi sürecinin başlaması yargılamanın sonuna bırakılmak yerine akıl hastasının mahkeme katılmasıyla başlatılmakta ve bu sırada hakim ile bire bir kurduğu iletişim sayesinde katılımcının eyleminin sonuçlarını algılaması sağlanmaktadır. Bu yargılama usulünü farkı da esasen, sanık ile hakim arasında kurulan bu diyaloglarda belirlemektedir. Ancak her suç işlemiş akıl hastasının bu tür bir usule hazır olması beklenemez. Bu sebeple akıl sağlığı mahkemelerinin (mahkmeden mahkeme değişmekle birlikte) belirli bazı katılım koşulları bulunmaktadır. Yalnız bu koşulları sağlayan adayların katılımı mümkün olabilmektedir. Diğer yandan bu kimseler ile diyalog kurmak ve onların eylemlerinin sonuçlarını algılamaya yönelik özel bir çaba sarf etmek ancak, kürsünün diğer tarafının bu yönde belli bir birikime sahip olması ile mümkün olabilir.

Sonuç olarak biz, akıl sağlığı mahkemelerinin, suç işlemiş akıl hastalarının yargılamada yaşadıkları birçok probleme çözüm sunması ve suçlulukla mücadelede belki de en önemli kriter olarak kabul edilen tekerrür oranlarını ciddi bir şekilde düşürmesi yönüyle Türkiye’de uygulanması gerektiği kanaatindeyiz. Ancak yukarıda detaylı bir şekilde ifade ettikten sonra, katılım koşullarının, mahkeme ekibinin, barınma ve tedavi imkanları doğrultusunda mahkemenin kurulacağı yerin belirlenmesinin mahkemenin amaçlarına ulaşmada ve toplum nezdinde kabul görmesinde belirleyici bir rolü olduğunu yinelemek istiyoruz.

#### **D. 5271 Sayılı CMK Kapsamında Sanık Dışında Diğer Mahkeme Süjelerinin Akıl Hastası Olması**

##### **1. Suçtan Zarar Görenin Akıl Hastası Olması**

Sanığın kendisini savunamayacak derecede malul olması halinde istemi aranmaksızın kendisine bir mdafı görevlendirileceğini ifade edilmişti (CMK m. 150/2). Benzer bir düzenleme mağdurlar için de getirilmiştir. CMK m. 234/2’ye göre mağdur, meramını ifade edemeyecek derecede mall olur ve bir vekili de bulunmazsa, istemi aranmaksızın kendisine bir vekil görevlendirilmektedir. Ayrıca CMK m. 239/2’de davaya katılan mağdur veya suçtan zarar görenin davaya katılması ve

kendisini savunamayacak derecede akıl hastası olması halinde avukat görevlendirilmesi için istem aranmayacağı ifade edilmiştir<sup>532</sup>.

Kanun yollarına başvurma konusunda zorunlu müdafii ile asilin iradesinin çelişmesi halinde, zorunlu müdafii iradesinin esas alınacağı düzenlenmiştir (CMK m. 266/3). Ancak Kanun'da zorunlu vekil ile mağdurun iradesinin çelişmesine halinde hangisinin iradesine üstünlük tanınacağı hususunda açık bir düzenleme bulunmamaktadır. Yargıtay, bu hususta zorunlu müdafiliğe ilişkin hükmü kıyasen uygulamak suretiyle zorunlu vekilin iradesine üstünlük tanımaktadır<sup>533</sup>. Öte yandan Yargıtay, kanuni temsilci ile zorunlu vekilin iradelerinin çelişmesi halinde ise kanuni temsilcinin iradesini esas almaktadır<sup>534</sup>.

Şikâyet suçtan zarar görenin soruşturma ve kovuşturma yapılmasını istemesidir<sup>535</sup>. Bu hakkın kullanılması ayırt etme gücünün varlığını gerektirmektedir<sup>536</sup>. Bu bakımdan mağdur veya suçtan zarar görenin akıl hastası olması halinde, şikâyet hakkı kanuni temsilcisi (veli veya vasisi) veya vekili tarafından kullanılacaktır.

<sup>532</sup> Ayrıca TMK m. 405'te "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar." şeklinde bir düzenlemeye yer verilmiştir.

<sup>533</sup> Bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E. 2008/5-145, K. 2009/8 ve T. 27.01.2009 "Mağdur için atanan zorunlu vekil ile yaşı küçük mağdurun iradelerinin çelişmesi halinde, hangisinin iradesine üstünlük tanınacağı hususunda CYY'nın 234. maddesinde açık bir düzenlemeye yer verilmemiştir. Bununla birlikte CGK'nun 03.06.2008 gün 56-156 sayılı kararında da vurgulandığı üzere, CYY'nın 266/2. maddesinde yasa yollarına başvurma konusunda, aynı Yasanın 150/2. maddesine göre atanan zorunlu müdafii ile asilin iradesinin çelişmesi halinde, zorunlu müdafii iradesinin esas alınacağına ilişkin kuralın, olayımızda da mağdur yönünden kıyasen uygulanma olanağı bulunmaktadır. Bunun sonucu olarak ta CYY'nın 234. maddesi uyarınca mağdur için atanan zorunlu vekilin, sanıktan şikâyetçi olduğuna yönelik iradesine üstünlük tanınmalıdır." (www.kazanci.com).

<sup>534</sup> Bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E. 2014/3-28, K. 2014/537 ve T. 02.12.2014 sayılı kararı: "Mağdurenin kanuni temsilcisi ile mağdure için 5271 sayılı CMK'nun 234/2. maddesi uyarınca görevlendirilen vekilin iradelerinin çelişmesi halinde, kanuni temsilcinin iradesine üstünlük tanınması gerektiğinden, somut olayda 15 yaşından küçük olması nedeniyle ayırt etme gücü bulunmayan yaşı küçük mağdurenin, kanuni temsilcisi olan annesinin sanıktan şikâyetçi olmadığını ve kamu davasına katılmak istemediğini beyan etmiş olması karşısında, mağdureye 5271 sayılı CMK'nun 234/2. maddesi uyarınca mahkemenin talebi üzerine baro tarafından görevlendirilen vekilin mağdure adına davaya katılmayı isteme hakkı olmadığı gibi mağdurenin katılan sıfatını almamış olması nedeniyle hükmü temyiz yetkisi de bulunmamaktadır." (www.kazanci.com).

<sup>535</sup> Yenidünya/İçer, **a.g.e.**, s.167.

<sup>536</sup> Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.95.

Soruşturma ve kovuşturması şikâyete bağlı bu suç bakımından failin yakalanabilmesi şikâyet koşulunun gerçekleşmesini gerektirmektedir<sup>537</sup>. Bununla birlikte bu suçun, akıl hastalığı nedeniyle kendilerini idareden aciz bulunanlara karşı işlenmesi halinde şikâyet koşulunun gerçekleşip gerçekleşmediğine bakılmamaktadır (CMK m. 90/3). Suçüstü halleri dışında akıl hastasına karşı işlenen suçlarda ise şikâyet şartı aranacaktır. Bu hükmün mağdurun akıl hastalığı nedeniyle şikâyetin önemini ve anlamını kavrayamamasını ve bu konuda karar verebilecek bir durumda olmamasına bağlıdır<sup>538</sup>.

Suçtan zarar gören kişinin kovuşturma aşamasına geçilmesi sonrası Cumhuriyet savcının yanında Kanun'un kendisine tanıdığı bazı hak ve yetkileri kullanma istemine katılma denir<sup>539</sup>. Kovuşturma evresinin her aşamasında hüküm verilinceye kadar katılma talebinde bulunulabilmektedir (CMK m. 237/1). CMK'da akıl hastalığı katılma talebinde bulunmaya engel bir hal olarak düzenlenmemiştir. Dolayısıyla suçtan zarar gören akıl hastası kimseler de müdahil olabilmektedir. Yargıtay da suçun mağduru olan küçük (15-18 yaş) veya kısıtlının, ayırt etme gücüne sahip ise davaya katılma veya katılmama noktasında bizzat kendisinin iradesinin dikkate alınacağını ifade etmektedir. Bununla birlikte Yargıtay, suçun mağduru olan küçük veya kısıtlı ayırt etme gücüne sahip olmaması durumunda ise katılma ile ilgili kendisinin iradesinin önemi bulunmadığı; katılma konusundaki haklarını onun yerine kanuni temsilcisinin kullanacağını belirtmektedir<sup>540</sup>.

## 2. Akıl Hastası Tanıklara İlişkin Düzenlemeler

5271 sayılı CMK'nın 45. maddesinde tanıklıktan çekinme halleri düzenlenmiştir. Maddenin ikinci fıkrasında göre, *akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle tanıklıktan çekinmenin önemini anlayabilecek durumda olmayanlar, kanunî*

<sup>537</sup> a.g.e., s.315.

<sup>538</sup> Bayındır, a.g.e., s.156.

<sup>539</sup> Öztürk ve diğ., **Nazari ve Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku**, s.236.

<sup>540</sup> Bkz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu E. 2015/14-136 K. 2018/98 ve T. 13.3.2018: “*Katılmanın niteliği itibarıyla şahsa sıkı surette bağlı haklardan olması ve Türk Medeni Kanununun anılan hükümleri birlikte gözetildiğinde; suçun mağduru olan küçük veya kısıtlı, ayırt etme gücüne sahip ise davaya katılma veya katılmama noktasında iradesine bakılacak kişi mağdurun bizzat kendisi olup, gerek kanuni temsilcisinin gerek baroca görevlendirilen vekilin bu konudaki beyanının bir önemi olmayacaktır. Ancak suçun mağduru olan küçük veya kısıtlı ayırt etme gücüne sahip değil ise, katılma ile ilgili kendisinin iradesinin önemi bulunmamaktadır. Böyle bir halde, katılma konusundaki haklarını onun yerine kanuni temsilcisi kullanabilecektir.*”

*temsilcilerinin rızalarıyla tanık olarak dinlenebilirler. Kanunî temsilci şüpheli veya sanık ise, bu kişilerin çekinmeleri konusunda karar veremez.* Buna göre bir kimsenin akıl hastası olması tek başına tanıklık yapmasına engel teşkil etmemektedir<sup>541</sup>. Öte yandan hukukumuzda tanıkların yemin ettirilerek dinlenmesi kuraldır<sup>542</sup>. Ancak tanık, akıl hastalığı nedeniyle yeminin niteliği ve önemini kavrayamıyorsa yeminsiz dinlenmektedir (CMK m. 50).

CMK m. 76/4'e göre, tanıklıktan çekinme sebepleri ile muayeneden veya vücuttan örnek alınmasından kaçınılabilmektedir. Akıl hastasının çekinmesi konusunda kanunî temsilcisi karar vermektedir. Tanıklığın hukukî anlam ve sonuçlarını algılayabilecek durumda olması hâlinde, akıl hastasının görüşü de alınmaktadır.

Son olarak CMK'nın *Delillerin Ortaya Konulması ve Tartışılması* başlıklı bölümünde, duruşmada okunmasıyla yetinilebilecek belgeler belirlenmiştir. Buna göre tanık akıl hastalığına tutulmuş olursa, bu kişinin dinlenmesi yerine, daha önce yapılan dinleme sırasında düzenlenmiş tutanaklar ile kendisinin yazmış olduğu belgeler okunabilmektedir (CMK m. 211).

---

<sup>541</sup> Metin Feyzioğlu, **Ceza Muhakemesi Hukukunda Tanıklık**, Ankara, Us-A Yay., 1996, s.86, 87.

<sup>542</sup> Ünver/Hakeri, **a.g.e.**, s.247.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM – CEZA VE GÜVENLİK TEDBİRLERİNİN İNFAZINDA AKIL HASTALIĞI

### I. Güvenlik Tedbirleri

#### A. Güvenlik Tedbirlerinin Ortaya Çıkışı

Suçtan söz edebilmek için kanundaki tarife uygun ve hukuka aykırı bir eylemin varlığı gereklidir. Ancak failin kınanabilmesi, haksızlığı başka türlü hareket etme imkânı olmasına rağmen gerçekleştirilmesine bağlıdır<sup>543</sup>. Bu bağlamda kusur yeteneğini bulunmadığı sırada bir haksızlık gerçekleştiren kişi, cezalandırılmayacak olsa da eylem, suç vasfını koruyacaktır. Bu bakımdan ceza hukuku yaptırımlarının, bu duruma uygun bir farklılaştırmaya ihtiyaç duyduğu kabul edilmeye başlanmıştır<sup>544</sup>.

Gerçekten yüzyıllardır suçlulukla mücadelede kullanılan tek vasıta olan cezanın, suça ve suçluluğa karşı toplumu korumada yeterli ve tesirli bir silah<sup>545</sup> niteliğinde olmadığını düşünen pozitivistler, cezalandırmaya dayanan sisteme karşı reform hareketini başlattılar. Bu anlayışın temsilcisi olan *Lombroso*, suçu, doğum ve ölüm gibi tabii bir hadise olarak kabul etmektedir<sup>546</sup>. Zira ona göre, insan ancak şahsında bulunan gayri tabiiilikler etkisiyle suç işlemektedir. Bu bağlamda suçluluğun nedenleri failin şahsında, onun fizik, anatomik, psikolojik ve fizyolojik yapısında aranmalıdır. İnsan, her zaman dahili ve harici sebeplerden etkileniyor olması nedeniyle bir bakıma esirdir. Bu sebeplerden herhangi birinin zorlamasıyla bir suç işleyen kişi, esasen başka türlü davranma imkânı yoktur<sup>547</sup>. Bu bakımdan irade ve hareketlerinde özgür bir iradeye sahip olmayan bir kimsenin, işlediği suçtan dolayı manevi sorumluluğundan bahsedilemeyeceğini kabul eden bu yaklaşım, suçları önlemek için

<sup>543</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.493.

<sup>544</sup> Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.622; Mahmutoğlu/Karadeniz, **a.g.e.**, s.1218.

<sup>545</sup> Nurullah Kunter, “Bugünün Ceza Hukukunda Emniyet Tedbirlerinin Yeri”, **İstanbul Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.XIII, Sa.4, 1947, s.1327.

<sup>546</sup> Sulhi Dönmezer, Sahir Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku**, C.I, 14. Bası, İstanbul, Der Yay., 2016, s.83.

<sup>547</sup> Şensoy, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.114.

cezadan başka tedbirlere başvurulması gerektiğini kanaatindedir. Suçlunun, toplumda yaşadığından ve topluma zarar verdiğiinden dolayı yalnız toplumsal sorumluluğu söz konusu olabileceği düşünen pozitivistler, ceza kavramını reddederek bu kimseler için ceza yerine, önleyici ve tenkili olmak üzere iki türlü tedbirin uygulanabileceğini savunmaktadır<sup>548</sup>.

Suç işlenmeden önce uygulanan önleyici tedbirler, suçluluğun nedenlerini ortadan kaldırılmasına ve dolayısıyla suçluluğun azaltılmasına çalışmaktadır. *Ferri*, toplumsal savunmanın bu tedbirler ile daha etkili bir şekilde gerçekleşeceğini yönündeki düşüncesini, “*karanlık cadde*” örneği ile açıklamıştır. Ona göre sık sık suç işlenen bu caddeye jandarma yerleştirmektense, bu caddeyi aydınlatmak toplumsal korunmanın sağlanması için daha akılcı ve ekonomik bir yoldur. Pozitivistlere göre önleyici tedbirler başarısız olursa bu sefer faile ait olduğu suçlu sınıfına en uygun olan tedbire başvurulmalıdır<sup>549</sup>. Bu tedbir, hafif suçlar ve tekerrür yönünden ciddi birer tehlike göstermeyen suçlular için hapis, iş gününe çevrilmesi mümkün para cezası, bir mesleğin icrasından yasaklama gibi baskılayıcı ve zorlayıcı nitelikte; doğuştan suçlular, akıl hastaları ve itiyadi suçlular gibi en tehlikeli suçluluk hallerinde ise toplumdan tasfiye edici olmalıdır. Tasfiye edici tedbirlerin amacı toplumu, devamlı tehlike halinde bulunan ve toplum hayatına uymaları imkânsız olan unsurlardan arındırmaktadır<sup>550</sup>.

*Ferri*'nin başkanlığı altında hazırlanmış olan *1921 İtalyan Ceza Kanunu Öntasarısı* uygulama olanağı bulamasa da pozitivistlerin kişilerin sorumluluğuna ilişkin fikirleri, modern ceza hukukunda ön plana çıkmıştır. Gerçekten 20. yüzyılın ilk çeyreğinden sonra, devletler mevzuatlarında güvenlik tedbirlerine de yer vermeye başlamışlardır<sup>551</sup>. İtalya ve İsviçre yeni çıkardıkları ceza kanunlarında, güvenlik tedbirlerine sistemli bir biçimde yer verirken Alman hukukunda da özellikle tedavi içerikli güvenlik tedbirleri 90'lı yıllarda yapılan reformun temelini oluşturmaktadır<sup>552</sup>.

<sup>548</sup> M. Emin Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Prof. Dr. Atilla Özer'e Armağan, C.XII, 2008, Sa.1-2, s.463.

<sup>549</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.464.

<sup>550</sup> Dönmezer/Erman, *Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku*, C.I, s.98.

<sup>551</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.465

<sup>552</sup> Özgenç, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*, s.649.

## B. Güvenlik Tedbirlerinin Amacı ve Hukuki Niteliği

Güvenlik tedbirleri, bir yandan cezaların suçu ve suçluyu azaltmadaki yetersizliği diğer yandan da kanunda suç olarak tanımlanan tipik eylemi gerçekleştirirler dahi, akıl hastalığı gibi bazı sebeplerden ötürü kusurlu addedemediğimiz kimseler hakkında ceza uygulanmasının cezalandırmanın amacıyla çelişmesi sebebiyle modern hukuktaki önemini artırmaktadır. Gerçekten de kişiyi işlediği suçtan dolayı içinde bulunduğu kusurluluk durumundan *ibra* olmasını amaçlayan<sup>553</sup> cezanın, yaptığının anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği olmayan kişilere uygulanması, toplum vicdanıyla bağdaşan bir durum değildir. Bununla birlikte bu kişilerin toplum içinde kalmaları hem kendi güvenlikleri hem de toplumun korunması açısından tehlike arz eden bir nitelik taşıyabilmektedir<sup>554</sup>.

Bu sebeplerle güvenlik tedbirleri ile güdülen amaç, cezalar ile güdülen amaçtan ayrılmaktadır. Bir cezaya mahkûm edilen kişiden, işlediği eylemin haksızlık içerdiği ve gerçekleştirdiği bu haksızlıktan dolayı sorumlu olduğu bilincine kavuşması beklenmektedir<sup>555</sup>. Böylelikle bir yandan o eylemi gerçekleştiren kişinin tekrar bu suçu işlememesi (özel önleme) hedeflenmekteyken diğer yandan toplumun diğer fertlerini de suç işlemekten caydırma (genel önleme) amacı güdülmektedir. Güvenlik tedbirleri ise tehlikeli halde olan kişilere uygulandığından, bu tedbire başvurmakla güdülen amaç kişinin bu tehlikeli halden kurtulmasını sağlamaktır. Bu sayede, toplum da tehlikeli halde bulunan bu kişiden korunmuş olmaktadır. Ancak burada caydırıcılık amacı güdülmemektedir<sup>556</sup>.

Güvenlik tedbirleri ile genellikle toplumu, tehlikeli halde bulunan kişiden korunma amacı güdülürken çocuklar hakkında uygulanan kimi güvenlik tedbirleri ile suç oluşturan fiili işleyen kimsenin, toplumdan korunması da amaçlanmaktadır<sup>557</sup>.

<sup>553</sup> a.g.e., s.829.

<sup>554</sup> Şensoy, “Cezai Mesuliyeti Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, s.110 vd; Artuk/Gökçen, a.g.e., s.883 vd.; Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.829 vd.; Nuhoğlu, a.g.e., s.85; Dilberoğlu, “Cezalar ve Güvenlik Tedbirlerinin Amacı ve Niteliği”, s.1542-1543 vd.

<sup>555</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.830.

<sup>556</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.475 vd.

<sup>557</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.832.

Diğer yandan öğretide, güvenlik tedbirlerinin nitelikleri itibarıyla müeyyide<sup>558</sup> mi yoksa önleme tedbiri<sup>559</sup> mi olduğu konusunda görüş farklılıkları mevcuttur. Zira her ikisine de ancak bir suçun işlenmesinden sonra hükmedilebilen ceza ve güvenlik tedbirlerinin hukuki nitelikleri itibarıyla birçok benzer yönleri bulunmaktadır: kanuni olmaları, zorla uygulanmaları<sup>560</sup> ferdileştirilebilir olmaları, şahsi olmaları, insani olmaları<sup>561</sup> ve ancak bir yargı kararı ile hükmedilebilir olmaları gibi<sup>562</sup>. Ancak yukarıda açıklanan güvenlik tedbirlerinin tanım ve amaçları, bu tedbirlerin cezalardan farklı olduğunu ortaya koymaktadır. Gerçekten de ceza hukukunun temel ilkelerinden olan “kusursuz ceza olmaz” ilkesi güvenlik tedbirleri için geçerli değildir. İrade serbestisi ve temyiz kudretine sahip olmayan kişiler hakkında ceza verilemezken işlenen fiilin hukuka aykırılığı devam ettiği için bu kişiler hakkında güvenlik tedbirlerine hükümlenabilmektedir<sup>563</sup>. Yine, bazı güvenlik tedbirleri, hapis cezaları gibi hürriyeti bağlayıcı nitelikte olsa dahi, hapis cezasının aksine bu tedbirlerin infazıyla kişiye yaptıklarının karşılığı ödetme düşüncesi yoktur. Güvenlik tedbirlerinin infazıyla, kendisinde bulunan tehlikeli halin yok edilmesi ve iyileştirilmesi amaçlandığından, kişi hapis cezasına mahkûm olanların tabi olduğu infaz rejiminden farklı, tıbbi kuralların ön planda olduğu bir infaz rejimine tabi tutulmaktadır. Güvenlik tedbirleriyle hedeflenen kişideki tehlikeli halin giderilmesi olduğu için de bu tedbirlerin süresi, cezanın aksine suçun ağırlığıyla orantılı değildir; tehlikelilik devam ettiği müddetçe tatbik edilmektedir. Bu sebeple de cezaların aksine, güvenlik tedbirlerinin süresi, bu tedbirlere hükmedildiği anda belirlenmemektedir<sup>564</sup>.

Güvenlik tedbirlerinin hukuki niteliğine, 5237 sayılı TCK'nın sistematigi açısından baktığımızda, “Yaptırımlar” başlığı taşıyan üçüncü kısmının birinci bölümünün “Cezalar”, ikinci bölümünün ise “Güvenlik Tedbirleri” olarak düzenlendiği görülmektedir. Gerçekten de TCK'nın 45. maddesinde suç karşılığında uygulanan yaptırımlar arasında güvenlik tedbirlerine yer verilmemiş, cezaların, hapis ve adli para cezası olduğu ifade edilmiştir. Buna göre, TCK'nın güvenlik tedbirlerine,

<sup>558</sup> Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C.II, s.567.

<sup>559</sup> Hafızoğulları/Özen, **a.g.e.**, s.438-441; Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.889, 890.

<sup>560</sup> İçel, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.701.

<sup>561</sup> Ancak Türk ceza hukukunda, tüzel kişilerin ceza sorumluluğunun kabul edilmediği ve tüzel kişilerin uygulanacak güvenlik tedbirleri bakımından insani olmanın aranmayacağı ifade edilmelidir.

<sup>562</sup> Ayrıntılı bilgi için bkz. Dilberoğlu, **Ceza Hukukunda Güvenlik Tedbirleri**, s.26 vd.

<sup>563</sup> Demirbaş, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.640.

<sup>564</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.889; Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.475-478.

cezalardan farklı bir hukuki nitelik atfettiği anlaşılmaktadır<sup>565</sup>. Bununla birlikte kendisi de güvenlik tedbirlerinin nitelikleri itibarıyla, cezalardan farklı olduğunu düşünen *Centel*, 5237 sayılı TCK'da güvenlik tedbirlerinin düzenleniş biçiminin hatalı olduğu görüşündedir. Buna göre, TCK'nın "Güvenlik Tedbirleri" başlıklı bölümü altında 53. maddede düzenlenen "Belli hakları kullanmaktan yoksun bırakılma" yaptırımının, cezanın bir sonucu olduğunu ve bunun güvenlik tedbirleri başlığı altında düzenlemenin, hukuki niteliğini değiştirmeyeceği söylemektedir. Aynı şekilde, Kanun'un 54 ve 55. maddelerinde düzenlenen eşya müsaderesi ve kazanç müsaderesinin de güvenlik tedbiri niteliği taşımadığını, suçta kullanıldığı ya da suçtan kaynaklanan anlaşılan bir eşyanın müsaade edilmesi bir ceza olduğu ifade etmektedir<sup>566</sup>.

### C. Güvenlik Tedbirlerinin Tanımı ve Uygulanma Şartları

Güvenlik tedbirleri ceza uygulamasının söz konusu olmadığı veya uygulanmakla beraber toplum savunmasında yetersiz kaldığı hallerde geleneksel ve klasik cezayı tamamlamaya tahsis edilen, suçluluğa karşı önleyici savunma vasıtasıdır. Bu tedbirlerin suçluyu zararsız duruma getirmek ve eğitim yoluyla topluma intibak ettirmek amacı vardır<sup>567</sup>. Gerçekten güvenlik tedbirlerinin tanımını yapan birçok müellif, güvenlik tedbirleri, işlediği suçtan dolayı kusurlu olup olmadığına bakılmaksızın, fiil ve failin kişiliğinden kaynaklanan tehlikelilik halini önlemeye özgülünen, suç işleyen kişi hakkında ya da suçun konusu ile veya suçun işlenmesinde kullanılan araçla ilgili olarak uygulanan kişinin kendisini ve toplumu koruma veya kişiyi iyileştirme amacına yönelik ceza hukuku yaptırımları olarak tanımlanmaktadır<sup>568</sup>.

<sup>565</sup> Artuk, "Güvenlik Tedbirleri", s.474.

<sup>566</sup> Nur Centel, "Yeni Türk Ceza Kanunu'nda Cezalar ve Güvenlik Tedbirleri Sistemi", **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2006, s.8, 9 (Erişim: <http://nurcentel.com/makaleler/yenitckyaptirim.pdf>). Benzer yönde bkz. Hafizoğulları/Özen, **a.g.e.**, s.470 vd.

<sup>567</sup> Francesco Antolisei, SBFD. C.XX, No:2, 1965, çev. Yılmaz Günal, s.715 (Erişim file:///C:/Users/tau/Downloads/5000054714-5000072812-1-PB.pdf)

<sup>568</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.830, 831; Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.883; Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.622; A. Vedat Dilberoğlu, "Cezalar ve Güvenlik Tedbirlerinin Amacı ve Niteliği", **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.65, Sa.4, 2016, s.1542, 1543.

Anayasa Mahkemesi (AYM) ise güvenlik tedbirlerini “suç karşılığı olan ve suçludaki tehlikelilik haliyle orantılı bir biçimde hükmedilen suça ve suçluya karşı toplum savunmasına yönelik bulunan yaptırımlar” olarak tanımlamaktadır<sup>569</sup>.

Bu tanımlardan hareketle güvenlik tedbirlerine karar verilebilmesi için şu üç şartın birlikte varlığı gerekmektedir: Tehlikeli halde bulunan bir kişi<sup>570</sup>; bu kişi tarafından işlenmiş bir suç; kanunda öngörülmüş bir güvenlik tedbiri ve bu hususta bir mahkeme kararı.

### 1. Tehlikeli Hal

Kötü bir yaşayış tarzı geçirmek hususunda alışkanlıkları, fizyolojik veya akli kusurları nedeniyle bazı kimseler tehlikeli bir halde bulunabilmektedir. Ceza hukuku bakımından tehlikeli hal, bu halde bulunan şahsın, yeni suçlar işleme olasılığının varlığını ifade etmektedir<sup>571</sup>. Bu olasılığın suç işleneceğine dair güçlü bir olasılık olması gerekmektedir. Bu bakımdan suç işleyen herkes, doğrudan tehlikeli olarak nitelendirilmemelidir. Diğer yandan daha önce hiçbir suç işlememiş bazı kimseler de davranışlarıyla tehlikeli halde olduklarını ortaya koyabilmektedir<sup>572</sup>.

Tehlikeliliğine karar verilen bir şahıs hakkında güvenlik tedbiri hükmedilirken, kişinin içinde bulunduğu bu tehlikelilik hali göz önünde bulundurulmaktadır. Bu bağlamda TCK'nın 3. maddesinde yer alan “Suç işleyen kişi hakkında işlenen fiilin ağırlığıyla orantılı ceza ve güvenlik tedbirine hükümlenir.” ibaresinin sorunlu olduğu ifade edilmelidir<sup>573</sup>. Gerçekten bazı hallerde, güvenlik tedbiri uygulanabilmesi için işlenen suçun belli bir ağırlık derecesine ulaşması şart olarak aranması (eşya müsaadesine hükmedilebilmesi için kasten işlenmiş bir suçun varlığı gibi), hükmedilecek güvenlik tedbirinin, işlenen fiilin ağırlığı ile orantılı olacağı anlamına gelmemektedir.

<sup>569</sup> AYM, E. 1970/42, K. 1971/30, T. 09.03.1971 sayılı karar (www.anayasa.gov.tr).

<sup>570</sup> Ancak bu koşulun, TCK m. 20 kapsamında tüzel kişilere uygulanacak güvenlik tedbirleri bakımından aranmadığı ifade edilmelidir.

<sup>571</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.467.

<sup>572</sup> Ayşe Nuhoğlu, **Ceza Hukukunda Emniyet Tedbirleri**, Ankara, Adil Yay., 1997, s.90.

<sup>573</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.833.

## 2. Bir Suç İşlenmiş Olmalı

Henüz suç işlememiş kimselerin tehlikeli halde bulunabileceğini ifade edilmişti. Ancak bu kimselerin tehlikeli halde bulunup bulunmadıkların kesin olarak saptanması zordur, zira henüz suç işlememiş bir şahsın ileride suç işleyip işlemeyeceği ancak bir tahmine dayanabilir. Bunlar hakkında niteliği itibarıyla müddetsiz olan güvenlik tedbirine hükmetmek kişi dokunulmazlığı ve hürriyetini tehlikeye düşürecektir. Bu bakımdan güvenlik tedbirine ancak *post delictum*, yani suçun işlenmesinden sonra hükmedilmeli ve kişinin hangi hallerde toplum için tehlikeli sayılacağını diğer bir deyişle tehlikeli halin belirtilerini kanun gösterilmelidir<sup>574</sup>.

Gerçekten modern ceza hukukunda ancak suç işlemiş kişiler hakkında güvenlik tedbirine başvurulmaktadır. Buna karşın 1930 İtalyan Ceza Kanunu'na<sup>575</sup> göre, henüz işlenmemiş olan bir fiilden dolayı kişi hakkında cezaya hükmedilemese de güvenlik tedbirine karar verilebilmektedir. Örneğin söz konusu kanunda, işlenemez suça teşebbüsü düzenleyen 49. maddesine göre, hareketin elverişli olmaması veya suçun bulunmaması nedeniyle zararlı veya tehlikeli sonuca ulaşmak imkansız ise hakim hakkında mahkumiyet hükmü kurmadığı sanık hakkında güvenlik tedbirlerinden birine hükmedebilmektedir. Aynı şekilde, bir suçu işlemek üzere anlaşılan birden fazla kişi hakkında, bu suçu işlememiş olsalar dahi Kanun'un 115. maddesine göre güvenlik tedbirlerine hükmedilebilmektedir<sup>576</sup>.

Diğer yandan güvenlik tedbirlerine karar verilebilmesi için suç olarak tanımladığı bir fiilin işlenmiş olmasını arayan kanunlar arasında da kimi farklılıklar söz konusudur. Gerçekten genellikle bu tedbire hükmedilebilmesi için kasten işlenmiş bir fiilin varlığı gerekmektedir, İtalyan ve İsviçre Ceza Kanunlarında taksirle işlenmiş bir suçun varlığı yeterli olmaktadır. Yine, bazı kanunlar tedbire hükmedilmesi için sadece para cezasına mahkûmiyete neden olabilecek fiillerin işlenmesini yeterli görmemektedir; Fransa ve Belçika gibi bazı ülkelerde basın ve siyasi suçları işleyenler hakkında bu tedbirlere başvurmayı tercih etmemektedirler<sup>577</sup>.

<sup>574</sup> Artuk/Gökçen, **a.g.e.**, s.885.

<sup>575</sup> Kanun'un İngilizce çevirisi için bkz. [http://hrlibrary.umn.edu/research/ Penal%20Code%20\(English\).pdf](http://hrlibrary.umn.edu/research/ Penal%20Code%20(English).pdf), E.T.: 11.01.2019.

<sup>576</sup> Nuhoglu, **a.g.e.**, s.111.

<sup>577</sup> Artuk, "Güvenlik Tedbirleri", s.469, 470.

Türk ceza hukukunda ise 5237 sayılı TCK'nın 2. maddesinde “*Kanun'un açıkça suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez ve güvenlik tedbiri uygulanamaz.*” şeklinde ifade edildiği üzere bir kişi hakkında güvenlik tedbirine başvurulması, o kişinin suç işlemesine bağlıdır. Ancak bu suçun işlenmesi dolayısıyla kişinin kusurlu olması şart değildir. Buna karşın kişinin işlemiş bulunduğu suç dolayısıyla kusurlu bulunması halinde, ceza ve güvenlik tedbirlerine birlikte başvurulabilmektedir<sup>578</sup>. Bu noktada belirtilmelidir ki her iki yaptırıma birden hükmedilmesi, ceza ve güvenlik tedbirlerinin niteliğinin birbirinden farklı olması sebebiyle “*non bis in idem*” kuralına aykırılık teşkil etmeyecektir<sup>579</sup>.

Güvenlik tedbirlerinin uygulanabilmesi için kişinin doğrudan faili olması gerekmemektedir. Suça iştirak eden azmettiren veya yardım eden hakkında da güvenlik tedbiri uygulanabilmektedir<sup>580</sup>.

### 3. Kanunda Öngörölmüş Olması

Anayasa'nın 38. maddesinde “*Ceza ve ceza yerine geçen güvenlik tedbirleri ancak kanunla konulur.*” şeklinde TCK'nın 2. maddesinde ise “*Kanun'un açıkça suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez ve güvenlik tedbiri uygulanamaz. Kanunda yazılı cezalardan ve güvenlik tedbirlerinden başka bir ceza ve güvenlik tedbirine hükmolunamaz.*” şeklinde ifade edildiği gibi ceza hukukunun temel prensiplerinden birisi olan kanunilik ilkesi, güvenlik tedbirleri için de geçerlidir. Bu bağlamda bir güvenlik tedbirine hükmedilebilmesi için kanunda suç olarak tanımlanan bir fiilin işlenmesi ve kanunda yazılı belirli hal ve durumların mevcut olması gerekmektedir. Ayrıca kanunda yazılı olmayan bir güvenlik tedbirine karar verilmesi de mümkün değildir<sup>581</sup>.

<sup>578</sup> Özgenç, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*, s.830.

<sup>579</sup> Nuhoglu, *a.g.e.*, s.60.

<sup>580</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.469.

<sup>581</sup> *a.g.e.*, s.470.



#### 4. Mahkeme Kararı

Güvenlik tedbirlerine uygulanması için gerekli koşullardan biri de bu konuda verilmiş bir karardır. Karşılaştırmalı hukukta kararı kimin vereceğini ilişkin idari, adli ve karma olmak üzere üç farklı sistem bulunmaktadır<sup>582</sup>.

Milletlerarası Ceza Hukuku ve Cezaevleri Komisyonunun (1950) aldığı karara göre, güvenlik tedbirlerine hükmetmek ve bu tedbirinin türünü belirlemek, mahkemelerin yetkisindedir<sup>583</sup>. İtalyan ve İsviçre Ceza Kanunlarında olduğu gibi karşılaştırmalı hukukta da genellikle bir suç nedeniyle tedbire ve bu tedbirin türüne karar verme yetkisi, mahkemelere aittir. Ancak Norveç Hukukunda güvenlik tedbirinin hükmedilmesine hâkimin takdirindeyken, bu tedbirin nev'ine karar vermek ise ceza infaz makamının yetkisindedir<sup>584</sup>.

5237 sayılı TCK'nın da benimsemiş olduğu adli sisteme göre, güvenlik tedbirlerine karar verme yetkisi, mahkemelere aittir. Zira mahkemeler, olay ve faile yakınlıkları nedeniyle idari makamlardan daha isabetli bir tedbire hükmedebilmekte ve kişiler de idari makamlardan ziyade mahkemeler önünde haklarını daha iyi savunabilmektedir. Bu sistemi savunan öğretisi, idari makamların sürece dahil edilmesinin, para ve zaman israfına neden olmasının yanı sıra mahkemelerin otoritesinin zayıflamasına sonucunu da doğuracağını ifade etmektedir<sup>585</sup>.

#### D. Güvenlik Tedbirlerinin Uygulanış Şekilleri

Modern ceza hukukunda, “ceza” ve “güvenlik tedbiri” olmak üzere iki tür yaptırım vardır. Gerçekten gerek Milletlerarası Ceza Hukuku Birliği gerek de Türk AYM<sup>586</sup> suçla mücadele tek vasıta olarak kabul etmediği ceza yaptırımının, önleyici tedbirlerle tamamlanması gerektiği görüşündedir<sup>587</sup>. *İkililik sistemi* olarak adlandırılan

<sup>582</sup> İdari ve karma sistem hakkında detaylı bilgi için bkz. Naci Şensoy, “Akli Maluliyetin İlmî Cepheden Tetkiki”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.7, Sa.1, 1950, s.187 vd. (Erişim: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/245/2182.pdf>); Nuhoglu, *a.g.e.*, s.85 vd; Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.470 vd; Bayındır, *a.g.e.*, s.135.

<sup>583</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.472.

<sup>584</sup> *a.g.e.*, s.473.

<sup>585</sup> Nuhoglu, *a.g.e.*, s.85, 86.

<sup>586</sup> AYM, E. 1970/42, K. 1971/30, T. 09.03.1971 sayılı karar ([www.anayasa.gov.tr](http://www.anayasa.gov.tr))

<sup>587</sup> Artuk, “Güvenlik Tedbirleri”, s.489.

bu sistem, bütün yeni ceza kanunlarında kabul edilse de uygulanış biçimleri bakımında farklılık söz konusu olabilmektedir. Zira bazı hukuk sistemleri cezanın güvenlik tedbirlerinin yanında uygulanmasını kabul ederken; bazı hukuk sistemleri ise aynı anda bu yaptırımlardan ancak bir tanesinin uygulanabilmesine izin vermektedir<sup>588</sup>.

### E. Güvenlik Tedbirlerinin Çeşitleri

Güvenlik tedbirleri korudukları hukuki değerler yönünden üçlü ayrıma tabi tutulmuştur<sup>589</sup>. Buna göre *hürriyeti kaldıran veya sınırlayan güvenlik tedbirleri* (akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri, itiyadi alkoliklerin ve uyuşturucu madde bağımlılarının bir tedavi müessesesine gönderilmeleri, yabancıların sınır dışı edilmeleri, belli bazı yerlere girmekten veya bir yerde oturma yasaklanma ya da ikamet zorunluluğu gibi); *haklardan yoksun kılan güvenlik tedbirleri* (siyasi haklardan yoksun kılınma, velayet haklarından yoksun kılma, bir meslek veya sanatı icradan yasaklanma gibi); *diğer tedbirler* (hükümün ilanı, önleyici kefarete, müsadere gibi). Artuk ise güvenlik tedbirlerinin çeşitlerini incelerken, kişi hürriyetini kaldıran ve haklardan yoksun bırakan güvenlik tedbirleri aynı başlık altında; kişi hürriyetini sınırlayan güvenlik tedbirleri ise ayrı başlık altında toplamayı tercih etmiştir<sup>590</sup>.

5237 sayılı TCK'nın birinci kitabının üçüncü kısmının (yaptırımlar) ikinci bölümünde güvenlik tedbirleri düzenlenmektedir. Bunlar: Belli hakları kullanmaktan yoksun bırakılma (m. 53), eşya müsadere (m. 54), kazanç müsadere (m. 55), çocuklara özgü güvenlik tedbirleri (m. 56, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu m. 5), akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri (m. 57), suçta tekerrür ve özel tehlikeli suçlular (m. 58), sınır dışı edilme (m. 59), tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbirleridir (m. 60).

<sup>588</sup> Ayrıntı bilgi için bkz. Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.139 vd.

<sup>589</sup> Dönmezer/Erman, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C.II, s.573; Harun Çolak, Uğurtan Altun, **Türk Ceza Hukukunda Ceza ve Güvenlik Tedbirleri**, İstanbul, Bilge Yay., 2007, s.770.

<sup>590</sup> Artuk, "Güvenlik Tedbirleri", s.486-488.

## II. 5237 Sayılı TCK'da Akıl Hastalarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri

Hükümet tasarısında 765 sayılı TCK'da<sup>591</sup> olduğu gibi akıl hastaları hakkında uygulanacak güvenlik tedbirleri ve buna ilişkin usuller aynı maddede düzenlenmiş iken TBMM Alt Komisyonunda bunların aynı maddede yer almasının sistematik açısından sakıncalı olacağı gerekçesi ile akıl hastalarına uygulanacak güvenlik tedbirleri 57. maddede ayrıca düzenlenmiştir<sup>592</sup>.

Akıl hastalarına ilişkin güvenlik tedbirlerini detaylı olarak ele almadan önce ifade edelim ki aşağıda belirtilen usuller yetişkinler için söz konusudur. Zira Çocuk Koruma Kanunu m. 12'ye göre, suça sürüklenen çocuğun aynı zamanda akıl hastası olması hâlinde, 5237 sayılı TCK'nın 31. maddesinin birinci ve ikinci fıkraları kapsamına giren çocuklar hakkında, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanmaktadır.

<sup>591</sup> Güvenlik tedbirleri 765 sayılı TCK döneminde sadece "tam akıl hastası" olarak adlandırılan kişiler hakkında uygulanmıştır.

<sup>592</sup> "(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.

(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 hakim kararıyla serbest bırakılabilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

(4) Tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

(5) Tıbbi 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 fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenlikli 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 hakim kararıyla serbest bırakılabilir."

## A. Kusur Yeteneği Bulunmayan Akıl Hastalarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri

### 1. Tedavi Tedbiri (TCK m. 57/1)

Maddenin ilk fıkrasında “Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedileceği” ifade edilmek suretiyle Kanun’un 32. maddesinin ilk fıkrasına paralel bir düzenleme getirilmiştir. Burada bahsedilen akıl hastaları, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişilerdir. Maddede “hükmedilir” ibaresine yer verilmek suretiyle bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmesinin zorunlu olduğunu ifade edilmiş ve mahkemeye bu konuda bir takdir hakkı tanınmamıştır.

Kanun koyucu, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmedileceğini düzenlerken işlenen fiili değil, fiili işleyen kişinin durumunu göz önünde bulundurmuştur<sup>593</sup>. Suçun kasten veya taksirle işlenmesinin bir önemi yoktur<sup>594</sup>. Yine güvenlik tedbirine hükmedilmesi için suçun kanunda yazılı alt veya üst sınırına ilişkin bir sınırlama da yapılmamıştır. Sonuç olarak kanunda yazılı hangi suç işlenirse işlensin, kişi eğer fiili işlediği sırada akıl hastası ise hakkında cezaya değil, güvenlik tedbirine hükmolunacaktır.

Dikkat edilirse akıl hastalığının etkisiyle suç işleyen fail hakkında güvenlik tedbirine başvurulması için ayrıca bir “tehlikeli hal” değerlendirilmesi yapılmaz. Kanun koyucu suç işleyen akıl hastasının tehlikeli olduğunu en baştan varsaymaktadır. Halbuki 1953 yılında 6123 sayılı Kanun ile mülga Kanun’da yapılan değişiklik öncesi tedavi tedbirine başvurabilmesi, failin yargılandığı mahkemece tehlikeli bulunmasına bağlıydı. Alman Ceza Kanunu’nda (StGB) da akıl hastası etkisiyle suç işleyen bir kimse hakkında psikiyatri kliniğine yerleştirme tedbiri uygulanabilmesi için her halükarda tehlikeli halin varlığı aranmaktadır. Gerçekten StGB’nin “İyileştirme ve Güvenlik Tedbirleri” başlıklı faslın “Bir Psikiyatri Kliniğine Yerleştirme” başlığını taşıyan § 63, mahkemenin, akıl hastalığı nedeniyle kusur yeteneği ortadan kalktığı veya azaldığı sırada hukuka aykırı bir fiil işleyen kimseyi ve işlediği fiili bir bütün

<sup>593</sup> Dilberoğlu, *Ceza Hukukunda Güvenlik Tedbirleri*, s.75.

<sup>594</sup> Koca/Üzülmez, *a.g.e.*, s.647.

olarak değerlendireceği ve bu durum dolayısıyla gelecekte önemli hukuka aykırı fiiller işleme ihtimali bulunduğunu ve bu nedenle failin toplum için tehlike arz ettiğini öngörürse, onun bir psikiyatri kliniğine yerleştirilmesine karar vereceğini düzenlenmektedir<sup>595</sup>. Ayrıca § 63 StGB de 1 Ağustos 2016’da yapılan değişiklikle birlikte söz konusu tedbir, ancak *mağdurların zihinsel veya bedensel olarak ağır zarar gördüğü ya da ciddi şekilde tehlikeye girdiği ya da ciddi ekonomik zararlara uğradığı durumlarda* uygulanabilecektir<sup>596</sup>. Benzer şekilde İtalyan Ceza Genel Kurulu’nun 08.03.2005 ve 9163 sayılı kararına göre de akıl hastalığı ile tehlikeli hal arasında doğrudan kabul edilebilecek bir ilişki bulunmamaktadır<sup>597</sup>.

Kanaatimizce kasten hayata ve vücut bütünlüğüne karşı işlenen suçlar dışında suç işleyen akıl hastası hakkında güvenlik tedbirine başvurulmadan önce ayrıca bir “tehlikeli hal” incelenmesi yapılması doğru bir yaklaşım olacaktır.

Öte yandan hakkında güvenlik tedbirine hükmolunmuş akıl hastasının, hangi kuruma yerleştirileceği infaz savcısının görevidir<sup>598</sup>. Bu sebeple mahkemelerin infaz savcısının yetkisini sınırlamayacak şekilde hüküm kurması gerekir<sup>599</sup>. Ayrıca hükümde tedavinin süresi de belirlenemez.

## 2. Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumu

Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş akıl hastanın, nasıl bir kurumda koruma ve tedavi altına alınacağına yönelik, karşılaştırmalı hukukta farklı usuller söz konusudur. Bu kişiler, kimi ülkelerde suç işlememiş akıl hastalarının bulunduğu

<sup>595</sup> Bkz. Yenisey/Plagemann, **Strafgesetzbuch (StGB)**, s.67. İtalya’da akıl hastalığı etkisiyle suç işleyen fail hakkında güvenlik tedbirine başvurulması suçun kanunda yazılı alt sınırının 5 yıldan az olmamasını gerektirmekte iken İngiltere’de ise ancak hapis cezasını gerektiren suçlar bakımından güvenlik tedbire başvurulabilmektedir. Bkz. Yücel, **Toplumsal Değişim Sürecinde Türk Ceza Kanunu Reformu**, s.85. Bu konuda ayrıca bkz. Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.195 vd.

<sup>596</sup> Değişiklik öncesi ve sonrası § 63 StGB için bkz. <https://lexetius.com/StGB/63,2>, E.T.: 19.11.2018.

<sup>597</sup> Bu konuda ayrıntılı bilgi için bkz. Ozan Ercan Taşkın, “Akıl Hastası Üzerindeki Bakım ve Gözetim Yükümlülüğünün İhlali Suçu”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.65, Sa.4, 2016, s.2474.

<sup>598</sup> Behiye Eker Kazancı, “Akıl Hastalarına Uygulanacak Güvenlik Tedbirleri”, **2. Ceza Hukuku Reformları Kongresi**, İstanbul, 2015, Editör: Prof. Dr. Adem Sözüer, C.1, s.253; Hakeri, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.407.

<sup>599</sup> “Cumhuriyet Savcısının infaz yetkisinin sınırlar şeklinde sanığın koruma ve tedavi altına alınacağı yer belirtmek suretiyle yazılı şekilde hüküm kurulmasında isabet görülmemiştir.” Bkz. Yargıtay 11. Ceza Dairesi’nin E. 2005/11115, K. 2005/14353 ve T. 26.12.2005; Benzer yönde Yargıtay 4. Ceza Dairesi’nin E. 2002/26686, K. 2003/9259 ve T. 13.10.2003 sayılı kararı (www.kazanci.com).

kurumlara gönderilirken kimi ülkelerde de infaz kurumları içinde oluşturulmuş özel kısımlara konulur<sup>600</sup>. Örneğin İngiltere’de zihinsel bozukluğu veya nöro-gelişimsel bozukluğu olan hükümlülerden, tehlikeli veya itiyadi suçlu olanları güvenli sağlık kurumunda, diğerleri ise infaz kurumları içinde tedavi altına alınmaktadır. Hükümlünün güvenli sağlık kurumuna gönderilmesi, kapsamlı bir risk değerlendirmesi ile bu risklerin hastanedeyken nasıl güvenli bir şekilde yönetilebileceğinin ayrıntılı olarak belirlenmesini gerektirir. İngiltere ve Galler için oluşturmuş tam doluluk ile çalışan toplam yedi binin üzerinde kapasiteye sahip 3 hastane bulunmaktadır<sup>601</sup>.

TCK’nın 57. maddesinin ilk fıkrasında ise, haklarında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastalarının yüksek güvenlik sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınacağı düzenlemiştir. Bu kişilerin herhangi bir sağlık kurumuna gönderilmelerini kabul etmeyen kanun koyucu, yüksek güvenli sağlık kurumunu tanımlamış değildir<sup>602</sup>. Ancak bu kurumların resmi bir kurum olması gerekmektedir. Zira ceza ve güvenlik tedbirleri, tüm ülke düzeyinde yürütülmekte olan adalet işleri olması nedeniyle bir kamu hizmetidir<sup>603</sup>. Adalet, devlet tarafından yürütülen, bu yönüyle tekel niteliğinde olan bir kamu hizmetidir<sup>604</sup>. Ayrıca 2992 sayılı Adalet Bakanlığı Teşkilat Kanunu’nun 2. maddesine göre *her derece ve türdeki adalet kurumlarını planlamak, kurmak ve idari görevleri yönünden gözetim ve denetimini yapmak ve geliştirmek*, Adalet Bakanlığının görevleri arasında sayılmış olup Kanun’da bu işlerin gördürülmesine ilişkin bir ibare kullanılmamıştır. Öte yandan 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Kanunu’nun 57. maddesinde de hastaneye sevki zorunlu görülen hükümlülerin, tam teşekkülü devlet veya üniversite hastanesine yatırılacağı ve bu kişilerin acil haller dışında özel sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyeceği düzenlenmiştir<sup>605</sup>.

<sup>600</sup> Şensoy, “Akli Maluliyetin İlmî Cepheden Tetkiki”, s.188, 189.

<sup>601</sup> İngiltere ve Galler’de toplam hükümlü sayısı ise 90 bin civarındadır. Bkz. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/c02-high-sec-mh.pdf>, E.T.: 15.10.2019.

<sup>602</sup> Ulutürk, **a.g.e.**, s.151. *Güzel*, 5275 sayılı Kanunu m. 9/1’de yer alan “yüksek güvenli kapalı ceza infaz kurumları” ilişkin düzenlemenin yüksek güvenli sağlık kurumları için kıyasen uygulanabileceği ifade etmektedir. Bkz. *Güzel*, **a.g.e.**, s.377, 378.

<sup>603</sup> Turan Yıldırım ve diğ., **İdare Hukuku**, 7. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yay., 2018, s.495.

<sup>604</sup> Bahtiyar Akyılmaz, Murat Sezginer, Cemil Kaya, **Türk İdare Hukuku**, 8. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2017, s.622.

<sup>605</sup> Sanığın resmi bir kurumda muhafaza ve tedavi altında bulundurulması gerektiği hakkında bkz. Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin E. 1994/1627, K. 1994/1529 ve 12.05.1994 T. sayılı kararı ([www.kazanci.com](http://www.kazanci.com)).

Yüksek güvenlik sağlık kurumu benzeri kurumlar, Batı ülkelerinde uzun yıllardan bu yana bulunmaktadır. Bu ülkelerde suç işlemiş akıl hastaları hakkındaki güvenlik tedbirlerinin infazında öncelik, bu kişilerin tedavi ve rehabilitasyonundan önce, toplumun potansiyel risk taşıyan bu tür kişilerden korunmasını sağlama yönündedir<sup>606</sup>. Gerçekten akıl hastalarına yönelik güvenlik tedbiriyle sadece koruma veya tedavi amacı güdülemez<sup>607</sup>. Şüphesiz bu uygulama ile bu kişilerin korunmaları ve tedavileri de mümkün olabilmektedir.

Maddede yüksek güvenlikli sağlık kuruma yer verilmiş olması hem kişi hem de toplum sağlığı ve güvenliği açısından isabetli olduğu genel olarak kabul edilmektedir. Ancak ülkenin, yetişmiş eleman, ekonomik ve alt yapı imkanları, doktrinde bu düzenlemenin, gerektiğini gibi hayata geçirilemeyeceği düşüncesini doğurmuştur<sup>608</sup>. Gerçekten ülkemizde henüz yüksek güvenlikli sağlık kurumları bulunmamaktadır. Nitekim uygulamada da suç işlemiş akıl hastaları, donanım ve özellikleri en uygun mevcut sağlık kurumlarının ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanelerinin<sup>609</sup> özel bölümlerinden birinde tedavi ve koruma altına alınmaktadır<sup>610</sup>. Ancak bu durum suç işlememiş akıl hastalarını, suç işlemiş akıl hastaları ile aynı

<sup>606</sup> Nevzat Alkan, “5237 Türk Ceza Kanunu’nun Adli Tıp Yönünde Değerlendirilmesi”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sa.58, 2005, s.152

<sup>607</sup> Özgeç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.867.

<sup>608</sup> Alkan, “5237 Türk Ceza Kanunu’nun Adli Tıp Yönünde Değerlendirilmesi”, s.152

<sup>609</sup> Mevcut ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri şu şekildedir: Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi. Bkz. Selim Güzel, **Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı ile Kalem Hizmetleri**, İstanbul, Legal Yay., 2016, s.183.

<sup>610</sup> Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü’nün konu ile ilgili görüşlerinde; Asliye Ceza Mahkemesi’nin 21/02/2006 tarihli 2005/89 esas ve 2006/44 karar sayılı ilamıyla sanık hakkında 5237 sayılı TCK’nun 57. Maddesi uyarınca koruma ve tedavi amaçlı olarak akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin uygulanmasına karar verildiği kararın infazı için Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nin Ceza İşleri Genel Müdürlüğü’nün 21/09/2005 tarihli ve 39294 sayılı yazılarında tanımlanan yüksek güvenlikli kurum olmadığı belirtilmiştir, bu nedenle ilamın infaz edilemediği, anılan yazıda tanımlanan yüksek güvenlikli kurumların nereler olduğu konusunda da tespit yapıp yapılmadığı ve verilen kararın ne şekilde infaz edileceği hususlarında görüş talebini içeren Cumhuriyet Başsavcılığı’nın ilgi yazısı incelendi...

Akıl hastası olan ve hakkında 5237 sayılı TCK’nun 57. maddesinin birinci fıkrası gereğince koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilen kişinin yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınması gerektiği, ancak ülkemizde henüz yüksek güvenlikli sağlık kurumlarının kurulamamış olması nedeniyle bu kurumların kurulmasına kadar, yukarıda tanımda belirtilen donanım ve özelliklere en fazla sahip mevcut sağlık kurumlarının, ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanelerinin özel bölümlerinden birinde tedavi ve koruma altına alınması suretiyle asliye ceza mahkemesinin ilamının infazının yerine getirilebileceği belirtilmiştir. Bkz. Vehbi Kadri Kamer, **Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı**, Ankara, Adalet Yay., 2007, s.349, dipnot 346.

kurumu koymak istemeyen kimseler nezdinde tedirginliğe sebep verebilir<sup>611</sup>. Bu sebeple, bu kurumların Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere ve Avustralya örneğinde olduğu gibi, özel sektör tarafından açılması ve işletilmesi önerilmektedir<sup>612</sup>. Öte yandan İsviçre’de bu kişiler akıl hastanesine değil, psikiyatri kliniklerinden oluşan bakım veya iyileştirme kurumlarına gönderilmektedir. Uygulamada bu kurumların cezaevi veya toplumdaki tecrit etme birimlerine dönüştüğüne yönelik eleştiriler de mevcuttur<sup>613</sup>. Ancak yukarıda ifade ettiğimiz üzere, mevcut düzenlemelerimiz itibarıyla ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazının, özel kişilere gördürülmesi mümkün değildir.

### 3. Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumundan Serbest Bırakma (TCK m. 57/2)

TCK m. 57/2’ye 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 hakim* kararıyla serbest bırakılabilir. Fıkra, serbest bırakma konusunda yetkili merci olarak *hakime* de yer verilmiş olsa da güvenlik tedbirine münhasıran hükmü veren mahkemece karar verilmelidir. Zira infaz hakimliği konusunda düşünülen çalışmalar nedeniyle Kanun’a bu yönde bir ibare konulmuş ancak düşünülen gerçekleştirilmemiştir<sup>614</sup>.

Diğer yandan fıkra “serbest bırakılabilir” ifadesine yer verilmesi suretiyle de mahkemenin, sağlık kurulunca düzenlenen rapora bağlı olmadığı belirtilmektedir. Bununla birlikte tehlikeliliğin tespiti tıbbi bir konu olduğu için mahkeme, kişinin serbest bırakılmasına ilişkin raporun usulüne uygun olarak düzenlediğini tespit ettikten sonra artık tedbirin devamına karar vermemelidir<sup>615</sup>. Nitekim AİHM’nin görüşü de acil durumlar haricinde, akıl hastalığı kanıtlanmadığı sürece kişinin özgürlüğünden yoksun

<sup>611</sup> Şensoy, “Akli Maluliyetin İlmî Cepheden Tetkiki”, s.188, 189.

<sup>612</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.151.

<sup>613</sup> Nuhoglu, **a.g.e.**, s.215.

<sup>614</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.868.

<sup>615</sup> Sanıkların mahkeme kararına gerek olmaksızın kurul raporu ile serbest bırakılmaları gerektiği, zira mahkemenin rapor üzerinde tasarruf hakkı olmadığı görüşü için bkz. Ali Rıza Mengüç, **Ceza İnfaz Hukuku ve İnfaz Müesseseleri**, İstanbul, 1968, s.229.



bırakılmaması ve akıl hastalığının tespitinin, objektif tıbbi bir uzmanlığı gerektirdiği yönündedir<sup>616</sup>.

Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastasının, toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının tespiti üzerine serbest bırakılması 5237 sayılı TCK ile getirilen bir düzenlemedir. Zira 765 sayılı TCK'da tedavi süresi, iyileşmeye kadar devam etmektedir. Serbest bırakma için kişinin iyileşmiş olmasının aranması, öğretilerde haklı gerekçelerle eleştirilmiştir<sup>617</sup>. Gerçekten, bu düzenlemeye göre tıbben iyileşme olanağı mümkün olmayan bazı akıl hastalarının, ömür boyu akıl hastanesinde kalması söz konusu olabilmektedir. Bu durum ise insan hakları ile bağdaşmamaktadır. Bu nedenle, 765 sayılı Kanun'dan farklı olarak, 5237 sayılı TCK'da güvenlik tedbirinin süresi, akıl hastasının iyileşmesine bağlı kılınmamıştır<sup>618</sup>.

Alman Ceza Kanunu 67/d maddesinin birinci fıkrasında bağımlılıktan kurtulma tedavisi yapan bir kuruma yerleştirme tedbirinin iki yılı geçemeyeceğini düzenlerken son fıkrada, akıl hastaları için psikiyatri kliniğine yerleştirilme tedbiri bakımından doğrudan bu yönde bir sınırlama yapılmamıştır. Gerçekten fıkraya göre, *Mahkeme bir psikiyatri kliniğine yerleştirilme tedbirinin infazı başladıktan sonra, tedbirin koşullarının artık mevcut olmadığı veya tedbirin infaz edilmesinin sürdürülmesinin ölçüsüz olacağını tespit ederse, tedbirin konusu kalmadığı için sona*

<sup>616</sup> AİHM Winterwerp / Hollanda, Başvuru no: 6301/73, 27.11.1981, par. 39, s.15 (<https://hudoc.echr.coe.int>). Karara konu olayda Fritz Winterwerp, acil tedbir gerekçesiyle eşinin talebi üzerine, belediye başkanının emrine binaen 1968 yılında Mayıs ayında üç haftalığına bir akıl hastanesine yatırılmıştır. Aynı yılın Haziran ayında ise eşinin talebi üzerine Winterwerp'in ikametgâhının bulunduğu yer sulh hakimi tarafından 6 ay süreyle hastanede tutulmasına kararı verilmiştir. Daha sonra yine eşinin talepleri ve bölge mahkemesinin hekim raporlarına dayalı olarak verdiği kararlar ile Winterwerp'in hastanede tutulmasına devam edilmiştir. Ayrıca akıl hastanesine yatırılması nedeniyle mallarını idare etme yetkisini de kaybetmiştir. Bu süre zarfında Winterwerp'e savunma hakkı ya da hekim raporlarına itiraz hakkı verilmemiştir. Winterwerp 1969, 1971, 1972 ve 1973 yıllarında taburcu edilme talebinde bulunsa da ilk talebi bölge mahkemesi tarafından kendisinin dinlenmesinden sonra; diğer üç talebi ise savcı tarafından Hollanda kanunlarının kendisine tanıdığı yetkiye dayalı olarak mahkemeye gönderilmeden reddedilmiştir. Böylelikle AİHS'de düzenlenen haklarının ihlal edildiğini düşünen Winterwerp hastanede tutulmasının usul ve yasaya aykırı olduğu (m. 5/1-e), tutulmasına itiraz etme ve hazır bulunma hakkı ile temsil edilme olanağı tanınmadığı (m.5/4) ve hastanede tutulma ile birlikte doğrudan mallarını idare etme yetkisinin kayyuma verilmesi (m.6/1) gerekçeleriyle AİHM'e başvurmuştur. Mahkeme ise Winterwerp'in hastane tutulmasında Hollanda yasalarında öngörülen usullere uyulduğu gerekçesiyle m. 5/1-e'nin ihlal edilmediğine; ancak tutukluluğuna itiraz etme hakkı tanınmaması nedeniyle m. 5/4'ün ve mallarını idare etme yetkisinden yoksun bırakılırken mahkeme tarafından dinlenmesini isteme hakkını tanınmaması nedeniyle m. 6/1'in ihlal edildiğine karar vermiştir.

<sup>617</sup> Ulutürk, a.g.e., s.142.

<sup>618</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.868; Özbek ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.369.

*erdiğine karar verir*<sup>619</sup>. Ancak 01.08.2016 tarihinde fıkra, yerleştirmenin altıncı yılı doldurması halinde, kuruma yerleştirilen kişinin mağdura karşı zihinsel ya da bedensel olarak ağır zarar verebilecek nitelikte önemli suçlar işleme tehlikesi olmadığı sürece, artık orantılı kabul edilemeyeceği ilişkin bir yeni bir cümle eklenmiştir<sup>620</sup>.

İtalyan Ceza Kanunu m. 208'e göre tedbire belirsiz bir süre için hükmedilebilecektir<sup>621</sup>. Ancak hükmedilen her bir güvenlik tedbiri için Kanun'da belirtilen asgari sürenin tamamlanmasından sonra, hakim kişinin toplum için tehlike halinin devam edip etmediğini yeniden incelemektedir. Kişinin tehlike halinin devam ettiğine kanaat getirirse yeni bir süre belirlemekte ve bu yeni süre dolduktan sonra kişinin tehlikeli olup olmadığını tekrar değerlendirmektedir. Ayrıca tehlikeli halin sona erdiği hususunda makul bir sebep olduğu takdirde hakim her zaman yeni bir değerlendirme yapabilmektedir. Avusturya Ceza Kanunu m. 25'te de tedbire belirsiz bir süre için hükmedileceği ancak ilk defa suç işleyen için bu sürenin 2 yılı; mükerrer suçlular için 10 yılı geçemeyeceği belirtilmiştir<sup>622</sup>.

5237 sayılı TCK'da, artık iyileşme koşulu aranmadığı gibi, eski TCK'nun aksine hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş akıl hastasının serbest bırakılması için asgari bir süre de öngörülmemiştir. Gerçekten 765 sayılı TCK'nda var olan düzenlemeye göre ağır cezayı gerektiren bir suç işleyen akıl hastası, daha önce iyileşmiş olsa dahi en az bir yıl tedavi kurumunda kalmak zorundadır. Nitekim bu durum doktrinde, güvenlik tedbirlerinin subjektiflik niteliği ile bağdaşmadığı için eleştirilmiştir<sup>623</sup>. Zira kişinin topluma sağlıklı bir şekilde yeniden kazandırılmasını amaçlayan güvenlik tedbirlerinin, her bireyin kişisel özellikleri göre uygulanması gerekmektedir. İyileşmiş olan kimsenin, sadece asgari süre dolmadığı için hürriyetinin kısıtlanmaya devam etmesi ise bu kişi hakkında uygulanan yaptırımı, güvenlik tedbiri olmaktan çıkarıp ceza haline getirmektedir. AİHM'nin yukarıda bahsettiğimiz kararında da tedbirin akıl hastalığının devam ettiği sürece uygulanabileceği ifade

<sup>619</sup> Yenisey/Plagemann, **Strafgesetzbuch (StGB)**, s.88.

<sup>620</sup> § 67/d StGB'nin son hali için bkz. [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_67d.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___67d.html), (E.T.: 18.12.2018)

<sup>621</sup> Nuhoğlu, **a.g.e.**, s.211, 212.

<sup>622</sup> Avusturya Ceza Kanunu için bkz, [https://www.legislationline.org/download/action/download/id/6359/file/Austria\\_CC\\_1974\\_am2015\\_d\\_e.pdf](https://www.legislationline.org/download/action/download/id/6359/file/Austria_CC_1974_am2015_d_e.pdf), E.T.: 14.01.2019.

<sup>623</sup> Ulutürk, **a.g.e.**, s.151,152

edilmiştir<sup>624</sup>. Bu sebeple TCK'da asgari süre öngörülmemiş olması, doktrinde genel olarak olumlu olarak karşılanmakla birlikte uygulamaya ilişkin bazı sebeplerle bu düzenlemenin birtakım sakıncalarının da olduğu söylenmektedir. Buna göre, bir kısım akıl hastası suçlular, sağlık kurumlarındaki fiziki imkanların yetersizliği nedeniyle henüz tedavi süreçleri tamamlanmadan serbest bırakılmaktadır. Tehlikeliliği azalmamış kimselerin serbest bırakılması da toplum açısından bir takım riskler barındırmaktadır<sup>625</sup>. Diğer yandan *Yücel*'e göre, toplum açısından tehlikeliliği tamamen ortadan kalkmamış akıl hastalarının serbest bırakılmasını doğru değildir. *Yücel*, İngiltere'de akıl hastalığı ile ilgili kurallara<sup>626</sup> ismini veren M'Naughten'in akıl hastanesindeki 20. yılında ölmesini örnek vererek bu kişilerin tedavi merkezlerinden ancak hiç kimse için tehlike oluşturmayacakları anlaşıldıktan sonra serbest bırakılması gerektiği savunmaktadır<sup>627</sup>.

Ancak bu noktada, toplum açısından tehlikeliliği önemli ölçüde de olsa azalmamış kimselerin, serbest bırakılmasına ilişkin rapor hazırlayan hekimlerin ceza ve tazminat sorumluluklarının doğabileceği unutulmamalıdır. Kanaatimizce 5237 sayılı Kanun ile getirilen bu düzenleme, güvenlik tedbirlerinin amacı ve niteliği ile tam uyumludur. Öte yandan yasa yolu öngörülmediğinden verilen bu karar kesindir, itiraz kanun yoluna gidilemez<sup>628</sup>.

#### 4. Tıbbi Kontrol ve Takip (TCK m. 57/3)

Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş akıl hastasının yerleştirildiği sağlık kurumu, bu kişinin artık toplum açısından önemli ölçüde tehlike arz etmediği kanaatindeyse bu yönde bir rapor hazırlayacaktır. TCK m. 57/3, raporda bu kişi hakkında tıbbi kontrol ve takibinin gerekli olup olmadığı, gerekli ise de bunun hangi süre ve aralıklarla yapılması gerektiğinin belirtilmesi gerekmektedir. Tıbbi kontrol ve

<sup>624</sup> Winterwerp / Hollanda, par. 39, s.15 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>625</sup> Koca/Üzülmez, **a.g.e.**, s.648; Bayındır, **a.g.e.**, s.152; Demirbaş, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.651.

<sup>626</sup> Bu kurallar için bkz. *İngiliz Ceza Hukuku* başlığı.

<sup>627</sup> Mustafa Tören Yücel, **TCK Tasarısı Üzerine Notlar**, Ceza Kanunu Reformu İkinci Kitap Makaleler, Görüşler, Raporlar, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yay., 2004, s.106 (Erişim: [http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tck\\_reformu2.pdf](http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tck_reformu2.pdf), E.T.: 05.08.2018). Asgari bir süreye yer verilmemesi yönündeki diğer eleştiriler için bkz. Yener Ünver, "Güvenlik Tedbirleri ile Cezalar Arasında Fark Kaldı mı?", **Prof. Dr. Köksal Bayraktar'a Armağan**, C.1, Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını, Yayın No: 49, 2010, s.367-375.

<sup>628</sup> Aksi yönde bkz. Bayındır, **a.g.e.**, s.152.

takibe, ancak bu kişinin ve toplumun güvenliği bakımından gerek duyulması halinde başvurulmaktadır. Ayrıca tıbbi kontrol ve takibin gerekli olup olmadığının belirlenmesinde ise akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliği dikkate alınacaktır<sup>629</sup>.

Tıbbi kontrol ve takibin gerekliliğine karar verilirken işlenen fiilin niteliğinin de göz önünde bulundurulacağı belirtilmesi dikkat çekicidir. Zira bu kişi hakkında, güvenlik tedbirine hükmedilmesinde işlemiş olduğu fiilin bir önemi yoktur. Aynı şekilde, daha sonra serbest bırakılmasında da işlediği fiilin bir etkisi yoktur. İlk halde kişinin akıl hastası olup olmadığına, ikinci halde de toplum açısından önemli bir tehlike arz etmediğine bakılmaktadır. Ancak kanun koyucu, tıbbi kontrol ve takibe karar verilmesinde, işlenen fiilin niteliğine göre karar verileceğini düzenlemiştir. Gerçekten tıbbi kontrol ve takip kararında gözetilecek en önemli husus toplumun güvenliğidir. Bu sebeple bu karar verilirken akıl hastalığının türü de önem arz etmektedir.

Öte yandan kişideki akıl hastalığı kolaylıkla tekrarlayabilecek nitelikte ise mutlaka tıbbi kontrol ve takip kararı verilmeli ve bunların süre ve aralıklarının sık tutulmasına özen gösterilmelidir<sup>630</sup>. Akıl hastasının serbest bırakılmasına ilişkin kurul raporunda, tıbbi kontrol ve takibi ilişkin hususlarında da yer alması bir zorunluluk olmakla birlikte serbest bırakmaya yetkili makam nasıl mahkeme ise, tıbbi kontrol ve kararın uygulanıp uygulanmayacağına karar vermeye yetkili olan makam da aynı şekilde mahkemedir. Raporda tıbbi kontrol ve takibe gerek olduğu belirtilmiş olsa dahi mahkeme bunlara gerek olmadığına karar verebilir. Şüphesiz tıbbi kontrol ve takibin gerekli olup olmadığının tespiti, tıbbi bir konu olup mahkeme üyelerinin uzmanlık alanının dışında kalmaktadır. Dolayısıyla mahkeme üyelerinden, raporda belirtilen hususları mantık kuralları çerçevesinde detaylıca incelemeleri ve ona göre karar vermeleri gerekmektedir<sup>631</sup>. Bununla birlikte tıbbi kontrol ve takibe karar verilirse

<sup>629</sup> Alman Ceza Kanunu'nda, *kuruma yerleştirme tedbirinden serbest bırakılmadan sonra hal ve gidişin denetimi başlar. Tedbir uygulanmaması durumunda da başka suçlar işlemeyeceği beklenebiliyorsa, mahkeme ilgilinin hal ve gidişinin denetim altına alınmamasına karar verir* (§ 67/d-b StGB). Bkz. Yenisey/Plagemann, **Strafgesetzbuch (StGB)**, s.88.

<sup>630</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.154.

<sup>631</sup> Benzer görüş için bkz. Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.868; Aksi görüş için bkz. Ulutürk, **a.g.e.**, s.158; Eker Kazancı, "Akıl Hastalarına Uygulanacak Güvenlik Tedbirleri", s.257; Yargıtay 4. Ceza Dairesi'nin, E. 2012/9865, K. 2012/10242 ve T. 02.05.2012 sayılı kararı (karar için bkz. Artuk, Gökçen/Yenidünya, **a.g.e.**, s.2059.)

mahkeme artık bunların süre ve aralıklarına karar vermede raporda belirtilen süre ve aralıklarla bağlıdır.

Diğer yandan tıbbi kontrol ve takibe ilişkin rapor hazırlanmasında, tek bir hekimden ziyade sağlık kurulunun görev alması ve bu kurulda bir psikiyatristin bulunması, mahkemenin isabetli bir karar vermesine yardımcı olacaktır<sup>632</sup>.

### **5. Tıbbi Kontrol ve Takibin Şekli (TCK m. 57/4)**

TCK m. 57/4'te, hükme veren mahkemece tıbbi kontrol ve takip şartıyla serbest bırakılmış bir akıl hastası söz konusu ise bu tıbbi kontrol ve takibin, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanacağı düzenlenmiştir. Fıkra bahsi geçen sağlık kuruluşu, akıl hastanesinin yatırıldığı sağlık kurumu değil, kişinin bulunduğu yerdeki gerekli teknik donanıma sahip bir hastanedir. Fıkra bu yerin devlet hastanesi olması aranmadığından, kişi gerekli teknik donanıma sahip özel bir hastaneye de gönderilebilir. Muayene bu yerdeki uzman hekimler tarafından gerçekleştirilecektir.

Doktrinde, bu görevin Cumhuriyet savcılarına verilmesinin yerinde olmadığı, zira Cumhuriyet savcılıklarının mevcut iş yükü sebebiyle bu kontrol ve takibi gereği gibi yapamayacakları yönünde eleştiriler mevcuttur<sup>633</sup>. Bu bakımdan bazı Cumhuriyet savcılarının münhasıran bu konuda görevlendirilmesi düşünülebilir.

### **6. Yeniden Tedbir Uygulanması (TCK m. 57/5)**

TCK m. 57/5'te tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedileceği düzenlenmektedir. Ancak mahkeme yeniden güvenlik tedbirine hükmederken, ilgili sağlık kuruluşunca tıbbi kontrol ve takip sırasında hazırlanan rapora dayanmak zorundadır. Kanun koyucu, bu konuda mahkemeye takdir yetkisi vermemiştir. Raporda, kişinin akıl hastalığı itibarıyla

<sup>632</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.154.

<sup>633</sup> **a.g.e.**

toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı belirtiliyorsa mahkeme, bu kişinin yeniden yüksek güvenliqli sağlık kurumuna gönderilmesine karar vermek zorundadır. Kanaatimizce kişinin hürriyetini sınırlayan böyle bir konuda mahkemeye takdir yetkisi verilmemiş olması yerinde olmamıştır.

Buradaki diğer bir sorun, serbest bırakılırken tıbbi kontrol ve takibe gerek görülmeyen veya gerek görülmüş olsa dahi bu kontrol ve takibin süresi bitmiş olan akıl hastasının, hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin artması durumunda, hakkında yeniden güvenlik tedbirine hükmedilip hükmedilemeyeceğidir<sup>634</sup>. Zira kanun koyucu, yeniden tedbire ancak tıbbi kontrol ve takip sırasında hazırlanan rapora dayanılarak hükmedileceğini düzenlemiştir. O halde, kanunda bir açıklık bulunmaması nedeniyle bu kişiler hakkında yeniden hürriyeti sınırlayıcı böyle bir tedbire başvurulamaması gerekmektedir. Aynı şekilde, tıbbi kontrol ve takibe de akıl hastasının serbest bırakılmasında karar verileceği düzenlendiğinden, serbest bırakılırken hakkında bu kontrol ve takibe başvurulmamış akıl hastası hakkında daha sonra tehlikeliliğinin arttığından bahisle tıbbi kontrol ve takibe başvurulamaz. Ancak TMK m. 432 vd. düzenlenen “Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması” hükümleri saklıdır<sup>635</sup>.

Yeniden yüksek güvenliqli sağlık kurumuna yatırılan kişi için bir ve devamı fıkralarda belirtilen işlemler tekrarlanmaktadır. Örneğin, kişinin toplum açısından tehlikeliliğinin yeniden ortadan kalkması veya önemli ölçüde azalması durumunda, kişi yine tamamen veya denetimli olarak serbest bırakılabilir.

### **B. Kusur Yeteneği Azalmış Akıl Hastalarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri (TCK m. 57/6)**

TCK m. 32/2'nin ilk cümlesinde, işlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye verilecek cezaya ilişkin indirim oranları düzenlenmiştir. İkinci cümlede ise bu kişi hakkında hükmedilen cezanın, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabileceği ifade edilmiştir. 32. maddenin ikinci fıkrasıyla paralel olan 57. maddenin ikinci fıkrası da

<sup>634</sup> İbrahim Şahbaz, **Açıklamalı ve İctihatlı Türk Ceza Kanunu**, Ankara, Yetkin, 2016, s.671.

<sup>635</sup> Bu konuda bkz. yuk.69-71.

bu kişi hakkında hükmedilen hapis cezasının, aynı şekilde akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabileceği düzenlenmiştir. TCK m. 57/6'da, m. 32/2'deki hüküm daha ayrıntılı olarak ifade edilmiştir. Burada bahsedilen akıl hastası, fiili işlediği sırada kusur yeteneği tam olarak kalkmamış olmakla birlikte, işlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişidir. Bu kişinin ceza sorumluluğunun bulunduğu kabul edildiği için hakkında hapis cezasına hükmedilebilmektedir. Ancak kanun koyucu, bu kişiyi akıl sağlığı tam olan kişilerle de bir tutmamıştır. Gerçekten bu kişiler hakkında hükmedilen hapis cezası, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanabilmektedir.

Hem 32. maddeden hem de 57. maddeden, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmedilecek olsa dahi, önce cezaya hükmedilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Zira kanun koyucu, güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilecek olanın, 32. maddede "*mahkum olunan ceza*", 57/6'da da "*mahkûm olduğu hapis cezası*" olduğu belirterek aynı yönde düzenleme yapmış ve mahkemenin, bu kişiler hakkında doğrudan güvenlik tedbirine hükmetmesine izin vermemiştir.

Cezanın güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına karar verecek olan makam, daha önce cezaya hükmetmiş olan mahkemedir. Mahkeme bu kararını, kişinin yerleştirildiği yüksek güvenli sağlık kurumunda düzenlenen kurul raporu üzerine vereceği belirtilmiştir. Buna göre hakkında fiili işlediği sırada kusur yeteneğinin azaldığı belirlenen akıl hastası hakkında cezaya hükmedildikten sonra kişi, sağlık kurumuna yerleştirilecektir. Böylelikle akıl hastası hükümlünün ceza infaz kurumunda bulundurulmasının gerek kendi sağlığı gerekse de infaz kurumundaki diğer mahkumların sağlığı açısından bir tehlike arz edip etmediğinin belirlenebilecektir. Ancak bu raporun ne kadar bir sürede hazırlanacağına ilişkin m. 57/6'da bir belirleme yapılmamış olması bir eksiklik olarak dikkat çekmektedir.

Öte yandan öğretilerde, akıl hastaları haklarında hükmedilen cezanın, ceza olarak mı yoksa güvenlik tedbiri olarak mı infaz edileceği konusunda hakime keyfi yetki tanındığı ifade edilmektedir<sup>636</sup>. Gerçekten m. 32/2'den farklı olarak TCK m. 57/6'da

<sup>636</sup> Bu yöndeki görüş için bkz. Eric Hilgendorf, Yener Ünver, **Alman-Türk Karşılaştırmalı Ceza Hukuku**, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yay., C.1, İstanbul, 2010, s.300. İnfazın ceza ya da güvenlik tedbiri olarak gerçekleştirilmesine ilişkin karar mekanizması içerisinde hekimlerin yer almadığı ve bunun yanlış bir yaklaşım olduğu görüşü için bkz. Ünver, "Psikiyatride Hasta Hakları", s.40.

mahkemenin kararını, ancak kurul raporu üzerine vereceği ifade edilmiş olsa da hakimin, kurul raporu ile bağlı olmadığı düşünüldüğünde, hakime uzmanlık alanının dışında bir takdir yetkisi tanındığını kabul edilmelidir. *Hafizoğulları/Özen* ise düzenlemeyi, kesin hükmün geri alınması mahiyetinde olması hasebiyle ceza muhakemesindeki kesin hüküm kuralını ihlal ettiği gerekçesiyle eleştirmekte ve hakimin sadece ceza ve güvenlik tedbirlerinden birini seçme yönünde bir yetkisinin olması gerektiği ifade etmektedir<sup>637</sup>.

Kanun koyucu, bu kişiler hakkında hükmedilen hapis cezasının, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirine çevrilmesinin “kısmen veya tamamen” olabilmesine imkan tanımıştır. Dolayısıyla mahkeme kurul raporu üzerine, akıl hastası hakkında cezanın tamamen güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına karar verebileceği gibi, bir kısmının ceza bir kısmının da güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına karar verebilir. Fıkra da açıkça yer almasa da mahkemeye sunulan kurul raporunda, cezanın kısmen mi yoksa tamamen mi güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına gerektiğine ilişkin hususların da yer alması gerekir. Ancak mahkemenin kurul raporuyla bağlı olmadığı burada yinelemek isteriz. Diğer yandan fıkra da, cezanın kısmen güvenlik tedbiri olarak uygulanması halinde kişinin, önce ceza infaz kurumuna mı yoksa yüksek güvenli sağlık kuruluşuna mı yerleştirileceği yönelik bir sınırlama yapılmadığı için bu konunun mahkemenin takdirinde olduğu kabul edilmelidir<sup>638</sup>.

<sup>637</sup> Hafizoğulları/Özen, **a.g.e.**, s.420, 32 no’lu dipnot.

<sup>638</sup> Alman Ceza Kanunu’nun (StGB) § 67’nin birinci fıkrasına göre, bir hapis cezası ile birlikte psikiyatri kliniğine yerleştirilme kararı verilmiş ise, tedbir cezadan önce infaz edilir. Maddenin devamı fıkraları şu şekildedir:

(2) *Ancak tedbirin amacına daha kolay ulaşılabilecekse, mahkeme cezanın veya cezanın bir kısmının tedbirden önce infaz edilmesine karar verir. Üç yılın üstünde süreli hapis cezasının yanı sıra, bağımlılıktan kurtarma tedavi yapan kuruma yerleştirme kararı verilmiş olan hallerde, mahkeme cezanın bir kısmının tedbirden önce yerine getirilmesine karar vermek zorundadır. Cezanın bu kısmı o şekilde belirlenmelidir ki, cezanın infazından ve bu[nu] takiben gerçekleşecek olan kuruma yerleştirmeden sonra 5’nci fıkranın birinci cümlesinde öngörülen kararın verilebilmesi mümkün olsun. Eğer hükümlü yerine getirilebilir (vollziehbar) bir şekilde yurt dışına çıkmakla yükümlendirilmişse ve bu kişinin bu kanunun uygulanma alanı içer[si]ndeki ikametinin (Aufenthalt), cezanın yerine getirilmesi sırasında veya hemen sonra sona erdirilmesi bekleniyorsa, mahkeme bu gibi hallerde de cezanın tedbirden önce yerine getirilmesine karar vermelidir.*

(3) *Hükümlünün kişiliğinde mevcut bulunan özel durumlar nedeniyle gerekli olduğu anlaşılıyorsa, mahkeme ikinci fıkra uyarınca vermesi gereken kararı sonradan verebilir, değiştirebilir veya kaldırabilir. Mahkeme ikinci fıkranın dördüncü cümlesi uyarınca verilen kararı sonradan da verebilir. Mahkeme ikinci fıkranın dördüncü cümlesi uyarınca bir karar vermiş olduğu hallerde, hükümlünün bu kanunun uygulanma alanı içeri[si]ndeki ikametinin, cezanın yerine getirilmesi sırasında veya hemen sonra sona erdirilmesi beklenmiyorsa, kararı kaldırır (hebt auf).*

(4) *Tedbir, tamamen veya kısmen, cezadan önce infaz edilirse, tedbirin infaz edilmesi sırasında geçen süre, cezanın üçte ikisi tamamlanuncaya kadar, cezadan mahsup edilir.*

(5) *Tedbirin cezadan önce infaz edildiği hallerde, cezanın infazının yarısı tamamlanmış ise, mahkeme cezanın geri kalan kısmının infaz edilmesini, 57 nci maddenin birinci cümlesinin 2 ve 3 numaralı*



Akıl hastası hükümlünün önce ceza infaz kurumuna yerleştirildiği varsayımda, burada akıl sağlığının daha kötüye gitmesi muhtemel olan kişinin, daha sonra sağlık kuruluşuna yatırılmasından ne gibi fayda umulacağı tartışmalıdır. Gerçekten akıl hastasının, infaz kurumunda geçirdiği süre zarfında bu yeteneğinin daha da azalması, hatta tamamen kaybolması olasıdır. Bu durumda güvenlik tedbiri ile güdülen amaca ulaşılamayacağı açıktır. Diğer varsayımda, yani kişinin önce yüksek güvenlikli sağlık kuruluşunda koruma ve tedavi altına alınması durumunda da sonuç değişmeyecektir. Zira akıl sağlığı hiç bozulmamış birçok kimsenin dahi infaz kurumlarında ruhsal sıkıntılar yaşadığı gerçeği düşünülürse, halihazırda akıl hastası olan bir kimsenin, tedavi altında kaydettiği tüm iyileşme emarelerini infaz kurumunda kaybetmesi ve belki de akıl sağlığının iyice kötüleşmesi söz konusu olabilecektir. Bu kuruşlarda amaçlananın, akıl hastası hükümlünün iyileştirmesi değil, toplum için arz ettiği tehlikeliliğinin azaltılması olmasının bir önemi yoktur. Zira öncesinde veya sonrasında ceza infaz kurumuna yerleştirilen bir akıl hastasının, toplum açısından tehlikeliliğinin azalmasını ummak, gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Gerçekten bu düzenleme, Mandela Kuralları<sup>639</sup> m. 109'a da aykırıdır<sup>640</sup>. Bu kurala göre, ciddi zihinsel engelleri bulunan kişilerin cezaevinde kalmaları, durumlarının şiddetlenmesi anlamına geleceği için cezaevlerinde tutulmamaları ve mümkün olan en kısa sürede akıl sağlığı kurumlarına gönderilmeleri için düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Bu noktada AİHM'nin konuya ilişkin *Dybeku / Arnavutluk* davasında verdiği karardan söz etmenin yerinde olacağı kanaatindeyiz. Davaya konu olayda, halihazırda kronik paranoid şizofreni rahatsızlığından dolayı birkaç yıldır tedavi görmekte olan başvuran, adam öldürme ve yasa dışı madde bulundurmaktan dolayı müebbet hapis cezasına mahkum edilerek cezaevine konmuştur. Başvuran akıl hastası olmayan kişilerle aynı hücreye konmuş ve kendisine sıradan bir hükümlü olarak muamele edilmiştir. Mahkeme başvuranın psikolojik durumunun kendisini ortalama bir

---

*bentlerindeki şartlar altında, koşullu salıverilme kararı vererek, erteleyebilir. Cezanın geri kalan kısmı ertelenmezse, tedbirin infaz edilmesine devam olunur; ancak hükümlünün kişiliğinde mevcut bulunan özel durumlar nedeniyle gerekli olduğunun anlaşılması halinde, mahkeme cezanın infaz ettirilmesine karar verebilir.*” Yenisey/Plagemann, **Strafgesetzbuch (StGB)**, s.79-81.

<sup>639</sup> Mandela Kuralları, esasen Birleşmiş Milletler Mahpusların Islahı için Asgari Standart Kuralları olup bu kuralların 2015 yılında büyük ölçüde revize edilmesi sonrası ömrünün önemli bir kısmını mahpuslarda geçirmiş olan Nelson Mandela'yı anmak için kurallara onun ismi verilmiştir. Erişim: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf), (E.T.: 18.12.2018)

<sup>640</sup> “Akıl hastası olduğu tespit edilen kişiler cezaevlerinde tutulamazlar ve bu kişilerin mümkün olan en kısa süre içinde akıl hastanelerine sevk edilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılır.”

hükümlüden daha fazla savunmasız hale getirdiğini ve cezaevine konmanın sıkıntı, ızdırıp ve korku duygularını daha da kötüleştirebileceğini ifade etmiştir. AİHM'e göre, başvuranın özel sağlık durumuna rağmen kendisine diğer hükümlülere davranıldığı gibi davranılması, hükümlülerin ruhsal rahatsızlıklarına ilişkin Avrupa Konseyi'nin tavsiyelerine uyum sağlanmadığını göstermektedir. Dahası, AİHM, başvuran müebbet hapis cezasına çarptırıldığı için başvuranın cezaevi hastanesine düzenli ziyaretlerinin çözüm olarak görülemeyeceğini düşünmektedir. Bu bağlamda AİHM, Sözleşme'nin "İşkence yasağı" başlıklı 3. maddesinin (insanlık dışı ve aşağılayıcı muamele) ihlal edildiğine karar vermiştir.<sup>641</sup>

Sonuç olarak bu kimselerin işledikleri eyleme ilişkin kusur yeteneklerinin tamamen ortadan kalkmaması, tutuldukları akıl hastalığının hafif olduğu anlamına gelmemektedir. Akıl hastalığının kişinin yaşamı üzerindeki etkisi ile işlediği eyleme olan etkisi farklı olabilir. Öte yandan aşağıda detaylı olarak ele alacağımız üzere infaz kurumda akıl hastası olan hükümlüler hakkında hükmedilen cezanın infazı geri bırakılmakta, bu kişiler sağlık kuruluşlarına yerleştirilmektedir<sup>642</sup>. Ancak bu yerleştirme, belirli prosedürleri gerektirmekte ve akıl hastası hükümlüler, kısa olarak nitelendirilemeyecek bir süre infaz kurumda kalmaya mahkum edilmektedir. Mevcut düzenleme, zaten yargılama sürecinde akıl hastası olduğu belirlenmiş kişilerin akıl hastası olup olmadıklarına ilişkin bir de cezanın infazı sürecinde tekrar belirli prosedürlere tabi tutulmaları gibi anlamsız bir duruma neden olmaktadır. Bu bakımdan kusur yeteneğini tamamen veya kısmen kaldırdığına bakılmaksızın akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kimselerin infaz kurumuna gönderilmemesi gerekmektedir. TCK m. 32/2 ve 57/6'da bu yönde bir değişiklik yapılması yerinde olacaktır.

Öte yandan 57. maddenin altıncı fıkrasında bahsedilen akıl hastası, birinci fıkrada anılan akıl hastasından farklı olarak toplum açısından tehlikeliliği ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığı gerekçesiyle serbest bırakılmaz. Aynı şekilde mahkeme kararındaki süre dolduktan sonra toplum açısından arz ettiği tehlikeliliğinde bir değişiklik olmadığı gerekçesiyle hükümlünün serbest bırakılmaması da söz konusu olamaz<sup>643</sup>. Zira bu kişiler hakkındaki ceza, aslında güvenlik tedbirine çevrilmemekte, sadece güvenlik tedbiri olarak uygulanmaktadır. Dolayısıyla, güvenlik tedbiri olarak

<sup>641</sup> AİHM *Dybeku / Arnavutluk*, Başvuru no: 41153/06, par. 48-52 (Erişim: <https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>642</sup> Bu konuda bkz. s.156 vd.

<sup>643</sup> Aynı yönde bkz. Kemal Mecit, **İnfaz Hukuku**, 3. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2017, s.172.

uygulansa da mahkumiyet, bir ceza mahkumiyeti olarak varlığını korumakta, yani yaptırım türü değişmemektedir<sup>644</sup>. Bunun sonucu olarak bu kişiler hakkında güvenlik tedbiri süresi, hükmedilen hapis cezasının süresi kadardır<sup>645</sup>.

*Özgenç, hükmolunan hapis cezasının, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak infazına karar verildikten sonra hükümlünün, bu güvenlik tedbirinin gereklerine aykırı davranması nedeniyle, mahkemece infaz kurumunda çektirilmesine karar verebileceğini* söylemektedir<sup>646</sup>. Bu görüşe katılmamaktayız. Zira hapis cezasının güvenlik tedbiri olarak uygulanma nedeni, koşullu salıverilme gibi diğer bazı infaz kurumlarında bahse konu olan iyi hal değil, akıl hastalığıdır. Hükümlüyü, akıl hastalığı nedeniyle ceza infaz kurumunda bulunmasının doğru olmadığı düşüncesiyle bir kere sağlık kurumuna yerleştirdikten sonra, buranın gereklerine aykırı davrandığı gerekçesiyle infaz kurumuna göndermek, güvenlik tedbirlerinin niteliği ile bağdaşmayacaktır. Nitekim TCK m. 57/5'te, sağlık kurumunda serbest bırakılan akıl hastası hükümlü hakkında, yenide koruma ve tedavi amacıyla güvenlik tedbirine hükmedilmesinin ancak bu kişinin toplum açısından tehlikeliliğin artması halinde söz konusu olabileceği ifade edilmiştir. Diğer bir deyişle kişinin tıbbi kontrol ve takibe riayet etmemesi dahi tek başına tedbirin tekrar uygulanmasına imkan vermemekte iken, güvenlik tedbirlerinin gereklerine aykırı davrandığı gerekçesiyle cezasının infaz kurumunda çektirilmesine karar verilmesinin doğru olmadığı kanaatindeyiz.

### **III. 5237 Sayılı TCK'da Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri**

TCK m. 34/1'de, irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmeyeceği düzenlemiştir. Buna karşılık, irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu maddenin kusur yeteneğinde önemli sayılamayacak ölçüde azalma meydana getirmesi durumunda, failin cezai sorumluluğu devam edecek ancak bu durum temel cezanın belirlenmesinde dikkate alınabilecektir<sup>647</sup>. İkinci fıkrada ise alkol veya uyuşturucu

<sup>644</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.416.

<sup>645</sup> Bunun adaletsiz olduğu görüşü için bkz. Bayındır, **a.g.e.**, s.159.

<sup>646</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.416.

<sup>647</sup> Özgenç, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, s.420.

maddenin iradi olarak alınması halinde birinci fıkra hükmünün uygulanmayacağı belirtilmiştir. Ancak 34. maddede, alkol ve uyuşturucu madde bağımlısı kişilerden ziyade, bağımlı olmamakla birlikte bunların etkisiyle suç işleyen kişilerden bahsedilmektedir. Nitekim bağımlı olmayan bu kişiler hakkında, cezaya hükümlenmeyeceği gibi akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri de uygulanmayacaktır.

Bizim konumuz kapsamında kalan ise alkol ve uyuşturucu madde bağımlısı olan kişilerdir. Zira kanun koyucu, 57. maddenin 7. fıkrasında, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığını bir nevi akıl hastalığı kabul etmiş ve bunlara bağımlı olanlara ilişkin uygulanacak güvenlik tedbirlerini, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri içerisinde düzenlemiştir<sup>648</sup>. O halde öncelikle alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığının ne olduğu açıklanmalıdır.

### 1. Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı

Alkolün tanımı konusunda pek bir tartışma olmamasına rağmen, uyuşturucu maddenin tanımı konusunda farklılıklar olduğunu gibi hangi maddelerin uyuşturucu niteliğinde olduğu konusunda da farklı sınıflandırmalar söz konusudur<sup>649</sup>. Nitekim 5237 sayılı TCK'da ne uyuşturucu madde tanımına ne de hangi maddelerin uyuşturucu madde olduğuna dair bir açıklamaya yer verilmiştir<sup>650</sup>. O halde uyuşturucu maddenin ve bunlara bağımlılığın ne olduğuna dair görüşlere yer vermekte fayda vardır.

<sup>648</sup> Zafer, **a.g.e.**, s.350; Ali Kemal Yıldız, **5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu**, İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, 2007, s.105.

<sup>649</sup> Amerikan Psikiyatri Birliği, beyni etkileyen bileşiklere DSM (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) adını vermektedir. Birliğin son olarak yayınladığı DSM-5, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeleri, 10'a ayırırken DSM-4 de ise bu sayı 11'dir. DSM-5'teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin bu gruba dahil edilmiş ve grup kendi içinde fensiklidin ve diğer halusinojenler olarak ayrılmıştır), inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimülanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir. Ayrıntılı Bilgi için bkz. Gülcan Güleç, Ferdi Köşger, Altan Eşsizoglu, "DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2015, C.7, Sa.4, s.448-460.

<sup>650</sup> 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun ilk halinde, uyuşturucu maddeler teker teker sayılmak suretiyle gösterilmişti. Ancak, 4055 ve 6123 sayılı Kanunlar ile yapılan değişikliklerle Kanundan bu maddelerin tanımı çıkarılmış ve hangi maddelerin uyuşturucu madde niteliğinde olduğunun tespiti, hakim takdirine bırakılmıştır. Bkz. Sulhi Dönmezer, "Uyuşturucu Maddelerin Hukuk ve Kriminoloji ile İlgili Bazı Yönleri", **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, Atatürk'e Armağan, C.XLV-XLVII, Sa.1-4, İstanbul 1982, s.2. 3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun'un 1. maddesinde "Çizilmiş veya çizilmemiş haşhaş kapsülleri ile, ham afyon, tıbbi afyon ve morfin evsafını haiz afyon alkaloidleri, tuzları, esterleri ve eterleri; koka yaprağı ve bunun alkaloidleri, tuzları, esterleri ve eterleri ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tayin olunacak diğer uyuşturucu maddelerin alımı, satımı, imalî, ithali ve ihracı ile ilgili hususlar Bakanlar Kurulunun tespit edeceği esaslara göre yürütülür."

DSÖ'ye göre uyuşturucu, sağlık nedenleriyle alınanların dışında, yaşayan organizmaya alındığında, organizmanın bir ya da birden çok işlevini değiştirebilen herhangi bir maddedir<sup>651</sup>. Bağımlılık ise bağımlılık yapıcı maddelerin, belirgin bir etkiyi elde etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara karşın, madde alımının devam etmesi ve maddeyi alma isteğinin durdurulamamasıdır<sup>652</sup>. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nin Tanımlar başlıklı 4. maddesinde ise madde bağımlılığı, "12/6/1933 tarihli ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tabi tutulan maddeleri ve kullanımı; bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere sebebiyet veren maddelerin kullanım arzusunun durdurulamaması hali" olarak tanımlanmıştır. Bağımlılık bireyin herhangi bir nesne veya durum ile kurduğu ilişkide sonradan ortaya çıkan özel durum, ilişkidir<sup>653</sup>. Bağımlılığın tespitinde öne çıkan unsur toleranstır. Tolerans, arzu edilen zehirlenme durumunu elde etmek için artan dozajların alınması ihtiyacıdır<sup>654</sup>. Kullanılan maddenin miktarı, sürekli ve düzenli olarak artırılıyorsa ve alınan madde her geçen gün daha hızlı tüketiliyorsa madde bağımlılığı süreci başlamış demektir<sup>655</sup>. Bağımlılığın değişik biçimleri söz konusu olup kullanılan ilaç ve madde sinir sisteminin çalışması, bedensel ve ruhsal yaşamın devamı için zorunlu bir hale gelmişse tutsaklıktan söz edilir<sup>656</sup>. DSÖ'ye göre, madde kötüye kullanımı (bağımlılığı), alkol ve yasadışı uyuşturucular da dahil olmak üzere psikoaktif maddelerin zararlı veya tehlikeli kullanımını ifade eder<sup>657</sup>.

---

ifadesine yer verilmiştir. Uyuşturucu maddenin tayininde Bakanlığa yetki verilmesinin açık norm olduğu ve bu sebeple kanunilik ilkesine aykırı olduğu görüşü için bkz. Veli Özer Özbek ve diğ., **Türk Ceza Kanunu Özel Hükümler**, 13. Baskı, Ankara, Seçkin Yay, 2018, s.775.

<sup>651</sup> Kültigen Ögel, **Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme**, İstanbul, Yeniden Yay., 2010, s.190.

<sup>652</sup> İçişleri Bakanlığı, **Bağımlılık Yapıcı maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesinin Uygulanması İçin Eylem Planı 2010-2012**, EGM-Eğitim Dairesi Başkanlığı Basımevi Şube Müdürlüğü, Ankara, 2011, s.5.

<sup>653</sup> Yılmaz Çetin, **Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı**, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova, 2013, s.17.

<sup>654</sup> Thomas F. Oltmanns ve diğ., **Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları**, çev. İhsan Dağ, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yay., 2003, s.223.

<sup>655</sup> DSM-5'te, DSM-IV'ten farklı olarak, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında sıralanmıştır. Ancak madde kötüye kullanımı tanı ölçütleri arasında sayılan "madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar" ölçütü terk edilmiş, onun yerine daha önce olmayan ve "craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü" tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir. Daha önce tanı koymak için yeterli olan üç tanı ölçütü sayısı ise ikiye düşürülmüştür. Ayrıntılı Bilgi için bkz. Güleç/Köşger/Eşsizoğlu, "DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları", s.448-460.

<sup>656</sup> Özcan Köknel, "Madde Bağımlılığı", **Psikiyatri Ders Kitabı**, İkinci Baskı, Düzenleyenler: Eflatun Adam ve diğ., İstanbul Üniversitesi Yayınları No:4139, İstanbul, Emek Matbaacılık, 1998, s.258, 259.

<sup>657</sup> [http://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/), E.T.: 19.11.2017.

## 2. Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarına İlişkin Güvenlik Tedbirleri

TCK m. 57/7’de suç işleyen alkol ya da uyuşturucu madde bağımlısı kişiler hakkında bir güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verileceği düzenlenmiştir. Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği’nin 72. maddesinde bu tedavi, *“uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri kullanan kişinin bağımlılık yapan maddeden vücudunun arındırılmasına, bu maddelere olan ihtiyacın sonucunda ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin giderilmesine yönelik resmi veya özel kurumlarca yürütülen işlem”* olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla akıl hastalarından farklı olarak bu kişiler özel kurumlarda tedavi altına alınabilirler. Ülkemizde bu kurumlara Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) adı verilmektedir<sup>658</sup>.

Fıkra bahsi geçen kişi, suç işlediği sırada alkol veya uyuşturucu madde bağımlısı olan kişidir. Fiilin işlenmesinden sonra meydana gelen bağımlılık, bu kapsamda değerlendirilemeyecektir<sup>659</sup>. Bu kişiler için 5275 sayılı Kanun’un 16. maddesinde yer alan usuller gündeme gelebilir. Diğer yandan 34. maddeden farklı olarak burada, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığın kişinin kendi iradesiyle olup olmadığına bir önemi yoktur<sup>660</sup>.

Suç işleyen akıl hastalarına güvenlik tedbiri uygulanmasında, bu kişilerin toplum açısından tehlikeli olup olmadıkları dikkate alınırken suç işleyen alkol ya da uyuşturucu madde bağımlılara güvenlik tedbiri uygulanmasında, bu kişilerde var olan bağımlılık durumu dikkate alınır. Kanun, tedavinin bu kişilerin bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam edeceğini belirtmektedir. Serbest bırakılma usulünde ise akıl hastalarına benzer bir düzenleme getirilmiştir. Gerçekten bu kişiler,

<sup>658</sup> Ülkemizde 26’sı kamu bünyesinde olmak üzere 35’ten fazla AMATEM bulunmaktadır. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı AMATEM’e 2017 yılının ilk 6 ayında 26 bin 812 bağımlı başvururken hastaların büyük çoğunluğunu uyuşturucu kullananlar oluşturmuştur. 84 yatak kapasitesiyle Türkiye’nin en büyük kliniğinin koordinatörü Doç. Dr. Cüneyt Evren şu açıklamaları dikkat çekicidir: *“2017 yılının ilk 6 ayında alkol ve madde kullanımından dolayı yatan hasta sayısının 780’dir. Bu dönemde polikliniklere tedavi için başvuran, ayaktan tedavi olan ve kontrollerine gelen hasta sayımız ise alkol için 3 bin 727, alkol dışı madde için 15 bin 372 ve denetimli serbestlik kapsamında başvuran kişilerin sayısı da 7 bin 713 olmak üzere toplam 26 bin 812’ye ulaştı. Bu kişilerin tedavi süreçlerini psikiyatri uzmanları, psikolog, sağlık eğitimcisi, hemşire, sağlık memuru ve diğer çalışanlardan oluşan bir ekiple gerçekleştiriyoruz.”* Bkz. 01.08.2017 tarihli Milliyet Gazetesi haberi (E.T: 01.01.2018, Erişim için: <http://www.milliyet.com.tr/amatem-e-6-ayda-26-bin-basvuru-gundem-2494365/>, (E.T.: 18.12.2017). Mevcut AMATEM’ler için bkz. Güzel, **a.g.e.**, s.381, 382.

<sup>659</sup> Bayındır, **a.g.e.**, s.145.

<sup>660</sup> Donay, **a.g.e.**, s.93.

bağımlılıklarından kurtulduklarına dair yerleştirildikleri kurumun sağlık kurulunca düzenlenecek rapor üzerine, hükmü veren mahkemece serbest bırakılabilir<sup>661</sup>. Sağlık kurulunun düzenleyeceği raporda hangi kriterlere yer vereceği kanunda gösterilmemiştir<sup>662</sup>.

Suç işleyen alkol ve uyuşturucu madde bağımlıları için genel düzenleme bu şekilde olmakla birlikte TCK'nun 191. maddesinde özel bir düzenlemeye yer verilmiştir. Buna göre “Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi” hakkında 5271 sayılı CMK'nın 171 inci maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilecektir. Maddenin 3. fıkrasına göre, erteleme süresi zarfında şüpheli hakkında asgari bir yıl süreyle denetimli serbestlik tedbiri uygulanır. Bu süre Cumhuriyet savcısının kararı ile üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl daha uzatılabilir. Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişi, gerek görülmesi hâlinde denetimli serbestlik süresi içinde tedaviye tabi tutulabilir<sup>663</sup>.

<sup>661</sup> Fıkra “mahkeme veya hakim” tarafından ifadesinin mahiyeti için “Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumundan Serbest Bırakma” başlığına bakınız.

<sup>662</sup> Bu durumun kanunilik ilkesi ile bağdaşmadığı görüşü için bkz. Veli Özer Özbek, **İnfaz Hukuku**, Ankara, Seçkin Yay., 2017, s.392.

<sup>663</sup> Bu tedbirin ne şekilde yerine getirileceği Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği'nin 72. maddesinde gösterilmiştir:

“(3) *Tedavi ve denetimli serbestlik kararının kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra sanık veya hükümlünün müdürlüğe müracaat etmesi için tebligat çıkartılır. Müdürlüğe müracaat eden sanık veya hükümlü, kayıt kabul bürosunda infaz bürosunda görevli vaka sorumlusuna gönderilir. Vaka sorumlusu, tedavi tedbirinin yerine getirilmesi için aynı gün ilgili kuruma sevk işlemlerini başlatır ve yükümlüden beş iş günü içerisinde tedavi için ilgili kuruma başvurmasını ister. Sevk yazısında kişinin kuruma başvurduğu tarih ile tedavinin olumlu ya da olumsuz sonuçlandığına ilişkin nihai raporun müdürlüğe iletilmesi istenir. Rehberlik çalışmalarının takibi ile gerektiğinde rehberlik çalışmalarının planlanması ve yürütülmesi için karar eğitim ve iyileştirme bürosuna gönderilir.*

(4) *Tedavi tedbirinin infaz işlemleri vaka sorumlusu tarafından takip edilir. Tedavi tedbiri, uyuşturucu veya uyarıcı madde tedavisine ilişkin mevzuat hükümleri uyarınca ilgili kurum tarafından ve kurum yetkililerinin o kişi hakkında uygun göreceklere tedavi programına göre yerine getirilir. Tedavi süresince veya tedavi sona erdikten sonra sanık veya hükümlünün, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığını takip amacıyla tedavi kurumuna tekrar sevk edilmesi ya da kontrole gönderilmesi gibi işlemler yapılmaz.*

(5) *Tedavi süresince rehberlik çalışmalarının, tedavinin yürütüldüğü kurum tarafından yapılıp yapılmadığı denetimli serbestlik uzmanı tarafından takip edilir. Gerek görülmesi halinde rehberlik çalışmaları denetimli serbestlik uzmanınca yapılır. Tedaviden sonra sanık veya hükümlü hakkında uygulanan rehberlik çalışmalarına bir yıl süreyle devam olunur.*

(6) *Rehberlik çalışmaları, eğitim ve iyileştirme bürosunda görevli denetimli serbestlik uzmanı tarafından, bu Yönetmeliğin 37 nci maddesinde belirtilen iyileştirme çalışmalarındaki esaslara göre yerine getirilir. Sanığın veya hükümlünün davranışları, sosyal uyumu ve sorumluluk bilincindeki gelişmeler takip edilerek, üçer aylık sürelerle hazırlanacak denetim raporunun iyileştirme çalışmaları ile değerlendirme ve önerilere ilişkin bölümü görevli denetimli serbestlik uzmanı tarafından doldurulur ve vaka sorumlusuna gönderilir.*

(7) *Sanık veya hükümlü tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin yerine getirilmesi sırasında başka bir suçtan ceza infaz kurumunda ise; sanığın veya hükümlünün tedavi için ilgili kuruma gönderilmesi ceza*

Sonuç olarak uyuşturucu madde bağımlıları hakkında TCK'nun 191. maddesinde düzenlenmiş olan suçu işlemeleri halinde bu maddede öngörülen tedbirler uygulanacakken bu kişilerin diğer suçları işlemeleri halinde ise haklarında yukarıda anlatılan şekliyle 57. maddenin 7. fıkrasında düzenlenen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri uygulanacaktır.

#### IV. Akıl Hastalığına Tutulan Hükümlülere İlişkin Cezaların İnfazı

##### A. İnsan Haklarının Bir Süjesi Olarak Hükümlü

Akıl hastalığına tutulan hükümlülere ilişkin infaz hukuku düzenlemelerine geçmeden önce ifade edilmelidir ki günümüz ceza hukuku anlayışı mahpusları, herkes gibi insan haklarının bir süjesi olarak kabul etmektedir<sup>664</sup>. Bu anlayış uyarınca hükümlüler, hapsedmenin doğasından kaynaklanan seyahat (gidip gelme) özgürlüklerinin kısıtlanması dışında gerek uluslararası metinlerden gerekse anayasadan kaynaklı haklarından faydalanmaya devam ederler<sup>665</sup>. Birleşmiş Milletler Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmesi'nin 10. maddesinde<sup>666</sup> “Özgürlüklerinden yoksun bırakılan herkese insanca ve kişinin doğuştan sahip olduğu onura saygı gösterilerek davranılır.” düzenlemesine yer verilerek bu anlayış ifade edilmiştir.

*infaz kurumu idaresince yerine getirilir. Bu kişilerin rehberlik çalışmaları ceza infaz kurumlarında uygulanan iyileştirme faaliyetleri kapsamında ceza infaz kurumundaki görevliler tarafından gerçekleştirilir. Mahkemeye gönderilecek rapora esas olmak üzere vaka sorumlusu tarafından, üç ayda bir, kişinin gelişimi ve davranışları hakkında ceza infaz kurumu idaresinden bilgi istenir.*

*(8) Sanık veya hükümlünün beş iş günü içerisinde ilgili kuruma tedavi için müracaat etmediğinin veya belirlenen tedavi programına uymadığının bildirilmesi ya da rehberlik çalışmalarına katılmaması halinde sanık veya hükümlü bu Yönetmeliğin 44 üncü maddesine göre uyarılır. Uyarılara ilişkin tebligatta ihlal durumunun tekrarı halinde bunun yükümlülüğün ihlali sayılacağı ve dosyanın kapatılarak mahkemesine gönderileceği sanık veya hükümlüye bildirilir.*

*(9) Tedavi ve denetimli serbestlik veya sadece denetimli serbestlik tedbiri, sanık veya hükümlünün müdürlüğe müracaat ettiği tarihte başlar. Tedavi ile birlikte verilen denetimli serbestlik tedbiri, tedavinin sona ermesinden bir yıl sonra, sadece denetimli serbestlik tedbiri ise mahkemenin belirlediği sürenin sonunda biter.”*

<sup>664</sup> Talay Şenol, **İnfaz Hukuku ve Özel Durumdaki Hükümlüler Sempozyumu**, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008, s.18.

<sup>665</sup> Eylem Aksoy Retornaz, “Özürü Hükümlünün Cezasının İnfazı ve İnsan Hakları”, **Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.6, Sa.2, Temmuz 2009, s.57, 58 (55-67).

<sup>666</sup> Sözleşme'nin 04.06.2003 tarihli ve 4868 sayılı Kanun'la onaylanması uygun bulunmasına ilişkin bkz. 21.07.2003 tarihli ve 25175 sayılı Resmi Gazete (Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/07/20030721.htm#2>).



Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'nin 14. maddesinde<sup>667</sup> devletin özürlü bireylerin, diğer bireylerle eşit koşullar altında şu haklardan yararlanmasını sağlayacağı belirtilmiştir: (a) *Kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkında yararlanma*, (b) *Özgürlüklerinden hukuka aykırı veya keyfi bir şekilde mahrum bırakılmamaları, özgürlüğün kısıtlandığı hallerin hukuka dayalı olması ve engelliliğin, hiçbir koşulda özgürlüğün kısıtlanmasının gerekçesi olarak gösterilmemesi*. Bu bağlamda özürlü hükümlünün haklarının etkin bir şekilde korunması ve böylelikle hakkında hükmedilen cezanın insan onuru ile bağdaşır bir şekilde yerine getirilmesi pozitif ayrımcılığı beraberinde getirecektir<sup>668</sup>. Sözleşme'nin 2. maddesinde<sup>669</sup> de bu husus işaret edilmiş olup AİHM'nin içtihatları da bu yöndedir<sup>670</sup>. Öte yandan 2010 yılında 5982 sayılı Kanun ile yapılan değişikliklerle Anayasası'nın 10. maddesine, özürllüler için alınacak tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı sayılmayacağı ilişkin üçüncü fıkra eklenmiş ve böylelikle Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme ile benzer bir düzenlemeye gidilmiştir.

## B. Cezanın İnfazının Geri Bırakılması

Önceden herhangi bir akıl hastalığına tutulup tutulmadığına bakılmaksızın tüm mahpuslar, cezaevlerinde çok çeşitli akıl hastalıklarına yakalanma riski altındadır. DSÖ tahminlerine göre Avrupa'da mahpusların yüzde 40'a yakınının bir çeşit akıl sağlığı sorunu bulunmaktadır<sup>671</sup>. DSÖ, oranın bu kadar yüksek olmasında infaz kurumlarındaki aşırı yoğunluk ile mahremiyet eksikliğini, zorunlu tecrit ile sosyal dayanışma ağlarından kopuşu, çeşitli şiddet biçimlerini ve özellikle akıl sağlığı

<sup>667</sup> Engelli kavramı, Sözleşme'nin birinci maddesinde şu şekilde tanımlanmaktadır: “diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler” (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>.) Sözleşme'nin 03.12.2008 tarihli ve 5825 sayılı Kanun'la onaylanması uygun bulunmasına ilişkin bkz. 14.07.2009 tarihli ve 27288 sayılı Resmi Gazete (Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4738.html>).

<sup>668</sup> Retornaz, “Özürlü Hükümlünün Cezasının İnfazı ve İnsan Hakları”, s.59; Durmuş Tezcan, “Hapis Cezalarının İnfazında Pozitif Ayrımcılık”, **İnfaz Hukuku ve Özel Durumdaki Hükümlüler Sempozyumu**, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008, s.21; Hakan Kızılarlan, “Özürlülerin İnfazı”, **İnfaz Hukuku ve Özel Durumdaki Hükümlüler Sempozyumu**, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008, s.83.

<sup>669</sup> “‘Makul düzenleme’, engellilerin insan haklarını ve temel özgürlüklerini tam ve diğer bireylerle eşit şekilde kullanmasını veya bunlardan yararlanmasını sağlamak üzere belirli bir durumda ihtiyaç duyulan, ölçüsüz veya aşırı bir yük getirmeyen, gerekli ve uygun değişiklik ve düzenlemeleri ifade eder.”

<sup>670</sup> AİHM Tanrıbilir / Türkiye, Başvuru No:21422/93, 16.1.2000; AİHM Ataman / Türkiye, Başvuru No:46252/99, 05.12.2006 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>671</sup> Tomris Atabay, **Özel İhtiyaçlara Sahip Mahpuslar Üzerine El Kitabı**, Birleşmiş Milletler Yayını, çev. Ömer B. Albayrak, 2013, s.10 (Erişim: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners\\_with\\_special\\_needs\\_HB\\_Turkish.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners_with_special_needs_HB_Turkish.pdf), E.T.: 18.12.2018).

servisleri olmak üzere yetersiz sağlık hizmetlerini göstermektedir. Hükümlüler arasında akıl sağlığı ihtiyaçları olan insanların artmasının diğer nedenleri arasında “akli engelleri bulunan tüm insanların topluma birer tehdit oluşturduğuna dair yaygın önyargı; çoğu toplumun zor veya rahatsız eden davranışlara karşı genel olarak hoşgörüsüz oluşu; tedavi, bakım ve onarıcı işlevlerin geliştirilmemesi ve hepsinden önemlisi çoğu ülkede akıl sağlığı hizmetlerinin bulunmayışı veya bu hizmetlere erişimin mümkün olmaması” sayılabilir<sup>672</sup>.

Bu sebeple Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun’unun (İnfaz Kanunu) genel olarak infazın geri bırakılmasını<sup>673</sup> düzenleyen “Cezanın İnfazının Ertelenmesi” başlıklı üçüncü bölümünde, infaz sırasında bir hastalığa tutulan hükümlülere ilişkin düzenlemeler de yer almaktadır<sup>674</sup>. Kanun, 16. maddesinde hastalıklar arasında, akıl hastalığı ve diğer hastalıklar şeklinde bir ayrıma gitmiştir. Biz, yalnızca akıl hastalığı nedeniyle infazın geri bırakılmasını anlatacağız. Ancak geri bırakılma usulünün her ikisi için birlikte düzenlediği belirtilmelidir.

## 1. Akıl Hastalığı

İnfaz Kanunu’nun 16. maddesinin 1. fıkrasına göre, akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü, yüksek güvenlikli sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır.

<sup>672</sup> Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kızılhaç Komitesi (ICRC) Enformasyon Broşürü, Akıl Sağlığı ve Cezaevleri, s.1. (E.T: 13.12.2017, Erişim: [www.euro.who.int/Document/MNH/WHO\\_ICRC\\_InfoSht\\_MNH\\_Prisons.pdf](http://www.euro.who.int/Document/MNH/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prisons.pdf), E.T.: 18.12.2018).

<sup>673</sup> İnfazın geri bırakılması” yerine, “infazın ileri tarihe bırakılması” tabirinin kullanılmasının daha isabetli olacağı görüşü için bkz. Oktay Erdoğan, **İnfaz Hukuku**, 2. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2016, s.255.

<sup>674</sup> Kanun, Üçüncü Bölümün başlığını “Cezanın İnfazının **Ertelenmesi**” ve 16. maddenin başlığını da “Hapis cezasının infazının hastalık nedeni ile **ertelenmesi**” olarak belirledikten sonra, 16. maddede infazın geri bırakılmasına ilişkin hükümlere yer vermiştir. Aslında infazın ertelenme ve geri bırakılma kurumları içerik olarak birbirinden farklıdır. Bu farklar şu şekilde sıralanabilir:

- İnfazın geri bırakılması kesinleşmiş olan hükümlüler için geçerliken infazın ertelenmesi henüz hüküm kesinleşmeden verilen mahkumiyet hükümleri bakımından geçerlidir.
- İnfazın geri bırakılmasına bir başka hakim tarafından karar verilmekteyken infazın ertelenmesine hükmü veren hakim tarafından karar verilmektedir
- İnfazın geri bırakılması hastalık nedeniyle ya da hükümlünün istemiyle söz konusu olurken infazın ertelenmesinden bahsedebilmek için; işlenen suçtan dolayı verilecek cezanın belli ağırlıkta olması ve kişinin daha önce kasıtlı bir suçtan dolayı mahkum edilmemiş olması ile sanığın yeniden suç işlemeyeceği konusunda mahkemede bir kanaat oluşturması gerekmektedir.
- İnfazın geri bırakılmasında buna sebep olan halin ortadan kalkmasıyla infaz yerine getirilirken infazın ertelenmesinde deneme süresinin iyi halli geçirilmiş olması halinde ertelenen ceza infaz edilememektedir.

Ayrıntılı bilgi için bkz. Özbek, **İnfaz Hukuku**, s.317.

Hemen ifade edelim ki burada bahsedilen akıl hastasının, TCK m. 32/1 ve 32/2. maddelerin belirtilen akıl hastalarından hangisi kapsamında yer aldığı bir önemi yoktur. Zira hukukumuzda kişi ya akıl hastasıdır ya da değildir anlayışının benimsenmesi üzerine, 5237 sayılı TCK ile tam ve kısmi akıl hastalığı kaldırılmıştır. Fıkralardaki ayırım, akıl hastalığının kusur yeteneğine olan etkisi bakımından yapılan bir değerlendirmeden ibarettir.

Akıl hastalığının, kişinin hükümlü olduğu suçun icrasına etki eden bir nitelikte olması gerekmemektedir. Bu kişiler hakkındaki cezanın türüne de bakılmamaktadır<sup>675</sup>. Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü'nün 16 Ocak 2016 tarihli genel yazısına göre, disiplin ve tazyik hapisleri de İnfaz Kanunu'nun 16. maddesinde yazılı hastalık ve gebelik mazereti nedeniyle ertelenebilmektedir<sup>676</sup>.

Burada belirtilmesi gereken diğer bir husus, akıl hastalığının yetkili mercilere atfedilebilecek bir fiil veya ihmalkarlıktan kaynaklanmasının da önemli olmadığıdır. Gerçekten hükümlü kendi tercihleri sonucu bir akıl hastalığına yakalanmış olsa dahi ceza infaz kurumunda bulundurulmaya devam edilemez. Nitekim AİHM'nin *Gürbüz / Türkiye* davasında da bu hususa dikkat çekilmiştir. Açlık grevinin 69. gününde İstanbul Üniversitesi Hastanesinin nöroloji bölümüne sevk edilen başvuran hakkında 10 Eylül 1996 tarihinde Wernicke-Korsakoff Sendromu (WK-S) tanısı konmuştur. Mahkeme başvuranın uzun süreli açık grevine başlama kararı verirken kendisine yapmış olabileceği kötülük her ne olursa olsun, bunun hiçbir şekilde, AİHS'in

<sup>675</sup> "5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 16. maddesinin 1. fıkrası ile 25. maddenin (1) bendi arasında bir çelişki olmayıp her iki maddede infaza ara verilmeyeceği hususunun açık bir şekilde düzenlendiği, anılan Kanun'un 16/1. fıkrasının özel olarak akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazını düzenlemiş olup, akıl hastalığına tutulan hükümlü bakımından, mahkum olunan cezanın türüne yönelik bir ayırma gidilmeksizin cezanın infazının geriye bırakılacağı, iyileşinceye kadar 5237 Sayılı Türk Ceza Kanununun 57. maddesinde belirtilen yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınacağını ve sağlık kurumunda geçen sürelerin cezaevinde geçmiş sayılacağını (bir başka deyişle hastanede geçen sürenin infazdan sayılacağını) öngördüğü, fıkra da geçen infazı geriye bırakma kararından akıl hastalığına tutulan hükümlü yönünden infaza ara verme değil, infazın ceza infaz kurumlarında yapılamayacağını anlaşılması gerektiği;

...  
Anılan Kanun'un 25. maddesinin ise ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasının infazını özel olarak düzenlediği, maddenin (1) bendinin akıl hastalığına dair özel ve istisna bir hüküm olmayıp, tüm sağlık tedbirlerinin öncelikle ceza infaz kurumlarında, bunun mümkün olmaması halinde firara imkan vermeyecek güvenlik olanaklarına sahip tam teşekküllü devlet ya da üniversite hastanelerinin tek kişilik ve yüksek güvenlikli mahkum koşullarında uygulanmasına yönelik, güvenliği ön plana çıkaran bir hüküm olup, infaza ara verme yönünden 16/1. fıkrasına istisna olarak düzenlenen bir hüküm olmadığı(na)" dair Yargıtay 9. Ceza Dairesi'nin E. 2006/3324, K. 2006/4240 ve T. 12.7.2006 sayılı kararı (www.kazanci.com). Aksi yönde bkz. Bkz. Güzel, **a.g.e.**, s.184.

<sup>676</sup> Erdoğan, **a.g.e.**, s.260.

“işkence yasağı” başlıklı 3. maddesi bakımından devletin söz konusu kişiler karşısındaki yükümlülüklerini ortadan kaldırmayacağı ifade etmektedir<sup>677</sup>. Gerçekten AİHM, mahpusların sağlığı konusunda devlete pozitif bir yükümlülük yüklemektedir<sup>678</sup>.

Akıl hastalığının kişinin hayatı bakımından kesin bir tehlike teşkil etmesi ya da hayatını tek başına idame ettiremeyecek hale getirmesi de gerekmez<sup>679</sup>. Sonuç olarak tıbben akıl hastalığı kabul edilen herhangi hastalığa yakalanması üzerine hükümlü, ceza infaz kurumundan çıkartılarak yüksek güvenliklı sağlık kurumuna yatırılacaktır.

İnfaz kurumunda akıl hastalığına yakalanan hükümlü, suçu işlediği sırada akıl hastası olan kişiden farklı olarak toplum açısından tehlikeliliği azalana kadar değil, hastalığı iyileşinceye kadar yüksek güvenlik sağlık kurumunda kalacaktır. Bu kurumda geçirdiği süre de ceza infaz kurumunda geçmiş olarak kabul edilerek hapis cezasından indirilecektir. Ancak, İnfaz Kanunu m. 100’e göre, cezanın infazını

<sup>677</sup> Davaya konu olayda başvuran 23 Şubat 1999 tarihinde sağlık sorunları nedeniyle İstanbul Devlet Güvenlik Mahkemesi (DGM) tarafından serbest bırakılmıştır. Adalet Bakanlığı 10 Eylül 2003 tarihli cezanın infazının ertelenmesine ilişkin uzatma kararının, yakın tarihli bir sağlık raporuna dayanmadığı gerekçesiyle genelgeye aykırı olduğu bildirmiştir. Bunun üzerine Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu tarafından muayene edilen başvuranda baş titremesi, yürümez bozukluğu ve reflekslerde canlılık tespit edilmiştir. İhtisas Kurulu izhar hafızasındaki yetersizlik semptomlarına rağmen, başvuranda herhangi bir nörolojik bozukluğa ve hapis cezasının infazını aksi yönde etkileyecek psikopatolojik rahatsızlığa rastlanmadığını belirterek başvuranın sağlık durumunun artık cezasının ertelenmesini gerektirmediği sonucuna varmıştır. Bakırköy Cumhuriyet Savcılığı bu sağlık raporunu dikkate alarak 15 Aralık 2003 tarihinde başvuran hakkında mahkumlara mahsus yakalama müzekkeresi çıkartmıştır. Başvuran ise firar etmiştir. Başvuranın avukatı, müvekkilinin yeniden muayene edilmesi talebi etmiştir. Bu talep kabul görse de başvuran gerekli tetkikler için Adli Tıp Kurumuna gitmemiştir. Ancak başvuran 31 Mayıs 2004 tarihinde, başvurusuna dayanak olması açısından İstanbul Üniversitesi nöroloji bölümüne gitmiş ve yapılan muayene ve tetkikler neticesinde bilişsel fonksiyonlarında yavaşlama ve hatırlamada güçlük bulunduğu saptanmıştır. Yine 11 Eylül 2004 tarihinde AİHM Bilirkişi Kurulu tarafından yapılan muayenede, başvuranda yürüme gibi yaşam faaliyetlerinin yerine getirmesini engel teşkil eden önemli bulgular saptanmış ve bunların cezaevi yaşamına engel teşkil ettiği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak Mahkeme, başvuranın sağlık durumunda hapis cezasına dayanabilecek nitelikte kesin bir değişiklik olmadan yeniden hapsedilmesinin Sözleşme’nin 3. maddesi bakımında ihlal niteliğinde olduğuna karar vermiştir. Bkz. AİHM *Gürbüz / Türkiye*, Başvuru no: 26050/04, 10.11.2005 (Erişim: <https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>678</sup> Bkz. AİHM, *Umar Karatepe / Türkiye*, Başvuru no:20502/05, 31.07.2007 (Erişim: <https://hudoc.echr.coe.int>). Bu noktada ifade edelim ki AİHM, cezanın infazı, mahpus için kötü muamele boyutuna ulaşmadığı sürece sağlık gerekçesiyle mahpusun cezasının infazına ara verilmesine ya da infazın geri bırakılması konusunda devletlere bir yükümlülük yüklememektedir. Bkz. Returnaz, “Özürü Hükümlünün Cezasının İnfazı ve İnsan Hakları”, s.64. Bu konuda ayrıca bkz. Pınar Dikmen, **Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 3. Maddesi Bağlamında Mahpusların Sağlık Hakkı**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

<sup>679</sup> Mecit, **a.g.e.**, s.546.

durdurmak için hükümlü, hastalığına kasten neden olmuşsa bu hükümden yararlanamaz. Bu halde Cumhuriyet savcısı mahkemeden bir karar verilmesini ister<sup>680</sup>.

## 2. İnfazının Geri Bırakılma Usulü

Akıl hastalığına tutulan hükümlünün talebi veya bu durumun 5275 sayılı Kanun'un 81. maddesine<sup>681</sup> göre kurum hekimi veya görevli hekim tarafından yapılan muayene ve incelemeler sonucunda öğrenilmesi halinde, hapis cezasının infazının geri bırakılma kararı, infazın yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca verilir. Cumhuriyet Başsavcılığı kararını, Adli Tıp Kurumunca düzenlenen ya da Adalet Bakanlığınca belirlenen tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan rapor üzerine verir<sup>682</sup>. Yasa yolu öngörülmediğinden verilen bu karar kesindir, itiraz kanun yoluna gidilemez<sup>683</sup>. Bununla birlikte Cumhuriyet savcısının takdir yetkisi bulunduğu böyle bir durumda, İnfaz Kanunu m. 98/1-2<sup>684</sup> den hareketle hükmü veren mahkemeye bu hususta bir karar vermesi için başvurulabilir<sup>685</sup>. Bu başvuru cezanın infazını ertelemez. *Ancak, mahkeme olayın özelliğine göre infazın*

<sup>680</sup> Ahmet Adil Kubat, **Denetimli Serbestlik ve Cezaların İnfazı**, 7. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2016, s.75.

<sup>681</sup> "Kurum hekimi veya görevli hekim tarafından yapılan muayene ve incelemeler sonucunda hükümlünün cezasını yerine getirmesine engel olabilecek hastalığı saptanırsa durum, kurum yönetimine bildirilir."

<sup>682</sup> Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü'nün 20.01.2006 B.03.0.CİG.0.00.00.05-659-7-2006/001326 sayılı yazısında, raporların cezanın infazını doğrudan etkileyebilecek nitelikte olması nedeniyle kamuoyunda oluşabilecek eleştiri ve düşünceler ile Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin ülkemiz aleyhine verdiği kararlar göz önünde tutularak bu madde bağlamında yapılacak sevklerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı tam teşekküllü hastaneler ile gerektiğinden üniversite tıp fakültesi hastaneleri yapılması gerektiği belirtilmiştir. Bkz. Çetin Akkaya, **Cezaların İnfazı ve İnfaz Hukuku**, 5. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2015, s.554, dipnot No.169.

<sup>683</sup> "5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un 'Hükümlünün İstemiyle İnfazın Ertelenmesi' başlıklı 17. maddesinde, infazın ertelenmesi isteğine ilişkin olarak karar verme konusunda infazı yürüten Cumhuriyet Başsavcılığı'na takdir hakkı tanındığı, Cumhuriyet Başsavcılığı'nca infazın ertelenmesine ilişkin istek hakkında verilen kararlara karşı herhangi bir kanun yolunun öngörülmediği gözetilmeden, hükümlü müdafinin Hatay İnfaz Hakimliği'nin 11.10.2013 tarihli kararına yönelik itirazının reddine karar verilmesi gerekirken, itirazın kabulü ile hükümlünün hapis cezasının infazının ertelenmesine karar verilmesi yasaya aykırıdır" şeklinde Yargıtay 10. Ceza Dairesi'nin E. 2014/2577, K. 2014/2611 ve T. 14.04.2014 sayılı kararı; aynı yönde bkz. Yargıtay 8. Ceza Dairesi'nin E. 2013/12392, K. 2013/24256 ve T. 03.10.2013 sayılı kararı (www.kazanci.com.tr). *Güzel*, infazın geri bırakılması talebini Cumhuriyet başsavcılığınca reddedilmesi halinde, hükümlü veya yasal temsilcinin hükmü veren mahkemeye başvurabileceğini ve başvuru inceleyen mahkemenin itirazı reddedebileceği veya kabul edip geri bırakılma talebinin reddine dair kararı kaldırabileceği gibi hükümlüyü yeniden bir sağlık kuruluşuna sevk ettirebileceğini ifade etmektedir. Bkz. *Güzel*, **a.g.e.**, s.191

<sup>684</sup> (1) *Mahkûmiyet hükmünün yorumunda veya çektirilecek cezanın hesabında duraksama olursa, cezanın kısmen veya tamamen yerine getirilip getirilemeyeceği ileri sürülür ya da sonradan yürürlüğe giren kanun, hükümlünün lehinde olursa, duraksamanın giderilmesi veya yerine getirilecek cezanın belirlenmesi için hükmü veren mahkemeden karar istenir.*

(2) *16 ncı madde gereğince cezasının ertelenmesi isteminin reddi hâlinde de aynı hüküm uygulanır."*

<sup>685</sup> Erdoğan, **a.g.e.**, s.267.

*ertelenmesine veya durdurulmasına karar verebilir* (m. 98/3). Bu karar duruşma yapılmaksızın verilir. Karar verilmeden önce Cumhuriyet savcısı ve hükümlünün görüşlerini yazılı olarak bildirmeleri istenebilir (m. 101/1). Bu madde uyarınca verilen kararlara karşı itiraz yoluna gidilebilir (m. 101/3).

İnfazın geri bırakılma süreci, uygulamada da şu şekilde işlemektedir: tutuldukları hastalık nedeniyle infazın geri bırakılmasını isteyen mahpuslar savcılığa başvurmaları üzerine devlet hastanesine sevk edilmektedir. Devlet hastanesinin sağlık kurulu raporu hazırlaması üzerine dosya Adli Tıp Kurumuna gönderilmektedir<sup>686</sup>. Ayrıca Kurumda görüşülmesi gereken konular var ise mahpus muayeneye çağrılabilir. Kurumun cezanın geri bırakılması konusunda olumlu yönde karar vermesi halinde dosya ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilmektedir<sup>687</sup>.

Kurumun hazırlayacağı raporda; hükümlünün hastalığının neden ibaret olduğu ve varsa hastalığının 16. maddenin birinci ve ikinci fıkra kapsamında olup olmadığı, hastalığı, akıl hastalığı dışındaki diğer hastalıklardan birisi ise infazın resmi sağlık kuruluşlarının mahkumlara ayrılan bölümlerinde devamının mahkumun hayatı için kesin bir tehlike teşkil edip etmediği, infazın geri bırakılmasının gerekip gerekmediği, gerekiyorsa ne kadar süre ile geri bırakılmasının uygun olacağı yer almalıdır<sup>688</sup>. Raporunda açıklanması gereken veya şüphe uyandıran hususların bulunması halinde ek rapor alınmaktadır. Ancak bu durum süreci başa sarmakta, mahpus yeniden hastaneye sevk edilmekte ve sevke ilişkin sıkıntılar baş göstermektedir. Uygulamada bu raporların gelmesinin ortalama 10 ay kadar sürdüğü ve bu süre zarfında mahpusların manevi açıdan zarar gördükleri belirtilmektedir. Gerçekten hasta olan bir hükümlünün bu kadar uzun bir süre infaz kurumunda kalmasının sakıncalı olduğu konusunda bir tereddüt yoktur<sup>689</sup>. Uygulamada Adli Tıp Kurumunda rapor bekleyen bu kimseler Metris R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu<sup>690</sup> gibi rehabilitasyon merkezi bulunan infaz

<sup>686</sup> Adli Tıp Kurumuna gönderilecek dosyada bulunması gereken belgeler ile bazı özel hastalıklarda ek olarak istenen tıbbi belgeler için bkz. Bkz. Güzel, **a.g.e.**, s.189, 190.

<sup>687</sup> TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, s.14.

<sup>688</sup> Akkaya, **a.g.e.**, s.555.

<sup>689</sup> Devlet hastanesinde hazırlanan sağlık kurulu raporunda hastalık nedeniyle infazın geri bırakılması gerektiği ifade ediliyorsa, hükümlü Adli Tıp Kurumunda rapor gelinceye kadar derhal tahliye edilmesi gerektiği, bu hususta Cumhuriyet savcısının tereddüt etmesi halinde 5275 sayılı Kanun'un 98. maddesi gereğince hükmü veren mahkemeye başvurabileceğine ilişkin bkz. Hüsnü Aldemir, **Türk İnfaz Hukuku ve İnfaz Yargılaması**, Ankara, Bilge Yay., 2012, s.261; Akkaya, **a.g.e.**, s.559.

<sup>690</sup> Metris Rehabilitasyon Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu hakkında detaylı bilgi için bkz. Berivan Korkut, **Hapiste Sağlık**, CİSST/TCPS Kitaplığı, 2017, s.37-50.

kurumlarında barındırılmaktadır<sup>691</sup>. Bu kurumlar, esasen, akıl hastalığı dışında ruhsal bozukluğu bulunan mahpuslar için kurulmuş olup tedavi hizmetleri sunan sağlık merkezleri olarak nitelendirilmeleri mümkün değildir. Kanun'da Cumhuriyet başsavcılığına, rapor alınmadan bu hükümlüler hakkında karar verme yetkisi de tanınmadığı göz önünde bulundurulduğunda, sürecin hızlandırılması ve tam teşekküllü hastaneden cezanın infazının geri bırakılmasına ilişkin bir rapor alınması üzerine, bu raporun Kurumca onaylanmasına beklenmeksizin hükümlünün sağlık kurumu yerleştirilmesi gerekmektedir. Hükümlünün sağlık kurumuna yerleştirilmesinden sonra Kurum tarafından tam teşekküllü hastanece hazırlanan raporun onaylanmaması halinde, hükümlü yeniden infaz kurumuna gönderilebilir. Bu hususta yasal bir düzenleme yapılması yerinde olacaktır<sup>692</sup>. Ayrıca Kurumdan rapor alamayan hasta mahpusların tedavi edilmeleri için hastanelerde bulunan mahpus koşullarına sevk edilmeleri önerilmektedir<sup>693</sup>.

Diğer yandan akıl hastalığının tespitinde karar verici son otorite olarak sadece Adli Tıp Kurumuna yer verilmesi kimi eleştirilere maruz kalmıştır<sup>694</sup>. Buna göre, başkan ve üyelerinin üçlü kararname ile atanması, Kurumun siyasi otoriteden tamamen bağımsız olmadığını göstermektedir. Bu da özellikle siyasi şahsiyetlerle ilgili raporların etki altında kalınarak hazırlanma sakıncasını beraberinde getirmektedir. Ayrıca Kurumun böylesi önemli bir konuda tek yetkili merci olması, tıp fakülteleri ile devlet hastanelerinin ilgili bölümlerinin fiili anlamda atıl kalmasına neden olmaktadır. Halbuki adli tıp alanında gelişim, bu tür kurumlar arasındaki rekabetin artırılması suretiyle sağlanabilir.

Geri bırakma kararı verilmesi için hükümlüden güvence istenemez ancak hükümlüye bazı yükümlülükler yüklenebilir<sup>695</sup>. Bu halde, mahkumun tabi olacağı yükümlülükler ile bu yükümlülüklere aykırı hareket etmesi halinde bu kararın

<sup>691</sup> “Hastalığı nedeniyle Adli Tıp Kurumundan rapor bekleyen ya da tek başına öz bakım becerisini yapamayan ve başkasının bakımına muhtaç olan hasta tutuklu ve hükümlülerin barındırılması, rehabilite ve tedavilerini sağlamak amacıyla Metris ve Menemen R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumları faaliyete geçirilmiştir.” Bkz. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün 30/6/2016 tarihli ve 81509476-209.03.00.00-2016-E.1081/81405 yazısı. Ayrıca bkz. TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, s.40, 42, 44 ve 59.

<sup>692</sup> Benzer yönde bkz. Mecit, **a.g.e.**, s.547.

<sup>693</sup> TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, s.62.

<sup>694</sup> Nevzat Alkan, “5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirleri İnfazı Hakkındaki Kanun’un Adli Tıp Yönünde Değerlendirilmesi”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Yıl: 2005, Sa.57, s.234, 235.

<sup>695</sup> Erdoğan, **a.g.e.**, s.261.

kaldırılarak cezanın infazına devam olunacağı kendisine ve yasal temsilcisine tebliğ edilir. Bu noktada Kanun “kendisine ve yasal temsilcisine” tebliğ edileceğini belirttiğine göre, yasal temsilcisi olmayan ve hastalık nedeniyle infazı geri bırakılacak olan hükümlülere öncelikle bir yasal temsilci tayini yapılması gerekir<sup>696</sup>. Mahkumun geri bırakma süresi içinde bulunacağı yer, kendisi veya yasal temsilcisi tarafından ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına bildirilir.

Mahkumun 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 birer yıllık dönemlere göre bu fıkra yazılı usule uygun olarak incelettilir. İnceleme sonuçlarına göre geri bırakma kararını veren Cumhuriyet başsavcılığınca, geri bırakmanın devam edip etmeyeceğine karar verilir.

Geri bırakma kararını veren Cumhuriyet başsavcılığının istemi üzerine, mahkumun izlenmesine yönelik tedbirler, bildirim yapıldığı yerde bulunan kolluk makam ve memurlarınca yerine getirilir. Bu fıkra yazılı yükümlülüklerle aykırı hareket edilmesi halinde geri bırakma kararı, kararı veren Cumhuriyet başsavcılığınca kaldırılır. Bu karara karşı infaz hakimliğine başvurulabilir.

Bu konuda son olarak hükmün verildiği ancak infazının henüz başlamadığı esnada, 16. maddede belirtilen hastalıklardan birine tutulduğu anlaşılan hükümlü hakkında usulün ne şekilde işletileceği açıklanmalıdır. İnfaz Kanunu m. 19/2’ye göre kasten işlenen suçlarda üç yıl, taksirle işlenen suçlarda ise beş yıldan fazla hapis cezasından hükümlü olanların cezalarının infazı için doğrudan yakalama emri çıkarılacaktır. Bu sınırların altındaki hapis cezaları için öncelikle hapis cezası veya güvenlik tedbirinin infazı için bir çağrı kağıdı gönderilmeli, hükümlü tebliğ üzerine on gün içinde gelmez, kaçar ya da kaçacağına dair şüphe uyandırırsa hakkında yakalama emri çıkarılmalıdır. Hükümlü aldığı tebligat üzerine İnfaz Kanunu m. 16’den kapsamında yer olduğuna ilişkin bir müracaatta bulunursa nihai raporlar sonuçlanana kadar, cezanın infazına başlanılmaması gerekir. Tereddüt oluşturan durumlarda ilgili mahkemeden karar alınabilir (İnfaz Kanunu m. 98)<sup>697</sup>. İnfazın başlanması gerektiği

---

<sup>696</sup> Aldemir, **a.g.e.**, s.262.

<sup>697</sup> Erdoğan, **a.g.e.**, s.260.



durumlarda ise tam teşekküllü devlet hastanelerinden alınacak rapora göre hükümlünün R tipi ceza infaz kurumlarına yerleştirilmesi en makul çözüm olacaktır<sup>698</sup>.

### C. Hükümlünün Akıl Hastalığı Dışında Bir Ruhsal Rahatsızlığı Tutulması

5275 sayılı Kanun'un 16. maddesinde akıl hastalığı ve diğer hastalıklar şeklinde bir ayrıma gidildiğini ifade etmiştik. 18. maddede ise bu ayrıma bir yenisi daha eklenerek akıl hastalığı dışında diğer ruhsal hastalığı olan hükümlülerin cezalarının infazı düzenlenmiştir. Bu düzenleme, her ne kadar, yukarıda bahsettiğimiz hastalıklar gibi "Cezanın İnfazının Ertelenmesi" başlığı altında düzenlenmiş olsa da kanun koyucu, burada esasen bir cezanın geri bırakılması usulünü düzenlemiş değildir. Aksine bu maddede ilgili kişiler hakkındaki cezanın infazı gerçekleştirilmeye devam etmekte ancak bazı özel düzenlemelere gidilmektedir.

İlk olarak akıl hastalığı dışında diğer ruhsal hastalıktan ne anlaşılması gerektiği ifade edilmelidir. Tezimizin ilk bölümünde hangi hastalıkların, akıl hastalığı kabul edildiği konusunda genel şemayı vermiştik<sup>699</sup>. Bir hastalığın, akıl hastalığı olarak kabul edilmesi için birçok ölçüt birlikte değerlendirilmekte ve her ruhsal rahatsızlık, akıl hastalığı olarak kabul edilmemektedir. Bu sebeple akıl hastalığı olarak kabul edilmemekle birlikte psikolojik, sinirsel veya depresif rahatsızlıklar gibi çeşitli ruhsal rahatsızlıkları bulunan mahkumlar için ayrı bir düzenleme yapılması zarureti doğmuştur. Bu ihtiyaca binaen 5275 sayılı Kanun'un 18. maddesinde, hapsedilme ve diğer nedenlerden kaynaklanan akıl hastalığı dışında ruhsal rahatsızlıkları bulunup da ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde tutulmaları gerekli görülmeyle infaz kurumlarına geri gönderilenlerin cezaları, belirlenen infaz kurumlarının mahsus bölümlerinde infaz edileceği düzenlenmiştir.

Madde gerekçesinde, akıl hastalığı dışında ruhsal rahatsızlığı bulunan mahkumlardan başka, akıl hastalığına tutulan ancak bir süre sonra iyileşmiş olmaları ileri sürülerek ceza infaz kurumlarına geri gönderilen mahkumların da bu kapsamda olduğu ifade edilmiştir. Bu mahkûmlar uygulamada, rehabilitasyon merkezleri

<sup>698</sup> *Mecit*, uygulamada, cezasının infazının gerçekleştirilmesi için yakalanan hükümlünün hasta olduğunu beyan etmesi üzerine, bilhassa büyük merkezlerde görevli bazı Cumhuriyet savcılarının tarafından, hastaneye sevk edildiği, rapor sürecinin uzun olması sebebiyle ortada herhangi bir rapor yokken bu kişilerin salıverildiğini belirtmektedir. Bu durumun kanuna aykırı olduğu açıktır. Bkz. *Mecit*, **a.g.e.**, s.548.

<sup>699</sup> Bu konuda bkz. s.12-26.

bulunan Elazığ, Samsun, Manisa ve Adana E Tipi ceza infaz kurumları ile ve İstanbul-Metris R Tipi Kapalı (158 kişi kapasiteli<sup>700</sup>) ve Menemen R Tipi<sup>701</sup> (156 kişi kapasiteli) ceza infaz kurumlarında barındırılmaktadırlar. Gerekli uzman ve diğer tıp görevlileri Sağlık Bakanlığınca karşılanmaktadır<sup>702</sup>.

Öte yandan ikinci fıkrada, bu mahkumların yerleştirileceği infaz kurumlarının ihtiyaç duyduğu uzman ve diğer tıp görevlilerinin, Sağlık Bakanlığınca karşılanacağı belirtilmiştir. Halbuki bir yandan tutuldukları hastalıkları diğer yandan bir suç işlemiş olmaları göz önünde bulundurulduğunda bu mahkumların hususi durumları olduğu kabul edilmelidir. Gerçekten ceza infazının bitiminde toplumla uyum içinde hayatlarına devam edebilmeleri için bu mahkumlar ile psikolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı ve konu ile ilgili özel olarak yetiştirilmiş sağlık çalışanları ilgilenmelidir. O halde bu maddede öngörülen sağlık profesyonellerinin temininin Sağlık Bakanlığınca bırakılması da geçici bir çözüm olarak düşünülmeli ve Adalet Bakanlığının bünyesinde profesyonellerin istidam edilmesine önem verilmelidir<sup>703</sup>.

Bu başlık altında son olarak, 6291 sayılı Kanun'un 1. maddesi ile 5275 sayılı Kanun'a eklenen 105/A maddesine göre, *maruz kaldıkları ağır bir hastalık, engellilik veya kocama nedeniyle hayatlarını yalnız idame ettiremeyen ve koşullu salıverilmesine üç yıl veya daha az süre kalan hükümlülerin* diğer şartları da sağlamaları halinde, cezalarının koşullu salıverilme tarihine kadar olan kısmının denetimli serbestlik tedbiri uygulanmak suretiyle infazı mümkün hale getirilmiştir. Söz konusu karar, infaz hakimi tarafından alınmaktadır (4675 sayılı İnfaz Hakimliği Kanunu m. 4).

<sup>700</sup> 2015 yılında 150 kişilik olan Kurum'da kapasitenin 60'ı bu mahpuslara, geri kalanı ise ağır ve süregelen hastalığı bulunan mahpuslara ayrılmıştı. Bkz. TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, s.9, 10 (Erişim: [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2015/saglik\\_hizmetleri\\_hakkinda.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2015/saglik_hizmetleri_hakkinda.pdf), E.T.: 18.12.2018).

<sup>701</sup> "Menemen R Tipi Ceza İnfaz Kurumu içerisinde;

A BLOK: Kadın Kısmı ve Asosyaller Kısmı olmak üzere toplam 12 kişilik tekli odalar mevcuttur.

B BLOK: Fiziksel Engelliler ve İşçi Kısmı olmak üzere toplam 10 adet 3'er kişilik odalar mevcuttur.

C BLOK: Fiziksel Engelliler Kısmında toplam 10 adet 3'er kişilik odalar mevcuttur.

D BLOK: Kadın ve Çocuk Kısmında 6 adet 3'er kişilik odalar mevcuttur.

E BLOK: Ruhsal Engelliler Kısmında toplam 10 adet 3'er kişilik odalar mevcuttur.

F BLOK: Ruhsal Engelliler Kısmında toplam 10 adet 3'er kişilik odalar mevcuttur." Bkz. <http://www.menemenrcik.adalet.gov.tr>, E.T.: 13. 10.2017. Ayrıca bkz. AYM, Engin Aktaş, Başvuru no: 2014/14810, 21.09.2016, par. 45, 46 (www.anayasa.gov.tr).

<sup>702</sup> <http://www.cte.adalet.gov.tr/bilgidata/genelbilgi.asp> (E.T.: 05.10.2018)

<sup>703</sup> Alkan, "5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirleri İnfazı Hakkındaki Kanun'un Adli Tıp Yönünde Değerlendirilmesi", s.235-236.

Ağır hastalık, engellilik veya kocama hâli, Adli Tıp Kurumundan alınan veya Adalet Bakanlığınca belirlenen tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan bir raporla belgelendirilmelidir (İnfaz Kanunu m. 105/A/3-son).

#### **D. Sürekli Hastalık, Sakatlık ve Kocama Sebebiyle Kişilerin Cezalarını Hafifletilmesi veya Kaldırılması (Cumhurbaşkanının Özel Af Yetkisi)**

Anayasa'nın 104. maddesi uyarınca cumhurbaşkanına sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebebiyle belirli kişilerin cezalarını hafifletme veya kaldırma yetkisi tanınmıştır. Cumhurbaşkanının bu konuda takdir yetkisi bulunmaktadır. Ancak maddede, Cumhurbaşkanının bu af yetkisini hangi usul ve esaslar çerçevesinde kullanacağına ilişkin bir belirleme yapılmamıştır. *Yetgin*, bu düzenleme gereğince hükümlünün, cezasının infaz edildiği kurumun bağlı olduğu Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından en yakın tam teşekküllü bir devlet hastanesine sevk edileceği ifade etmektedir<sup>704</sup>. Sevk yazısında hükümlüdeki rahatsızlığın sürekli hastalık, sakatlık ve kocama hali<sup>705</sup> kapsamında olup olmadığı hususunda ayrıntılı sağlık kurulu raporu verilmesi istenecek ve hazırlanan bu kurul raporu üst yazı ile Adli Tıp Kurumuna gönderilerek Kurumdan rapor istenecektir<sup>706</sup>. Adli Tıp Kurumunca verilen raporda hükümlünün rahatsızlığının 104. madde kapsamında olduğunun belirtilmesi halinde üst yazı ile fezlekeye bağlanarak Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Müdürlüğü'ne gönderilecektir<sup>707</sup>. Ancak belirtelim ki AİHM'nin *Vinter / Birleşik Krallık*<sup>708</sup> ve *Öcalan / Türkiye*<sup>709</sup> kararlarında sadece sürekli hastalık, sakatlık, kocama gibi insani gerekçelerle sağlanan tahliye imkânının, AİHS m. 3'ten doğan yükümlülüğü yerine getirmeyeceğini belirtmiştir<sup>710</sup>.

<sup>704</sup> Feridun Yetgin, **İnfaz Hukuku El Kitabı**, Ankara, Adalet Yay., 2018, s.557.

<sup>705</sup> Anayasa'nın 104. maddesinde yer verilen "kocama hali" ile demans ve yaşlılığa bağlı ağır bedensel yetersizliklerin kastedildiği belirtilmektedir. Bkz. Hüseyin Soysal, **Adli Psikiyatri**, İstanbul Özgür Yay., 2012, s.117.

<sup>706</sup> TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, s.57.

<sup>707</sup> Yetgin, **a.g.e.**, s.557; Güzel, **a.g.e.**, s.209, 210.

<sup>708</sup> AİHM *Vinter / Birleşik Krallık*, Başvuru no: 66069/09, 09.07.2013 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>709</sup> AİHM *Öcalan / Türkiye*, Başvuru no: 46221/99, 12.05.2005 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>710</sup> Kıdıl, Fahrettin, "Cezalandırmanın Amacı ve 'Umut Hakkı' Bağlamında Koşullu Salıverilme Yasakları", **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sa.138, 2018, s.69 (39-78).

## V. Akıl Hastalarını Topluma Yeniden Kazandırma (Resosyalizasyon)

Ülkemizde akıl hastalarının topluma yeniden kazandırılmasına yönelik açık bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu sebeple öncelikle topluma yeniden kazandırma kavramının ne olduğu açıklanacak ardından uluslararası metinlerde ve ülkemiz mevzuatında bu kuruma ilişkin hangi düzenlemelerin esas alınabileceği ve sonuçta uygulamada nasıl işlediği anlatılacaktır. Hiç şüphesiz bu düzenlemeler akıl hastaları bakımında da geçerlidir ancak akıl hastası hükümlüler, hastalıkları nedeniyle diğer hükümlülere göre bazı dezavantajlara sahiptirler. Bu sebeple bu bölümde akıl hastalarının durumu özel olarak ele alınacak ve söz konusu dezavantajları ortadan kaldırmak adına önerilerde bulunulacaktır.

### A. Topluma Yeniden Kazandırma Kavramı

Topluma yeniden kazandırma (resocialization), hükümlünün infazdan sonra tekerrürden uzak ve suçluluk duygusundan arındırılmış olarak sosyal sorumluluk içinde insan onuruna yakışır bir hayat sürmesi adına yürütülen faaliyetlerin bütünüdür<sup>711</sup>. Alman Anayasa Mahkemesi ise topluma yeniden kazandırmayı hükümlünün yeniden toplumun bir parçası olması şeklinde tanımlamaktadır<sup>712</sup>. Topluma yeniden kazandırma kavramı yerine yeniden sosyalleştirme, tretman, rehabilitasyon ve iyileştirme kavramları da kullanılmaktadır<sup>713</sup>. Biz genel olarak topluma yeniden kazandırma kavramını tercih edeceğiz ancak 5275 sayılı Kanun'da iyileştirme kavramı tercih edildiği için yer yer bu kavrama da yer vereceğiz<sup>714</sup>.

<sup>711</sup> Timur Demirbaş, **İnfaz Hukuku**, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., Yay., 2017, s.260; Özbek, **İnfaz Hukuku**, s.42, 43; Pınar Bacaksız, "Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma", **Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Prof. Dr. Hakan PEKCANITEZ'e Armağan, C.16, Özel Sayı, 2014, s.4920, 4921 (4917-4941); Handan Yokuş Sevük, "Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararları Işığında Tutuklu ve Hükümlülerin Dış Dünya ile İletişimi", **Atatürk Üniversitesi Erzincan Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.VII, Sa.3-4 (Aralık 2003), s.336.

<sup>712</sup> BVerfGE 35, 202, 235, Natalie Andrea Leyendecker, **Resozialisierung und Verfassungsrecht**, Almanya 2002, s.34 (aktaran: Bacaksız, "Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma", s.4920-4921).

<sup>713</sup> Farklı kullanımları da olan "Tretman" terimi, topluma yeniden kazandırmayı tam olarak karşılamamakta daha çok tedavi anlamında kullanılmaktadır. Türkçe karşılığı iyileştirme olan "Rehabilitasyon" terimi de aynı şekilde topluma yeniden kazandırmanın tek bir yönünü ifade etmektedir. Son olarak yeniden sosyalleştirme terimini ise hükümlünün infaz kurumunda da bir sosyal hayatı olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir.

<sup>714</sup> İnfaz Kanunu'nun "İnfazda temel amaç" başlıklı 3. maddesinde "yeniden sosyalleşme" kavramına yer verildiği görülmektedir.

Topluma yeniden kazandırma ile hükümlünün kişiliğinin değiştirme veya beynini yıkama değil, yeniden özgürlüğünü kazandığında kanunlara ve toplumsal kurallara saygılı, katılan ve gayret gösteren kişi olması amacı güdülür<sup>715</sup>. Günümüzde cezanın infazı ile güdülen ancak hükümlüler ve ailelerinin kişisel ve toplumsal konumlarına zararlı etki yapan ve topluma uyum sağlamayı zorlaştıran ödetme, korkutma ve kamu güvenliği gibi kavramların artık ön planda olmadığı ifade edilebilir<sup>716</sup>. Hükümlü kurum içindeki yaşantısında olabildiğince normal yaşam şartlarına uygun bir hayat sürdürebilmelidir. Aksi halde “cezaevilileşme” ismi verilen hükümlünün cezaevi yaşantısına alışması söz konusu olur ki bu durum, hükümlünün tahliye sonrası dışarıdaki hayata alışmasını, yani toplama yeniden kazandırmayı zorlaştıracaktır<sup>717</sup>.

Topluma yeniden kazandırmada cezaevilileşmenin tamamen önüne geçilmesi değil, tahliye sonrası etkilerinin en aza indirilmesi hedeflenmektedir. Bu noktada hükümlünün, dışarıdaki hayatla bağlantılarının zayıflamaması için yakınlarıyla olabildiğince sık ve kolay görüşmesi ve diğer hükümlüler dayanışmasını artırması suretiyle dışarıdaki hayattan uzlaşmaması için cezaevinde herhangi bir kötü muamele maruz bırakılmaması gerektiği ifade edilmektedir<sup>718</sup>.

## B. Topluma Yeniden Kazandırmanın Unsurları

### 1. Terapi ve Danışma

Topluma yeniden kazandırma faaliyetlerinden ilk akla geleni psikolojik danışma ve terapidir. Zira hükümlünün psikolojik durumu ne kadar sağlıklı ve salıverilmesinden sonra toplumda karşılaşılabileceği olaylara karşı ne kadar hazır olursa infaz sonrası hayata o kadar kolay uyum sağlayacaktır<sup>719</sup>. Nitekim bu durum, Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkifevlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük’ün

<sup>715</sup> Galma’ya göre, *bir ceza siyaseti olarak yeniden sosyalleştirme, iyi isleyen bir ceza adaleti sisteminin, kişileri, yalnızca davranışlarıyla sınırlı olmaksızın değiştirebileceği varsayımına dayanır*. Bkz. Galma Jahic, “Ceza Adaleti Sistemini Kullanarak Suçu Önlerken Adaleti Sağlamak”, **Hukuk ve Adalet Eleştirel Hukuk Dergisi**, İstanbul, Günışığı Yayıncılık, Nisan, 2005, s.173.

<sup>716</sup> Özbek, **İnfaz Hukuku**, s.43.

<sup>717</sup> a.g.e., s.45

<sup>718</sup> Bacaksız, “Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma”, s.4922. Topluma yeniden kazandırma modeli olarak denetimli serbestlik için bkz. Özbek, **İnfaz Hukuku**, s.47-56.

<sup>719</sup> Bacaksız, “Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma”, s.4923.

Psiko-Sosyal yardım servisi personelinin görevlerini düzenleyen 37/A maddesinde; *“Psikolog, sosyolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatr ve pedagogun görevleri, hükümlerin suç ve suçluluk nedenleri üzerinde durarak ve suç işleme nedenlerinin kökenine inerek, çeşitli psiko-sosyal iyileştirme yöntemleriyle bu nedenleri ortadan kaldırmaya, onları eğitip ıslah etmeye, salıverilmelerinden önce yeni bir yaşama, toplumda karşılaşılabilecekleri olaylara karşı hazırlamaya, olumsuz duygularını gidermeye çalışmak”* şeklinde ifade edilmiştir.

## 2. Eğitim-Öğretim ve Meslek Kazandırma

Hükümlünün kendini disipline etmeyi öğrenirken hükümlüyü akademik anlamda da geliştirme amaçlayan eğitim programları cezaevlerinde uygulanan ilk topluma yeniden kazandırma programlarıdır. Gerçekten ABD’de 18. yüzyılın sonlarında birçok cezaevinde ilkokul eğitim verilirken 1970’lere gelindiğinde hükümlülerin üniversite düzeyinde eğitim almaları mümkün hale gelmiştir. Hükümlülere ülkemizde de okuma-yazma, temel eğitim, çıraklık, açık lise ve açık öğretim alma imkanları sağlanmaktadır<sup>720</sup>.

Mesleki eğitim süreç, hükümlünün suçluluk duygusundan arındırılarak iyileşmesinin desteklenmesinde ve sosyal sorumluluk bilincine sahip bir birey olmasında büyük önem arz etmektedir<sup>721</sup>. Yalnız meslek kazandırma faaliyetlerinin hükümlünün kişisel özellikleri ve yeteneklerine uygun olması gerekmektedir. Zira hükümlünün, yetenek ve kapasitesinin veya ilgi alanının dışında işgücünde kullanılması, özgürlüğünü kazanması sonrası sosyal hayata dahil olmasına yeterince katkı sağlayamayabilir<sup>722</sup>.

Alman İnfaz Kanunu (Strafvollzugsgesetz<sup>723</sup>) m. 41’e göre, hükümlü fiziksel yeteneklerine göre, kendisine verilen çalışma ve terapötik iş ya da diğer faaliyetleri, bedeni durumu elverdiği ölçüde yerine getirmek zorundadır. Dolayısıyla hükümlülere

<sup>720</sup> Demirbaş, **İnfaz Hukuku**, s.264.

<sup>721</sup> Robert Paul Liberman, **Yetiştiriminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı**, American Psychiatric Publishing Washington D.C, 2008’den çev. M. Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011, s.399.

<sup>722</sup> Mandela kuralları m. 96’da hükümlü mahpusların fiziksel ve zihinsel durumlarına uygun çalışma ve/veya rehabilitasyonlarına aktif olarak fırsatına sahip olmaları gerektiğini ifade edilmektedir. Kuralın ikinci fırcasına göre, yararlı nitelikte yeterli bir iş, mahpusun normal bir çalışma gün için aktif olarak istihdam edilme durumunu korumasını sağlamalıdır.

<sup>723</sup> <https://www.gesetze-im-internet.de/stvollzg/StVollzG.pdf>, E.T. 16.01.2019.

çalışma zorunluluğu getiren Kanun, 65 yaşın üzerindeki hükümlüler ile emziren veya lohusalık döneminde olan kadın hükümlüleri, bu kurala istisna tutmuştur. Yükümlülüğün ihlali, disiplin yaptırımları ile cezalandırılmaktadır (m. 102). Kanun'un 37. maddesi ise hükümlülere yetenekleri ve eğilimleri doğrultusunda ekonomik ve verimli iş verilmesi; bu tür bir iş sunulamıyorsa işsiz bırakılmaması adına uygun bir meşgale ve iş terapisi eğitimi verilmesi gerektiğini düzenlemektedir<sup>724</sup>.

Ülkemizde hükümlülere, plastik boru tesisatçılığı, doğalgaz tesisatçılığı, kuaförlük, açılılık ve berberlik gibi meslek kurslarının sunulduğu bilinmektedir<sup>725</sup>. Ruhsal bozukluğu bulunan mahpuslar için önem arz eden Metris R Tipi Kapalı İnfaz Kurumunda bilgisayar, alüminyum kabartma, resim, bağlama, semazen, halı dokuma, saç-sakal kesimi, dekoratif ev aksesuarları, ahşap boyama, Kuran-ı Kerim, takı tasarım, Türk halk oyunları alanlarında eğitim verilmektedir<sup>726</sup>. Hükümlülere dış teknisyenliği, bilgisayar programcılığı, oto tamirciliği gibi farklı mesleklerle uğraşma imkanı tanıyan ABD, bu anlamda ülkemiz açısından örnek alınabilecek durumdadır<sup>727</sup>. Bu konuda özel sektör ile yürütülecek çalışmalar, kurumlara çağdaş işletmeciliğin kazandırılmasına yardımcı olabilir<sup>728</sup>.

### C. Uluslararası Metinlerde Topluma Yeniden Kazandırma

Suçluların topluma kazandırılması insan hakları ile yakında ilgili olduğu için konu, uluslararası metinlerde de kendine yer bulmuştur. Gerçekten Mandela Kuralları m. 87, 88, 89 ve 91 ile Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin “Avrupa Cezaevi Kuralları” başlıklı (2006) 2 No.lu tavsiye kararı (ACK) m. 107<sup>729</sup>,de hükümlülere,

<sup>724</sup> Demirbaş, **İnfaz Hukuku**, s.265.

<sup>725</sup> Söz konusu kursların sunulduğu Toprakkale Açık Ceza İnfaz Kurumu ve Osmaniye T Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda 63 hükümlü ile yapılan görüşmelere ilişkin detaylı bilgi için bkz. Adem Çimen, Ceza İnfaz Kurumlarında Sosyalleşme ve Islah İlişkisi, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 15 (2), 2015, s.159-188.

<sup>726</sup> TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, s.41.

<sup>727</sup> Demirbaş, **İnfaz Hukuku**, s.264.

<sup>728</sup> Berivan Yakışır, **Türkiye’de Tutuklu ve Hükümlülerin Yeniden Sosyalleştirilmesi**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s.30.

<sup>729</sup> “107.1. Hükümlü mahpuslara, tahliyelerinden doğru bir zaman önce, onları cezaevi yaşamından yasalara saygılı bir toplum yaşamına geçişe hazırlayan prosedürler ve özel programlarla yardım edilmelidir.

107.2. Özellikle daha uzun süre cezaya mahkûm edilen mahpusların, özgür toplum yaşamına aşamalı olarak dönmesinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

107.3. Bu hedefe, cezaevinde hazırlanan bir tahliye öncesi programla ya da etkili bir sosyal destekle birleştirilmiş denetim altında kısmi veya şartlı bir tahliye ile ulaşılabilir.

tahliyeleri sonrası sosyal hayata uyum yetisi kazandıracak faaliyetler düzenlemektedir. İlgili Mandela Kuralları şu şekildedir:

87. Mahkûmiyetin tamamlanmasından önce, mahkûmun aşamalı olarak toplumsal hayata dönebilmesini sağlamak amacıyla gerekli adımların atılması gerekir. Davaya bağlı olarak, mahkûmun bulunduğu hapisanede ya da uygun olan bir başka kurumda düzenlenen bir serbest bırakma öncesi rejimle bu amaca ulaşılabileceği gibi; duruşmada karar verilecek olan, polisin yetkisi ve sorumluluğunda olmayan, etkili bir sosyal yardım ile birleştirilmiş bir tür gözetim altında serbest bırakma ile de bu amaca ulaşılabilir.

88.1. Mahpusların tedavisi onların toplumdan dışlanmasını değil, aksine onların toplum bir parçası olmasına önem verilmelidir. Bu yüzden mahpusların sosyal rehabilitasyonunda görevli cezaevi personeline yardımcı olacak toplum kurumları mümkün olan her yerde görevlendirilecektir.

88.2. Bir mahpusun ailesi ve değerli sosyal kurumlarla istenilen tüm ilişkilerini sürdürmek ve ilerletmekle görevli, her cezaevi ile ilişki içinde olan, sosyal hizmet görevlisi bulunacaktır. Mahpusun medeni hukuktan doğan haklarını, sosyal güvenlik haklarını ve diğer sosyal yardımlarını korumak için kanun ve mahkûmiyet ile azami ölçüde uyumlu adımlar atılacaktır.

91. Hapis cezasına veya benzer bir tedbire hükmedilen mahpusların tedavisi, mahkûmiyet süresi boyunca, serbest bırakıldıktan sonra yasalara saygılı ve kendi kendisine yeten bireyler olmaları ve bu şekilde yaşamalarını sağlama amacına sahip olacaktır. Tedavi, öz saygılarını teşvik edecek ve sorumluluk duygularını geliştirecek şekilde olacaktır.

---

107.4. Cezaevi yetkilileri, tahliye edilen mahpusları denetleyen, özellikle aile yaşamına uyum sağlama ve iş bulma ile ilgili konularda onlara yardım eden ve tüm hükümlü mahpusların toplumda yeniden kendilerine bir yer edinmelerini sağlayan servis ve kuruluşlarla yakın çalışma içinde olmalıdır.

107.5. Bu tür hizmet ve kuruluşların temsilcilerine, tahliyeye hazırlamaya ve tahliye sonrası koruma programların planlamasına yardımcı olmak üzere cezaevine ve mahpuslara gerekli olan bütün şekillerde ulaşma imkânı sunulmalıdır." Bkz. www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/uluslararası/tavsiye\_kararlari.doc, E.T.: 14.10.2018.



#### D. Topluma Yeniden Kazandırmaya İlişkin Hukukumuzdaki Düzenlemeler

Ceza yargılaması sonucu verilen hükümlere, adil bir yargılama ile ulaşılabildiği açıktır ancak cezalandırma ile güdülen amacın gerçekleştirilmesi için bu hükümlerin infazının da insan hakları ve onuruna uygun olması gerekir. Bu bağlamda diğer birçok ülke anayasalarında olduğu gibi Türk Anayasası'nda da topluma yeniden kazandırma kurumuna ilişkin doğrudan bir hükme yer verilmemesi bir eksiklik olarak görülmemelidir<sup>730</sup>. İlk olarak ifade edelim ki Anayasa'nın 38/2. maddesine göre ceza mahkûmiyetinin sonuçları konusunda, yani infaz hukukunda kanunilik ilkesinin geçerlidir. Dolayısıyla infaza ilişkin düzenlemelerin kanunda düzenlenmesi ve ceza mahkûmiyeti kesinleşen kişiye, hükümden yazılı olandan başka bir cezanın uygulanmaması gerekmektedir<sup>731</sup>. Nitekim *kimseye işkence ve eziyet yapılamayacağı* ve *kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamayacağı* düzenleyen Anayasa'nın 17. maddesi, infaz hukukunun temel dayanak noktalarında biridir. Anayasa'nın "Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlıklı 56. maddesinde ise hükümlü olup olmadığına bakılmaksızın herkesin sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı düzenlenmiş ve devletin bu husustaki sorumluluğuna yer verilmiştir: "*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.*" Yine, Anayasa'nın 5. maddesinde düzenlendiği şekliyle, amacı "*insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak*" olan devletin, infaz kurumlarında bulunan kişilerin, yeniden topluma kazandırılması konusunda görevli olduğu açıktır.

5275 sayılı Kanun, "infazda temel amaç" başlıklı üçüncü maddesinde, topluma yeniden kazandırmayı ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı ile ulaşılabildiği istenilen temel amaçlardan biri olarak göstermiştir. Daha önce ifade edildiği gibi mevzuatımızda, topluma kazandırma kavramı yerine "iyileştirme" kavramı tercih edilmektedir. Zira Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük'ün 101. maddesine göre iyileştirme;

<sup>730</sup> Bacaksız, "Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma", s.4923.

<sup>731</sup> Özbek, **İnfaz Hukuku**, s.65.

*“hükümlülerin, kuruma girişinden salıverilmesine kadar geçen süre içerisinde, bedensel ve zihinsel sağlıklarını sürdürmeleri veya bunlara yeniden kavuşmaları için gerekli önlemlerin alınması, suçluluk duygusundan arınması, kişisel ve toplumsal gelişiminin sağlanması amacıyla uygulanacak, eğitim-öğretim, sağlık, psiko-sosyal hizmetler ile meslek edindirme, bireyselleştirilme, toplum yaşamıyla uyumlaşmasını ve geliştirilmesini sağlayacak programların tümüdür<sup>732</sup>.”*

5275 sayılı Kanun’un *İyileştirme programlarının belirlenmesi* başlıklı 73. maddesinde, *“Hükümlünün geçmişi, suçluluk nedenleri, suç sicili, fizik yeteneği ve ruhsal yapısı, kişisel doğası, arz edebileceği tehlike hâlleri, hapis cezasının süresi, salıverildikten sonraki beklentisi dikkate alınarak, toplumun hukuka uygun hareket eden ve üretken bir üyesi olarak yaşamını sürdürmesini sağlayacak ve bireysel ihtiyaçlarına uygun bir biçimde iyileştirme programları uygulanır. Bu programların hazırlanması ve uygulanması amacıyla ceza infaz kurumlarında eğitim ve psiko-sosyal hizmet servisleri oluşturulur.”* şeklinde bir düzenlemeye yer verilmiştir. Maddenin ikinci fıkrasında ise *hükümlünün amaca uygun iyileştirme gereklerinin gerçekleştirilebileceği kurumlara veya bölümlere yerleştirileceği* ifade edilmiştir.

Kanun’un 75, 76 ve 77. maddelerinde topluma yeniden kazandırmanın unsurlarından olan eğitime yer verilmiştir. Buna göre; ceza infaz kurumlarında bulunduğu süre içinde hükümlüye, kişiliğini geliştirecek, eğitimini güçlendirecek, yeni beceriler elde etmesini, suç işleme eğilimini yok etmeyi sağlayacak ve salıverilme sonrasına hazırlayacak programlar uygulanır. Eğitim programları hükümlünün yaş, ceza süresi ve yeteneklerine öncelik verilerek ekonomik ve kültür durumuna uygun biçimde düzenlenir ve temel eğitim, orta ve yükseköğretim, meslek eğitimi, din eğitimi, beden eğitimi, kütüphane ve psiko-sosyal hizmet konularını kapsar. *“Öğretimden yararlanma”* başlıklı 76. maddede örgün ve yaygın öğretimden ancak açık ceza infaz kurumları ile çocuk eğitim evlerinde bulunan hükümlülerin yararlandırılacakları düzenlenmiştir. Kapalı ceza infaz kurumunda bulunan

<sup>732</sup> Özbek ise iyileştirmeyi şu şekilde tanımlamaktadır: *“İyileştirme, hem özel tedavi edici tedbirleri hem de hükümlüleri eğitim-öğretim yoluyla, kişisel ve ekonomik sorunların çözümünde danışma ve infaz kurumunun sosyal ve ekonomik yaşama ilişkin müşterek ödevlerine katılımı içine alan genel usuldeki tedbirleri kapsamakta ve suç işleme eğiliminin kaldırılmasına hizmet etmektedir.”* Bkz. Özbek, **İnfaz Hukuku**, s.46, 47.

hükümlülere ise yalnız yaygın öğretim imkânı tanınmıştır<sup>733</sup>. Bu eğitimlerin mümkün olduğunca ülkenin eğitim sistemi ile birlikte yürütülmesi gerekmektedir<sup>734</sup>. Cezaevi idareleri ve cezaevi sağlık hizmetleri, akıl sağlığı dahil eşitlikçi sağlık hizmetlerinin sağlanmasında, tek başına yeterli değildir<sup>735</sup>. Bu sebeple 77. maddede bu faaliyetlerin başarıya ulaşması adına kamu kurum ve kuruluşlarının, olanakları ölçüsünde gerekli yardımları yapmakla yükümlü olduğu düzenlenmiş; ayrıca dernekler, vakıflar ve gönüllü kişi ve kuruluşlarla da iş birliği yapılabileceği ifade edilmiştir.

Topluma yeniden kazandırmaya hükümlülerin gözlem ve gruplandırılmalarıyla başlanır. Zira herkese aynı yöntemin uygulanması sağlıklı bir yaklaşım değildir. Hükümlülerle olabildiğince bire bir ilişki kurulması gereklidir. Bu ilişkide hükümlünün suç işlemeden önceki yaşam biçimi ve onu suç işlemeye götüren nedenler, yakınlarıyla olan ilişkisi ve bu kişilerin ziyaretine gelip gelmedikleri, çalışma yeteneği ile sağlık durumu ve tahliyesinden sonra hayatını nasıl sürdüreceği gibi hususlar üzerinde durulması önemlidir<sup>736</sup>. Nitekim 5275 sayılı Kanun m. 23/1'de infaz ve iyileştirme rejiminin *hükümlülerin kişisel özellikleri, bedensel, akli ve sağlık durumları, suç işlemeden önceki yaşamları, sosyal çevre ve ilişkileri, sanat ve meslek faaliyetleri, ahlaki eğilimleri, suça bakış açıları, hükümlülük süreleri ve suç türleri belirlenerek saptanacağı* ifade edilmiştir.

Ancak ülkemizde de topluma yeniden kazandırmaya ilişkin faaliyetlerin çok iyi yürütüldüğünü söylenemez<sup>737</sup>. Bu konudaki sorunlar dört ana başlık altında toplanmaktadır: İnfaz hukukundaki mevzuat yetersizliği, fiziki altyapı yetersizliği,

<sup>733</sup> "Yaygın eğitim, yetişkinlere okuma-yazma öğretmek, temel bilgiler vermek, en son devam ettikleri öğrenim kademesinde edindikleri bilgi ve kabiliyetlerini geliştirmek ve hayatını kazanmasını sağlayacak yeni imkânlar kazandırmak amacıyla verilen okul dışı eğitimdir. Yaygın eğitim, örgün eğitim sistemine hiç girmemiş, herhangi bir kademesinde bulunan veya bu kademelerden birinden ayrılmış olan bireylere ilgi ve gereksinme duydukları alanda örgün eğitim yanında veya dışında düzenlenen eğitim faaliyetlerinin tümünü kapsar. Yaygın eğitim; halk eğitimi, çıraklık eğitimi ve uzaktan eğitim yoluyla gerçekleştirilmektedir." Bkz. <http://www.meb.gov.tr>, E.T.: 11.04.2018

<sup>734</sup> Mandela Kuralları 104.2'de mahpusların eğitimi, uygulanabilir olduğu kadarıyla, ülkenin eğitim sistemine entegre olmalıdır. Böylece mahpuslar tahliyelerinden sonra eğitimlerini zorlanmadan sürdürebileceklerdir. Benzer yönde bir düzenleme içeren Avrupa Cezaevi Kuralları m. 28.7'e göre de uygulanabildiği ölçüde mahpusların eğitimi; a. Ülkenin eğitim ve mesleki eğitim sistemiyle bütünlük içerisinde olmalıdır. Böylece mahpuslar tahliyelerinden sonra herhangi bir zorlukla karşılaşmaksızın eğitim ve mesleki eğitimlerine devam edebilirler; b. Dışarıdaki eğitim kurumlarının desteğiyle olmalıdır.

<sup>735</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.22; İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisi, İnsan Hakları ve Cezaevleri, Cenevre 2001, s.78.

<sup>736</sup> Demirbaş, **İnfaz Hukuku**, s.260.

<sup>737</sup> Bacaksız, "Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma", s.4929.

infaz personelinin nitelik ve nicelik olarak yetersizliği ve mali kaynak yetersizliği<sup>738</sup>. Hükümlü sayısının bir hayli fazla olması onların bire bir tanınması ve doğal olarak ihtiyaçlarına uygun bir çalışma yürütülmesini güçleştirmektedir. Aynı şekilde bu kalabalık ciddi bir mekan sorununu da yanında getirmektedir. Diğer yandan ceza infaz kurumlarının fiziksel koşulları ne kadar önemliyse, personelin yetkinliği, hükümlülere davranışı ve görev anlayışı da o derece önemlidir<sup>739</sup>. Zira etkili bir infaz rejimi ancak uygun personelle mümkün olabilir. Halbuki bu konuda ülke çapında bir standart yakaladığımızı söylemek kolay değildir. Ayrıca infaz kurumlarında meslek edindirme faaliyetlerin de büyük oranda el becerisi öğretimi ile sınırlı kaldığı da dile getirilmelidir<sup>740</sup>.

### E. Akıl Hastalarının Durumu

Yukarıda bahsettiğimiz hem uluslararası metinlerde hem de kendi hukukumuzda yer alan düzenlemeler, hiç şüphesiz, akıl hastası hükümlüler için de geçerlidir. Bununla birlikte gerek infaz kurumlarındaki hayata gerekse tahliye sonrası toplum hayatına uyum sağlamada, akıl hastası hükümlüler bazı aleyhe durumlara sahiptirler. Aleyhe durumların sebebi akıl hastasının kendisinden kaynaklı olduğu kadar, belki de daha fazla, birey ve toplumun akıl hastasına bakışı ile ilgilidir. Zira birey ve toplum kendilerine yabancı ve rahatsız eden durumlarla karşılaştıklarında onları dışlama yoluna gitmektedirler. Bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde dışlanması, aşağı görülmesi ve kötülenmesi damgalanma olarak tanımlanmaktadır ve akıl hastaları damgalanmayla en çok karşılaşan grubu oluşturmaktadır<sup>741</sup>. Gerçekten akıl hastalarının damgalanmasına ilişkin yapılan son araştırmalar, bu durumun toplumların büyük çoğunluğunda olduğunu göstermektedir<sup>742</sup>. Yukarıda yer

<sup>738</sup> Yasemin Işıқтаç, “Ceza Adaleti Açısından Hapis Cezası ve Rehabilitasyon İlişkisi”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, C.LXXI, 2013, s.631.

<sup>739</sup> Işıқтаç, “Ceza Adaleti Açısından Hapis Cezası ve Rehabilitasyon İlişkisi”, s.630.

<sup>740</sup> Bacaksız, “Cezalandırma ve Toplumca Yeniden Kazandırma”, s.4929.

<sup>741</sup> Gülsüm Özge Doğanavşargil Baysal, Damgalanma ve Ruh Sağlığı, **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi**, C.22, Sa.2, 2013, s.239-251.

<sup>742</sup> Akıl hastalığı olan kişiler, damgalanmadan kurtulmak için tanılarını saklamaya ve psikiyatrik bozukluklar bölümünde sınıflandırmanın başka bir bölümüne aldirmaya çalışmaktadırlar. Çoğu zaman ailelerden oluşan baskı gruplarının, başka bir branşa “ait” bir bölümdeki bir kategoriye yerleştirilmesinde ısrar ederek damgalanmaktan kaçınmayı başarmıştır. Bu sayede ICD-10’da “yorgunluk sendromları” tanısı psikiyatrik bozukluklar bölümünde yer alırken daha az damgalayıcı bir terim olan “postviral yorgunluk sendromu” bulaşıcı hastalıklar bölümünde bulunmaktadır. İntihar teşebbüsü psikiyatrik bozukluklardan ayrı bir bölümde yer almaktadır, oysa intihar ve intihar teşebbüsü sıklıkla bir psikiyatrik bozuklukla ilişkidir. Bkz. Norman Sartorius, “Psikiyatrik Bozuklukları

verdiğimiz hususların devamı niteliğinde bu başlıkta akıl hastası hükümlülerin, topluma yeniden kazandırılmalarında sahip oldukları aleyhe durumlara ve bunların giderilmesi için neler yapılabileceğine dair açıklamalarımıza yer verilecektir.

## 1. İnfaz Devam Ederken

### a. Erken Teşhis

Akıl hastası hükümlülerin topluma yeniden kazandırılmasında ilk ve belki de en önemli adım, en başta cezaevine girmeleri önlemektir. Zira tahliye olduğunda, özgürlüğü kısıtlandığı ana göre akıl sağlığı sorunları ilerlemiş bir kimsenin, toplumda aktif ve katılımcı bir birey olarak kendini kabul ettirmesi güçleşecektir. Bu sebeple her mahpus, henüz cezaevine girmeden akıl hastalığı veya akıl hastalığı dışında bir ruhsal rahatsızlığın da teşhis edebilecek kapsamlı bir sağlık muayenesinden geçirilmelidir. Böylelikle akıl hastası hükümlü, hastalığının erken teşhisi ile sağlık kurumuna yerleştirilecek ve uygun tedavini uygulanması ile var olan akıl sağlığı sorununun daha ciddi engellere dönüşmesinin önüne geçilebilecektir<sup>743</sup>. Bu bakımdan 5275 sayılı İnfaz Kanun'u m. 23/2'de, hükümlülerin gözlem ve sınıflandırılmaya tabi tutuldukları merkezlerde, mümkün olduğunca psikiyatri uzmanı, hekim, adli tıp uzmanı, psikolog gibi uzman görevlilerin bulundurulacağına düzenlenmiş olması yerindedir.

Ancak bu aşamada olduğu gibi, infazın devam ettiği aşamada da bir akıl hastalığına yakalanan bir hükümlünün en kısa sürede teşhis edilerek cezaevinde çıkartılması ve sağlık kurumuna yerleştirilmesi gerekir. Gerçekten Mandela Kuralları m.25/2'de her cezaevinin, psikoloji ve psikiyatride de yeterli uzmanlığı ihtiva eden bir sağlık hizmeti servisine sahip olması gerektiği ifade edilmiştir. Yine kuralların 76/d maddesinde kurum personel eğitiminin, mahpusların psikososyal ihtiyaçları ve cezaevi dinamiklerine uygun, akıl sağlığı konularında erken teşhisi sağlayacak nitelikte olması gerektiği ifade edilmiştir. 5271 sayılı İnfaz Kanunu'nun 81. maddesinde ise kurum hekimi veya görevli hekim tarafından yapılacak muayene ve incelemeler

---

Sınıflandırmanın Meta Etkileri", Ed: Darrel A. Regier ve diğ., **DSM-5'in Kavramsal Gelişimi**, çev. Vedat Şar, 121 Medikal Yay., 2011, s.72.

<sup>743</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.28.

düzenlenmiştir<sup>744</sup>. Ancak hekimin yapacağı muayeneler dışında, tehlikenin büyümeden önlenmesi için, cezaevi personelinin mahpusların sıkıntı ve kaygı riskinde oldukları zamanları fark edebilecek temel akıl sağlığı konularında eğitilmiş olması sağlanmalıdır<sup>745</sup>.

## b. İntiharın Önlenmesi

Mandela Kuralları m. 30'da her bir mahpusun en kısa zamanda muayene edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu muayene sırasında, uyuşturucu veya alkol kullanımından kaynaklanan intihar veya kendine zarar verme ve yoksunluk belirtileri dahil, hapsedmenin doğasından kaynaklanan psikolojik veya diğer stres belirtilerini tanımlamak ve uygun tüm bireysel önlemleri veya tedaviyi üstlenmek, özellikle dikkat edilecek hususlar arasında sayılmıştır<sup>746</sup>. Mandela Kuralları'nda intihar belirtileri gösteren mahpuslara özel ihtimam gösterilmesi tesadüfi değildir. Çünkü bu kişilerin cezaevi dışındaki insanlara göre intihar etme olasılıkları yedi kat daha fazladır<sup>747</sup>. Şizofreni gibi bazı akıl hastaları için bu oran iki katına çıkmaktadır. Gerçekten şizofrenik hastaların %50'ine yakınında intihar girişimi görülmekte ve bunları %10-15'i ölümle sonuçlanmaktadır<sup>748</sup>. Ülkemizdeki verilere bakıldığında, doğrudan akıl hastaları üzerine yapılmış bir çalışma olmamakla birlikte 2002-2015 yılları arasında hapisanelerde toplam 511 mahkumun intihar ettiği görülmektedir<sup>749</sup>. 2002 yılında

<sup>744</sup> 5271 sayılı İnfaz Kanunu m. 81: “Kurum hekimi veya görevli hekim tarafından yapılan muayene ve incelemeler sonucunda hükümlünün cezasını yerine getirmesine engel olabilecek hastalığı saptanırsa durum, kurum yönetimine bildirilir”.

<sup>745</sup> United Nations Office on Drugs and Crime, **Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders**, Viyana, 2018, s.131 (Erişim: [http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory\\_Handbook\\_on\\_the\\_Prevention\\_of\\_Recidivism\\_and\\_the\\_Social\\_Reintegration\\_of\\_Offenders.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory_Handbook_on_the_Prevention_of_Recidivism_and_the_Social_Reintegration_of_Offenders.pdf), E.T.: 31.01.2019). Öte yandan akıl sağlığının geliştirilmesi, korunması ve tedavisinden görev alan hemşirelerin lisans veya yüksek lisans düzeyinde uzmanlaşmış psikiyatri hemşirelerinden oluşması hakkında bkz. Ayşe Tuna, “Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması”, **Düşünen Adam**, C.12, Sa.3, s.60.

<sup>746</sup> Benzer yönde bir düzenleme içeren Avrupa Cezaevi Kuralları'nın 47.2 maddesinde de cezaevi sağlık servisinin ihtiyaç duyan tüm mahpuslara psikiyatrik tedavi sağlaması ve intiharın önlenmesine özel olarak önem vermesi gerektiği ifade edilmiştir.

<sup>747</sup> Uluslararası Ceza Reformu, Ceza Reformu Brifingi No.2, Cezaevlerinde Sağlık: Sağlık Hakkının Gerçekleştirilmesi, 2007, s.3.

<sup>748</sup> Gümrah Duygu Atmaca, Gülgün Durat, “Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon”, **Düzcü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2016, 6 (1), s.51-53.

<sup>749</sup> Bu sayının yaklaşık yarısı tutuklular arasından olup 2015 yılının ilk 6 ayında infaz kurumlarında gerçekleşen 212 ölümün 29'unun intihar kaynaklıdır. Türkiye Barolar Birliği İnsan Hakları Merkezi, **Cezaevleri Raporu (2015-2016)**, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları:336, 2017, s.38 (Erişim: <http://tbbayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/605.pdf>, E.T.: 18.12.2018).

yapılan bir çalışma infaz kurumlarında intihar edenlerin yüzde 95'inde tedavi edilebilecek psikiyatrik bir rahatsızlık olduğunu saptamıştır<sup>750</sup>.

Nitekim psikolojik sorunları olan 16 yaşındaki Bilal Çoşelav'ın intiharı ile ilgili *Çoşelav / Türkiye* davasında AİHM, Sözleşme'nin 2. maddesinin (yaşam hakkı) ihlal edilip edilmediğini incelenmiştir. AİHM'nin önüne gitmeden Danıştay tarafından da incelenen olayda, cezaevinin yetkililerinin psikolojik sorunlar yaşanan Bilal Çoşelav'ı yeteri kadar takip etmeyerek görevlerini ihmal ettiklerine karar verilmiştir. AİHM de daha önce iki kez intihar teşebbüsünde bulunan Bilal Çoşelav'ın intihar riski altında bulunduğu yönünde yeterli oranda emareler bulunduğu kanaatindedir. AİHM'e göre, her intihar girişiminden sonra revirde muayene edilmesi Çoşelav'a gerekli tıbbi bakımın sağlandığı sonucuna varmak için yeterli değildir. Mahkeme, Çoşelav'ın kurtarılması için yeterli adımların atılıp atılmadığından öte, en başta Çoşelav'ın intihar girişiminde bulunmasının engellenmesi için makul adımların atılıp atılmadığı incelemiştir. Mahkeme, Çoşelav aleyhine yürütülen disiplin işlemlerini ve ciddi psikolojik sorunlarına kayıtsız kalınmasını göz önüne alarak ulusal makamların, sadece Çoşelav'ın yetişkin mahkûmlar ile bir arada tutulması sonucu sorunlarının kötüleşmesinden sorumlu olduğuna değil, aynı zamanda bu sorunların hafifletilmesi amacı için herhangi bir tıbbi veya diğer uzmanlık gerektiren hizmetlerin sağlanmasında başarısız olduğu sonucuna da varmıştır. Sonuç olarak Mahkeme, ulusal makamların Bilal Çoşelav'ın yaşam hakkını korumada başarısız olmaları nedeniyle, Sözleşme'nin 2. maddesinin ihlal edildiğini kanaatindedir<sup>751</sup>.

<sup>750</sup> Atabay, a.g.e., s.17.

<sup>751</sup> Davaya konu olayda Bilal Çoşelav, ilk olarak 29 Aralık 2003 tarihinde Kars Cezaevi'nin avlusunda intihar girişiminde bulunmuştur. Olay yerine gelen cezaevi gardiyanları, Bilal Çoşelav'ı kurtarmış ve bu olayın ardından, Çoşelav çocuk koğuşuna alınmıştır. İntihar girişimi nedeniyle başlatılan disiplin soruşturması sonucunda disiplin kurulu, Çoşelav'a herhangi bir ceza uygulamamakla birlikte "diğer mahkûmlara kötü örnek teşkil ettiğini" söylemiş ve onu "bu tür şeyleri" tekrarlaması halinde daha ağır bir muameleye tabii tutulacağı hakkında uyarmıştır. Çoşelav 19 Ocak 2004 tarihinde aşırı dozda ilaç alarak tekrar intihara teşebbüs etmiştir. Çoşelav tedavi için hastaneye kaldırılmış ve 28 Ocak 2004 tarihinde Erzurum Cezaevi'ne çocuk koğuşuna nakledilmiştir. 9 Şubat 2004 tarihinde, mahkûmlardan biri Erzurum Cezaevi Müdürü'ne, Bilal Çoşelav'ın "garip davrandığını", kendini asmaktan söz ettiğini ve davranışlarının çocuk koğuşunda kaygılara neden olduğunu anlatmıştır. Çoşelav aynı gün, memleketinde yetişkin mahkûmların bulunduğu başka bir koğuşa nakledilmiştir. Cezaevi yetkilileri tarafından hazırlanan bir rapora göre, 17 Aralık 2004 tarihinde, saat 10:00 civarında, Çoşelav arka arkaya birkaç kez basını hücre duvarlarına vurarak kendini yaralamış ve tedavi edilmek üzere revire götürülmüştür. Aynı günün ilerleyen saatlerinde, Çoşelav tekrar kendi koğuşuna gönderilmiş ve tek basına bir hücreye yerleştirilmiştir. Aynı gün saat 13:30 civarında, Çoşelav hücrede bulunan yatak çarşafıyla kendini hücrenin demir çubuklarından asmıştır. Bir doktor beş dakika boyunca Çoşelav'ı kurtarmaya çalışmış ancak başarısız olarak Çoşelav'ın öldüğünü bildirmiştir.

Bkz. AİHM *Çoşelav / Türkiye*, Başvuru no: 1413/07, 09.10.2012, par. 65-70 (Erişim: <https://hudoc.echr.coe.int>).

Mahkeme, cezaevinde intihar eden akıl hastasını konu alan *Mark Keenan / Birleşik Krallık* kararında da intihar riski altında olduğu bilinen başvurucunun etkili bir şekilde izlenmemesini, başvurucuya ilişkin tıbbi kayıtların yokluğunu ve başvuru hakkında uygulanan disiplin cezalarını göz önüne alarak Sözleşme'nin 3. maddesinin ihlal edildiğine karar vermiştir<sup>752</sup>. Sonuç itibarıyla AİHM, mahpusların sağlık durumlarını etkili bir şekilde izlenilmesi ve psikiyatrik yardımı da içeren gerekli tıbbi yardımın sağlanması konusuna devlete pozitif bir yükümlülük yüklemektedir. Mahpusun, intihar riski taşıma durumunda ise bu yükümlülük artmaktadır<sup>753</sup>.

Benzer şekilde AYM de kişinin yaşam hakkının, *negatif bir yükümlülük* olarak yetki alanında bulunan hiçbir bireyin yaşamına kasıtlı ve hukuka aykırı olarak son vermeme yükümlülüğü ve *pozitif bir yükümlülük* olarak, bu bireylerin yaşam hakkını hem kamusal makamların hem diğer bireylerin hem de kişinin kendisinin eylemlerinden kaynaklanabilecek risklere karşı koruma yükümlülüğü altında olduğunu belirtmektedir<sup>754</sup>. Pozitif yükümlülüğün bir parçası olarak AYM, infaz kurumu yetkililerinin, infaz kurumunda bulunan bir kişinin kendisini öldürmesi konusunda gerçek bir risk olduğunu bilip bilmediklerini ve bilmeleri halinde bu riski ortadan kaldırmak için makul ölçüler çerçevesinde ve sahip oldukları yetkiler kapsamında kendilerinden beklenen her şeyi yapıp yapmadıklarını incelemektedir<sup>755</sup>.

<sup>752</sup> Bkz. AİHM *Mark Keenan / Birleşik Krallık*, Başvuru No:27229/95, 03.04.2001. Benzer yönde kararlar için bkz. AİHM *Güveç / Türkiye*, Başvuru No:70337/01, 20.01.2009; AİHM *Jasinska / Polonya*, Başvuru No:28326/05, 01.06.2010; AİHM *Akdoğdu / Türkiye*, Başvuru No:46747/99, 08.10.2005 (Erişim: <https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>753</sup> AİHM, *Jashi / Gürcistan*, Başvuru no:10799/06, 08.01.2013 (<https://hudoc.echr.coe.int>).

<sup>754</sup> AYM, *Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, Başvuru No:2012/752, 17.09.2013, par. 50, 51; AYM, *Hanım Kılıç*, Başvuru No:2013/655, 04.11.2015, par. 69. Aynı yönde bkz. AYM, E. 1999/68, K. 1999/1, T. 06.01.1999; AYM, E. 2007/78, K. 2010/120, T. 30.12.2010 ([www.anayasa.gov.tr](http://www.anayasa.gov.tr)). AYM, doğal olmayan her ölüm olayının tüm yönleriyle ortaya konulmasına ve sorumlu kişilerin belirlenmesine imkan tanıyan bağımsız bir soruşturmanın yürütülmesini ise bu yükümlülüklerle gerçekten uyup uymadığının tespiti bakımından zaruri olduğunu ifade etmektedir. Bkz. AYM, *Salih Akkuş*, Başvuru No:2012/1017, 18.09.2013, par. 19; *Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, par. 54 ([www.anayasa.gov.tr](http://www.anayasa.gov.tr)).

<sup>755</sup> AYM, *Mehmet Kaya ve diğerleri*, Başvuru No:2013/6979, 20.05.2015, par. 72; AYM, *Serfinaz Öztürk*, Başvuru No:2014/18274, 21.09.2017, par. 65 (Erişim: [anayasa.gov.tr](http://www.anayasa.gov.tr)). *Serfinaz Öztürk* başvurusuna konu olayda, U. Ö., hakkındaki kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde bulundurma suçunda kesinleşmiş mahkumiyet hapis cezalarının infazı edilmesi için 06.02.2014 tarihinde bir ceza infaz kurumuna yerleştirilmiştir. Bu tarihten yaklaşık bir ay sonra kurum psikoloğu ile gerçekleştirdiği görüşme sonrası psikolog, U. Ö'nün kurum hayatına alışmakta zorlandığını belirtmiştir. Aynı gün muayene için götürüldüğü Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde U. Ö hakkında "madde kullanımına bağlı Psikotik bozukluk" ön tanısı konmuştur. On gün sonra U. Ö. ile tekrar görüşen kurum psikoloğu, onun "madde kullanımına bağlı depresif semptomlar ve intihar eğilimi" gösterdiğini belirlemiştir. Ertesi gün tekrar Erenköy Hastanesine sevk edilen U. Ö hakkında pasif intihar eğilimde bulunduğu, ancak aktif intihar eğiliminin bulunmadığı değerlendirilmiştir. Buna göre AYM, infaz kurumu yetkililerinin U. Ö'nün intihar eğilimine sahip olduğunu bildikleri, en azından bilmeleri gerektiği kanaatindedir. İntihar eğiliminden dolayı U. Ö'nün alması gereken ilaçlar kurum yetkilileri tarafından alınmamış ve tek başına bir odaya konan U. Ö. herhangi bir destek alamadan



Zira tutuklama veya hürriyeti bağlayıcı cezanın infazı ile birlikte pek çok özgürlükten mahrum kalan kişilerin, hayatlarında önemli derecede bir değişim yaşamalarının (ve hapsedilmelerinin) doğal bir sonucu olarak psikolojik durumları bozulabilmekte, kırılmalı ve korumasız bir konumda bulunmaları nedeniyle intihar riskleri artabilmektedir<sup>756</sup>. Bu sebeple infaz kurumu personelini, bu kişiler hakkında daha duyarlı ve dikkatli olmaya sevk eden düzenlemelerin yapılması gerekmektedir<sup>757</sup>. Ancak bu noktada AYM, insan davranışının öngörülemezliğini dikkate alarak pozitif yükümlülüğünün, yetkililer üzerinde aşırı yük oluşturacak şekilde yorumlanmaması gerektiğini ifade etmektedir<sup>758</sup>. Bu bağlamda AYM, söz konusu kişilerin davranışlarının ve sağlık durumlarının takibinin yapılması; gerektiğinde hekim muayenesine başvurulması; kendileri için en uygun yerlerde kalmalarının sağlanması; muhakeme yeteneğinin somut olayın şartları içinde sağlıklı olmadığını açık olduğu anlaşıldığı hallerde gerekli tedavi türünün ve kalması uygun olan yerin belirlenmesinin sadece kendi tercihlerine bırakılmaması gerektiğini belirtmektedir<sup>759</sup>.

---

intihar etmiştir. Sonuç itibarıyla AYM, U. Ö.'nün yaşamına ilişkin kendi eylemlerine karşı korunamaması sebebiyle Anayasa'nın 17. maddesinin gerektirdiği yaşamı koruma yükümlülüğünün ihlal edildiğine karar vermiştir (Bkz. par. 64-85). Mahkeme ayrıca, müteveffanın bir başkası tarafından öldürülüp öldürülmediğine ilişkin etkin bir soruşturma yapıldığı, ancak ölüm olayında kurum yetkililerinin ağır bir ihmalinin olup olmadığına ilişkin kapsamlı bir araştırmanın yapılmadığına karar vermiştir. Zira başvuruya konu olayda savcılık, U. Ö.'nün ilaçları alamaması ve pasif intihar eğilim bulunan kişiler hakkında ek özel tedbirler alınıp alınmaması gerektiğine ilişkin inceleme yapmamış, ayrıca U. Ö.'nün oda arkadaşlarının ifadelerini başvurulmamıştır (bkz. par. 95-98).

<sup>756</sup> Mehmet Kaya ve diğerleri, par. 73; Serfinaz Öztürk, par. 66.

<sup>757</sup> Mehmet Kaya ve diğerleri, par. 73; Serfinaz Öztürk, par. 66.

<sup>758</sup> AYM, Sadık Koçak ve diğerleri, Başvuru No: 2013/841, 23.01.2014, par. 74 (Erişim: anayasa.gov.tr); Mehmet Kaya ve diğerleri, par. 65; Serpil Kerimoğlu ve diğerleri, par. 53. AYM, hükümlü Volkan Özbudak'ın intihar riskine rağmen ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesinden taburcu edilmesi ve aynı gün getirildiği ceza infaz kurumunda intihar etmesi nedeniyle yapılan bireysel başvuru kararında, olayla ilgili olarak infaz kurumu personeli hakkında derdest davaları bulunduğu gerekçesiyle kabul edilmezlik kararı vermiştir. Bkz. AYM, Asiye Özbudak ve diğerleri, Başvuru No: 2013/8715, 26.02.2015 (Erişim: anayasa.gov.tr)

<sup>759</sup> Mehmet Kaya ve diğerleri, par. 73, 74, 82; Serfinaz Öztürk, par. 66-68. Ayrıca bkz. AİHM, Kılınç ve diğerleri / Türkiye, Başvuru No: 40145/98, 07.06.2005, par. 51; AİHM, Kılavuz / Türkiye, Başvuru No: 8327/03, 21.10.2008, par. 94 (Erişim: <https://hudoc.echr.coe.int>). Mehmet Kaya ve diğerleri başvurusunda AYM, müteveffanın cezaevinde kalacağı yer konusundaki taleplerinde gösterdiği tutarsızlık ve psikolojik sorunları bir arada değerlendirildiğinde, sağlık durumunun kontrol altında tutulması ve kalacağı yerin belirlenmesinde sadece müteveffanın taleplerinin dikkate alınamayacağı ifade etmiştir. Başvuruya konu olay ise şu şekildedir: Müteveffa, Muğla E Tipi Ceza İnfaz Kurumunda iken çok defa saldırgan davranışlarda bulunmuş, infaz kurumu memurlarına hakaret ve küfür etmiş, ayrıca birden çok kez yatağını yakmıştır. Bu eylemlerinden dolayı hakkında ceza soruşturmaları açılmış, ayrıca 1 ay ziyaretçi kabulünden yoksun bırakma, hücre hapsine alınma gibi çeşitli (son 6 ayda 7 kez) disiplin yaptırımları uygulanmıştır. Ölümünden önceki son 5 aylık revir kayıtlarına göre psikolojik sorunları nedeniyle 24 kez kurum revirine çıkarılmış, 4 defa Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine, 4 defa da İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine götürülüp muayene ve tedavi yaptırılmıştır. Hakkında anksiyete bozukluğu, polinöropati, depresif nöbet teşhisleri konulmuş ve kendisine çeşitli ilaçlar verilmiş ve kullanılmıştır. Ancak bir sağlık kuruluşuna yatırılmayan, müteveffa, son hücre hapsini tamamlamasının ardından, infaz kurumunun müşahede bölümünde iken yatağını yakmış ve çıkan yangında hayatını kaybetmiştir. Mahkeme, daha önce de yatağını yakmak için kullandığı çakmaya erişiminin, infaz kurumu memurları tarafından engellenememesini gibi unsurları da

Sonuç itibarıyla infaz kurumu personelinin alacağı eğitimin önemli bir parçası da intiharın tanınması ve engellenmesi olmalıdır<sup>760</sup>. “Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü Personelinin 2018 Yılı Eğitim Programı” incelendiğinde, beş gün sürecek “İntihar, İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme” çalışmayı ve 2 ayrı tarihte beşer günlük “Öfke, Salıverilme ve İntihar Programları” meslek içi eğitimleri gözükmektedir<sup>761</sup>. 2018 yılında yapılan yaklaşık 650 eğitim içinde intihar konusunda sadece 3 eğitimin yer alması, bu konuda gerekli gayretin gösterildiğini söylemeye imkan vermemektedir. Kontenjanları 30 ve 50 olarak değişen bu eğitim programlarının sayısının artırılarak yaygınlaştırılması yerinde olacaktır.

Öte yandan intihar oranının en yüksek olduğu zaman ise hapishanede geçirilen ilk ay hatta ilk gecedir. Bu sebeple hükümlülerin infaz kurumlarındaki ilk 48 saatlerini geçirecekleri özel birimlerin oluşturulması intihar oranını azaltabilir<sup>762</sup>. Ayrıca intiharların önlenmesi için infaz kurumlarında kabul işlemleri ruhsal stresi en az indirecek şekilde gerçekleştirilmelidir. Bu bakımdan mahpusların, aile ve yakınlarıyla en kısa sürede temas kurabilmeleri olanak sağlanmalıdır<sup>763-764</sup>.

Konuya farklı bir açıdan yaklaştığımızda, cezaevlerinde çalışmaya hazırlıklı uzman psikologlar ve tıbbi personel bulmak her zaman kolay olmayabilir. Bu bakımdan nitelikli sağlık hizmeti personelinin cezaevlerindeki çalışma koşullarının toplumda çalışan uzman tıp personelinin koşullarından en azından daha az çekici olmaması sağlanmalıdır. Ek personel istihdamına alternatif olarak toplumdaki akıl

---

dikkate alarak müteveffanın yatağını yakarak hayatını kaybettiği olayda yaşam hakkının ihlal edildiğine karar vermiştir.

<sup>760</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.27.

<sup>761</sup> Bkz. <http://cte.adalet.gov.tr>, E.T.: 24.10.2018.

<sup>762</sup> Jessica Jacobson, Kimmet Edgar, Nancy Loucks, **There When You Need Them Most: Pact's First Night in Custody Services**, Prison Reform Trust, 2008, s.60 (Erişim: <http://eprints.bbk.ac.uk/22244/1/there%20when%20you%20need%20them%20most%20a%20review%20of%20pact%27s%20first%20night%20in%20custody%20services.pdf>, E.T.: 18.12.2018)

<sup>763</sup> Birleşmiş Milletler Bildirisi - Herhangi Bir Biçimde Tutulan veya Hapsedilen Kişilerin Korunması için Prensipler Bütünü, m. 19 “*Tutulan veya hapsedilen bir kimseye kanunda veya kanuna dayanan bir düzenlemede belirtilen makul şartlara ve sınırlamalara tabi olarak, özellikle aile üyeleri tarafından ziyaret edilebilme ve onlarla haberleşme gibi, dış dünya ile iletişim kurabilmesi için kendisine yeterli imkan verilir.*” (Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/255-265.pdf>).

<sup>764</sup> “*Mahpusların dışarı ile ilişkileri, bir ayrıcalıktan daha çok bir kazanım olarak görülmelidir. Bu nedenle, dışarı ile ilişki bir ödül ya da ceza olarak kullanılmamalıdır. Mahpusları bu gibi ilişkilerden bir disiplin yaptırımı olarak mahrum bırakmak kabul edilemez niteliktedir. Dışarıyla ilişkinin kötüye kullanılması hali buna bir istisna teşkil eder. Aile ilişkilerinde bu gibi engellemelerden kaçınılmalıdır*”. Bkz. **Standartları İşler Kılmak – Cezaevlerinde Doğru Uygulamalar Üzerine Uluslararası El Kitabı**; Uluslararası Ceza Reformu, çev. Orhan Kemal Cengiz, BG Yay., Ankara, 2001, s.147.

sağlığı hizmetlerinin düzenli olarak cezaevinde bulunması düşünülebilir. Böylelikle akıl hastası olarak tahliye olan kişiler için tedavinin sürekliliğini de sağlanmış olur<sup>765</sup>.

Akıl hastası hükümlülere destek amaçlı başka yöntemler arasında, cezaevine giriş gibi mahpusların kritik zamanlardaki stresini gözlemlemek amacıyla gerçekleştirilen akran destek programlarının varlığından söz edilebilir. Örneğin Güney Avustralya'daki Mount Gambier cezaevindeki özel eğitilmiş ve destekli bir grup mahpus, günde 24 saat diğer mahpusları dinlemek ve onlara destek vermek için hazır beklemektedir. Batı Avustralya'da cezaevi yöneticileriyle akran desteği veren mahpuslar düzenli olarak toplantı yapmaktadırlar<sup>766</sup>. Bu yöntem nitelikli personelle ilgili zorlukları hafifletmenin yanı sıra, seçilmiş bir grup mahpusa tahliye sonrasında toplumda geliştirebilecekleri beceriler de sağlayacaktır<sup>767</sup>. Öte yandan kadın hükümlüler için cinsiyete özel akıl sağlığı hizmeti politikaları ve stratejileri de geliştirilmelidir<sup>768</sup>.

### c. Tecrit Uygulaması ve Toplum İçinde Tedavi

Son yıllarda, dünya çapında hapisane sistemlerinde sıkı ve sık sık uzatılmış tecrit uygulamalarında artış söz konusudur. Hükümlülerin kendi güvenlikleri için olsa dahi bu uygulamalar, istisna durumlar hariç kabul edilmemelidir. Zira uzun süreli tecrit uygulaması akıl sağlığı üzerinde son derece zararlı sonuçlara neden olmaktadır<sup>769</sup>. Zihinsel sağlık sorunları olan mahpuslar tecritte aşırı bir çöküntüye maruz kalmaktadır<sup>770</sup>. Bu bakımdan ziyaretler ve uygun olan yerlerde ev izinleri yoluyla aile üyeleri ve arkadaşlarla düzenli ve anlamlı temasın sağlanması son derece önemlidir<sup>771</sup>. Gerçekten Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi mahpusların dış dünyayla temasının

<sup>765</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.26.

<sup>766</sup> Morag McArthur, Peter J. Camilleri, Honey Webb, "Strategies for Managing Suicide and Self-Harm in Prisons", **Trends and Issues in Crime and Criminal Justice**, Vol.125, Ağustos 1999, s.4 (Erişim: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3074&context=sspapers>).

<sup>767</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.31.

<sup>768</sup> **a.g.e.**, s.25.

<sup>769</sup> Uluslararası Psikolojik Travma Sempozyumu (İstanbul), "The Istanbul statement on the use and effects of solitary confinement", 9 Aralık 2007, s.1 vd. (Erişim: [http://solitaryconfinement.org/uploads/Istanbul\\_expert\\_statement\\_on\\_sc.pdf](http://solitaryconfinement.org/uploads/Istanbul_expert_statement_on_sc.pdf), E.T. 11.12.2017).

<sup>770</sup> Penal Reform International, Association for the Prevention of Torture, **Balancing Security Dignity in Prisons**, çev. Muammer Pehlivan, İkinci Edisyon, CİSST/TCPS Kitaplığı, s.18 (Erişim: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/11/Balancing-Security-Dignity-in-Prisons-Turkish.pdf>, E.T.: 15.11.2018).

<sup>771</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.36.

devam ettirilmesine önem vermektedir<sup>772</sup>. Yine, DSÖ de mümkün olan en az kısıtlayıcı çevre ilkesine uygun olarak, akıl sağlığı hizmetlerinin toplum içinde gerçekleştirilmesini ve olabildiğince genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olmasını tavsiye etmektedir<sup>773</sup>. Bu bağlamda Birleşmiş Milletler Akıl Hastalarının Korunması ve Akıl Sağlığının Geliştirilmesine Dair İlkeler<sup>774</sup> m. 7’de şu hususlar belirlenmiştir: *“Her hasta yaşadığı toplumda mümkün olduğunca tedavi edilip bakılma hakkına sahiptir. Tedavinin bir akıl sağlığı kuruluşunda yapılması halinde, hasta imkanlar dahilinde kendi evinde veya yakınlarının ya da arkadaşlarının evinde tedavi edilme ve en kısa sürede topluma geri dönme hakkına sahiptir. Her hasta kendi kültürel geçmişine uygun tedavi hakkına sahiptir.”*

Bu konuda akıl hastası hükümlülerin haklarını korumaya ve sağlık durumlarını ilerletmeye yönelik faaliyetler ayrımcılık olarak nitelendirilmeyecektir. Nitekim yukarıda adı geçen ilkelerin “temel özgürlükler ve temel haklar” başlıklı ilke 1’de, akıl hastalığı olan kişilerin haklarını korumaya ya da ilerlemesini sağlamaya yönelik özel önlemlerin ayrımcılık sayılmayacağı ve bu ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilen ve akıl hastalığı olan bir kişinin insan haklarını korumak için zorunlu olan herhangi bir ayırma, dışlama ya da tercihin ayrımcılığa dahil olmayacağı ifade edilmiştir.

Diğer yandan akıl hastalarının tamamen sağlık kurumları dışında tedavi edilmelerinin olumlu sonuçlar doğurmadığına yönelik görüşler de mevcuttur. Buna göre, bazı akıl hastaları ile sağlık kurumlarında dahi başa çıkılmadığı belirtilmekte ve bu kişilerin toplum içine bırakılmalarının aileler üzerinde ciddi baskı yarattığına dikkat çekilmektedir<sup>775</sup>. Ayrıca belirtelim ki, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi mahpusa yapılan ziyaretlerin gerçekleştirme biçimleri ve sıklığı hususunda devletler bir takdir yetkisi tanımaktadır<sup>776</sup>.

<sup>772</sup> Eylem Aksoy Retornaz, “Mahpus Çocukların Hakları”, **Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.11, Sa.1, Ocak 2014, s.133 (127-137).

<sup>773</sup> World Health Report 2001, par. 89-91 (Erişim: <http://www.who.int/whr/2001/en/>).

<sup>774</sup> Erişim: <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/uluslararasi-mevzuat/12-engelliler-konusunda-uluslararasi-dokumanlar>, E.T.: 05.07.2018.

<sup>775</sup> Alexander Gralnick, “Build A Better State Hospital: Deinstitutionalization Has Failed”, **Hospital and Community Psychiatry**, 1985, s.403-410; Hitesh C. Sheth, “Deinstitutionalization or Disowning Responsibility”, **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**, Vol.13, s.11-20 (Erişim: [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_13/Deinstitutionalization\\_Sheth.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_13/Deinstitutionalization_Sheth.html))

<sup>776</sup> Eylem Aksoy Retornaz, “Mahpusun Ailesiyle Görüşme Hakkı”, **Güncel Hukuk**, Sa.6, Haziran 2013, s.12. 5275 sayılı Kanun’da hükümlüye ziyarete ilişkin akıl hastalarına özgü bir düzenleme yapılmamakla birlikte genel düzenleme (m. 83) şu şekildedir: *“Hükümlü, belgelendirilmesi koşuluyla eşi, üçüncü dereceye kadar kan ve kayın hısımları ile vasisi veya kayyımı tarafından haftada bir kez ve ayrıca kuruma kabullerinde, zorunlu hâller dışında bir daha değiştirilmemek üzere, ad ve adreslerini*

Mevzuatımıza baktığımızda ülkemizde, akıl hastası hükümlülerin tedavilerini toplum içinde yapılmasına yönelik bir düzenleme bulunmamaktadır. Halbuki ülkemizde ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanelerinin tam kapasite çalıştığı bilinmektedir<sup>777</sup>. Hatta doluluk oranları nedeniyle bazı akıl hastası hükümlülerin, toplum açısından tehlikelikleri azalmadan serbest bırakıldıklarına ilişkin eleştiriler de yapılmaktadır<sup>778</sup>. Bu sebeple ülkemizde bu yönde bir mevzuat çalışması yapılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz. Bu noktada hastalara dışarıda uyum sağlamalarına yardımcı, dış görünüşe dikkat etmek, bütçe yapmak gibi, beceriler öğretilmesi toplum tarafından kabul görmelerini kolaylaştıracaktır<sup>779</sup>.

## 2. Tahliye Hazırlık ve Tahliye Sonrası

Akıl hastası hükümlüyü toplum içindeki yaşama alıştıırma faaliyetleri yürütülmesi, hükümlünün bireysel olarak özgürlüğe hazırlanması bakımında çok önemlidir. İngiltere, Norveç, Japonya gibi bazı ülkelerde hükümlülere, toplumsal hayatın zorlukları ve bunları yenmek için alınabilecek önlemler anlatılmaktadır. Hükümlü de kendi ihtiyaçları belirlenmekte ve taraflar birlikte somut çözümler aramaktadırlar. Örneğin İngiltere’de yer alan Chelmsford cezaevinde, eğitime tabi tutulan hükümlüler şartla salıverilmeden önce, cezaevi arazisi üzerinde kurulmuş küçük kulübelere nakledilerek, buralarda, tıpkı toplum içinde olduğu gibi, kendi başlarına yaşamağa bırakılmakta ve böylece, cezaevi personelinin denetiminden uzak, kontrolsüz yaşamağa alıştıırılmaktadırlar<sup>780</sup>.

*bildirdiği en fazla üç kişi tarafından, yarım saatten az ve bir saatten fazla olmamak üzere çalışma saatleri içinde ziyaret edilebilir.”.*

<sup>777</sup> *Ruh Sağlığı'nda İnsan Hakları Girişimi (RUHİSAK) tarafından hazırlanan “Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları” raporuna göre Türkiye'deki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kapasitelerini doldurdu. Birçok hastane binası uzun yıllardır bakım yapılmadığı için harap halde. İstanbul'da Bakırköy ve Erenköy'de bulunan hastanelerin tamamı dolu, Manisa'daki 600 yataklı hastanedeyse 673 kişi kalıyor. Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, kapasite: 1510, kalan hasta sayısı: 1510; Elazığ Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, kapasite: 528, kalan hasta sayısı: 401 (<http://www.radikal.com.tr/turkiye/delirdiniz-mi-akil-hastanelerinde-yer-yok-905401/>); Türkiye’de 100 bin kişiye düşen bakım yatağı sayısı yaklaşık 3 iken, İsveç’te 80, İspanya’da 27,6 ve Polonya’da 13’tür (Volkan Yılmaz, “İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler”, **Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği Yayınları**, 2013, s.32).*

<sup>778</sup> Bu konuda bkz. s.131 vd.

<sup>779</sup> Carolyn L. Peterson, “Changing Community Attitudes Toward The Chronic Mentally İll Through A Psychosocial Program”, **Hospital and Community Psychiatry**, Vol.37, 1986, s.180-182.

<sup>780</sup> Cumhuriyet Şahin, **Tahliye Öncesi ve Sonrası Hükümlü ve Eski Hükümlüye Yardım**, 22-24 Mart 2002 tarihli “Ceza ve Tedbirlerin İnfazında İnsan Haklarının Korunması” konulu 15. Hukuk İhtisas Semineri Bildirisi, s.13 (Erişim: [http://webftp.gazi.edu.tr/hukuk/dergi/5\\_6.pdf](http://webftp.gazi.edu.tr/hukuk/dergi/5_6.pdf)).

### a. Sağlık Hizmetlerinin Sürekliliği

Akıl hastası hükümlünün serbest bırakılması, gerekli hazırlığın ve tahliye sonrası desteğin olmadığı hallerde akıl sağlığı açısından risk barındırır. Mandela Kuralları m. 24’de, mahpuslar için sağlık hizmetlerinin sağlanmasının devletin sorumluluğunda olduğu belirtildikten sonra bu kişilerin toplumda mevcut olan sağlık hizmetleriyle aynı standartlarından yararlanmaları ve yasal statüleri gereği ayrımcılık yapılmaksızın gerekli sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişebilmeleri gerektiği ifade edilmiştir. Maddenin ikinci fıkrasında ise sağlık hizmetlerinin genel halk sağlığı yönetimine yakın bir şekilde ve tedavinin devamlılığını sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerektiği yer almaktadır. Bu bakımdan hükümlülere daha tahliye olmadan önce, sivil sağlık hizmetlerine erişim imkanı sağlanması, tedavinin sürekliliğini sağlayacaktır.

Mevcut düzenlemelerimiz açısından ülkemizdeki duruma baktığımızda, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiili ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan bir akıl hastası, bir sağlık kuruluşunda koruma ve tedavi altına alınacaktır. Ancak bu kişi iyileşmemiş veya topluma dönmeye hazır olmamış olsa dahi, toplum açısından tehlikeliliği önemli ölçüde azalması halinde serbest bırakılacaktır. Tahliye ile birlikte tıbbi kontrol ve takibe başvurulabilecektir ancak bu kontrol ve takibe kişinin ve toplumun güvenliği bakımından gerek duyulması halinde başvurulacaktır. Bu bakımdan bu kişiler için sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlayacak bir düzenlemenin bulunduğundan söz edilemez.

Öte yandan kusur yeteneğini ortadan kalkmamakla birlikte akıl hastalığını nedeniyle işlediği fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi, hakkındaki cezanın infazı tamamlandıktan sonra, iyileşmemiş veya topluma dönmeye hazır olmamış olsa dahi serbest bırakılacaktır. Mevzuatımızda bu kişiler için tahliyeleri sonrasında zorunlu tıbbi kontrol ve takibin yapılmasına ilişkin bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu durum tahliyeleri sonrası birçok akıl hastası hükümlünün, hastalıklarının idaresi ve hafiflemesi için gerekli olan tedavinin devamlılığı bulamamalarına neden olmaktadır. Bu bakımdan tahliyeden sonra psikiyatrik tedavinin sürdürülmesinin gerekli olması halinde akıl hastası hükümlüler

için, gerekli imkanların oluşturulması gerekmektedir. Bu doğrultuda tahliyeye yakın bir aşamada tedavinin kısmen de olsa toplum içinde gerçekleştirilmesi yönelik yasal düzenlemelerin yapılmasının isabetli olacağı kanaatindeyiz.

## b. Barınma ve İş Bulma

Akıl sağlığı problemleri olan pek çok fail, yoksul birer geçmişten gelmekte ve özgürlükleri kısıtlandığı anda barınma ve iş bulma noktasında sıkıntı yaşamaktadırlar<sup>781</sup>. Bu nedenle, akıl sağlığı ihtiyaçları yanında birçoğu barınma ve iş bulma konularında da desteğe gereksinim duymaktadır. Tahliyede bu yönde bir destek alamayan kişilerin, yeniden suç işlemeleri ise şaşırtıcı olmayacaktır<sup>782</sup>. Bu sebeple bazı ülkelerde infaz sonrası yardım olarak da adlandırılan ve tahliye olan hükümlülerden yardıma muhtaç olanları himaye eden patronaj dernekleri kurulmuştur. Devlet destekli bu dernekler ceza infaz kurumunda bulunan hükümlülerin yardıma muhtaç olan ailelerine de destek olmaktadır<sup>783</sup>. Ülkemizde de bu yönde çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Özürlü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmelik m. 18’de cezasını infaz kurumunda tamamlamış eski hükümlülerin meslek sahibi olmaları ve böylelikle topluma kazandırılmalarına ilişkin hususlar düzenlenmiştir<sup>784</sup>. Yine 4857 sayılı İş Kanunu, “Engelli ve eski hükümlü çalıştırma zorunluluğu” başlıklı m. 30/1’de işverenleri 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde, %3 engelli, kamu işyerlerinde ise %4 engelli ve %2 eski hükümlü çalıştırmakla yükümlü tutmuştur. “Engelli ve eski hükümlü çalıştırma zorunluluğuna aykırılık” başlıklı m. 101’de ise bu yükümlülüğe aykırı davranan işverene çalıştırmadığı her eski hükümlü ve çalıştırmadığı her ay için 1700 TL idari para cezası verileceği düzenlenmiştir. Şüphesiz ki bu düzenlemeler akıl hastası olan ve cezalarını sağlık kurumlarında tamamlamış hükümlülere kıyasen uygulanabilir. Ayrıca bu kişiler aldıkları sağlık

<sup>781</sup> Yılmaz, “İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler”, s.30.

<sup>782</sup> Atabay, **a.g.e.**, s.18.

<sup>783</sup> Demirbaş, **İnfaz Hukuku**, s.345.

<sup>784</sup> “(1) İşverenler, işyerlerini engellilerin çalışmalarını kolaylaştıracak ve işin engelli çalışana uygunluğunu sağlayacak şekilde hazırlamak, sağlıkları için gerekli tedbirleri almak, mesleklerinde veya mesleklerine yakın işlerde çalıştırmak, işleriyle ilgili bilgi ve yeteneklerini geliştirmek, çalışmalarını için gerekli araç ve gereçleri sağlamak zorundadırlar.

(2) Uygun koşulların varlığı halinde çalışma sürelerinin başlangıç ve bitiş saatleri iş kanunlarında belirtilen sürelerden az olmamak koşuluyla, engellinin durumuna göre belirlenebilir.”

raporunda özür oranları %40'ın üzerinde ise engelliler için ayrılmış kontenjanlardan da yararlanabilirler. Bunun için Türkiye İş Kurumuna başvurmaları gerekecektir. Ancak buradaki sorun işverenlere işe alınacak bireylerin engel türleri arasında seçim yapma imkanı bırakılmış olmasıdır. İşverenler akıl hastalığı bulunan kişilerden ziyade diğer engel türlerine sahip bireyleri işe kabul etme eğiliminde olabilmektedir<sup>785</sup>. Bu bakımdan engelliler için özel sektör işyerlerinde %3, kamu işyerlerinde %4 olarak belirlenen iş pozisyonlarının belirli bir oranının akıl hastalığına sahip kişilere ayrılması yerinde olacaktır.

İş Kanunu'nda yer alan bu düzenlemenin yanında akıl hastası veya diğer bir engeli bulunan hükümlüler için özel bazı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Zira bu kişiler, hastalıkları nedeniyle birçok işte başarılı olamamaktadır. Akıl hastasının iletişimde güçlük çekebilecek kimselerle aynı ortamda çalıştırılması, her iki taraf için de olumsuz sonuçlara yol açabilecektir<sup>786</sup>. Şizofreni hastaları yakınlarıyla yapılan bir araştırmada, bu kişiler, %84 oranında şizofrenlerin saldırgan olacağını söylediler de şizofren bir kişi ile birlikte çalışabilirim sorusuna, %70,3 oranında katılıyorum yanıtını vermişlerdir<sup>787</sup>. Araştırmada hasta yakınlarının şizofren kişilerle sosyal mesafe konusunda, hasta yakını olmayanlara göre daha rahat davrandıkları, hastalarıyla birlikte yaşama ve pek çok şeyi paylaşmak durumunda olmalarının düşüncelerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır<sup>788</sup>. Bu bilgilerin akıl hastası hükümlülere uygun iş olanakları oluşturulmasına yardımcı olacağı kanaatindeyiz<sup>789</sup>.

Akıl hastası hükümlünün iş bulma olanaklarının geliştirilmesi üzerinde duruyoruz. Zira bu kişiler iş aramaktan korkmakla birlikte bir iş sahibi olmak, onlara maddi kazanç sağladığı gibi akıl hastalıklarının düzelmesine ve yaşam kalitelerinin

<sup>785</sup> Yılmaz, "İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler", s.36.

<sup>786</sup> Yüksek Can Öz, Gül Ünsal Barlas, "Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin İşe Yerleştirme ile İlgili Görüşleri ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma", **Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.3, Sa.3, 2017, s.30.

<sup>787</sup> Gülün Durat ve diğ., "Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları", **Osmangazi Tıp Dergisi**, 2017, s.43-50.

<sup>788</sup> Benzer yönde bir araştırma için bkz. Levent Kuey, "Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum ve Davranışları", **Kriz Dergisi**, C.3, Sa.1-2, s.172-174.

<sup>789</sup> Bu noktada psikolog George Fairweather tarafından kurulan Fairweather Lodge işletmesini örnek verebiliriz. Ev temizleme ve kapıcılık hizmeti veren bu şirket tamamıyla akıl hastaları tarafından işletilmektedir. Ayrıntılı bilgi için Bkz. Liberman, **a.g.e.**, s.377.



gelişmesine de yardımcı olmaktadır<sup>790</sup>. Konuma, çalışma saatlerine ya da kazanca bakılmaksızın anlamlı bir işte çalışmak, akıl hastasına çalışan kimliği kazandırmakta ve onun akıl hastalığı bulunmayan kişilerin arasına katılmasını sağlamaktadır. Akıl hastaları da toplum içine karışmanın, özgürlüklerini ve bağımsızlıklarını artırdığını, bu şekilde kendi yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sağlayabildiklerini, iş hayatında yetki ve sorumluluk almanın toplum içine girmelerini kolaylaştırdığını ve özgüvenlerinin artırdığını ifade etmektedirler<sup>791</sup>.

Öte yandan akıl hastaları hakkındaki önyargıları bertaraf edebilmek için akıl hastalığı konusunda bilgilendirme toplantılarının yapılması, medyada çıkan olumsuz haberlerin takip edilerek düzeltilmesi, sağlık çalışanlarının<sup>792</sup> gözetimi ve denetimi altında iş imkanı sağlanması, devletin kurumlarında daha fazla iş imkanı sağlanarak özel sektöre örnek olunması faydalı olacaktır<sup>793</sup>. Bu alanda başarı, hastanın istihdam uzmanı, iş yerindeki gözetmen ya da işvereni ve psikiyatrik bakımdan sorumlu akıl sağlığı ekibi arasındaki sürekli iletişimden geçmektedir. Zira böylelikle istidam uzmanı ya da iş koçunun hastaya iş yerinde gerekli eğitimi vermesi ve krizler yaşandığında ya da belirtiler şiddetlendiğinde hızlı ve doğru sorun çözme yardımı ve klinik müdahale sağlanması mümkün olmaktadır<sup>794</sup>.

<sup>790</sup> Tomasz Zaprutko ve diğ., “Schizophrenia and Employment: Evaluation From Professionals Point of View”, **Psychiatric Quarterly**, C.86, Sa.4, 2015, s.579 (Erişim: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-015-9354-6>).

<sup>791</sup> Kaliforniya’da Hayward’daki Eden Express restoranının sahibi ve işletmecisi, yetiyitlimli hastalara yiyecek servisi ile ilgili hizmetlerin tümü – masa rezervasyonu, masalara servis yapılması, bulaşık yıkama ve yemeklerin hazırlanması ve pişirilmesi – konusunda eğitim vermek için kurulmuş kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. Bir restoranda personel olarak çalışma bağlamında hastalar aynı zamanda işe düzenli olarak devam etmeyi, dakikliği, kişisel temizlik ve görünümü, müşterilerle iletişim becerilerini, çalışma arkadaşları ve gözetmenlerle sorun çözmeyi ve yapıcı eleştirilerde bulunma becerisini de öğrenirler. Bu becerilerin tümü açık kalabilmek için karlı olması gereken ticari bir işletme bağlamında öğrenilir. Yani Eden Express’in çifte işlevi vardır: Müşterilere mesleki iyileştirim sunmak ve kendi ayakları üzerinde durabilen bir girişim olarak topluma hizmet vermek. Eden Express’teki çeşitli iş görevleri karmaşıklık derecesi ve stres düzeyine göre zorluk sırasıyla düzenlenmiştir. Stajyerler masalara hizmet etmek ya da kasiyerlik yapmak gibi daha zorlu işlere geçmeden önce bulaşık yıkamak gibi daha az zorlayıcı işlerde ustalaşır. Restorandaki gözetmenler aynı zamanda mezun olan stajyerlerin iş arayabileceği diğer restoranlarla temaları da olan denetimli restorancılardır. Eğitimlerinin sonlarında doğru katılımcılar iş aramaya hazırlanmak amacıyla özgeçmiş hazırlamayı ve iş başvurusunda bulunmayı öğrenirler. Yiyecek hizmeti sektöründeki işler genellikle yarı zamanlı olduğundan stajyerlerin Sosyal Güvenlik yardımlarını destekleyen ancak bunları tehlikeye atmayan maaşlar alması mümkündür. Eden Express’te eğitimini tamamlayan katılımcıların yüzde altmışı rekabetçi iş sektöründe iş bulmuştur. Bu kişilerin üçte ikisi 6 ay sonra hala işlerinde çalışmaktaydılar. Bkz. Liberman, **a.g.e.**, s.375.

<sup>792</sup> İş koçları modeli olarak adlandırılan benzer bir yaklaşım için bkz. Yılmaz, “İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler”, s.36.

<sup>793</sup> Öz/Barlas, “Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin İşe Yerleştirme ile İlgili Görüşleri ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma”, s.28-32.

<sup>794</sup> Liberman, **a.g.e.**, s.400.

### c. Topluma Yeniden Kazandırmada Sağlık Çalışanlarının Sorumluluğu

Bir akıl hastasının topluma kazandırılmasının en iyi yolunun en başta cezaevine girmesini önlemek olduğunu ifade etmiştik. Bu bağlamda tahliye olan akıl hastalarının tekrardan suç işlemesini önlemek de topluma yeniden kazandırmanın önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Zira mükerrir olan bir akıl hastasının toplum tarafından kabulü, tek bir suç işlemiş olan akıl hastasına göre çok daha güç olacaktır. O halde toplum açısından tehlikeliliği azalmamış olan akıl hastalarının serbest bırakılmaması son derece önemlidir. Sağlık kurumlarının bu kişiler için tehlikelilikleri azalmadan serbest bırakılmalarına ilişkin rapor düzenlememeleri gerektiği gibi, serbest bırakılma sonrası hastanın ikamet ettiği yerdeki güvenlik birimleri bilgilendirmek suretiyle gerekli tedbirlerin alınmasına olanak verecek işlemleri de yapması gerekmektedir. Nitekim Danıştay 10. Dairesi bir kararında, daha önce bir suç işlememiş ancak toplumsal güvenlik yönünden risk oluşturabilecek bir hastalığa yakalanan kişiyi, 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 gerekçesiyle ağır hizmet kusuru bulunduğu hükmetmiştir. Danıştay'a göre bu iş ve işlemler, yürütülen sağlık hizmetinin ayrılmaz parçasıdır<sup>795</sup>.

---

<sup>795</sup> Karar için bkz. Ulutürk, **a.g.e.**, s.156, 157.

## SONUÇ

Çalışmamızda, ceza ve ceza muhakemesi hukuku ile infaz hukukunda akıl hastalığını bütüncül bir yaklaşım ile ele almaya gayret gösterdik. Bu aşamada, çalışmamız boyunca vardığımız sonuçları özet olarak sunmak istiyoruz.

Türk kanun koyucu kast ve kusur arasında bir ayırım yapmaktadır. Buna göre, kusur suçun bir unsuru olmayıp suç oluştuğundan sonra ortaya çıkan ve failin kınanıp kınanamayacağına ilişkin bir değerlendirmedir. Kusur yeteneğini, kastın bir ön koşulu olmadığından akıl hastaları da kanunda suç olarak tanımlanmış bir eylemi işleyebilmekte ancak somut olayda akıl hastalığının kusur yeteneğine etkisine göre ceza sorumlulukları ortadan kalkmakta veya azalmaktadır.

5237 sayılı TCK ile tam ve kısmi akıl hastalığı ayırımı kaldırılmıştır. Zira kişi ya akıl hastasıdır ya da değildir. Ancak akıl hastalığının kişinin işlediği eyleme etkisi farklı olabilir. Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişinin ceza sorumluluğu ortadan kalkmakta iken işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalması durumunda, ceza sorumluluğunu kalkmamakta ancak verilecek cezada indirimde gidilmektedir.

Akıl hastasının işlediği eyleme ilişkin kusur yeteneğinin tespitinde belirleyici bir rolü olan gözlem altına alma tedbiri, amacı şüpheli ve sanığın akli durumunu tespit amacı taşıması yönüyle bilirkişilik müessesesi ile ele alınması gereken bir tedbirdir. Buna karşın tedbirin, temel hak ve özgürlüklere getirdiği müdahale, koruma tedbirleriyle ortak özellikleri, şüpheliye veya sanığa katlanma yükümlülüğü yüklemesi ve gerekçesinde belirtilen ifadeleri ile iktibas edildiği Alman Ceza Muhakemesi Kanunu'nda yer alan düzenleme birlikte göz önüne alındığı bir koruma tedbiri olarak nitelendirilmesi gerekir. Sonuç itibarıyla gözlem altına alma çift görünümlü bir tedbirdir.

Türk ceza hukukunda akıl hastalarının tutuklanmasına engel teşkil eden doğrudan bir hüküm bulunmamaktadır. Buna karşın, TCK m. 32 ve 57'ye göre, akıl hastalığının etkisiyle kanunda suç olarak tanımlayan bir eylemi işlediği sübut bulun bir kimse ceza yaptırımını uygulanmamakta, güvenlik tedbiri olarak sağlık kurumuna

yatırılmaktadır. Zira bu kimselerin işledikleri eylemlerden dolayı kınanmaları mümkün olmamaktadır. Aksi bir yaklaşımda, malul buldukları akıl hastalığının infaz kurumunda daha da kötüleşmesi ve iyileşme imkanının azalması da gündeme gelebilecektir. Diğer bir deyişle hakkında kesinleşmiş bir hüküm bulan akıl hastası infaz kurumuna gönderilmezken yargılama sırasında tutuklama kararı verilerek tutukevine gönderilebilmektedir. AİHM de tutuklunun sağlık durumunun dikkate alınarak tutukevinde gerekli tıbbi yardım ve tedavi sağlanamaması halinde uygun bir psikiyatri hastanesinde ya da özel bir koğuşta bulundurulması gerektiğini ifade etmektedir. Sonuç itibarıyla akıl hastası şüpheli ve sanıkların tutuklanmaması gerektiği kanaatindeyiz.

Buna karşın, tutuklama koşulları oluşan akıl hastası failin, yargılama boyunca serbest bırakılması da bazı tehlikeleri beraberinde getirebilir. Bu sebeple adli kontrol tedbiri uygulanması düşünülebilir. Ancak akıl hastaları için uygun olabilecek CMK m. 109/3-e bendinde yer alan hastaneye yatırma tedbiri, koruma tedbirlerinde kıyasın mümkün olmaması nedeniyle akıl hastalarına uygulanamayacaktır. Bu sebeple mevcut ceza muhakemesi hukuku düzenlemeleri itibarıyla akıl hastası şüpheli ve sanıkların özgürlüklerinin kısıtlanması mümkün görünmemektedir. Bu hususta bir düzenleme yapılana kadar toplum için tehlike oluşturmaları halinde, bu kimseler hakkında Türk Medeni Kanunu'nun 432-437. maddelerinde düzenlenen "*Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması*" hükümleri uygulanabilir. Buna karşın, toplum için tehlike arz etmeyen bu kimselerin yargılama boyunca özgürlüklerinden alıkonulmaması ve hastalıklarının kötüleşmesine zemin yaratılmaması gerektiği kanaatindeyiz.

Sanığın fiili işledikten sonra akıl hastalığına yakalanması halinde, kendisini savunamayacak olmasından ötürü, hakkında yürütülen yargılamanın durması gerektiğine ilişkin öğretide yer alan genel kabule katılmıyoruz. Zira Türk ceza hukukunun güncel mevzuatında bu hususta bir düzenleme bulunmamaktadır. Aksine, 5271 sayılı CMK m. 150/2'de *müdafii bulunmayan şüpheli veya sanık kendisini savunamayacak derecede malul ise, istemi aranmaksızın bir müdafii görevlendirilir*, hükmüne yer verilmiştir. Buna göre, kendisini savunamayacak derecede malul olma, bir yargılama engeli değil, zorunlu müdafiliği gerektiren bir hal olarak kabul edilmiştir. Ayrıca yargılamanın durması bakımından, kişinin fiili işlediği sırada akıl hastası olması veya yargılama sırasında akıl hastalığına yakalanması arasında bir

ayrım yapılmasını, her iki akıl hastasının da aynı çekişmeli yargılama usulüne tabi bulunması nedeniyle doğru bulmamaktayız. İlk durumda kişinin güvenlik tedbiri yaptırımı, ikinci halde ceza yaptırımı ile karışılacak olması, bu hususta belirleyici olmamalıdır.

Failin, fiili işlediği sırada veya daha sonra akıl hastası olması arasında bir ayrım yapmaksızın akıl hastalarının yargılanması konusunda ciddi sıkıntılar olduğunu kabul etmekteyiz. En başta bu kişilerin ne ölçüde kendilerini savunabilecekleri ve adil bir yargılama sürecinden geçecekleri belirsizdir. Zorunlu müdafilik bu sakıncaları tek başına giderebilecek bir kurum değildir. Öte yandan bu kimselerin, ceza adalet sistemine ilk girişleri, esasen geri dönüşü zor bir sarmalın başlangıcını oluşturmaktadır. Gerçekten akıl hastalarında, tekerrür ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kimselerin, muzdarip buldukları akıl hastalıkları nedeniyle eylemlerinin bilincine varmakta ve topluma içinde kendilerine ait bir yer edinmekte yaşadıkları sıkıntılar tekerrür oranlarının yüksek olmasının önemli nedenlerindedir. Çalışmamızda bu husustaki sıkıntıları gidermeye yönelik bir çözüm önerisi olarak akıl sağlığı mahkemesini anlattık. Bu mahkemeler, bir yandan katılımcıların tıbbi tedavi almalarını sağlarken, diğer yandan adli izlemeler ile katılımcının hakim ile bire bir iletişim kurmasını temin etmektedir. Bu yargılama usulünün farkı da esasen, sanık ile hakim arasında kurulan bu diyaloglarda belirmektedir. Böylelikle suç işlemiş akıl hastalarının eylemlerinin sorumluluklarını almaları ve tekerrürün azaltılması hedeflenmektedir. Ancak bu mahkemeler, alışagelmış mahkemelerden ciddi farklılıklar göstermektedir. Mahkemeye katılım için en başta, itham anlaşması ile akıl hastasının suçunu kabul etmesi gerekmektedir ki bu durum çekişmeli yargılama usulünü ortadan kaldırmaktadır. Öte yandan her akıl hastasının bu tür bir usule hazır olması beklenemeyeceği gibi, bu kimseler ile diyalog kurmak ve onların eylemlerinin sonuçlarını algılamaya yönelik özel bir çaba sarf etmek ancak, mahkeme üyelerinin bu yönde bir motivasyona ve belli bir birikime sahip olması ile mümkün olabilir. Sonuç olarak biz, akıl sağlığı mahkemelerinin, suç işlemiş akıl hastalarının yargılamada yaşadıkları birçok probleme çözüm sunması ve suçlulukla mücadelede belki de en önemli ölçüt olarak kabul edilen tekerrür oranlarını ciddi bir şekilde düşürmesi yönüyle Türkiye’de uygulanması gerektiği kanaatindeyiz. Ancak çalışmamızın içinde detaylıca ele aldığımız üzere katılım koşullarının, mahkeme ekibinin, barınma ve tedavi imkanları doğrultusunda mahkemenin kurulacağı yerin dikkatlice belirlenmesi,

mahkemenin amaçlarına ulaşmasında belirleyici bir role sahip olduğu unutulmamalıdır.

Ayrıca söz konusu mahkemelere, belli bazı katılım koşulları getirdiğinden her akıl hastası fail, katılımcı olarak mahkemeye kaydedilmemektedir. Bu sebeple akıl sağlığı mahkemelerinin, tek başına ceza adalet sistemine giren tüm akıl hastalarına cevap vermesi beklenemez. Bu bakımdan akıl sağlığı konularında tüm mahkeme personellerine eğitim verilmesini, akıl hastalarının toplum hayatına dönüşlerinin kolaylaştırılması ve Türk hukuk sistemi ile akıl sağlığı tedavi kurumları arasında iş birliğinin geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Akıl hastalığının etkisiyle suç işleyen kişi hakkında güvenlik tedbiri hükümlenir. Bu noktada, kanun koyucu, güvenlik tedbirine hükmedilmesi için suçun kanunda yazılı alt veya üst sınırına ilişkin bir sınırlama yapmamıştır. Mahkeme, güvenlik tedbirlerinin koşullarından olan tehlikeli hale ilişkin ayrıca bir değerlendirme yapmasına gerek olmaksızın bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmedebilecektir. Halbuki 1953 yılında 6123 sayılı Kanun ile mülga Kanun'da yapılan değişiklik öncesi tedavi tedbirine başvurabilmesi failin yargılandığı mahkemece tehlikeli bulunmasına bağlıdır. Mülga düzenlemeye benzer yaklaşımlar bugün karşılaştırmalı hukukta bulunmaktadır. Bu bakımdan hayata ve vücut dokunulmazlığına karşı kasten işlenen suçlar dışında suç işleyen akıl hastası hakkında güvenlik tedbirine başvurulmadan önce ayrıca bir tehlikeli hal incelenmesi yapılması gerektiği kanaatindeyiz. Güvenlik tedbiri olarak bir sağlık kurumuna yatırılmış akıl hastasının, asgari bir süre öngörülmezsizin toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının tespit edilmesi üzerine serbest bırakılmaları ise yerinde bir düzenlemedir.

TCK m. 32'e göre akıl hastalığının etkisiyle kusur yeteneği ortadan kalkmamış ancak azalmış olan kişinin ceza sorumluluğu bulunmaktadır. Bu kişiler hakkında verilen cezada indirim yapılması öngörülmüş, ayrıca bu cezanın güvenlik tedbiri olarak da uygulanabileceği ifade edilmiştir. TCK m. 57/6'da mahkemenin kararını, bu kişinin yerleştirildiği yüksek güvenlikli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine verebileceği ifade edilmiştir. Mahkeme cezanın kısmen güvenlik tedbiri olarak uygulanmasına karar verebileceği gibi, tamamen de güvenlik tedbiri olarak

uygulanmasına karar verebilir. Cezanın kısmen güvenlik tedbiri olarak uygulanması halinde kişinin, önce ceza infaz kurumuna mı yoksa yüksek güvenilirlikli sağlık kuruluşuna mı yerleştirileceği yönelik bir sınırlama yapılmadığı için bu konu mahkemenin takdirindedir. Bu durumda akıl hastası ya önce sağlık kurumuna ardından infaz kurumuna gönderilecek ya da önce infaz kurumuna daha sonra sağlık kurumuna yerleştirilecektir. Ancak bu kimselerin işledikleri eyleme ilişkin kusur yeteneklerinin tamamen ortadan kalkmaması, doğrudan tutuldukları akıl hastalığının hafif olduğu anlamına gelmemektedir. Akıl hastalığının kişinin yaşamı üzerindeki etkisi ile işlediği eyleme olan etkisi farklı olabilir. Bu bakımdan kusur yeteneğini tamamen veya kısmen kaldırdığına bakılmaksızın akıl hastalığının etkisiyle suç işlemiş kimselerin infaz kurumuna gönderilmemesi gerekmektedir. TCK m. 32/2 ve 57/6'da bu yönde bir değişiklik yapılması yerinde olacaktır. Ayrıca belirtelim ki kusur yeteneğini azalmış akıl hastaları hakkında, güvenlik tedbirlerinin gereklerine aykırı davrandığı gerekçesiyle cezasının infaz kurumunda çektirilmesine karar verilmesi mümkün değildir.

Günümüz ceza hukuku anlayışı mahpusları, herkes gibi insan haklarının bir süjesi olarak kabul etmekte ve onların hapsedilmenin doğasından kaynaklanan seyahat (gidip gelme) özgürlüklerinin kısıtlanması dışında gerek uluslararası metinlerden gerekse anayasadan kaynaklı haklarından faydalanmaya devam ettiklerini ifade etmektedir. Gerçekten AİHM ve AYM, mahpusların sağlığı konusunda devlete pozitif bir yükümlülük yüklemektedir. Bu noktada akıl hastaları, ayrıca önem gösterilmesi gereken kimselerdendir.

5275 sayılı Kanun'un 16. maddesinde, akıl hastası hükümlülere ilişkin düzenlemeler yer almaktadır. Buna göre akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılmakta ve hükümlü iyileşinceye kadar bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmaktadır. İnfazın geriye bırakılması kararı ancak Adli Tıp Kurumunca düzenlenen veya tam teşekküllü hastanelerce düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan rapor üzerine verilmektedir. Kurum, tam teşekküllü hastaneye düzenlenen raporda eksiklik görmesi halinde, hükümlü yeniden hastaneye sevk edilmektedir. Ancak uygulamada, Kurumdan raporun gelmesinin ortalama 10 ay kadar sürmekte ve bu süre zarfında mahpusların manevi açıdan zarar görmekte oldukları. Raporun gelmesini bekleyen hükümlüler Metris R Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu gibi

rehabilitasyon merkezi bulunan infaz kurumlarında barındırılmaktadır. Ancak bu kurumlar, esasen, akıl hastalığı dışında ruhsal bozukluğu bulunan mahpuslar için kurulmuş olup tedavi hizmetleri sunan sağlık merkezleri olarak nitelendirilmeleri mümkün değildir. Bu sebeple bu sürecin hızlandırılması ve tam teşekküllü hastaneden cezanın infazının geri bırakılmasına ilişkin bir rapor alınması üzerine, bu raporun Adli Tıp Kurumunca onaylanmasına beklenmeksizin hükümlünün sağlık kurumu yerleştirilmesi gerekmektedir. Hükümlünün sağlık kurumuna yerleştirilmesinden sonra Adli Tıp Kurumu tarafından tam teşekküllü hastanece hazırlanan raporun onaylanmaması halinde, hükümlü yeniden infaz kurumuna gönderilebilir. Bu hususta yasal bir düzenleme yapılması yerinde olacaktır.

Akıl hastalığı, ceza adalet sisteminin döner kapısı olarak adlandırılmaktadır. Zira hastalığın etkisiyle toplum içinde kendine ait bir yer bulmakta, diğer insanlara göre daha fazla zorluk yaşayan akıl hastaları için bu zorluk infaz kurumuna girmeleri sonrası iyiden iyiye artmaktadır. Akıl hastalığı ile suç arasında doğrudan bir ilişki olmadığını gösteren araştırmalar, aynı zamanda bu kimselerin sosyal yaşamın bir parçası olamamaları halinde suça sürüklendiklerini de ifade etmektedir. Özgürlüklerinin kısıtlandıkları süre zarfında toplum içine dönmeye yönelik yeterince destek alamayan akıl hastalarının ise tekrar suç işlemesi sıkça rastlanan bir durumdur. O halde bu döngüyü kıracak bazı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Akıl hastalığına tutulan bir hükümlünün erken teşhisi ile birlikte infaz kurumundan çıkartılarak bir sağlık kurumuna yerleştirilmesi bu yöndeki ilk adım olmasının yanında en önemli tedbirlerden biridir. Bu sebeple infaz kurumlarında erken teşhisin yapılabilmesi adına yeterli ve yetkin sağlık personelinin bulunması gerekmektedir. Ancak cezaevlerinde çalışmaya hazırlıklı uzman psikologlar ve tıbbi personel bulmak her zaman kolay olmayabilir. Bu bakımdan nitelikli sağlık hizmeti personelinin cezaevlerindeki çalışma koşullarının toplumda çalışan uzman tıp personelinin koşullarından en azından daha az çekici olmaması sağlanmalıdır. Genel olarak ise tüm infaz kurumu personelinin akıl hastalığı konusunda belirli bir seviye eğitim almış olması isabetli olacaktır.

Öte yandan akıl hastalarının intihar oranları, diğer kimselere kıyasla çok daha yüksek olup, bu oran özgürlüklerinin kısıtlanması ile birlikte daha da artmaktadır.



Ancak Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü verilerinden, yıl boyunca verilen eğitimler içinde bu hususa yeterince önem verilmediği anlaşılmaktadır. İntiharın önlenmesine yönelik eğitimlerin artırılması yerinde olacaktır. Ayrıca akıl hastalarının özgürlüklerinin kısıtlandığı ilk zamanlarda aileleri ile yakın temas kurabilmeleri, intihar oranlarının azalmasında etkili bir rol oynayacaktır.

Akıl hastalarına ilişkin yüksek tekerrür oranlarını düşürmede etkili önlemlerden biri de kesintisiz tıbbi tedavi imkanlarının sağlanmasıdır. Ancak suç işlediği sırada kusur yeteneği bulunmayan akıl hastalarına ilişkin güvenlik tedbirinin infazından sonra gerek kendisi gerekse toplumun güvenliği bakımında gerek duyulması halinde tıbbi kontrol ve takip dışında, ceza hukuk sistem içinde yer alan akıl hastalarının tahliyeleri sonrasında zorunlu tıbbi kontrol ve takibin yapılmasına ilişkin bir düzenleme bulunmamaktadır. Diğer bir deyişle kusur yeteneği ortadan kalkmamakla birlikte azalan, suç işledikten sonra akıl hastası olan veya hükümlü bulunduğu sırada akıl hastası olan kişilerin, tahliyeleri sonrasında akıl sağlığı durumlarını takibi ve tedavi hizmetlerine erişime dair bir düzenleme mevcut değildir. Bu durum tahliyeleri sonrası birçok akıl hastası hükümlünün, hastalıklarının idaresi ve hafiflemesi için gerekli olan tedavinin devamlılığı bulamamalarına neden olmaktadır. Bu bakımdan akıl hastası hükümlüler için tahliyeden sonra psikiyatrik tedavinin sürdürülmesinin gerekli olması halinde, buna devam edilmesine ve sosyal psikiyatrik bakımın sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılmasının yerinde olacağı kanaatindeyiz.

Tıp alanında yapılan çalışmalar, iş sahibi olmanın, akıl sağlığının düzelmesine ve yaşam kalitesinin gelişmesine yardımcı olduğunu göstermektedir. Çalışma saatlerine ya da kazanca bakılmaksızın anlamlı bir işte çalışmak, akıl hastasına çalışan kimliği kazandırmakta ve onun akıl hastalığı bulunmayan kişilerin arasına katılmasını sağlamaktadır. Mevzuatımızda iş bulma konusunda, akıl hastası hükümlülere ilişkin doğrudan bir düzenleme olmamakla birlikte 4857 sayılı İş Kanunu, 50 veya daha fazla işçinin çalıştığı iş yerlerine belli oranlarda engelli ve eski hükümlü çalıştırma zorunluluğu getirmektedir. Ancak işverenler, bünyelerine alacakları engelli ve eski hükümlüyü seçme imkanına sahip olup engelli kontenjanı için akıl hastalığı bulunan kişilerden ziyade diğer engel türlerine sahip bireyleri işe kabul etme eğilimindedirler. Bu bakımdan engelliler için özel sektör işyerlerinde %3, kamu işyerlerinde %4 olarak

belirlenen iş pozisyonlarının belirli bir oranının akıl hastalığına sahip kişilere ayrılması yerinde olacaktır. Öte yandan akıl hastaları birçok işte başarılı olamayacakları gibi, iletişimde güçlük çekebilecek kimselerle aynı ortamda çalışmaları, her iki taraf için olumsuz sonuçlara yol açabilecektir. Akıl hastası yakını olan kimselerle yapılan görüşmeler, bu kimselerin akıl hastaları ile çalışmaya, diğer kimselere kıyasla çok daha olumlu baktıklarını göstermektedir. Akıl hastası hükümlüler iş imkanlarının oluşturulmasında, bu hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Ayrıca önyargıları bertaraf edebilmek için hastalıklarla alakalı bilgilendirme toplantılarının yapılması, medyada çıkan olumsuz haberlerin takip edilerek düzeltilmesi, sağlık çalışanlarının gözetimi ve denetimi altında iş imkânı sağlanması, devletin kurumlarında daha fazla iş imkânı sağlanarak özel sektöre örnek olunması faydalı olacaktır.



## KAYNAKÇA

Abrams, Daniel J/ Rojas, Donald C/ Arciniegas, David B, “Is Schizoaffective Disorder A Distinct Categorical Diagnosis? A Critical Review of The Literature”, **Neuropsychiatr Dis Treat**, Treat 4, Aralık 2008.

Akbulut, Berrin, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 5. Baskı, Adalet Yay., Ankara, 2018.

Akcan, Mustafa, **Suç İşlemiş Zeka Geriliği Olgularının Sosyodemografik, Klinik ve Suç Nitelikleri Açısından İncelenmesi**, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014.

Akdağ, Gönül/ Algın, Demet İlhan/ Erdinç, Oğuz Osman, “Epilepsi”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, Sa.38 (Özel Sayı 1), 2016.

Akdeniz Görgülü, Serap, **Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk Hastalarında Yaşantısal Kaçınma, Anksiyete Duyarlılığı ve Davranışsal İnhibisyon Sistemi Arasındaki İlişki**, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Balıkesir, 2018.

Akgün, Nejat, **Adli Psikiyatri**, Ankara, 1987.

Akgündüz, Said Nuri, “Tanzimat Dönemi Osmanlı Ceza Hukukunun Kaynakları”, **AİBÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C.4, Sa.8, 2016.

Akıntürk, Turgut/ Ateş, Derya, **Türk Medeni Hukuku Aile Hukuku**, İkinci Cilt, 18. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2016.

Akkaya, Çetin, **Cezaların İnfazı ve İnfaz Hukuku**, 5. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2015.

Aksoy Retornaz, Eylem, “Mahpus Çocukların Hakları”, **Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.11, Sa.1, Ocak 2014 (127-137).

Aksoy Retornaz, Eylem, “Mahpusun Ailesiyle Görüşme Hakkı”, **Güncel Hukuk**, Sa.6, Haziran 2013.

Aksoy Retornaz, Eylem, “Özürü Hükümlünün Cezasının İnfazı ve İnsan Hakları”, **Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.6, Sa.2, Temmuz 2009 (55-67).

Aktan, Hamdi Yaver, “Suç ve Suçluluk Nedenlerine Kriminolojik Bir Yaklaşım”, **Adalet Dergisi**, Y.79, Sa.2, 1988.

Akyılmaz, Bahtiyar/ Sezginer, Murat/ Kaya, Cemil, **Türk İdare Hukuku**, 8. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2017.

Alacakaptan, Uğur, **Suçun Unsurları**, Ankara, 1975.

Aldemir, Hüsnü, **Türk İnfaz Hukuku ve İnfaz Yargılaması**, Ankara, Bilge Yay., 2012.

Alkan, Nevzat, “5237 Türk Ceza Kanunu’nun Adli Tıp Yönünde Değerlendirilmesi”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sa.58, 2005.

Alkan, Nevzat, “5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirleri İnfazı Hakkındaki Kanun’un Adli Tıp Yönünde Değerlendirilmesi”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Yıl: 2005, Sa.57.

Antolisei, Francesco, SBF. C.XX, No:2, 1965, çev. Yılmaz Günel (Erişim file:///C:/Users/tau/Downloads/5000054714-5000072812-1-PB.pdf).

Artuk, M. Emin, “Güvenlik Tedbirleri”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Prof. Dr. Atilla Özer’e Armağan, C.XII, 2008, Sa.1-2.

Artuk, M. Emin/ Gökçen, Ahmet, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 11. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2017.

Aslan, Yasin, “The Status of Mentally ill Accused in American Criminal Law”, **Adli Bilimler Dergisi**, C.6, Sa.4, Aralık 2007 (26-31).

Atabay, Tomris, **Özel İhtiyaçlara Sahip Mahpuslar Üzerine El Kitabı**, Birleşmiş Milletler Yayını, çev. Ömer B. Albayrak, 2013 (Erişim: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners\\_with\\_special\\_needs\\_HB\\_Turkish.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prisoners_with_special_needs_HB_Turkish.pdf)).

Atalay, Ayşe Özge, **Ceza Hukukunda Actiones Liberae in Causa Kuramı**, On İki Levha Yay., 2019.

Atmaca, Gümrah Duygu/ Durat, Gülgün, “Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, C.6, 2016.

Bacaksız, Pınar, “Cezalandırma ve Topluma Yeniden Kazandırma”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Prof. Dr. Hakan PEKCANITEZ’e Armağan, C.16, Özel Sayı, 2014 (4917-4941).

Balo, Yusuf Solmaz/ Çetintürk, Ekrem, “Amerika Birleşik Devletleri Ceza Hukuku Uygulamasında Savcı-Sanık Pazarlığı ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XVII, Sa.1-2, 2013.

Baltacıoğlu, Mehmet ve diğ., “Kleptomanide Ayırıcı Tanı ve Psikodinamik Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu”, **Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, Vol.28, Sa.1, 2015.

Barr, Heather, “Mental Health Courts, An Advocate’s Perspective”, **Urban Just**, 2001 (Erişim: [https://mhp.urbanjustice.org/sites/default/files/Mental\\_Health\\_Courts-An\\_Advocates\\_Perspective\\_2001.pdf](https://mhp.urbanjustice.org/sites/default/files/Mental_Health_Courts-An_Advocates_Perspective_2001.pdf)).

Bayındır, Sinan, **Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı**, 2. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yay., 2018.

Bayraktar, Köksal, **Suç İşlemeye Tahrik Cürmü**, İstanbul, 1967.

Berman, Greg/ Feinblatt, John, **Good Courts: The Case for Problem-Solving Justice**, The New Press, New York, 2005.

Berman, Greg/ Feinblatt, John, **Judges and Problem-Solving Courts**, Center For Court Innovation, New York, 2002 (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/JudgesProblemSolvingCourts1.pdf>)

Binbay, Tolga ve diğ., “İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, Sa.23, 2012.

Blandford, Alex M. ve diğ., **Developing a Mental Health Court: An Interdisciplinary Curriculum: Handbook for Facilitators**, Council of State Governments Justice Center, New York, 2015, (Erişim:[https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/media/document/2018/Developing%20a%20Mental%20Health%20Court\\_Handbook%20for%20Curriculum%20Facilitators.pdf](https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/media/document/2018/Developing%20a%20Mental%20Health%20Court_Handbook%20for%20Curriculum%20Facilitators.pdf)).

Bodur, Şahin/ Soysal, Şebnem, Otizmin Erken Tanısı ve Önemi, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)**, C.13, Sa.10, 2014, s.396 vd. (Erişim: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted1004/otizm.pdf>, E.T.: 11.02.2019)

Boothroyd, Roger A. ve diğ., “The Broward Mental Health Court”, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol.26, 2003, (Erişim: <https://pdfs.semanticscholar.org/e671/909e1ae42c911c9e096f53edab00be9786.pdf>).

Burns, Jonathan K., “Pathways from Cannabis to Psychosis: A Review of The Evidence”, **Front Psychiatry**, 2013. (<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00128>).

Can, Güneş ve diğ., “Şizofrenin Etiyolojisi”, **Temel ve Klinik Psikiyatri**, Editör: K. Oğuz Karamustafalıoğlu, Güneş Yayınevi, 2018.

Carns, Teresa W./ Hotchkin, Michael G./ Andrews, Elaine M., “Therapeutic Justice in Alaska’s Courts”, **Alaska Law Review**, Vol. 19, 2002 (1-56).

Centel, Nur, “Yeni Türk Ceza Kanunu’nda Cezalar ve Güvenlik Tedbirleri Sistemi”, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2006 (Erişim: <http://nurcentel.com/makaleler/yenitckyaptirim.pdf>).

Centel, Nur/ Zafer, Hamide, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 15. Bası, İstanbul, Beta Yay., 2018.

Centel, Nur/ Zafer, Hamide/ Çakmut, Özlem, **Türk Ceza Hukukuna Giriş**, 9. Bası, İstanbul, Beta Yay., 2016.

Cosden, Merith ve diğ., “Evaluation of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment”, **Behavioral Sciences and the Law**, Vol.21, 2003.

Council of State Governments Justice Center, **Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners**, New York, 2008 (Erişim: <https://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2012/12/mhc-primer.pdf>).

Council of State Governments, **Criminal Justice/Mental Health Consensus Project**, New York, 2002 (Erişim: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/197103.pdf>).

Çetin, Yılmaz, **Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı**, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yalova, 2013.

Çimen, Adem, Ceza İnfaz Kurumlarında Sosyalleşme ve İslah İlişkisi, **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 15 (2), 2015, (159-188).

Çolak, Harun/ Altun, Uğurtan, **Türk Ceza Hukukunda Ceza ve Güvenlik Tedbirleri**, İstanbul, Bilge Yayınevi, 2007.

D'Emic, Matthew J., "The Promise of Mental Health Courts Brooklyn Criminal Justice System Experiments with Treatment as an Alternative to Prison", **Criminal Justice**, Vol.22, No.3, 2007.

Demirbaş, Timur, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 13. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018.

Demirbaş, Timur, **İnfaz Hukuku**, 5. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2017.

Demirel, Ömer Faruk/ Balcıoğlu, İbrahim, "Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti", **Yeni Symposium Dergisi**, C.53, Sa.1, 2015 (27-32).

Denckla, Derek/ Berman, Greg, **Rethinking the Revolving Door: A Look at Mental Illness in the Courts**, Center for Court Innovation, New York, 2001 (Erişim: [http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/cci-d6-legacy-files/pdf/mental\\_health.pdf](http://www.courtinnovation.org/sites/default/files/cci-d6-legacy-files/pdf/mental_health.pdf)).

Devers, Lindsey, **Plea and Charge Bargaining**, Bureau of Justice Assistance U.S. Department of Justice, 2011.

Dikmen, Pınar, **Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 3. Maddesi Bağlamında Mahpusların Sağlık Hakkı**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

Dilberoğlu, A. Vedat, "Cezalar ve Güvenlik Tedbirlerinin Amacı ve Niteliği", **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.65, Sa.4, 2016.

Dilberoğlu, A. Vedat, **Ceza Hukukunda Güvenlik Tedbirleri**, Ankara, Us-A Yay., 2017.

Dinçmen, Kriton, **Psikiyatri / Psikosomatik Tıp**, Pan Yayıncılık, İstanbul, 2005.

Ditton, Paula M., **Mental Health Treatment of Inmates and Probationers**, Bureau of Justice Statistics, U.S.Department of Justice, 1999 (Erişim:

[https://www.prisonlegalnews.org/media/publications/bojs\\_mental\\_health\\_and\\_treatment\\_of\\_inmates\\_and\\_probationers\\_1999.pdf](https://www.prisonlegalnews.org/media/publications/bojs_mental_health_and_treatment_of_inmates_and_probationers_1999.pdf)).

Ditton, Paula M., **Special Report: Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers**, U.S.Department of Justice, Washington, DC, 1999. (www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/mhtip.pdf.)

Doğanavşargil Baysal, Gülsüm Özge, Damgalanma ve Ruh Sağlığı, **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi**, C.22, Sa.2, 2013.

Doksat, Mehmet Kerem, “Kişilik Bozuklukları, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar”, Sempozyum Dizisi No:62, İ.Ü. **Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri**, Mart 2008.

Donay, Süheyl, **Türk Ceza Kanunu Şerhi**, Beta Yay., İstanbul, 2007.

Dönmezer, Sulhi, “Uyuşturucu Maddelerin Hukuk ve Kriminoloji ile İlgili Bazı Yönleri”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, Atatürk’e Armağan, C.XLV-XLVII, Sa.1-4, İstanbul 1982.

Dönmezer, Sulhi, **Cezai Mesuliyetin Esası**, İstanbul, 1949.

Dönmezer, Sulhi/ Erman, Sahir, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku Genel Kısım**, C.II, 11. Bası, İstanbul, Beta Yay., 1997.

Dönmezer, Sulhi/ Erman, Sahir, **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku**, C.I, 14. Bası, İstanbul, Der Yay., 2016.

Amerikan Psikiyatri Birliği, **DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı**, çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara, 2014.

Dural, Mustafa/ Öğüz, Tufan/ Gümüş, Mustafa Alper, **Türk Özel Hukuku Cilt III Aile Hukuku**, İstanbul, Filiz Kitapevi, 2016.

Durat, Gülün ve diğ., “Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, 2017.

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kızılhaç Komitesi (ICRC) Enformasyon Broşürü, Akıl Sağlığı ve Cezaevleri, (Erişim: [www.euro.who.int/Document/MNH/WHO\\_ICRC\\_InfoSht\\_MNH\\_Prison.pdf](http://www.euro.who.int/Document/MNH/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prison.pdf)).

Ebu Zehra, Muhammed, **İslam Hukukunda Suç ve Ceza**, çev. İbrahim Tüfekçi, Kitabevi Ya., İstanbul, 1994.

Eker Kazancı, Behiye, “Akıl Hastalarına Uygulanacak Güvenlik Tedbirleri”, **2. Ceza Hukuku Reformları Kongresi**, İstanbul, 2015, Editör: Prof. Dr. Adem Sözüer, C.1.

Ercan, İsmail, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 9. Baskı, On İki Levha Yay., 2013.

Erdoğan, Oktay, **İnfaz Hukuku**, 2. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2016.

Erem, Faruk, “Akli Maluliyet”, *Adalet Dergisi*, Sa.12, 1946.

Erem, Faruk/ Danışman, Ahmet/ Artuk, M. Emin, **Ümanist Doktrin Açısından Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 14. Bası, Ankara, Seçkin Yay., 1997.

Barış Erman, **Yanılmanın Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2006.

Erman, Sahir, **Akıl Hastalığı ve Ceza Kanunları**, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Akıl Hastalıklarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar), İstanbul, 1958.

Ersoy, Yüksel, “Türk Ceza Hukukunda Bilirkişilik ve Uygulamadan Doğan Sorunlar”, **Hukuk Kurultayı 2000**, Ankara, Ankara Barosu, 2000 (Erişim: <http://www.ankarabarosu.org.tr/Siteler/1940-2010/Kitaplar/pdf/until2007/hukukkurultay00-2.pdf>).

Ertuğrul, Hüseyin, “Ceza Muhakemesinde Katlanma Yükümlülüğü”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XII, Sa. 1-2, 2008 (687-699).

Farley, Erin J., **A Process Evaluation of the Manhattan Mental Health Court**, Center For Court Innovation, New York, 2015, (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/documents/MMHC%20Process%20Evaluation%20Final.pdf>).

Feyzioğlu, Metin, **Ceza Muhakemesi Hukukunda Tanıklık**, Ankara, Us-A Yay., 1996.

Fisler, Carol, “Building Trust and Managing Risk: A Look at a Felony Mental Health Court”, **Psychology, Public Policy and Law**, Vol.11, No.4 (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/buildingtrust.pdf>, E.T.: 22.03.2018).

Fisler, Carol, “When Research Challenges Policy and Practice, Toward a New Understanding of Mental Health Courts”, **The Judges’ Journal**, Vol.54, No.2, 2015.

Fontaine, Jocelyn, “The Role of Supportive Housing in Successful Reentry Outcomes for Disabled Prisoners”, **Cityscape: A Journal of Policy Development and Research**, Vol.15, No.3, 2013 (53-75).

Gökçen, Ahmet ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku II**, Ankara, 2017.

Gökçen, Ahmet, **Tanzimat Dönemi Osmanlı Ceza Kanunları ve Bu Kanunlardaki Ceza Müeyyideleri**, İstanbul, 1989.

Göktürk, Neslihan, **Haksızlık Yanılgısının Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, Ankara, Seçkin Yay., 2016.

Gralnick, Alexander, “Build A Better State Hospital: Deinstitutionalization Has Failed”, **Hospital and Community Psychiatry**, 1985.



Gu, Yan/ Hu, Zeqing, “More Attention Should Be Paid to Schizophrenic Patients with Risk of Violent Offences”, **Psychiatry Clin Neurosci**, Vol.63, 2009, (doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01999.x).

Güleç, Gülcan/ Köşger, Ferdi/ Eşsizöğlü, Altan, “DSM-5’te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2015, C.7, Sa.4.

Gürelli, Nevzat, **Türk Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik**, İstanbul Üniversitesi, 1967.

Gürvit, Hakan ve diğ., “The Prevalence of Dementia in an Urban Turkish Population”, **Am J Alzheimers Dis Other Demen**, Mart 2008, C.23 Sa. 1 (doi: 10.1177/1533317507310570).

Güzel, Selim, **Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı ile Kalem Hizmetleri**, İstanbul, Legal Yay., 2016.

Hafızoğulları, Zeki/ Özen, Muharrem, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 10. Bası, Ankara, USA Yay., 2017.

Hakeri, Hakan, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 21. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2017.

Helvacı Çelik, Fatmagül/ Hocaoğlu, Çiçek, “Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”, **Çağdaş Tıp Dergisi**, 2016, C.6, Sa.1.

Herinckx, H. A., ve diğ., “Rearrest and Linkage to Mental Health Services among Clients of the Clark County Mental Health Court Program”, **Psychiatric Services**, Vol.56, 2005.

Hilgendorf, Eric/ Ünver, Yener, **Alman-Türk Karşılaştırmalı Ceza Hukuku**, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yay., C.1, İstanbul, 2010.

Hirsch, Hans Joachim, “Kusur İlkesi ve Ceza Hukukundaki Fonksiyonu”, çev. Yener Ünver, **Türk Ceza Kanunu Tasarısı için Müzakereler**, Konya, 1998.

Hoffman, Morris, “The Drug Court Scandal”, **North Carolina Law Review**, Vol.78, No.5, 2000 (Erişim: <https://scholarship.law.unc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3872&context=nclr>).

Hora, Peggy Fulton ve diğ., “Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court Movement: Revolutionizing the Criminal Justice System's Response to Drug Abuse and Crime in America”, **Notre Dame Law Review**, Vol.74, 1999 (Erişim: <https://scholarship.law.nd.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1629&context=ndlr>).

Işıқтаç, Yasemin, “Ceza Adaleti Açısından Hapis Cezası ve Rehabilitasyon İlişkisi”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, C.LXXI, 2013.

İçel, Kayıhan, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 4. Bası, İstanbul, Beta Yay., 2017.

İçişleri Bakanlığı, **Bağımlılık Yapıcı maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesinin Uygulanması İçin Eylem Planı 2010-2012**, EGM-Eğitim Dairesi Başkanlığı Basımevi Şube Müdürlüğü, Ankara, 2011.

İçmeli, Celalettin ve diğ., “Zekâ Geriliği Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Özellikleri”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, C.5 Sa.2, 2015, (Erişim: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/56611>, E.T.: 12.10.2018).

İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisi, **İnsan Hakları ve Cezaevleri**, Cenevre 2001. Jacobson, Jessica/ Edgar, Kimmett/ Loucks, Nancy, **There When You Need Them Most: Pact's First Night in Custody Services**, Prison Reform Trust, 2008 (Erişim: <http://eprints.bbk.ac.uk/22244/1/there%20when%20you%20need%20them%20most%20a%20review%20of%20pact%27s%20first%20night%20in%20custody%20services.pdf>).

Jahic, Galma, “Ceza Adaleti Sistemini Kullanarak Suçu Önlerken Adaleti Sağlamak”, **Hukuk ve Adalet Eleştirel Hukuk Dergisi**, İstanbul, Günışığı Yayıncılık, Nisan, 2005.

Justices D’Emic, “Chun Appointed to Administrative Posts in Brooklyn”, **Brooklyn Daily Eagle**, 13.03.2014 (Erişim:<http://www.brooklyneagle.com/articles/2014/3/13/justices-d%20E%20%80%99emic-chun-appointed-administrative-posts-brooklyn>).

Kamer, Vehbi Kadri, **Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı**, Ankara, Adalet Yay., 2007.

Kandemir, Ferhan, “Kleptomani (Çalma Deliliği)’ye Yol Açan Faktörler ve Ceza Sorumluluğu’nun Değerlendirilmesi”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, Sa.4.

Kangal, Zeynel T., **Ceza Hukukunda Zorunluluk Durumu**, Ankara, Seçkin Yay., 2010.

Karaaslan Kabahasanoğlu, Özlem, **Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Başa Çıkma Stratejileri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının; Bakım Veren Yükü, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleriyle İlişkisi**, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2014.

Karakehya, Hakan, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 2. Baskı, Ankara, Savaş Yay., 2016.

Karakulak, Elifcan Aladağ, **Demans Hastalarının Ayırıcı Tanısında Kullanılan Tanısal Testlerin Karşılaştırılması**, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2016.

Karayazgan, Sedef, **Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Keçelioğlu, Elvan, “Ceza Muhakemesinde Gözlem Altına Alma”, **Ankara Barosu Dergisi**, Sa.3, 2015.

Keyman, Selahattin, “Suç Genel Teorisinin İki Temel Sorunu: Genel ve Soyut Hareket Kavramı- Suçun İncelenmesinde Tekçi ve Tahlilci Yöntemler”, in: **Fadıl Sur’un Anısına Armağan**, Ankara, 1983.

Kıdıl, Fahrettin, “Cezalandırmanın Amacı ve 'Umut Hakkı' Bağlamında Koşullu Salıverilme Yasakları”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sa.138, 2018, (39-78).

Kırcı, Güven Seçkin ve diğ., “Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Eşlik Eden Bozukluk Olarak Kleptomani”, **Adli Bilimler Dergisi**, C.16, Sa.4, Aralık 2017 (12-15).

Kızıllarslan, Hakan, “Özürülülerin İnfazı”, **İnfaz Hukuku ve Özel Durumdaki Hükümlüler Sempozyumu**, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008.

Koca, Mahmut/ Üzülmez, İlhan, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 11. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., Eylül 2018.

Korkut, Berivan, **Hapiste Sağlık**, CİSST/TCPS Kitaplığı, 2017.

Köknel, Özcan, “Madde Bağımlılığı”, **Psikiyatri Ders Kitabı**, İkinci Baskı, Düzenleyenler: Eflatun Adam ve diğ., İstanbul Üniversitesi Yayınları No:4139, İstanbul, Emek Matbaacılık, 1998.

Köroğlu, Erol/ Güleç, Cengiz, **Psikiyatri Temel Kitabı**, 2. Baskı, HYB Yay., Ankara, 2007.

Kubat, Ahmet Adil, **Denetimli Serbestlik ve Cezaların İnfazı**, 7. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2016.

Kuey, Levent, “Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum ve Davranışları”, **Kriz Dergisi**, C.3, Sa.1-2.

Kunter, Nurullah, “Bugünün Ceza Hukukunda Emniyet Tedbirlerinin Yeri”, **İstanbul Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.XIII, Sa.4, 1947.

Kunter, Nurullah, **Suçun Kanuni Unsurları Nazariyesi**, İstanbul, 1949.

Kunter, Nurullah/ Yenisey, Feridun/ Nuhoglu, Ayşe, **Muhakeme Hukuku Dahil Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku**, 18. Bası, İstanbul, Beta Yay., 2010.

Kuyu, Cemil, **Adli Psikiyatri**, Ankara, Seçkin Yay., 1998.

Lieberman, Robert Paul, **Yetiştiriminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı**, American Psychiatric Publishing Washington D.C, 2008’den çev. M. Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.

Mahmutoğlu, Fatih Selami, “Ceza Hukuku Boyutuyla Epilepsi ve Demans”, **Klinik Aktüel Tıp Nöropsikiyatri Forumu**, C.4, Sa.1, 2010.

Mahmutoğlu, Fatih Selami/ Karadeniz, Serra, **Türk Ceza Kanunu Genel Hükümler Şerhi**, İstanbul, Beta Basım, 2017.

Maier, Wolfgang, “Do Schizoaffective Disorders Exist At All?”, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Vol.113, 2006 (<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00763.x>, E.T.: 14.11.2018).

Malkoç, İsmail, **Açıklamalı Türk Ceza Kanunu**, Ankara, 2013.

Malkoç, İsmail, **Yeni Türk Ceza Kanunu**, İstanbul, Malkoç Kitabevi, 2008.

McArthur, Morag/ Camilleri, Peter J./ Webb, Honey, “Strategies for Managing Suicide and Self-Harm in Prisons”, **Trends and Issues in Crime and Criminal Justice**, Vol.125, Ağustos 1999 (Erişim: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3074&context=sspapers>).

McNiel, Dale E./ Binder, Renee L., “Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence”, **American Journal of Psychiatry**, Vol.164, 2007 (1395–1403).

McWilliams, Nancy, **Psikanalitik Tanı Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısı Anlamak**, 2. Baskı, çev. Erkan Kalem, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yay., 2010.

Mecit, Kemal, **İnfaz Hukuku**, 3. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2017.

Mengüç, Ali Rıza, **Ceza İnfaz Hukuku ve İnfaz Müesseseleri**, İstanbul, 1968.

Mental Health, A Report of the Surgeon General, Department of Health and Human Services (DHHS), 1999.

Meraklı, Serkan, **Ceza Hukukunda Kusur**, Ankara, Seçkin Yay., 2017.

Meran, Necati, **Açıklamalı Yeni Türk Ceza Kanunu**, 2. Bası, Ankara, Seçkin Yay., 2007.

Merikangas, Kathleen Ries ve diğ., “Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in The National Comorbidity Survey Replication”, **Arch Gen Psychiatry**, 2007 (Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931566/>, E.T.: 12.10.2018).

Mermutluoğlu, Ceren, “Mental Disorder and Offending Behaviour: A Review of Studies on Their Relationship and Arising Methodological Problems”, **Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.3, Sa.2, 2015 (37-49).

Moore, Marlee E./ Hiday, Virginia Aldigé, “Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-arrest and Re-arrest Severity between Mental Health Court and Traditional Court Participants”, **Law and Human Behavior**, Vol.164, 2006 (659–674).

Mueser, Kim T., “Psychosocial Treatments for Schizophrenia”, **Annu Rev Clin Psychol**, 2013.

Nuhoğlu, Ayşe, **Ceza Hukukunda Emniyet Tedbirleri**, Ankara, Adil Yay., 1997.  
 O'Keefe, Kelly, **The Brooklyn Mental Health Court Evaluation Planning, Implementation, Courtroom Dynamics, and Participant Outcomes**, Center For Court Innovation, New York, 2006 (Erişim: <https://www.courtinnovation.org/sites/default/files/BMHCEvaluation.pdf>).

Oltmanns, Thomas F. ve diğ., **Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları**, çev. İhsan Dağ, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yay., 2003.

Ögel, Kültigen, **Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme**, İstanbul, Yeniden Yay., 2010.

Önder, Ayhan, "Alman Ceza Hukukunda Akıl Hastası Suçlular Hakkında Alınacak Tedbirin Şartları ve Usulü", **Ankara Barosu Dergisi**, Sa.3, 1960 (Erişim: <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/tekmakale/1960-3/3.pdf>).

Önder, Ayhan, **Ceza Hukuku Dersleri**, İstanbul, Filiz Kitapevi, 1992.

Öntan, Yaprak, **Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik**, Ankara, Yetkin Yay., 2014.

Öz, Yüksek Can/ Ünsal Barlas, Gül, "Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin İşe Yerleştirme ile İlgili Görüşleri ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma", **Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.3, Sa.3, 2017.

Özbek, Veli Özer ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 11. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018.

Özbek, Veli Özer ve diğ., **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 9. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., Eylül 2018.

Özbek, Veli Özer ve diğ., **Türk Ceza Kanunu Özel Hükümler**, 13. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018.

Özbek, Veli Özer, **CMK İzmir Şerhi**, Ankara, Seçkin Yay., 2005.

Özbek, Veli Özer, **İnfaz Hukuku**, Ankara, Seçkin Yay., 2017.

Özbek, Veli Özer, **TCK İzmir Şerhi Yeni Türk Ceza Kanununun Anlamı**, C.I, Ankara, Seçkin Yay., 2006.

Özcan, Onur, "Fransız Ceza Hukukunda Akıl Bozukluğunun Ceza Sorumluluğuna Etkisi", **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.5, Sa.2, Aralık 2008, (199-236).

Özden, Salih Yaşar, **Adli Psikiyatri**, Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.

Özel, Mavi Deniz, **Şizofreni ve Bipolar Bozuklukta Genom Bağlantı Analizi ile İlişkili Genlerin Araştırılması**, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Özen, Mustafa, Ceza Muhakemesi Hukuku Dersleri, Ankara, Adalet Yay., 2017.

Özer, Ürün/ Yıldırım, Ejder Akgün / Erkoç, Şahap Nurettin, “Major Depresyon Olgularında İntihar Düşünce ve Davranışının Bağlanma Biçimi ile İlişkisi”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, Sa.52, 2015.

Özgenç, İzzet, **Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 14. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018.

Özgenç, İzzet, **Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi**, Ankara, Seçkin Yay., 2005.

Öztürk, Bahri ve diğ., **Ceza Muhakemesi Hukuku Ders Kitabı**, 10. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2016.

Öztürk, Bahri ve diğ., **Nazari ve Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku**, 12. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2018.

Öztürk, Bahri/ Erdem, Mustafa Ruhan, **Uygulamalı Ceza Hukuku ve Emniyet Tedbirleri Hukuku**, 17. Baskı, Ankara, 2017.

Öztürk, M. Orhan/ Uluşahin, N. Aylin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Kitapevleri, Ankara, 14. Baskı, 2016.

Öztürk, Orhan/ Uluşahin, N. Aylin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Kitapevleri, Ankara, 14. Baskı, 2016.

Padhy, Susanta/ Hedge, Aditya, “Şizoafektif Bozukluk: Kavramın Ortaya Çıkışı ve Güncel Durum”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, Sa. 26 (2), 2015.

Parlar, Ali/ Hatipoğlu, Muzaffer, **Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler**, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2010.

Penal Reform International, Association for the Prevention of Torture, Balancing Security Dignity in Prisons, çev. Muammer Pehlivan, İkinci Edisyon, CİSST/TCPS Kitaplığı, (Erişim: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/11/Balancing-Security-Dignity-in-Prisons-Turkish.pdf> (E.T.: 15.11.2018)).

Peterson, Carolyn L., “Changing Community Attitudes Toward The Chronic Mentally Ill Through A Psychosocial Program”, **Hospital and Community Psychiatry**, Vol.37, 1986.

Petrila, John ve diğ., “Preliminary Observations from an Evaluation of the Broward County Mental Health Court”, **Court Review**, 2001.

Poythress, Norman G. ve diğ., “Perceived Coercion and Procedural Justice in the Broward Mental Health Court”, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol.25, 2002 (Erişim: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.578.923&rep=rep1&type=pdf>).

Rain, Sarah D. ve diğ., “Perceived Coercion at Hospital Admission and Adherence to Mental Health Treatment After Discharge”, **Psychiatric Services**, Vol.54, No:1 (Erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509675>).

Redlich, Allison D. ve diğ., “The Second Generation of Mental Health Courts”, **Psychology, Public Policy, and Law**, 2005 (Erişim: <https://www.albany.edu/scj/documents/2ndgenerationpaper.pdf>).

Regier, Darrel A. ve diğ., **DSM-5’in Kavramsal Gelişimi**, çev. Vedat Şar, 121 Medikal Yay., 2011.

Rempel, Michael/ Destefano, Christine D., “Predictors of engagement in court-mandated treatment: findings at the Brooklyn Treatment Court, 1996-2000”, **Journal of Offender Rehabilitation**, Vol.33, 2001 (Erişim: <https://jpo.wrlc.org/bitstream/handle/11204/1771/Predictors%20of%20Engagement%20in%20Court-Mandated%20Treatment.pdf?sequence=3>).

Ridgely, M. Susan ve diğ., **An Evaluation of the Fiscal Impact of Allegheny County Mental Health Court**, RAND Corporation, Santa Monica, 2007 (Erişim: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2007/RAND\\_TR439.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2007/RAND_TR439.pdf)).

Rossman, Shelli B. ve diğ., **Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York**, National Institution of Justice, Washington, DC, 2012.

Roxin, Claus, **Strafverfahrensrecht**, 25. Auflage, München, 1998.

Sartorius, Norman, “Psikiyatrik Bozuklukları Sınıflandırmanın Meta Etkileri”, Ed: Darrel A. Regier ve diğ., **DSM-5’in Kavramsal Gelişimi**, çev. Vedat Şar, 121 Medikal Yay., 2011.

Schroeder, Friedrich Christian/ Verrel, Torsten, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, çev. Salih Oktar, Ankara, Yetkin Yay., 2019.

Scully, Paul J. ve diğ. “Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder within an Epidemiologically Complete, Homogeneous Population in Rural Ireland: Small Area Variation in Rate”, **Schizophr Res**, Vol.67, 2004.

Sheth, Hitesh C., “Deinstitutionalization or Disowning Responsibility”, **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**, Vol.13, (Erişim: [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_13/Deinstitutionalization\\_Sheth.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_13/Deinstitutionalization_Sheth.html)).

Siegel, Larry/ Schmallegger, Frank/ Worrall, John L., “Criminal Justice in America”, Annotated Instructor’s Edition, **Prentice Hall**, 2010.

Soyaslan, Doğan, **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, 7. Bası, Ankara, Yetkin Yay., 2016.

Soyaslan, Doğan, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 6. Baskı, Ankara, Yetkin Yay., 2016.

Soysal, Hüseyin, **Adli Psikiyatri**, İstanbul Özgür Yay., 2012.

Sözüer, Adem, “Hukuki Hata”, Yargıtay Dergisi, C.21, Sa.4, Ekim 1995, s.470 (466-490).

**Standartları İşler Kılmak – Cezaevlerinde Doğru Uygulamalar Üzerine Uluslararası El Kitabı**; Uluslararası Ceza Reformu, çev. Orhan Kemal Cengiz, BG Yay., Ankara, 2001.

Steadman, Henry J./ Davidson, Susan/ Brown, Collie, “Mental Health Courts: Their Promise and Unanswered Questions”, **Psychiatric Services**, Vol.52, No.4, 2001 (Erişim: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.52.4.457>).

Sydeman, Sumner J. ve diğ., “Procedural Justice In The Context Of Civil Commitment: A Critique of Tyler's Analysis”, **Psychology Public Policy & Law**, Vol.3.

Şahbaz, İbrahim, **Açıklamalı ve İçtihatlı Türk Ceza Kanunu**, Ankara, Yetkin, 2016.

Şahin, Cumhur, “Ceza Muhakemesinde Uzlaşma”, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.6, Sa.1-2 (Prof. Dr. Süleyman Arslan’a Armağan), 1998.

Şahin, Cumhur, **Ceza Muhakemesi Hukuku I**, 9. Bası, Ankara, Seçkin Yay., 2018.

Şahin, Cumhur, **Tahliye Öncesi ve Sonrası Hükümlü ve Eski Hükümlüye Yardım**, 22-24 Mart 2002 tarihli “Ceza ve Tedbirlerin İnfazında İnsan Haklarının Korunması” konulu 15. Hukuk İhtisas Semineri Bildirisi, (Erişim: [http://webftp.gazi.edu.tr/hukuk/dergi/5\\_6.pdf](http://webftp.gazi.edu.tr/hukuk/dergi/5_6.pdf)).

Şahin, Cumhur/ Göktürk, Neslihan, **Ceza Muhakemesi Hukuku II**, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yay., 2014.

Şahin, İlyas, “Türk Ceza Yargılaması Hukukunda Koruma Tedbirleri Bakımından Esas Alınan Şüphe Kavramının İncelenmesi”, **Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi**, C.20, Sa.3, 2015.

Şenol, Talay, **İnfaz Hukuku ve Özel Durumdaki Hükümlüler Sempozyumu**, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008.

Şensoy, Naci, “Akli Maluliyetin İlmî Cepheden Tetkiki”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.7, Sa.1, 1950 (Erişim: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/245/2182.pdf>).

Şensoy, Naci, “Ceza Mesuliyetini Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, C. XVI, İstanbul, 1950.

Talas, Serdar, **Ceza Hukukunda Kusur İlkesi Bağlamında Nedeninde Serbest Hareket (actio libera in causa) Kavramı ve Geçici Nedenlerin Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2011.



Taner, Tahir, **Ceza Hukuku Umumi Kısım**, Üçüncü Basım, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul, 1953.

Taşkın, Ozan Ercan, “Akıl Hastası Üzerindeki Bakım ve Gözetim Yükümlülüğünün İhlali Suçu”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.65, Sa.4, 2016.

TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu, **Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu**, 2015, (Erişim: [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2015/saglik\\_hizmetleri\\_hakkinda.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2015/saglik_hizmetleri_hakkinda.pdf)).

Teplin, Linda A./ Abram, Karen, “Co-occurring Disorders among Mentally Ill Jail Detainees: Implications for Public Policy,” **American Psychologist**, Vol.46, No.10, 1991 (<https://doi.org/10.1037/0003-066x.46.10.1036>).

Teplin, Linda A./ Abram, Karen/ McClelland, G., “Prevalence of Psychiatric Disorders among Incarcerated Women: Pretrial Jail Detainees”, **Archives of General Psychiatry**, Vol.53, 1996.

Teplin, Linda A./ **Keeping the Peace: Police Discretion and Mentally Ill Persons**, U.S.Department of Justice, Washington, DC, 2000.

Tezcan, Durmuş, “Hapis Cezalarının İnfazında Pozitif Ayrımcılık”, **İnfaz Hukuku ve Özel Durumdaki Hükümlüler Sempozyumu**, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 2008.

The Council of State Governments Justice Center, **Improving Outcomes for People with Mental Illnesses Involved with New York City’s Criminal Court and Correction Systems**, New York, 2012 (Erişim:[http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/05/CTBNYC-Court-Jail\\_7-cc.pdf](http://csgjusticecenter.org/wp-content/uploads/2013/05/CTBNYC-Court-Jail_7-cc.pdf)).

Toroslu, Nevzat/ Feyzioğlu, Metin, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 16. Baskı, Ankara, Savaş Yay., 2016.

Toroslu, Nevzat/ Toroslu, Haluk, **Ceza Hukuku Genel Kısım**, 24. Baskı, Ankara, Savaş Yayınevi, 2018.

Torrey, E. Fuller, Violent Behavior By Individuals With Serious Mental Illness, **Hospital and Community Psychiatry**, Vol.45, 1994.

Tosun, Öztekin, **Suç Hukuku El Kitabı**, İstanbul, 1979.

Trupin, Eric/ Richards, Henry, “Seattle’s Mental Health Courts: Early Indicators of Effectiveness”, **International Journal of Law and Psychiatry**, Vol.26, 2003 (Erişim: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.509.11&rep=rep1&type=pdf>).

Tuna, Ayşe, “Akıl Hastalarının Sosyal Red Durumunun Hasta Ailesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması”, **Düşünen Adam**, C.12, Sa.3.

Turhan, Faruk, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, Ankara, 2006.

Turhan, Nedim, **Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme**, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.

Turner, Jenia I., “Plea Bargaining”, **Reforming Criminal Justice**, Vol.3: Pretrial and Trial Processes, 2017 (Erişim: [http://academyforjustice.org/wp-content/uploads/2017/10/Reforming-Criminal-Justice\\_Vol\\_3.pdf](http://academyforjustice.org/wp-content/uploads/2017/10/Reforming-Criminal-Justice_Vol_3.pdf), E.T.: 05.08.2018).

Türkiye Barolar Birliği İnsan Hakları Merkezi, **Cezaevleri Raporu (2015-2016)**, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları:336, 2017, (Erişim: <http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/605.pdf>).

Uluslararası Ceza Reformu, Ceza Reformu Brifingi No.2, Cezaevlerinde Sağlık: Sağlık Hakkının Gerçekleştirilmesi, 2007.

Uluslararası Psikolojik Travma Sempozyumu (İstanbul), “The Istanbul statement on the use and effects of solitary confinement”, 9 Aralık 2007 (Erişim: [http://solitaryconfinement.org/uploads/Istanbul\\_expert\\_statement\\_on\\_sc.pdf](http://solitaryconfinement.org/uploads/Istanbul_expert_statement_on_sc.pdf), E.T.: 11.12.2017).

Ulutürk, Hande, **Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalığının Kusur Yeteneğine Etkisi**, Ankara, Seçkin Yay., 2014.

United Nations Office on Drugs and Crime, **Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders**, Viyana, 2018, s.131 (Erişim: [http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory\\_Handbook\\_on\\_the\\_Prevention\\_of\\_Recidivism\\_and\\_the\\_Social\\_Reintegration\\_of\\_Offenders.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory_Handbook_on_the_Prevention_of_Recidivism_and_the_Social_Reintegration_of_Offenders.pdf), E.T.: 31.01.2019).

Ünver, Yener, **Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1989.

Ünver, Yener, “Güvenlik Tedbirleri ile Cezalar Arasında Fark Kaldı mı?”, **Prof. Dr. Köksal Bayraktar’a Armağan**, C.1, Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını, Yayın No: 49, 2010.

Ünver, Yener, “Psikiyatride Hasta Hakları”, **Sağlık Hakkı**, Sa.3, 2007.

Ünver, Yener/ Hakeri, Hakan, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 13. Baskı, Ankara, Adalet Yay., 2017.

Watson, Amy ve diğ., “Mental Health Courts and The Complex Issue of Mentally Disordered Offenders”, **Psychiatr Serv**, Vol.52, 2001.

Whiteford, Harvey A. ve diğ., “Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings From The Global Burden of Disease Study 2010”, **Lancet**, Vol.382, 2013 (doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6).

Wolff, Nancy, “Courts as Therapeutic Agents: Thinking Past the Novelty of Mental Health Courts”, **J Am Acad Psychiatry Law**, Vol.30, 2002 (Erişim:

<https://pdfs.semanticscholar.org/03c3/872a872733d94aa39e9a6f2599ecee2338f0.pdf>, E.T: 26.10.2018).

World Health Report 2001, (Erişim: <http://www.who.int/whr/2001/en/>).

Yakışır, Berivan, **Türkiye’de Tutuklu ve Hükümlülerin Yeniden Sosyalleştirilmesi**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Yapar, Mehmet Emin, **Ceza Muhakemesinde İddia Pazarlığı**, Ankara, Adalet Yay., 2013.

Yarsuvat, Duygun ve diğ., “Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesinin TCK Tasarısı Hakkındaki Görüşleri”, **Türk Ceza Kanunu Reformu, İkinci Kitap, Makaleler, Görüşler, Raporlar**, Türkiye Barolar Birliği Yayını, Ankara, 2004.

Yaşar, Osman/ Gökcan, Hasan Tahsin/ Artuç, Mustafa, **Yorumlu – Uygulamalı Türk Ceza Kanunu**, C.1, Adalet Yayınevi, 2014.

Yavuzer, Haluk, **Çocuk ve Suç**, Remzi Kitabevi, 14. Basım, İstanbul, 2011.

Yeloğlu, Çağdaş Hünkar/ Hocaoğlu, Çiçek, “Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozuk”, **Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi**, 2017, C.8, Sa.30.

Yenidünya, A. Caner/ İçer, Zafer, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, Ankara, Adalet Yay., 2016.

Yenisey, Feridun/ Nuhoglu, Ayşe, **Ceza Muhakemesi Hukuku**, 5. Baskı, İstanbul, Seçkin Yay., 2017.

Yenisey, Feridun/ Oktar, Salih, **Alman Ceza Muhakemesi Kanunu Strafprozeßordnung (StPO)**, 2. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2015.

Yenisey, Feridun/ Plagemann, Gottfried, **Alman Ceza Kanunu Strafgesetzbuch (StGB)**, 2. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2015.

Yerli, Fahrettin Kemal, **Öğretide ve Uygulamada Akıl Hastalıklarından Epilepsi’nin Ceza Hukuku Açısından Etkisi ve Sonuçları**.

Yetgin, Feridun, **İnfaz Hukuku El Kitabı**, Ankara, Adalet Yay., 2018.

Yıldırım, Turan ve diğ., **İdare Hukuku**, 7. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yay., 2018.

Yıldız, Ali Kemal, “Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik”, **Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C:X, Sa. 3-4, 2006.

Yıldız, Ali Kemal, **5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu**, İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, 2007.

Yıldız, Sevil, “Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalarının Yargılanması”, **Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Sa.4, 2002.

Yılmaz, Volkan, “İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler”, **Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği Yayınları**, 2013.

Yiğit, Nuri, **5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu Tanıtım Seminerleri için Eğitim Notları**, Tekirdağ, 2005 (Erişim: [www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/156.doc](http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/156.doc)).

Yokuş Sevük, Handan, “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararları Işığında Tutuklu ve Hükümlülerin Dış Dünya ile İletişimi”, **Atatürk Üniversitesi Erzincan Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.VII, Aralık 2003.

Yokuş Sevük, Handan, “Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik”, **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası**, LXIV, Sa.1, 2006.

Yurtcan, Erdener, **Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) Şerhi**, 8. Bası, Ankara, Adalet Yay., 2017.

Yurtcan, Erdener, **Ceza Yargılaması Hukuku**, 7. Bası, İstanbul, 1998.

Yüce, Turhan Tufan, **Ceza Hukuku Dersleri**, C.1, Ege Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, No:1, 1982.

Yücel, Mustafa Tören, **TCK Tasarısı Üzerine Notlar**, Ceza Kanunu Reformu İkinci Kitap Makaleler, Görüşler, Raporlar, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yay., 2004 (Erişim: [http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tck\\_reformu2.pdf](http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tck_reformu2.pdf)).

Yücel, Mustafa Tören, **Toplumsal Değişim Sürecinde Türk Ceza Kanunu Reformu**, Birinci Kitap, Ankara, Türkiye Barolar Birliği, 2004 (Erişim: <http://tbbyayinlari.barobirlik.org.tr/TBBBooks/tck-reformu-1.pdf>).

Zafer, Hamide, **Ceza Hukuku Genel Hükümler Ders Kitabı**, 5. Baskı, İstanbul, Beta Yay., 2015.

Zaprutko, Tomasz ve diğ., “Schizophrenia and Employment: Evaluation From Professionals Point of View”, **Psychiatric Quarterly**, C.86, Sa.4, 2015 (Erişim: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-015-9354-6>).

## İnternet Kaynakları

- <http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/uluslararasi-mevzuat/12-engelliler-konusunda-uluslararasi-dokumanlar>, E.T.: 05.07.2018.
- [http://hrlibrary.umn.edu/research/Penal%20Code%20\(English\).pdf](http://hrlibrary.umn.edu/research/Penal%20Code%20(English).pdf), E.T.: 11.01.2019.
- <http://istatistikler.uyap.gov.tr/>, E.T.: 16.08.2018.
- <http://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Crim/1973/1.html>, E.T.: 29.03.2018.
- <http://www.bailii.org/uk/cases/UKHL/1843/J16.html>, E.T.: 29.03.2018.
- <http://www.meb.gov.tr>, E.T.: 11.04.2018.
- <http://www.milliyet.com.tr/amatem-e-6-ayda-26-bin-basvuru-gundem-2494365/>, E.T.: 18.12.2017.
- <http://www.psikiyatri.org.tr/bipolar-bozukluk-ikiuclu-bozukluk-manik-depresif-hastalik>, E.T.: 02.07.2018
- <http://www.psikolojisozlugu.com/disability-yeti-yitimi>, E.T.: 11.02.2019.
- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/07/20030721.htm#2>
- <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>.
- <http://www.sdplatform.com/Dergi/25/Kodlama-Kultursuzlugu-Ornek-1-ICD-10.aspx>, E.T.: 14.02.2019.
- <http://www.videnscenterfordemens.dk>, E.T.: 11.10.2018.
- [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/#](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/#), E.T.: 18.06.2018.
- [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)), E.T.: 11.02.2019.
- [http://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/), E.T.: 19.11.2017.
- <https://criminallaw.uslegal.com/defense-of-insanity/the-mnaghten-rule>, E.T.: 24.03.2018
- <https://csgjusticecenter.org/mental-health-court-project/>, E.T.:16.03.2018
- [https://dps.hawaii.gov/wp-content/uploads/2016/10/OCCC-Jails-vs-Prisons-handout\\_v5.pdf](https://dps.hawaii.gov/wp-content/uploads/2016/10/OCCC-Jails-vs-Prisons-handout_v5.pdf), E.T.: 06.11.2018.
- <https://hudoc.echr.coe.int>.
- <https://islamansiklopedisi.org.tr>, E.T.: 13.11.2017.
- <https://judiciary.house.gov/wp-content/uploads/2013/07/Criminal2016.pdf>, E.T.:11.12.2018
- <https://legalbank.net>.
- <https://lexetius.com/StGB/63,2>, E.T.: 19.11.2018.
- <https://web.archive.org/web/20130125040621/http://www.brooklynda.org/hynes/cjh.html>, E.T.: 22.08.2018.
- <https://www.alzheimer-nederland.nl>, E.T.: 11.10.2018.
- <https://www.courtinnovation.org/about/staff?nid=20087>, E.T.: 21.04.2018.
- [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_67d.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__67d.html), E.T. 18.12.2018.
- <https://www.gesetze-im-internet.de/stvollzg/StVollzG.pdf>, E.T. 16.01.2019.
- <https://www.healthline.com/health/psychosis>, E.T.: 11.02.2019.
- <https://www.justice.gov/jm/criminal-resource-manual-634-insanity-defense-reform-act-1984>, E.T.: 14.02.2019.
- [https://www.law.cornell.edu/wex/insanity\\_defense](https://www.law.cornell.edu/wex/insanity_defense), E.T.: 28.03.2018.
- <https://www.legislationline.org/documents/section/criminal-codes/country/7>, E.T.: 08.10.2018.
- [https://www.legislationline.org/download/action/download/id/6359/file/Austria\\_CC\\_1974\\_am2015\\_de.pdf](https://www.legislationline.org/download/action/download/id/6359/file/Austria_CC_1974_am2015_de.pdf), E.T.: 14.01.2019.
- <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/what-is-psychosis.shtml>, E.T.: 11.02.2019.

[https://www.pli.edu/content/Hon\\_Matthew\\_J\\_DEmic/\\_/N-1z12flkZ4o?ID=PE1103825](https://www.pli.edu/content/Hon_Matthew_J_DEmic/_/N-1z12flkZ4o?ID=PE1103825), E.T. 23.04.2018.

<https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>, E.T.: 18.06.2018

[https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf), E.T.: 18.12.2018.

[www.anayasa.gov.tr](http://www.anayasa.gov.tr)

[www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/uluslararasi/tavsiye\\_kararlari.doc](http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/uluslararasi/tavsiye_kararlari.doc), E.T.: 14.10.2018.

[www.kazanci.com](http://www.kazanci.com)

[www.lexpera.com.tr](http://www.lexpera.com.tr)



## ÖZGEÇMİŞ

Bilal Osmanoğlu, 1993 yılında İstanbul'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra eğitimine Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde devam etmiştir. 2015 yılında lisans eğitimini, 2016 yılında ise İstanbul Barosunda avukatlık stajını tamamlamıştır. Hâlihazırda Türk-Alman Üniversitesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Anabilim Dalı'nda çalışma hayatını sürdürmektedir.



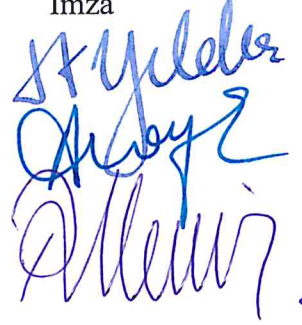
## TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : T.C. GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ  
Enstitü : SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
Hazırlayanın Adı Soyadı : Bilal OSMANOĞLU  
Tez Başlığı : Türk Ceza Hukukunda Akıl Hastalarının Yargılanması ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazında Akıl Hastalığı  
Savunma Tarihi : 15 / 04 / 2019  
Danışmanı : Doç. Dr. Eylem AKSOY RETORNAZ

### JÜRİ ÜYELERİ

Unvanı, Adı Soyadı  
Prof. Dr. Ali Kemal YILDIZ  
Doç. Dr. Eylem AKSOY RETORNAZ  
Doç. Dr. Pınar KARTAL

İmza



Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. M. Yaman ÖZTEK

