


Türk Ceza Kanunu “Madde 34/1” kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilen vakaların adli psikiyatrik açıdan incelenmesi

Forensic psychiatric investigation of cases evaluated as a “transitory reason”
within the scope of “Article 34/1” of Turkish Penal Code

 Muhammed Emin Boylu¹
0000-0001-8832-2650

 Hüseyin Çağrı Şahin²
0000-0001-7372-3427

 Fatma Nuray Cansunar³
0000-0002-5613-9592

ÖZET

Amaç: Ceza teorilerine göre bir kimsenin işlediği, suç olarak tanımlanan bir eyleminden dolayı cezalandırılabilmesi için “kusur yeteneği”ne sahip olması gerekmektedir. Akıl hastalıkları, kişinin algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkilemektedir. Akıl hastalığı gibi insan iradesini ve kusurluluğu etkileyen durumlar dışında insan iradesini zayıflatan veya ortadan kaldıran geçici nedenler mevcut olup bu nedenlerin ceza sorumluluğuna etkisi TCK 34. madde de düzenlenmiştir. Bizim bu çalışmadaki amacımız, TCK 34/1 kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilen vakaların adli ve klinik özelliklerini incelemektir.

Yöntem: 2013–2022 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu’ndan ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi istenen vakalardan TCK 34/1 kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilen vakalar seçilmiştir. İlgili olguların sosyodemografik ve adli psikiyatrik özellikleri incelenmiştir.

Bulgular: Toplamda; üç epilepsi (postiktal dönem eksitasyon/konfüzyon), iki ensefalit/ensefalopati, bir hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı, bir hiperaktif deliryum ve bir de parasomni olmak üzere toplam sekiz vakada ilgili madde kapsamında karar verildiği görülmüştür. TCK 34/1 kapsamında değerlendirilen vakaların tamamı erkek olup yaş ortalamaları 47,75 (±17,57) olarak tespit edilmiştir. Yaralama, öldürmeye teşebbüs, taksirle ölüme sebebiyet verme, mala zarar verme gibi fiziksel şiddet (5/8) içeren suçlar yanında hakaret gibi sözel şiddet (2/8) ihtiva eden suçlar işlendiği görülmüştür.

Sonuç: Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesinde TCK madde 34/1 kapsamında “geçici bir neden” olarak ele alınan vakalarda her bir vakanın kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve “geçici durumun” suçun işlenmesinde ne ölçüde rol oynadığını belirlemeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ceza sorumluluğu, deliryum, ensefalit, epilepsi, hipoglisemi, parasomni

ABSTRACT

Objective: According to criminal theories, for a person to be punished for an act that is defined as a crime, he/she must have the “ability of fault”. Mental illnesses affect a person’s ability to perceive and direct his/her behavior. Apart from the conditions affecting the human will and guilt such as mental illness, there are temporary reasons that weaken or eliminate the human will and the effect of these reasons on criminal responsibility is regulated in Article 34 of the TPC. Our aim in this study is to examine the forensic and clinical characteristics of the cases considered a “temporary cause” within the scope of TPC 34/1.

Methods: Cases that were evaluated as a “temporary reason” within the scope of TPC 34/1 were selected from the cases in which criminal responsibility was requested to be evaluated by the Council of Forensic Medicine, Expertise Department of Psychiatric Observation and 4th Specialization Board between 2013 and 2022. Sociodemographic and forensic psychiatric characteristics of the relevant cases were analyzed.

Results: In total, it was observed that a total of 8 cases, including three epilepsies (postictal period excitation/confusion), two encephalitis/encephalopathy, one loss of consciousness due to hypoglycaemia, one hyperactive delirium and one parasomnia, were decided within the scope of the relevant article. All of the cases evaluated within the scope of TCK 34/1 were male and the average age was 47.75 (±17.57). In addition to offences involving physical violence (5/8) such as wounding, attempted murder, causing death by negligence and damage to property, offences involving verbal violence (2/8) such as insult were predominant.

Conclusion: In cases where a “temporary cause” is considered as a “transient cause” under Article 34/1 of the TPC in the assessment of criminal responsibility, it is important to assess each case in a comprehensive manner and to determine the extent to which the “transient cause” played a role in the commission of the offence.

Keywords: Criminal liability, delirium, encephalitis, epilepsy, hypoglycaemia, parasomnia

Cite as: Boylu ME, Şahin HC, Cansunar FN. Türk Ceza Kanunu “Madde 34/1” kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilen vakaların adli psikiyatrik açıdan incelenmesi. J For Med 2023;37(2):65-73.

Received: 23.03.2023 • **Accepted:** 17.05.2023

Corresponding Author: Muhammed Emin Boylu, Gözlem İhtisas Dairesi Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye

E-mail: me.boylu@hotmail.com

¹Uzm. Dr., Gözlem İhtisas Dairesi Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye

²Asistan Dr., Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye

³Doç. Dr., 4. İhtisas Kurulu, Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye



Turkish Journal of Forensic Medicine is licensed
under a Creative Commons Attribution 4.0
International License.

GİRİŞ

Toplumsal yaşamın temini ve kamu düzeninin devamı için korunması gereken hukuki değerleri ihlal eden belli davranışları “suç” olarak tanımlamak mümkündür. Bu eylemlerin karşılığında uygulanacak olan yaptırım ise “ceza” kavramını tanımlamaktadır.

Ceza teorilerine göre bir kimsenin işlediği, suç olarak tanımlanan bir eyleminden dolayı cezalandırılabilmesi için “kusur yeteneği”ni haiz olması gerekmektedir. “İsnat kabiliyeti” olarak da belirtilebilen bu husus, kişinin eylemi sebebiyle kınanabilir olmasını ifade etmektedir. Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) “kusur yeteneği”ni ortadan kaldıran çeşitli durumlar mevcuttur. Haksız tahrik, zorunluluk hali gibi kusur yeteneğini kaldıran nedenlerle birlikte TCK m. 31-34 arasında düzenlenmiş olan yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, sağır-dilsizlik ve “geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde” etkisiyle işlenen eylemlerde kusur yeteneğinin ortadan kalktığı kabul edilmektedir (1).

Psikiyatrik bozuklukların, kanun maddesinde geçtiği şekliyle akıl hastalıklarının, bir kişinin davranışını, artık o kişiyi davranışlarından sorumlu tutmayacağımız ölçüde etkileyebilecekleri yaygın kabul gören bir fikirdir. Bu duruma, yalnızca hukuki doktrinde değil, aynı zamanda felsefi literatürde de geniş şekilde değinilmektedir (2). Ceza sorumluluğu değerlendirilirken genellikle suç eylemi (actus reus) ve niyet (mens rea) olmak üzere iki ana unsura odaklanılır. Bir kişiyi ceza gerektiren bir suçtan sorumlu tutmak için bu iki unsurun mevcudiyeti gerekmektedir (3).

Akıl hastalığı ile ilgili düzenlemeler TCK 32. madde kapsamında yapılmıştır. Akıl hastalığının; failin işlemiş bulunduğu fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamasına engel olacak veya işlemiş bulunduğu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli derecede azaltabilecek düzeyde olması halinde failin işlediği iddia olunan suç teşkil eden fiil ile ilgili ceza sorumluluğu olmadığına karar verilecektir. Akıl hastalığı türlerinin herhangi bir somut olaya etkisinin değişken olabileceği gerçeği, maddi ceza hukuku açısından farklı sonuçlara yol açabilecek şekilde hastalık çeşitleri arasında da farklılıklar gösterir. (4).

İnsan iradesini ve kusurluluğu etkileyen faktörlerin dışında, bazı durumlarda insan iradesini zayıflatan veya ortadan kaldıran geçici durumlar da mevcuttur. Bu geçici durumlar, kişide ani değişimlere neden olan ve sonucu algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesiyle sonuçlanan süreçlerdir. Bu nedenin etkisinin geçmesinin ardından, kişi normal haline dönebilir. Geçici patolojik nedenler, kişinin algılama ve irade yeteneğini tamamen ortadan kaldırmış veya önemli ölçüde azaltmış olabilir

Kişinin suçu işlediği sırada iradesini etkileyen geçici nedenlerin (Örneğin; epilepsi nöbeti, ensefalit gibi bilinç değişikliğine neden olan durumlar, hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı, deliryum, parasomni vb.) bulunması ya da kişinin alkol veya uyuşturucu maddenin etkisiyle suçu işlemiş olması halleri de kusurluluk açısından değerlendirilmesi gereken konulardır.

Türk Ceza Kanunu madde 34 birinci fıkra kapsamında “geçici bir neden” ya da “irade dışı alınmış alkol ve madde” etkisinde işlenmiş suçlarda ceza sorumluluğu bulunmayacağı düzenlenmiş olup ikinci fıkra ise “irade ile alınan alkol ve madde” söz konusu olduğunda ilk fıkranın uygulama alanı bulamayacağı düzenlenmiştir.

“Madde 34:

- 1) Geçici bir nedenle ya da 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 verilmez.
- 2) İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.” (1)

Bu çalışmadaki amacımız, TCK 34/1 kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilen vakaların adli ve klinik özelliklerini incelemek ve oldukça sınırlı araştırma olan bu alanda literatüre katkı sağlamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2013–2022 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu’ndan ceza

sorumluluğunun değerlendirilmesi istenen olgulara elektronik arşiv sistemi üzerinden ulaşılmıştır. Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi istenen vakalardan TCK 34/1 kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilen vakalar seçilmiştir.

Çalışmada; olgunun sosyodemografik özellikleri, adli psikiyatrik değerlendirme istenme nedeni, dosyasında var olan önceki psikiyatrik ve nörolojik tanıları, iddia edilen suç, varsa mağdurun sosyodemografik özellikleri ve vakaya yakınlığı, adli psikiyatrik değerlendirme sonucunda verilen karar, psikiyatrik muayene bulguları ve tanısı değerlendirmeye alınmıştır.

Söz konusu vakaların verileri Ulusal Yargı Ağı Projesi (UYAP) yazılımı aracılığıyla Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu dosyalarından elde edilmiştir. UYAP; Türkiye’de Adalet Bakanlığı teşkilatı ve yargı birimlerinin tamamında faaliyet göstermekte olan ve bu birimlerin her türlü adli, idari ve denetim faaliyetlerinin bu sistem ile elektronik ortamda yürütüldüğü bir yazılım programıdır (5).

Çalışmaya sadece Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve rapor düzenlenmiş vakalar dâhil edilmiştir. Gözlem İhtisas Dairesi’ne hakkında rapor düzenlenebilmesi için yatırılarak takibinin gerektiği düşünülen vakalar, 4. İhtisas Kurulu’na ise ceza sorumluluğu ve fiil ehliyeti gibi hukuki durumlarda heyet muayenesi yapılarak karar verilmesi istenen vakalar gönderilmektedir. Bununla birlikte Adli Tıp Kurulu’nda heyet muayenesinin yapılarak mağdurların ve çocuk suçluların değerlendirildiği 6. İhtisas Kurulu’na gelmiş olan vakalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmaya dâhil edilen olgular ardışık olarak numaralandırılmıştır. Tüm bu sürecin sonunda elde edilen veriler bir olgu sunumu dizisi şeklinde tartışılmıştır. İlgili istatistiksel veriler Microsoft Excel Office Software 2016 kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada Helsinki Deklerasyonu’na uyulmuş olup, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu’ndan 22/02/2023 tarih ve 21589509/2023/129 sayılı karar ile izin alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza; ceza sorumluluğu değerlendirilmesi amacıyla Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu’ndan 2013–2022 yılları arasında görüş istenen ve Türk Ceza Kanunu madde 34/1 kapsamında “geçici bir neden” olarak değerlendirilerek ceza sorumluluğu kaldırılan vakalar dâhil edilmiştir. Toplamda; üç epilepsi (postiktal dönem eksitasyon/konfüzyon), iki ensefalit/ensefalopati, bir hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı, bir hiperaktif deliryum ve bir de parasomni olmak üzere toplam sekiz vakada ilgili madde kapsamında karar verildiği görülmüştür. Bu tarihler arasında ilgili ihtisas kurul ve dairesinden ceza sorumluluğu değerlendirmesi istenen toplam vaka sayısı 36707 iken bunların 2791 (%7,6) tanesinde TCK 32. madde kapsamında değerlendirme yapıldığı görülmüştür. Bununla birlikte sekiz vaka TCK 34. madde kapsamında değerlendirilmiştir.

TCK 34/1 kapsamında değerlendirilen vakaların tamamı erkek olup yaş ortalamaları 47,75 ($\pm 17,57$) olarak tespit edilmiştir. Yaralama, öldürmeye teşebbüs, taksirle ölüme sebebiyet verme, mala zarar verme gibi fiziksel şiddet (5/8) içeren suçlar yanında hakaret gibi sözel şiddet (2/8) ihtiva eden suçlar ağırlıktadır. Suç teşkil eden eylemlerin gerçekleştiği yerlere bakıldığında; dördü sokakta, üçü yoğun bakım ünitesinde gerçekleşmiştir. “Geçici bir neden” olarak değerlendirilen bu fiiller ile ilgili görüş istenirken mahkemelerce çoğunlukla (6/8) TCK 32. madde kapsamında görüş istendiği görülmüştür. Verilen karara bakılacak olursa bir vakada TCK 34/1 uygulanmasının yanında TCK 57 maddesi kapsamında güvenlik tedbirlerinin uygulanması da önerilmiştir. Mevcut vakaların ikisinde aynı suç için diğer kurumlardan verilmiş ceza sorumluluğunu kaldıran karar bulunurken bir vakada farklı tarihli başka benzer nitelikte bir suç için ceza sorumluluğu kaldırılmıştır. Aynı ya da benzer nitelikteki farklı suçlar için düzenlenen raporlar ele alındığında bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi tarafından düzenlenen raporda TCK 34/1 uygulanırken, diğer raporlarda TCK 32/1 kapsamında rapor düzenlenmiş olduğu görülmektedir. Vakalar kararda bulunan hastalık tanılarına göre gruplandırılarak aşağıda özetlenmiştir. İlgili veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Epilepsi (Postiktal Eksitasyon/Konfüzyon)

Vaka 1: Elli bir yaşında bilinen epilepsi tanısı olan erkek hasta yürüyüş yaparken nöbet geçirmeye başladığı ve çevredekiler tarafından 112 arandığı, 112 ekipleri geldiğinde nöbetin bitmiş olduğu gördükleri ve hastaneye götürmek üzere vakayı ambulansa davet ettiklerinde ilgili kişinin ekiplere fiziksel şiddet uyguladığı belirtilmektedir. Vakanın bir yıl kadar önce yine bir nöbet sonrası gelen ekibe karşı şiddet davranışı olduğu ve bir RSHH tarafından epilepsi tanısıyla TCK 32/1'den yararlanması hakkında rapor düzenlendiği görülmüştür. Vaka ile ilgili olarak "Epilepsi – Postiktal Eksitasyon" tanısıyla TCK 34/1 kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Vaka 2: Otuz bir yaşında bilinen epilepsi tanısı olan erkek hasta status epileptikus ile iki gün yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) takip edildikten sonra 3. gün uyandığında ilgilenen doktora hakaret ettiği, geçmişte bu veya benzer bir durum için ayrıca düzenlenmiş bir ceza sorumluluğu kararı mevcut olmadığı görülmüştür. Vaka ile ilgili olarak "Epilepsi – Postiktal Konfüzyon" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Vaka 3: Yirmi sekiz yaşında 15 yıldır berberlik yaptığı ve epilepsi tanısı olduğu bilinen erkek hasta müşterisini traş ederken nöbet geçirmesi sonrası ustura ile boynundan yaralaması nedeniyle tahkikat başladığı anlaşılmaktadır. Aynı suç ile ilgili olarak RSHH tarafından yine 34/1 kapsamında karar verilirken hastanın kendisinde epilepsi olduğunu bilmesi ve bu durumda dahi başkası adına sertifika alarak berberlik yapmaya devam etmesi nedeniyle bu suç için ceza sorumluluğunun tam olduğunu belirtir muhalefet şerhi mevcuttur. Vaka ile ilgili olarak "Epileptik Nöbet – Psikotik Tablo" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Ensefalit/Ensefalopati

Vaka 4: Kırk altı yaşında bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan erkek hastanın şuur bulanıklığı, bulantı, kusma, ateş, oryantasyon ve kooperasyon bozukluğu şikâyetleri ile acile başvurusu olduğu; muayenesinde genel durumun kötü, oryantasyon ve kooperasyonun bozuk, ajite, uykuya meyilli ve ense-

sertliği saptanması nedeniyle YBÜ'ye alındığı burada iki gün tedavi uygulanması sonrası uyandırılan hastanın YBÜ'nün camlarını kırdığı ve personele şiddet uygulaması nedeniyle tahkikat yapıldığı anlaşılmıştır. Daha önce herhangi bir ceza sorumluluğu değerlendirmesi içerir rapor bulunmamaktadır. Vaka ile ilgili olarak "Ensefalit" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Vaka 5: Altmış yaşında hipertansiyon hastalığı olduğu bilinen erkek hasta olay günü aracıyla giderken beş arabaya çarptığı ve bir evin duvarına çarparak durduğu, hastaneye götürüldüğünde bilincinin açıldığı, yapılan tetkikler sonrası hipertansif ensefalopati tanısı koyulduğu görülmektedir. Vaka ile ilgili olarak "Hipertansif Ensefalopati" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Hipoglisemi

Vaka 6: Seksen yaşında bilinen diabetes mellitus tanısı olan erkek hastanın, dört yıldır insülin kullanmakta olduğu, olay günü sabahında insülin enjeksiyonunu yaptığı, yanında eşi, arka koltukta kızı ve torunu varken, seyir halindeyken birden hızlanarak yoldan geçmekte olan birkaç araca ve şahsa çarpmış olduğu, bir araca çarparak durduğu, olay yerine gelen 112 ekiplerinin müdahalesi esnasında hastanın bilincinin kapalı olduğu, hastaneye götürülen hastanın kan şekeri düzeyinin 44 olarak bulunduğu görülmüştür. Vaka ile ilgili olarak "hipoglisemi" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Deliryum

Vaka 7: Elli dört yaşında erkek hasta, COVID-19 nedeniyle YBÜ'de tedavisi devam ederken damaryolunu çıkartarak bağırmağa başladığı, herkesin kendisini öldürmeye çalıştığını, herkesin kendisiyle uğraştığını ifade eden sözler söylediği, yanına gelen personele ve yöneticilere hakaret içeren ifadeleri olduğu, hiperaktif deliryum tanısı ile haloperidol enjeksiyon sonrası ajitasyonun azalmış olduğu görülmektedir. Vaka ile ilgili olarak "deliryum" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Tablo 1. "Geçici bir neden" kapsamında değerlendirilmemiş vakaların adli ve klinik özellikleri

Vaka	Cinsiyet	Yaş	İddia Edilen Suç	Mağdur	Olay Yeri	Sorulan Madde	Verilen Karar	Karardaki Tanı	Önceki Tanısı	Başka C.S.* Kararı Var mı?	Kararı Veren Kurum	Karardaki Tanı
1	E	51	Basit Yaralama	112 Ekibi	Sokak	TCK 32	TCK 34/1	Epilepsi - Postiktal Eksitasyon	Epilepsi	Farklı tarihli bir basit yaralama suçuna 32/1 verilmiş	RSHH**	Epilepsi
2	E	31	Hakaret	Kamu Görevlisi	YBÜ	TCK 32	TCK 34/1	Epilepsi - Postiktal Konfüzyon	Epilepsi	-	-	-
3	E	28	Kasten Öldürmeye Teşebbüs	Müşterisi	Berber	TCK 32	TCK 34/1 ve 57	Epilepsi - Psikotik Tablo	Epilepsi	Aynı suç için 34/1 verilmiş. Muhalefet şerhi mevcut	RSHH**	Temporo- limbik Epilepsi Nöbeti
4	E	46	Basit Yaralama, Kamu Malına Zarar Verme	Hastane Personeli	YBÜ	TCK 32	TCK 34/1	Ensefalit - Konfüzyonel Tablo	Yok	-	-	-
5	E	60	Mala Zarar Verme	Yabancı	Sokak	TCK 34	TCK 34/1	Ensefalopati	HT***	-	-	-
6	E	80	Taksirle Ölüme Sebepiyet Verme	Yabancı	Sokak	TCK 34	TCK 34/1	Hipoglisemi	Diabetes Mellitus	-	-	-
7	E	54	Hakaret	Kamu Görevlisi	YBÜ	TCK 32	TCK 34/1	Deliryum	Yok	Aynı suç için 32/1	Devlet Hastanesi	Deliryum
8	E	32	Konut Dokunulmazlığının ihlali	Komşu	Ev	TCK 32	TCK 34/1	Parasomni	Parasomni	-	-	-

*C.S.: Ceza Sorumluluğu; **RSHH: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; *** HT: Hipertansiyon; TCK: Türk Ceza Kanunu; YBÜ: yoğun bakım ünitesi; E: erkek.

Parasomni

Vaka 8: Otuz iki yaşında erkek hasta, daha önce bir üniversite hastanesinde parasomni nedeniyle takibi olduğu, polisomnografi raporlarının parasomni ile uyumlu olduğu bilinen hastanın bir alt katında oturan komşusunun evine girmiş olduğu, komşusunun uyanması üzerine kendisinin yakalandığı ve tahkikatın başladığı anlaşılmaktadır. Vaka ile ilgili olarak "parasomni" tanısıyla TCK 34/1'in kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

TARTIŞMA

Türk Ceza Kanunu akıl hastalıklarının ceza sorumluluğuna etkisini 32. madde kapsamında düzenlenmekle birlikte "geçici bir neden" ile işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinde önemli derecede azalma olması durumunda yine ceza sorumluluğunun etkileneceğini içeren düzenlemeyi 34. madde kapsamında yapmıştır. Burada kalıcı bir akıl hastalığından daha çok bilinci ve iradeyi etkileyen süregelen olmayan bir durum öne çıkmaktadır.

Çalışmamız teorik olarak tartışılabilen bu alanda bildiğimiz kadarıyla adli psikiyatrik değerlendirme yönüyle ilk yayındır.

İncelenen vakalara bakıldığında TCK 34/1 kapsamında karar verilenlerin literatür ile uyumlu şekilde epilepsi, ensefalit/ensefalopati ve deliryuma bağlı bilinç bulanıklığı, hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı ve parasomni olgularından oluştuğu görülmektedir.

Epilepsi, tekrarlayan nöbetlerle karakterize nörolojik bir hastalıktır (6). Epilepsi ve cezai sorumluluk arasındaki ilişki uzun yıllardır hukuk ve tıp otörleri arasında bir tartışma konusu olmuştur. Bazı çalışmalar epilepsili bireylerin suç teşkil eden davranışlarda bulunma riskinin daha yüksek olabileceğini öne sürmüştür, ancak bu konuda birbiriyle çelişen veriler mevcuttur (7,8). Suç teşkil eden davranışın nöbetle ilişkilendirildiği durumlarda, davranışın nöbetin bir sonucu mu yoksa gönüllü bir eylem mi olduğunu belirlemek zor olabilir (9).

Farklı epileptik odakların biliş üzerinde farklı etkileri vardır. Semptomatik epilepsiler, nöropatolojinin yeri

ve gidişine bağlı olarak biliş ve davranışı etkileyebilir. Travmaya ikincil gelişen epilepsi hastalarında; kişilik ve davranış bozukluğu, sinirlilik, ajitasyon ve saldırganlığın sık görüldüğü bununla birlikte bellek, dil, zekâ ve dikkatte görece ciddi bir bozulma olmadığı bilinmektedir (10).

Adli psikiyatri açısından suçun epileptik nöbet sırasında işlenmiş olması, epileptik kişilik değişiklikleri, postiktal dönemde eksitasyon ya da konfüzyonel tablo ve psikoz gibi durumlar ceza sorumluluğunun belirlenmesi aşamasında önemlidir. Özellikle sol temporal bölge kaynaklı nöbetleri olan hastalarda şiddet davranışının daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (11).

Uygulamada epilepsinin nedeniyle ceza sorumluluğunun etkilendiği durumlara bakıldığında ise daha çok nöbet sonrası (post-iktal) dönemdeki davranışların suç oluşturması halinde ilgili hastalık ve etkilerinin göz önüne alındığı dikkat çekmektedir.

Epilepsi hastalığı bazı durumlarda sonradan gelişebilir. Bu nedenle herhangi birinin ilk nöbetinde suç teşkil eden bir fiil işlemesi durumunda yapılması gereken ceza sorumluluğu değerlendirmesi ile epilepsisi olduğu bilinen birinin kendi ihmali nedeniyle nöbet geçirerek suç teşkil eden bir duruma neden olması durumunda yapılacak olan sorumluluk değerlendirmesinin farklı olması gerektiği düşünülebilir.

Ensefalit; nöbetler, kafa karışıklığı ve zihinsel durum değişikliği de dâhil olmak üzere bir dizi belirtiyeye neden olabilen akut bir beyin enflamasyonudur. Bazı durumlarda, ensefalit suç teşkil eden davranışlara yol açabilir, bu da cezai sorumlulukla ilgili sorunları gündeme getirir (12).

Mevcut ceza sorumluluğu değerlendirmesinde, algılama kapasitesi ve davranışlarını yönlendirme yeteneği korunmuş olan durumlarda, işledikleri eylemlerin sonuçlarını anlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmaları koşuluyla, ensefalit hastalarını eylemlerinden sorumlu tutulmaktadır. Bununla birlikte, ilgili kişilerin suç teşkil eden davranışlarının hastalığın bir sonucu olduğu argümanına dayanarak, akıl hastalığı nedeniyle suçsuz buldukları vakalar mevcuttur (13). Burada

önemli olan husus ensefalitin boyutu ve etki alanı ile ilgili davranışlar ile ilişkilendirilebilirliği.

Ensefalitte cezai sorumluluğun belirlenmesindeki zorluklardan biri, hastalığın davranışlarda öngörülmesi zor değişikliklere neden olabilmesidir. Örneğin, ensefalitli bir kişi, bu tür bir davranış geçmişi olmasa bile şiddet içeren veya saldırgan davranışlar sergileyebilir (14).

Özetle, ensefalitli bireylerde cezai sorumluluğun belirlenmesi karmaşık ve zorlu bir konu olabilir. Hukuk sistemi genellikle bireyleri eylemlerinden sorumlu tutarken, ensefalitin varlığı bazen bu tespiti zorlaştırabilir. Ensefalit ile cezai davranış arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve yasal işlemlerde bu konuyu ele almak için etkili stratejiler geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (15).

Hipoglisemi, diabetes mellitus hastalarında sık görülen bir komplikasyondur ve bilinç kaybıyla sonuçlanabilir (16). Bazı durumlarda ciddi hipoglisemi ile bilinç kaybı riski artabilir ve bu da yasal sonuçlar doğurabilir. Diyabetli bir bireyin hipoglisemi nedeniyle bilinç kaybı yaşarken başkalarına zarar verdiği durumlarda, cezai sorumluluk konusu gündeme gelecektir. Bu durumlarda cezai sorumluluğun belirlenmesi, bireyin bilinç düzeyi, durumunun farkında olması ve zararı önlemek için uygun adımları atma becerisi gibi çeşitli faktörlerin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirdiğinden zor olmaktadır (17). Çeşitli hukuki ve tıbbi çalışmalar hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı vakalarında cezai sorumluluk konusunu araştırmıştır. Bazı çalışmalar hipoglisemik ataklarının farkında olan ancak zararı önlemek için uygun önlemleri almayan diyabetli bireylerin eylemlerinden dolayı cezai olarak sorumlu tutulabileceğini savunmaktadır (18). Diğerleri ise bireyin bilinç kaybının kendi kontrolü dışında olduğu durumlarda cezai sorumluluğun uygun olmayabileceğini öne sürmektedir. Nihayetinde, hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı vakalarında cezai sorumluluğun belirlenmesi her vakanın kendine özgü koşullarına bağlı olacaktır. Diyabetli bireylerin hipoglisemi ile ilişkili risklerin farkında olmaları ve bilinç kaybı sebebiyle başkalarına zarar gelmesini önlemek için uygun önlemleri almaları önemlidir (19,20).

Deliryum; ajite deliryum olarak da bilinen hiperaktif deliryum, çeşitli tıbbi durumların yaygın bir belirtisidir ve suç teşkil eden davranışlara neden olabilir. Hiperaktif deliryumun bir faktör olduğu durumlarda, cezai sorumluluk, sanığın tıbbi durum nedeniyle davranışlarını kontrol etme yeteneğinden etkilenebilir. Hiperaktif deliryum, bireylerin normal şartlar altında suç sayılabilecek davranışlarda bulunmalarına neden olabilirken, altta yatan tıbbi durumu ve bunun bireyin karar verme yetenekleri üzerindeki etkilerini dikkate almak önemlidir (21,22).

Hiperaktif deliryum, ilaç zehirlenmesi, alkol yoksunluğu, enfeksiyon veya nörolojik bozukluklar gibi altta yatan tıbbi durumlar gibi çeşitli faktörlerin neden olabileceği akut konfüzyon, ajitasyon ve huzursuzluk ile karakterize tıbbi bir durumdur (23,24).

Yasal bağlamda, hiperaktif deliryum, bireylerin akut konfüzyon ve ajitasyon halindeyken suç teşkil eden eylemlerde bulunduğu vakalarla ilişkilendirilmiştir. Bu tür vakalarda cezai sorumluluk sorunu karmaşıktır ve bireyin suç işlemek için gerekli niyete veya zihinsel kapasiteye sahip olup olmadığına bağlıdır (25). Mens rea (kast) hukuki doktrini, sanığın suç fiilini işleme niyetine veya bilgisine sahip olmasını gerektirir. Hiperaktif deliryum durumunun sanığın zihinsel kapasitesini bozduğunun iddia edildiği durumlarda, savunma, bireyin suçtan suçlu bulunması için gerekli mens rea'dan yoksun olduğunu iddia edebilir (26). Bununla birlikte, hiperaktif deliryum savunmasını oluşturmak, bireyin bilişsel bozukluğunun eylemlerinin doğasını ve sonuçlarını anlayamayacak kadar şiddetli olduğunu göstermeyi gerektirdiğinden zor olabilir (27,28). Ayrıca, hiperaktif deliryum hafifletici bir faktör olarak tespit edilse bile, sanığı cezai sorumluluktan tamamen kurtarmayabilir. Bazı durumlarda, sanığın ceza sorumluluğu azaltılabilir veya mahkeme uygun cezayı belirlerken sanığın tıbbi durumunu göz önünde bulundurabilir (29).

Sonuç olarak, hiperaktif deliryum, zihinsel kapasite ve cezai sorumluluğa ilişkin tıbbi ve hukuki kavramların kesişimi hakkında sorular ortaya çıkardığı için hukuk sisteminde karmaşık bir sorun teşkil etmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar

hiperaktif deliryumun teşhis, tedavi ve hukuki sonuçlarının açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olabilir.

Parasomni; uyku sırasında anormal davranışlar ve deneyimlerle karakterize edilen bir grup uyku bozukluğunu ifade eder. Bu davranışlar ve deneyimler; basit hareketler ile seslerden, uyurgezerlik ve uykuya ilişkili yeme bozukluğu gibi daha karmaşık ve potansiyel olarak tehlikeli eylemlere kadar değişebilir. Nadir durumlarda, parasomniler suç teşkil eden davranışlarla ilişkilendirilmiş ve bu vakalarda cezai sorumlulukla ilgili sorulara yol açmıştır.

Adli psikiyatrik açıdan bakıldığında, parasomni vakalarında cezai sorumluluk konusu karmaşıktır ve bireyin suç anındaki ruhsal durumunun dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir. Bazı durumlarda, parasomniler, bireyin cezai sorumluluk için gerekli olan kastı oluşturma yeteneğini etkileyebilecek geçici bir durum olarak kabul edilebilir. Ancak, cezai sorumluluk belirlenirken parasomninin tam niteliği ve ciddiyetinin yanı sıra altta yatan herhangi bir akıl sağlığı durumu da dikkate alınmalıdır (30,31).

Parasomni vakalarında cezai sorumluluğun değerlendirilmesindeki zorluklardan biri, parasomni ile suç teşkil eden davranış arasında nedensel bir bağ kurmanın zorluğudur. Suç teşkil eden eylemlere yol açan birkaç parasomni vakası bildirilmiş olsa da, davranışın gerçekten istemsiz olup olmadığını veya bireyin eylemleri üzerinde belirli bir düzeyde kontrol sahibi olup olmadığını belirlemek zor olabilir. Bu durum, bireyin tıbbi geçmişini, uyku düzenini ve parasomni için olası tetikleyicileri dikkate alan kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır (32).

Sonuç olarak, parasomni vakalarında cezai sorumluluk konusu, bireyin ruhsal durumunun ve suçu çevreleyen koşulların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektiren karmaşık bir konudur. Parasomniler, bireyin cezai sorumluluğunu etkileyebilecek geçici bir durum olarak kabul edilebilirken, parasomninin tam doğası ve ciddiyeti dikkate alınmalıdır. Parasomniler ve suç davranışı arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve

bu durumlarda cezai sorumluluğu değerlendirmek için uygun kılavuzlar geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (33).

Çalışmada TCK'na göre 34. madde kapsamında değerlendirilmesi gereken vakaların büyük kısmının akıl hastalıklarında ceza sorumluluğu kavramı ile ilk akla gelen madde olan TCK 32 kapsamında görüş istendiği ve bazılarında önceki değerlendirmelerin de bu kapsamda yapıldığı görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında hem psikiyatri bilirkişilerinin hem hukuk uygulayıcılarının ilgili maddelerin içerikleri ile ilgili farkındalık geliştirme ihtiyacı olduğu görülmektedir. TCK 32. madde genellikle daha süregelen durumları içerdiğinden TCK 57 kapsamında güvenlik tedbirlerini uygulama sonucu doğururken TCK 34. maddenin uygulandığı hallerde bu durum söz konusu olmamaktadır. Bununla birlikte çalışmamızdaki 3. vaka ile ilgili ek olarak güvenlik tedbiri uygulaması önerilmiştir. Bu karar TCK madde 32 ve 34 arasındaki uygulamadaki fark açısından dikkat çekicidir.

SONUÇ

Sonuç olarak, geçici bir nedene bağlı akıl hastalığı veya geçici bir nedene bağlı ceza sorumluluğu kavramı adli psikiyatride yoğun bir şekilde tartışılmıştır. Epilepsi, ensefalit, hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı ve hiperaktif deliryum gibi cezai sorumluluğun ortadan kalkmasına yol açabilecek çeşitli geçici durumlar araştırmacılar tarafından tartışılmış ve incelenmiştir.

Geçici bir durumun cezai sorumluluktan yoksunluğa yol açabileceği genel olarak kabul edilmekle birlikte, her bir durumun özellikleri ve kişinin eylemlerini kontrol etme yeteneğini ne ölçüde etkileyebileceği konusunda hâlâ bazı tartışmalar vardır. Adli psikiyatristler ve hukuk otörlerinin birlikte çalışarak her bir vakayı kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri ve geçici bir durumun suçun işlenmesinde ne ölçüde rol oynadığını belirlemeleri önemlidir. Geçici bir durum nedeniyle cezai sorumluluğun ortadan kalkmasının, bir kişinin mutlaka cezasız kalacağı anlamına gelmediğini de belirtmek gerekir. Pek çok durumda, bireyler durumları nedeniyle psikiyatrik tedaviye veya kuruma yerleştirilmeye ve denetimli

serbestlik veya kamu hizmeti gibi yasal sonuçlara tabi tutulmaya devam edebilirler.

Genel olarak, geçici bir nedene bağlı cezai sorumluluğun kaldırılması durumu, suçun işlenmesini çevreleyen özel durum ve koşullar dikkate alınarak, vaka bazında dikkatli bir değerlendirme gerektiren karmaşık bir konudur. Bu alanda gelecekte yapılacak araştırmalar, geçici koşulların cezai sorumluluktaki rolüne ilişkin anlayışımızı daha da geliştirmeye ve bu karmaşık vakaların ele alınmasında yasal ve psikiyatrik uygulamalara rehberlik etmeye yardımcı olabilir.

Etik Kurul Onayı: Çalışmada Helsinki Deklerasyonu'na uyulmuş olup, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan 22/02/2023 tarih ve 21589509/2023/129 sayılı karar ile izin alınmıştır.

Finans: Bu çalışma için hiç bir kurum veya kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Koca M, Üzülmez İ. Türk ceza hukuku genel hükümler: ceza hukukuna giriş, ceza kanununun uygulama alanı, suç teorisi, yaptırım teorisi. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008.
2. Kalis A. Failures of agency: Irrational behavior and self-understanding. Lexington Books; 2011.
3. Rogers R, Shuman DW. Fundamentals of forensic practice: mental health and criminal law. Springer Science & Business Media; 2006.
4. Kandemir F, Büken B, Büken E, Erkol Z. Kleptomani (çalma deliliği)'ye yol açan faktörler ve ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg. 2014;1(2):21-4. Available at: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/56570>
5. Güzel D, Deligöz K. Uyap bilişim sisteminin Türk yargı sisteminde kullanılmasının toplam kalite yönetimi açısından incelenmesi. Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg. 2014;4(4):63-78. Available at: <http://busbed.bingol.edu.tr/tr/download/article-file/436407>
6. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J Jr, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshé SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Wiebe S. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia. 2014;55(4):475-82. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
7. Grant PE. Imaging the developing epileptic brain. Epilepsia. 2005;46:7-14. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.00303.x>
8. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(7):731-6. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.7.731>

9. Devinsky O. Effects of seizures on autonomic and cardiovascular function. *Epilepsy Curr.* 2004;4(2):43–6. <https://doi.org/10.1111/j.1535-7597.2004.42001.x>
10. Mazzini L, Cossa FM, Angelino E, Campini R, Pastore I, Monaco F. Posttraumatic epilepsy: neuroradiologic and neuropsychological assessment of long-term outcome. *Epilepsia.* 2003;44(4):569–74. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2003.34902.x>
11. Dodrill CB. Correlates of generalized tonic-clonic seizures with intellectual, neuropsychological, emotional, and social function in patients with epilepsy. *Epilepsia.* 1986;27(4):399–411. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1986.tb03559.x>
12. Postolache TT, Wadhawan A, Can A, Lowry CA, Woodbury M, Makkar H, Hoisington AJ, Scott AJ, Potocki E, Benros ME, Stiller JW. Inflammation in traumatic brain injury. *J Alzheimers Dis.* 2020;74(1):1–28. <https://doi.org/10.3233/JAD-191150>
13. Malhotra S, Sahoo S, Balachander S. Acute and transient psychotic disorders: newer understanding. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:1–11. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1099-8>
14. Trimble MR, Schmitz B. *The neuropsychiatry of epilepsy*: Cambridge University Press; 2011. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511977145>
15. Aaronson AL, Bordelon SD, Brakel SJ, Morrison H. A review of the role of chronic traumatic encephalopathy in criminal court. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2021;49(1):60–5. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.200054-20>
16. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes –2019 abridged for primary care providers. *Clin Diabetes.* 2019;37(1):11–34. <https://doi.org/10.2337/cd18-0105>
17. Kernbach-Wighton G, Sprung R, Püschel K. On the diagnosis of hypoglycemia in car drivers-including a review of the literature. *Forensic Sci Int.* 2001;115(1-2):89–94. [https://doi.org/10.1016/S0379-0738\(00\)00304-2](https://doi.org/10.1016/S0379-0738(00)00304-2)
18. Gold AE, MacLeod KM, Deary IJ, Frier BM. Hypoglycemia-induced cognitive dysfunction in diabetes mellitus: effect of hypoglycemia unawareness. *Physiol Behav.* 1995;58(3):501–11. [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(95\)00085-W](https://doi.org/10.1016/0031-9384(95)00085-W)
19. Packer IK. *Evaluation of criminal responsibility*. Oxford University Press; 2009. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195324853.001.0001>
20. Marrero D, Edelman S. Hypoglycemia and driving performance. *Diabetes Care.* 2000;23(2):146–. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.2.146>
21. McGuinness T, Lipsedge M. ‘Excited Delirium’, acute behavioural disturbance, death and diagnosis. *Psychol Med.* 2022;52(9):1601–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001076>
22. Heck AL, Herrick SM. Geriatric considerations in restoration of competence to stand trial: two cases of impaired cognition. *J Forensic Psychol Pract.* 2007;7(2):73–82. https://doi.org/10.1300/J158v07n02_06
23. Inouye SK. Delirium in older persons. *New Engl J Med.* 2006;354(11):1157–65. <https://doi.org/10.1056/NEJMra052321>
24. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
25. Bigenwald A, Chambon V. Criminal responsibility and neuroscience: no revolution yet. *Front Psychol.* 2019;10:1406. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01406>
26. Morse SJ, Roskies AL. *A primer on criminal law and neuroscience: a contribution of the law and neuroscience project, supported by the MacArthur Foundation*: Oxford University Press; 2013. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199859177.001.0001>
27. Bramati P, Bruera E. Delirium in palliative care. *Cancers.* 2021;13(23):5893. <https://doi.org/10.3390/cancers13235893>
28. Lipowski ZJ. *Delirium: acute confusional states*. New York: Oxford University Press; 1990. 490 p.
29. Shaffer HJ, Nelson SE, LaPlante DA, LaBrie RA, Albanese M, Caro G. The epidemiology of psychiatric disorders among repeat DUI offenders accepting a treatment-sentencing option. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(5):795. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.795>
30. Hirshkowitz M, Sharafkhaneh A, Kryger M. Clinical and laboratory assessment of sleep-related breathing disorders. *Sleep Med Clin.* 2006;1(4):449–60. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2006.11.005>
31. Pressman MR. Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications. *Sleep Med Rev.* 2007;11(1):5–30. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2006.06.003>
32. Dauvilliers Y, Jennum P, Plazzi G. Rapid eye movement sleep behavior disorder and rapid eye movement sleep without atonia in narcolepsy. *Sleep Med.* 2013;14(8):775–81. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.10.006>
33. Smith DB, Craft BR, Collins J, Mattson RH, Cramer JA. Behavioral characteristics of epilepsy patients compared with normal controls. *Epilepsia.* 1986;27(6):760–8. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1986.tb03607.x>