



**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ VE
MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI
– TÜRKİYE VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ ÖRNEKLERİ İLE –**

**AYBIKE DİNÇ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Dolunay ŞENOL**

KIRIKKALE - 2022



**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ VE
MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI
– TÜRKİYE VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ ÖRNEKLERİ İLE –**

**AYBIKE DİNÇ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Dolunay ŞENOL**

KIRIKKALE - 2022

Aybike DİNÇ tarafından hazırlanan “MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ VE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI – TÜRKİYE VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ ÖRNEKLERİ İLE –” adlı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Dolunay Şenol İmza

Sosyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.

Başkan: Prof. Dr. Hayati Beşirli İmza

Sosyoloji Anabilim Dalı, Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Doç. Dr. Fahri Atasoy İmza

Sosyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Doç. Dr. Kayhan Atik İmza

Tarih Anabilim Dalı, Kırıkkale Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.

Üye: Doç. Dr. Murat Şahin İmza

Sosyoloji Anabilim Dalı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum.

Tez Savunma Tarihi: 21 / 12 / 2022

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYANI

Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Aybike DİNÇ

2022

ÖZET

MADDE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ VE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI – TÜRKİYE VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ ÖRNEKLERİ İLE –

Kırıkkale Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi

Danışman: Prof. Dr. Dolunay ŞENOL

2022, 295 sayfa

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı, yalnızca bağımlı olan bireyi değil, bireyin içinde bulunduğu toplumu da derinden etkileyen bir hastalık ve gerek ülkemizde gerekse dünyada psikolojik, sosyolojik, siyasal, felsefi, hukuki ve ekonomik yönleriyle multidisipliner olarak ele alınması gereken uluslararası bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde bağımlılığının ne olduğunu anlamak ve madde bağımlılığıyla mücadele edebilmek için, madde bağımlılığının tanımlanması, bağımlılık yapıcı maddelerin sınıflandırılması ve etken özelliklerinin neler olduğunun belirlenmesi, uluslararası düzeyde madde bağımlılığının boyutlarının anlaşılması ve madde bağımlılığı – suç ilişkisi gibi konulara açıklık getirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte madde bağımlılığıyla mücadele alanında ulusal ve uluslararası düzeyde yürütülen politikalar, yasal düzenlemeler, önleyici proje ve programlar ile tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları ele alınarak sosyolojik bir gözle değerlendirilmelidir.

Doktora tezi olarak hazırlanmış olan bu çalışmada, Türkiye’de yürütülen madde bağımlılığıyla mücadele politikaları, yasama faaliyetleri, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları, madde bağımlılığının en çok görüldüğü ve özellikle 1970’lerden itibaren madde bağımlılığıyla gerek yasal gerek finansal gerekse sosyal anlamda en etkin mücadele eden ülkelerden biri olan Amerika Birleşik Devletleri’nde yürütülen politika ve faaliyetlerle karşılaştırmalı olarak, eleştirel bir gözle değerlendirilmeye çalışılacaktır. Bu sayede, madde bağımlılığı ile mücadeleye farklı bir bakış açısı kazandırmak ve ülkemizde yürütülen madde bağımlılığıyla mücadele politikalarını daha iyi bir seviyeye taşımak amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Bağımlılık, uyuşturucu bağımlılığı, madde bağımlılığı, madde kötüye kullanımı, uyuşturucu madde suçları, bağımlılık tedavisi.

ABSTRACT

TREATMENT OF SUBSTANCE ADDICTION AND DRUG ADDICTION POLICIES – WITH EXAMPLES FROM TURKEY AND UNITED STATES OF AMERICA –

Kırıkkale University

Institute of Social Sciences

Department of Sociology, Doctoral Thesis

Advisor: Prof. Dr. Dolunay ŞENOL

2022, 295 pages

Substance addiction is a disease that deeply affects not only the addicted individual, but also the society in which the individual lives, and it is an international problem both in our country and in the world that needs to be addressed multidisciplinary with its psychological, sociological, political, legal and economic aspects. In order to understand what substance addiction is and fight against substance addiction, it is necessary to define substance addiction, classify addictive substances and determine what their effective characteristics are, understand the extent of substance addiction at the international level and clarify the relation between substance addiction and crime. In addition, national and international policies, legal regulations, preventive projects and programs, and treatment and rehabilitation studies in the field of combating substance addiction should be evaluated from a sociological perspective.

In this study, which was prepared as a doctoral thesis, policies of combating substance addiction, legislative activities, treatment and rehabilitation studies carried out in Turkey will be tried to be evaluated critically in comparison with the policies and activities carried out in the United States of America, which is one of the countries where substance addiction is most common and has been fighting substance addiction most effectively, both legally, financially and socially, especially since the 1970s. In this way, it is aimed to bring a different perspective to the fight against substance addiction and bring the policies of combating substance addiction carried out in our country to a better level.

Keywords: Addiction, drug addiction, substance abuse, substance addiction, drug offenses, addiction treatment.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince bana yol gösteren, destek ve emeklerini esirgemeyen, beni cesaretlendiren, her daim yanımda olan değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Dolunay Şenol'a göstermiş olduğu sabır ve özveriden dolayı şükranlarımı sunarım.

Hem tez izleme komitemde hem de tez savunma jürimde yer alan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Fahri Atasoy'a ve Doç. Dr. Kayhan Atik'e; yine savunma jürimde yer alan sayın hocalarım Prof. Dr. Hayati Beşirli ve Doç. Dr. Murat Şahin'e önce sabır ve hoşgörülerini için sonra da tezime yapmış oldukları değerli katkılar için çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam için misafir araştırmacı olarak gittiğim University of Minnesota – Department of Sociology'de bulunduğum süre boyunca bana yol gösterici olan, destek ve katkılarını esirgemeyen danışmanım Prof. Joachim J. Savelsberg'e ve bölüm hocaları ile çalışanlarına, misafirperver yaklaşımları ve bana kattıkları için teşekkür ederim.

Doktora tez çalışmam başta olmak üzere, tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan, bana inanan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım anneme ve canım babama teşekkürü borç bilirim. Ayrıca motivasyonumu yüksek tutmamı sağlamak için her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili arkadaşlarıma da ayrı ayrı teşekkür ederim.

ACKNOWLEDGMENT

I would like to express my gratitude to my esteemed teacher and advisor Prof. Dr. Dolunay Şenol for her patience and dedication, who guided me throughout my doctoral education and thesis work, never spared her support and efforts, always encouraged me and was there for me.

I would like to thank my esteemed professors Assoc. Dr. Fahri Atasoy and Assoc. Dr. Kayhan Atik who are in both my thesis monitoring committee and my thesis defense jury; and my esteemed professors Prof. Dr. Hayati Beşirli and Assoc. Dr. Murat Emre Şahin who are also in my defense jury, first for their patience and tolerance and then for their valuable contributions to my thesis.

I would like to thank my advisor Prof. Joachim J. Savelsberg who guided me and never spared his support and contributions, and the department teachers and staff for their hospitable approach and contribution to me during my time at the University of Minnesota – Department of Sociology, where I went as a visiting researcher for my thesis research.

I would like to thank my dear mother and father, who have always been with me, believed in me and supported me financially and morally throughout my entire education life, especially during my doctoral thesis. I would also like to thank my dear friends who are always there for me and support me to keep my motivation high.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa

ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
TEŞEKKÜR	V
ACKNOWLEDGEMENT	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar DİZİNİ	XII
GRAFİKLER DİZİNİ	XIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIV
KISALTMALAR DİZİNİ	XVII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

BAĞIMLILIK VE MADDE BAĞIMLILIĞI

1.1. Madde Bağımlılığı	5
1.1.1. Madde Bağımlılığının Tanımı	7
1.1.2. Madde Bağımlılığıyla İlgili Kavramlar	8
1.2. Madde Bağımlılığının Tarihi	17
1.3. Madde Bağımlılığını Açıklayan Teoriler	23
1.4. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması	32
1.5. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Özellikleri	39
1.5.1. Alkol	39
1.5.2. Kafein	43
1.5.3. Kannabis	45
1.5.4. Halüsinojenler	48
1.5.4.1. LSD ve Diğer Halüsinojenler	49
1.5.4.2. Fensiklidin ve Diğer Dissosiyatifler	55
1.5.5. İnhalanlar	62
1.5.6. Opiyatlar	64

1.5.7. Sedatifler – Hipnotikler	65
1.5.8. Uyarıcılar	68
1.5.8.1. Kokain	69
1.5.8.2. Amfetaminler	70
1.5.9. Tütün	77
1.6. Madde Bağımlılığı – Suç İlişkisi	81
1.7. Çocuk ve Gençlerde Madde Bağımlılığı ve Suç	88

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI VE YASAMA FAALİYETLERİ

2.1. Türkiye’de Madde Bağımlılığıyla Mücadele Politikaları	94
2.1.1. Uyuşturucu ve Uyarıcı Maddelerle İlgili Politikalar	104
2.1.2. Tütün ve Tütün Ürünleriyle İlgili Politikalar	111
2.1.3. Alkollü İçeceklerle İlgili Politikalar	118
2.2. Türkiye’nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Organları	121
2.2.1. Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK)	121
2.2.2. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)	124
2.2.3. EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı	128
2.2.4. EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Başkanlığı	129
2.2.5. AMATEM	129
2.2.6. ÇEMATEM	130
2.2.7. TUBİM	131
2.2.8. Yeşilay	133
2.3. Türkiye’nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Programları	134
2.3.1. NARKOLOG Projesi	134
2.3.2. Uyuşturucu ile Mücadele (UYUMA) Uygulaması	134
2.3.3. Uyuşturucu Karar Destek Sistemi (UKDS)	135
2.3.4. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Eğitim Programı	136
2.3.5. Okulda Bağımlılığa Müdahale (OBM) Programı	137
2.3.6. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA) Programı	138
2.3.7. Yeşilay Danışma Merkezi (YEDAM)	142

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI VE YASAMA FAALİYETLERİ

3.1. ABD’de Madde Bağımlılığıyla Mücadele Politikaları	145
3.1.1. 1870-1970 Yılları Arasında Yasadışı Madde Politikası	147
3.1.2. 1970-2000 Yılları Arasında Yasadışı Madde Politikası	148
3.1.3. 2000’den Günümüze Yasadışı Madde Politikası	151
3.2. ABD’nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Organları	153
3.2.1. Amerika Birleşik Devletleri Yüksek Mahkemesi (<i>Supreme Court of the United States</i>)	155
3.2.2. Adalet Bakanlığı Adalet İstatistikleri Bürosu (<i>Bureau of Justice Statistics of the Department of Justice – BJS</i>)	155
3.2.3. Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası Beyaz Saray Ofisi (<i>White House Office of the National Drug Control Policy – ONDCP</i>)	156
3.2.4. Uyuşturucu Bağımlılığı Yasası Ofisi (<i>Office of Drug Abuse Law Enforcement – ODALE</i>)	158
3.2.5. Uyuşturucu Bağımlılığı Politikası Ofisi (<i>Office of Drug Abuse Policy – ODAP</i>)	159
3.2.6. Uyuşturucuyla Mücadele Dairesi (<i>Drug Enforcement Administration – DEA</i>)	160
3.2.7. Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (<i>National Institute on Drug Abuse – NIDA</i>)	161
3.2.8. Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu (<i>Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs – BNDD</i>)	163
3.2.9. Alkolizm ve Alkol Bağımlılığı Ulusal Enstitüsü (<i>National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse – NIAAA</i>)	165
3.2.10. Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi (<i>Center for Substance Abuse Prevention – CSAP</i>)	170
3.2.11. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (<i>Center for Substance Abuse Treatment – CSAT</i>)	171
3.2.12. Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi (<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA</i>)	174
3.2.13. Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme Özel Eylem Bürosu (<i>Special Action Office</i>)	

<i>for Drug Abuse Prevention – SAODAP)</i>	176
3.2.14. A.B.D. Gümrük ve Sınır Güvenliği (<i>U.S. Customs and Border Protection – CBP</i>)	178
3.2.15. ABD Halk Sağlığı Hizmeti Hastaneleri (<i>U.S. Public Health Service Hospitals – USPHS</i>)	181
3.3. ABD'nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Programları	181
3.3.1. Ulusal Gençlik Riskli Davranış Anketi (<i>National Youth Risk Behavior Survey – YRBS</i>)	181
3.3.2. Gelecek İzleme Anketi (<i>Monitoring the Future Survey – MTF</i>)	182
3.3.3. Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Hanehalkı Anketi (<i>National Household Survey on Drug Abuse – NHSDA</i>)	182
3.3.4. Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (<i>National Survey on Drug Use and Health – NSDUH</i>)	182
3.3.5. Tutuklu Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Programı (<i>Arrestee Drug Abuse Monitoring Program – ADAM</i>)	183

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ VE REHABİLİTASYON PROGRAMLARI

4.1. Madde Bağımlılığı Tedavi İlkeleri	185
4.2. Madde Bağımlılığının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar.....	189
4.2.1. Metadon (Methadone)	190
4.2.2. Buprenorfin (Buprenorphine)	191
4.2.3. Disülfiram (Disulfiram)	192
4.2.4. Akamprosate (Acamprosate)	192
4.2.5. Naltrekson (Naltrexone)	193
4.3. Madde Bağımlılığı Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetlerine Yönelik Alan Araştırması	194
4.3.1. Araştırmanın Konusu	195
4.3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	195
4.3.3. Araştırmanın Yöntemi	195
4.3.4. Araştırma Bulguları	196

4.4. Madde Bağımlılığı Bulunan Suçluların Denetimli Serbestlik Sistemi Kapsamında Tedavisi	211
4.4.1. Türkiye’de Madde Bağımlısı Suçluların Denetimli Serbestlik Sistemi Kapsamında Tedavisi	215
4.4.2. Amerika Birleşik Devletleri’nde Madde Bağımlısı Suçluların Denetimli Serbestlik Sistemi Kapsamında Tedavisi	218
SONUÇ	223
KAYNAKLAR	228
EKLER	262
EK-1. Etik Kurul Raporu	262
EK-2. Görüşme Formu Örneği (Türkçe)	263
EK-3. Görüşme Formu Örneği (İngilizce)	266
ÖZGEÇMİŞ	269

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1.1: Elde edildikleri hammaddelere göre fermante ve damıtılmış alkollü içki çeşitleri	40
1.2: Bazı içeceklerin içerdiği kafein miktarları	43
1.3: Sedatif-hipnotik sınıfı bazı ilaçların belirlenmiş uygun terapötik uygulama dozları ve uygulama sıklıklarını gösteren tablo	67
1.4: Türkiye Sağlık Araştırması 2010 – 2019 yılları arası Türkiye’de tütün kullanım alışkanlıklarının kullanım sıklıklarına göre dağılımları	79
1.5: Türkiye Sağlık Araştırması 2010 – 2019 yılları arası Türkiye’de tütün kullanım alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımları	80
2.1: Yeşilay Bilim Kurulu danışmanlığında her yaşın gelişim özelliklerine göre belirlenmiş eğitim modüllerinin hedeflediği grupları gösteren tablo	137
3.1: Uyuşturucu maddelerin ABD Yasası’nda yer alan sınıflandırılması ve sınıflandırmaya dahil olma kriterlerini gösteren tablo	150
3.2: 2007 Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası	152

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik

Sayfa

1.1. 2016 itibariyle WHO bölgeleri ve dünyada mevcut alkol tüketicisi olan, eskiden içip bırakmış olan ve hiç içmemiş olan kişi sayılarının toplam nüfusa oranları 41



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
1.1. Madde bağımlılığıyla gözlenen davranışlara neden olan nörofizyolojik bozulmalar ve her aşamada beyindeki sinir devrelerinde meydana gelen değişiklikleri ifade eden nörodevre modeli	30
1.2. Etanolün “ CH_3CH_2OH ” olarak gösterilen elemental formülü	39
1.3. Kafeinin “ $C_8H_{10}N_4O_2$ ” olarak gösterilen elemental formülü	44
1.4. Kannabis bitkisinin alt türleri olan “ <i>cannabis sativa</i> ”, “ <i>cannabis indica</i> ” ve “ <i>cannabis ruderalis</i> ”in görsel ve gelişimsel farklılıkları	46
1.5. Esrar olarak kullanılan cannabis indica bitkisinin etken maddesi olan delta-9-tetrahidrakannabinol (<i>THC</i>)’ün elemental formülü	47
1.6. LSD’nin “ $C_{20}H_{25}N_3O$ ” olarak gösterilen elemental formülü	50
1.7. “ <i>Psilosibin (psilocybin)</i> ” ya da “ <i>sihirli mantar (magic mushroom)</i> ” olarak da bilinen psilocybe türü halüsinojenik mantarlardan bazıları	51
1.8. DMT’nin “ $C_{12}H_{16}N_2$ ” olarak gösterilen elemental formülü	52
1.9. Ayahuasca çayının içeriğinde bulunan ve Amazon bölgesinde yetişmekte olan “ <i>banisteriopsis caapi</i> ” ile “ <i>psychotria alba</i> ” ve “ <i>psychotria viridis</i> ” bitkilerine ait görseller	53
1.10. Yüksek miktarda meskalin içeren “ <i>peyote kaktüsü (lophophora williamsii)</i> ” ve “ <i>San Pedro kaktüsü (trichocereus pachanoi)</i> ” bitki türlerine ait görseller	54
1.11. Fensiklidinin “ $C_{17}H_{25}N$ ” olarak gösterilen elemental formülü	55
1.12. Ketaminin “ $C_{13}H_{16}ClNO$ ” olarak gösterilen elemental formülü	57
1.13. Tıbbi anestezi amaçlı kullanılan ketamin ile antidepresan amaçlı burun spreyi olarak kullanılan “ <i>Spravato</i> ” ve anestezi olarak kullanılan “ <i>Ketanest</i> ” adlı esketaminlere ait görseller	59
1.14. “ <i>Kahin’in adaçayı (Diviner’s sage)</i> ” olarak da bilinen “ <i>salvia divinorum</i> ” bitkisine ait görseller	60

1.15. <i>Salvia divinorum</i> bitkisinin etken maddesi olan “ <i>salvinorin A</i> ”nın “ $C_{23}H_{28}O_8$ ” olarak gösterilen elemental formülü	60
1.16. Dextromethorphan (<i>DXM</i>)’ın “ $C_{18}H_{25}NO$ ” olarak gösterilen elemental formülü	61
1.17. Farklı formlarda inhalanlara ait görseller	63
1.18. Latince adı “ <i>papaver somniferum</i> ” olan “ <i>haşhaş</i> ” bitkisine ve çizilerek “ <i>afyon (opium)</i> ” adı verilen sakızimsı sıvının elde edildiği <i>haşhaş</i> kapsülüne ait görseller	64
1.19. Terapötik amaçlı olarak sıklıkla reçete edilen benzodiazepin çeşitlerine örnek olarak “ <i>Valium (diazepam)</i> ”, “ <i>Xanax (alprazolam)</i> ”, “ <i>Ativan (lorazepam)</i> ” ve barbitürat çeşitlerine örnek olarak fenobarbitale ait görseller	66
1.20. Kimyasal adı “ <i>benzoylmethylecgonine</i> ” olan ve “ $C_{17}H_{21}NO_4$ ” olarak gösterilen kokainin elemental formülü	69
1.21. Kurutulmuş koka yaprakları ile baz (<i>base</i>) ve taş (<i>crack</i>) formlarında kokaine ait görseller	70
1.22: Kimyasal adı “ <i>alfa-metilfenetilamin (alpha-methylphenethylamine)</i> ” olan amfetaminin “ $C_9H_{13}N$ ” olarak gösterilen elemental formülü	71
1.23: Terapötik amaçlı olarak sıklıkla reçete edilen dekstroamfetamin çeşitlerine örnek olarak “ <i>Dexedrine</i> ” ve amfetamin çeşitlerine örnek olarak “ <i>Adderall</i> ” ile 10mg ve 30mg <i>Adderall</i> kapsüllerine ait görseller	72
1.24: Kimyasal adı “ <i>metil-alfa-metilfenetilamin (N-methyl-alpha-methylphenethylamine)</i> ” olan metamfetaminin “ $C_{10}H_{15}N$ ” olarak gösterilen elemental formülü	73
1.25: Metamfetaminin “ <i>toz (powder)</i> ”, “ <i>kristal (crystal)</i> ” ve “ <i>kaya (rock)</i> ” olmak üzere üç farklı formuna ait görseller	74
1.26: Kimyasal adı “ <i>3,4-metilendioksimetamfetamin</i> ” olan MDMA’nın “ $C_{11}H_{15}NO_2$ ” olarak gösterilen elemental formülü	75
1.27: MDMA’nın “ <i>ekztazi (ecstasy)</i> ” adıyla bilinen farklı renk ve şekillerdeki tablet formu ile “ <i>molly</i> ” adıyla bilinen toz kapsülleri formuna ait görseller	75

2.1: 4207 sayılı kanun gereğince konut harici tüm kapalı alanlarda tütün ve tütün ürünlerinin tüketiminin yasak olduğunu gösteren uyarı levhası ile 6354 sayılı kanun gereğince tütün ürünleri paketleri üzerinde tütün ürünlerinin zararlı etkileri konusunda uyarı belirten resim ve Türkçe mesajların kullanılmasına ilişkin görseller	114
2.2: TAPDK tarafından 11 Ağustos 2013 tarihli Resmî Gazete’de yayınlanan “ <i>Alkollü İçki Ambalajları Üzerine Konulacak Uyarı Mesajlarıyla İlgili Tebliğ</i> ” kapsamında ülkemizde satışa sunulan tüm alkollü içkilerde bulunması zorunlu olan 4 sağlık uyarısına ait görsel	121
4.1: Her bir hastanın ihtiyaçlarını karşılamak üzere oluşturulacak ideal tedavinin, terapi ve diğer hizmetlerin kombinasyonu ile mümkün olduğunu gösteren görsel	189

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADAM	: Tutuklu Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Programı (<i>Arrestee Drug Abuse Monitoring Program</i>)
ADAMHA	: Alkol, Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı İdaresi (<i>Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration</i>)
AES	: Otomatik Dışa Aktarma Sistemi (<i>Automated Export System</i>)
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği (<i>American Psychiatric Association</i>)
APC	: Kişi başına düşen alkol tüketim miktarı (<i>alcohol per capita</i>)
APEP	: Alkol Farmakolojisi Eğitim Ortaklığı (<i>Alcohol Pharmacology Education Partnership</i>)
APIS	: İleri Yolcu Bilgi Sistemi (<i>Advance Passenger Information System</i>)
ARC	: Bağımlılık Araştırma Merkezi (<i>Addiction Research Center</i>)
ATP	: Alkol Madde Tedavi Programı
ATR	: İyileştirme Erişimi (<i>Access to Recovery</i>)
ATS	: Otomatik Hedefleme Sistemi (<i>Automated Targetin System</i>)
AUD	: Alkol kullanım bozuklukları (<i>Alcohol use disorders</i>)
BJS	: Adalet Bakanlığı Adalet İstatistikleri Bürosu (<i>Bureau of Justice Statistics of the Department of Justice</i>)
BM	: Birleşmiş Milletler
BMİKK	: Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları
BMK	: Bağımlılıkla Mücadele Kurulu
BMTK	: Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu

BMKY	: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu
BNDD	: Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu (<i>Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs</i>)
CBP	: A.B.D. Gümrük ve Sınır Güvenliği (<i>U.S. Customs and Border Protection</i>)
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CEP	: Avrupa Denetimli Serbestlik Konfederasyonu (<i>Confederation of European Probation</i>)
CIFASD	: Fetal Alkol Spektrum Bozuklukları Ortak Enstitüsü (<i>Collaborative Initiative on Fetal Alcohol Spectrum Disorders</i>)
CMS	: Medikal Bakım Hizmetleri Servisleri (<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>)
CND	: Narkotik Maddeler Komisyonu (<i>The Commission on Narcotic Drugs</i>)
CNS	: Merkezi Sinir Sistemi (<i>Central Nervous System</i>)
CPP	: Sertifikalı Önleme Profesyoneli (<i>Certified Prevention Professional</i>)
CPSC	: ABD Tüketici Ürün Güvenliği Komisyonu (<i>U.S. Consumer Product Safety Commission</i>)
CSAP	: Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi (<i>Center for Substance Abuse Prevention</i>)
CSAT	: Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (<i>Center for Substance Abuse Treatment</i>)
ÇEMATEM	: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi
DAWN	: Uyuşturucu Bağımlılığı Uyarı Ağı (<i>Drug Abuse Warning Network</i>)
DASIS	: Uyuşturucu ve Alkol Hizmetleri Bilgi Sistemi (<i>Drug and Alcohol Services Information System</i>)
DBT	: Diyalektik Davranış Terapisi
DEA	: Uyuşturucuyla Mücadele Dairesi (<i>Drug Enforcement Administration</i>)
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEPR	: Epidemiyoloji ve Önleme Araştırmaları Bölümü (<i>Division of Epidemiology and Prevention Research</i>)
DFC	: Uyuşturucusuz Toplular (<i>Drug-Free Communities</i>)
DHHS	: Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (<i>U.S. Department of Health and Human Services</i>)
DICBR	: Intramural Klinik ve Biyolojik Araştırma Bölümü (<i>Division of Intramural Clinical and Biological Research</i>)
DMHE	: Metabolizma ve Sağlık Etkileri Bölümü (<i>Division of Metabolism and Health Effects</i>)
DMT	: Dimetiltriptamin
DNB	: Nörobilim ve Davranış Bölümü (<i>Division of Neuroscience and Behavior</i>)
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DTR	: Tedavi ve İyileştirme Araştırmaları Bölümü (<i>Division of Treatment and Recovery</i>)
DXM	: Dextromethorphan
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>)
EWS	: Erken Uyarı Sistemi (<i>Early Warning System</i>)
EUR	: Avrupa
FASD	: Fetal alkol spektrum bozuklukları (<i>Fetal alcohol spektrum disorder</i>)
FBN	: Narkotik Federal Bürosu (<i>Federal Bureau of Narcotics</i>)
FDA	: Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (<i>United States Food and Drug Administration</i>)
GABA	: Gama aminobütirik asit (<i>Gamma aminobutyric acid</i>)
GATT	: Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (<i>General Agreement on Tariffs and Trade</i>)

HCPCS	: Sağlık Ortak Prosedür Kodlama Sistemi (<i>Healthcare Common Procedure Coding System</i>)
HIDTA	: Yüksek Yoğunluklu Uyuşturucu Kaçakçılığı Alanları (<i>High Intensity Drug Trafficking Areas</i>)
IBSS	: Uluslararası Sosyal Bilimler Bibliyografyası (<i>International Bibliography of the Social Sciences</i>)
ICCFAS	: Fetal Alkol Sendromu Kurumlararası Koordinasyon Komitesi (<i>Interagency Coordinating Committee on Fetal Alcohol Syndrome</i>)
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (<i>International Classification of Diseases</i>)
ICJ	: Uluslararası Adalet Divanı (<i>International Court of Justice</i>)
ICSRA	: İzlanda Sosyal Araştırmalar ve Analiz Merkezi (<i>Icelandic Centre for Social Research and Analysis</i>)
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü (<i>International Labour Organization</i>)
INCB	: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu (<i>International Narcotics Control Board</i>)
INL	: Uluslararası Narkotik ve Yasa Uygulama İşleri Ofisi (<i>Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs</i>)
IRP	: Intramural Araştırma Programı (<i>Intramural Research Program</i>)
KAP	: Bilgi Uygulama Programı (<i>Knowledge Application Program</i>)
KOM	: Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı
LADC	: Lisanslı Alkol ve Uyuşturucu Danışmanı (<i>Licensed Alcohol and Drug Counselor</i>)
LSD	: Liserjik asit dietilamid
MAT	: İlaç Yardımlı Tedavi (<i>Medication-Assisted Treatment</i>)
MC	: Milletler Cemiyeti
MDMA	: Ekstazi - 3,4-metilenedioksi-metamfetamin (<i>Ecstasy</i>)
MTF	: Gelecek İzleme Anketi

(Monitoring the Future Survey)

- NAC : Nucleus accumbens
- NAMSDAL : Model Devlet Uyuşturucu Yasaları için Ulusal İttifak
(National Alliance for Model State Drug Laws)
- NARA : *Narkotik Bağımlılığı Rehabilitasyon Yasası*
(Narcotic Addict Rehabilitation Act)
- NCADI : Alkol ve Madde Bilgisi Ulusal Takas Merkezi
(National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information)
- NCHS : Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi
(National Center for Health Statistics)
- NCSACW : Madde Bağımlılığı ve Çocuk Refahı Ulusal Merkezi
(National Center on Substance Abuse and Child Welfare)
- NDEWS : Ulusal Uyuşturucu Erken Uyarı Sistemi
(National Drug Early Warning System)
- NDIC : Ulusal Uyuşturucu İstihbarat Merkezi
(National Drug Intelligence Center)
- NHSDA : Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Hanehalkı Anketi
(National Household Survey on Drug Abuse)
- NIAAA : Alkolizm ve Alkol Bağımlılığı Ulusal Enstitüsü
(National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse)
- NICHD : Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü
(National Institute of Child Health and Human Development)
- NIDA : Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü
(National Institute on Drug Abuse)
- NIH : Ulusal Sağlık Enstitüleri
(National Institutes of Health)
- NIMH : Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
(National Institute of Mental Health)
- NOMS : Ulusal Suçlu Yönetim Servisi
(National Offender Management Service)
- NPS : Ulusal Denetimli Serbestlik Servisi
(National Probation Service)
- NSDUH : Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi
(National Survey on Drug Use and Health)

NSSP	: Ulusal İntihar Önleme Stratejisi (<i>National Strategy for Suicide Prevention</i>)
NTC	: Ulusal Hedef Merkezi (<i>National Targeting Center</i>)
OBE	: Beden dışı deneyim (<i>Outside the body experience</i>)
OBM	: Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı
ODALE	: Uyuşturucu Bağımlılığı Yasası Ofisi (<i>Office of Drug Abuse Law Enforcement</i>)
ODAP	: Uyuşturucu Bağımlılığı Politikası Ofisi (<i>Office of Drug Abuse Policy</i>)
OMB	: Yönetim ve Bütçe Dairesi (<i>Office of Management and Budget</i>)
ONDCP	: Beyaz Saray Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası Ofisi (<i>White House Office of the National Drug Control Policy</i>)
ONNI	: Ulusal Narkotik İstihbarat Dairesi (<i>Office of National Narcotics Intelligence</i>)
OSAP	: Madde Bağımlılığı Önleme Ofisi (<i>Office for Substance Abuse Prevention</i>)
OTI	: Tedavi İyileştirme Ofisi (<i>Office for Treatment Improvement</i>)
PASS	: Ölü doğum (<i>Stillbirth</i>)
PATH	: Evsizlikten Geçişte Yardım Projeleri (<i>Projects for Assistance in Transition from Homelessness</i>)
PCP	: Fensiklidin – melek tozu (<i>Phencyclidine</i>)
PFC	: Prefrontal korteks (<i>Prefrontal cortex</i>)
PFR	: Kurtarma Ortakları (<i>Partners for Recovery</i>)
PsyD	: Psikoloji doktoru (<i>Doctor of Psychology</i>)
RCSP	: Kurtarma Toplum Hizmetleri Programı

	<i>(Recovery Community Services Program)</i>
RFLP	: Kısıtlama parçası uzunluk polimorfizmi <i>(Restriction fragment length polymorphism)</i>
SAMBA	: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Programı
SAMHSA	: Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi <i>(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)</i>
SAODAP	: Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme Özel Eylem Bürosu <i>(Special Action Office for Drug Abuse Prevention)</i>
SAPT	: Madde Suistimalini Önleme ve Tedavi Engelleme Hibesi <i>(Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant)</i>
SBI	: Tarama ve Kısa Müdahale <i>(Screening and Brief Intervention)</i>
SBIRT	: Tarama, Kısa Müdahale, Yönlendirme ve Tedavi <i>(Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment)</i>
SEVIS	: Öğrenci ve Değişim Ziyaretçi Sistemi <i>(Student and Exchange Visitor System)</i>
SIDS	: Ani Bebek Ölüm Sendromu <i>(Sudden Infant Death Syndrome)</i>
SPF	: Stratejik Planlama Çerçevesi <i>(Strategic Planning Framework)</i>
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SS/HS	: Güvenli Okullar/Sağlıklı Öğrenciler Girişimi <i>(Safe Schools/Healthy Students Initiative)</i>
TADOC	: Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi <i>(Turkish International Academy against Drugs and Organized Crime)</i>
TASC	: Sokak Suçlarına Karşı Tedavi Alternatifleri <i>(Treatment Alternatives to Street Crime)</i>
TAPDK	: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TAPs	: Teknik Destek Yayını <i>(Technical Assistance Publication)</i>
TBM	: Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
THC	: delta-9-tetrahidrokannabinol

TKÇS	: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (<i>Framework Convention of Tobacco Control</i>)
TIPs	: Tedavi İyileştirme Protokolü (<i>Treatment Improvement Protocol</i>)
TMO	: Toprak Mahsulleri Ofisi
TUBATİS	: Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UKDS	: Uyuşturucu Karar Destek Sistemi
UMATEM	: Uçucu Madde Bağımlıları Araştırma ve Tedavi Merkezi
UMK	: Uyuşturucu ile Mücadele Kurulu
UMTK	: Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Kurulu
UMYK	: Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu
UNCND	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddeler Komisyonu (<i>United Nations Commission On Narcotic Drugs</i>)
UNDCP	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı (<i>United Nations Drug Control Program</i>)
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>)
US-VISIT	: ABD Ziyaretçi ve Göçmenlik Durum Endikasyon Teknolojisi (<i>U.S. Visitor and Immigrant Status Indication Technology</i>)
USPHS	: ABD Halk Sağlığı Hizmeti (<i>U.S. Public Health Service</i>)
UYAP	: Ulusal Yargı Ağı
UYUMA	: Uyuşturucu ile Mücadele Mobil Uygulaması
VTA	: Ventral tegmental alan (<i>Ventral tegmental area</i>)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization</i>)
YEDAM	: Yeşilay Danışma Merkezi
YRBS	: Ulusal Gençlik Riskli Davranış Anketi (<i>National Youth Risk Behavior Survey</i>)
YRBSS	: Gençlik Riskli Davranış Gözetim Sistemi (<i>Youth Risk Behavior Surveillance System</i>)

GİRİŞ

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı geçmişi oldukça eskiye dayanan, ancak son yüzyılda gerek ülkemizde gerekse dünyada hem bilimsel hem siyasal hem de yasal çerçevede ele alınması zorunlu hale gelmiş uluslararası bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Tarihin ilk zamanlarından bu yana insanlar algı ve duyumsamasını etkilemek ve tutum ve davranışlarını değiştirmek amacıyla, kimi zaman bilinçli olarak, kimi zaman ise farkında dahi olmadan çeşitli bitkileri, fermante olmuş gıdaları, farmasötik amaçlı üretilmiş sentetikleri vb. hastalıkların tedavi edilmesinde ilaç, dini ritüellerde tütsü, zorlu doğa koşullarında ve uzun yolculuklarda açlık ve yorgunluğa karşı güçlendirici, günlük hayatta ise afrodisyak, halüsinojen ve keyif verici olarak kullanmış; bu maddelerin psikoaktif etkilerinin keşfedilmesi ile kötüye kullanım ve bağımlılık eğilimi göstermiş; bunun sonucunda da bugün bir hastalık olarak tanımlanan büyük bir sorunun temellerini atmıştır (Doğan, 2001: 80).

Madde kullanımının olumsuz etkileri yalnızca madde kullanım bozuklukları olarak ifade edilen bilişsel ve davranışsal bozukluklar veya madde zehirlenmeleri ile sınırlı değildir. Trafik yaralanmaları, sigaraya bağlı akciğer kanseri, alkole bağlı karaciğer sirozu ve damar içi madde kullanımına bağlı kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar gibi madde kullanımıyla ilişkili diğer sağlık riski faktörleri (Poznyak, Reed ve Medina-Mora, 2017, s.212); kullanılan maddenin yasadışı trafiğinin ve rantının olması nedeniyle pazar haline gelmesi, kaçakçılık ve kara para aklama gibi organize suç eylemlerinin yanı sıra maddenin temini için gerekli finansal kaynakların temini ya da madde tesiri altında ortaya çıkan agresif ruh hali gibi suç ile ilişkili faktörler (Doğan, 2001, s.81) nedeniyle de toplumları tehdit etmektedir. Bu durum madde bağımlılığını bireysel bir hastalık olmanın yanı sıra, toplumsal bir sorun ve uluslararası boyutta mücadele etmeyi gerektiren küresel bir hastalık haline getirmektedir.

Madde bağımlılığıyla mücadelede en temel gerekliliklerden biri bağımlılık yapıcı özelliği bulunan maddeleri tanımak ve bu maddelerin kısa ve uzun dönem etkilerinden haberdar olmak; bir diğeri ise bağımlılık yapıcı maddelerin üretim, dağıtım, pazarlama ve tüketim süreçlerine gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yasal sınırlılıklar getirilmesi ve bu sınırlılıkların yaptırımlarla desteklenmesidir. Madde bağımlılığıyla etkin biçimde mücadele edebilmek için halkın bağımlılık yapıcı etkisi bulunan maddeler konusunda bilinçlendirilmesi, maddelere erişimin

kısıtlanması, özellikle gençlere bağımlılık konusunda önleyici eğitimler verilmesi, halk sağlığı taramalarının yapılması, bağımlı kişilerin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi için gerekli koşulların sağlanması, maddelerin üretim, yurtiçi ve yurtdışı pazar, dağıtım ve tüketim süreçleri hususunda yasal düzenlemelerin yapılması, madde bağımlılığının boyutu ve yeni çıkan maddeler hakkında güncel bilgilerin küresel takibi gibi pek çok konu hakkında devlet bazında politikalar oluşturulması ve bu politikaların sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli finansal imkanların sağlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada önce madde bağımlılığının tanımı, bağımlılık yapıcı maddelerin sınıflandırılması ve etken özelliklerinin neler olduğu, uluslararası düzeyde madde bağımlılığının boyutları, madde bağımlılığı – suç ilişkisi gibi başlıklar açıklanmaya çalışılacaktır. Akabinde, ülkemizde madde bağımlılığıyla mücadele hususunda yürütülen politikalara, yasal düzenlemelere ve tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarına değinilecek; bu çalışmalar, madde bağımlılığının en çok görüldüğü ve özellikle 1970’lerden itibaren madde bağımlılığıyla gerek yasal gerek finansal gerekse sosyal anlamda en etkin mücadele eden ülkelerden ABD’yi model alarak, eleştirel bir gözle değerlendirilmeye çalışılacaktır. Doktora tezi olarak hazırlamış olduğum çalışmanın büyük bir kısmı Türkçe ve İngilizce dilinde literatür taranarak ve madde bağımlılığı konusunda yapılan akademik çalışmalar dayanak gösterilerek hazırlanmış; gerek Türkiye’de gerekse Amerika’da bu alanda faaliyet gösteren bazı kurum ve kuruluşlar hakkında yeterli akademik bilgiye ulaşamadığı için bu kurum ve kuruluşların resmi internet sayfalarında yer alan bilgiler kaynak alınmıştır.

Çalışmanın büyük bir kısmı literatür taramasına dayalı olarak hazırlanmış olup, madde bağımlılığının açıklanmasına ilişkin tanım ve teorilerin yanı sıra, ele alınan her iki ülkenin de madde bağımlılığıyla mücadelesinde hangi kurum ve kuruluşların görev aldığı, geçmişten bugüne ne tür yasal düzenlemelerin yapıldığı ve madde bağımlılığının tedavisinde hangi güncel tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerinin uygulandığı gibi konulara ilişkin literatürden elde edilen bilgiler sunulmaya çalışılacaktır. Bununla birlikte, “TÜBİTAK 2214/A Yurt Dışı Doktora Sırası Araştırma Burs Programı” kapsamında “misafir araştırmacı (visiting researcher)” olarak bulunduğum University of Minnesota – Department of Sociology’de yürütmüş olduğum araştırmanın bir parçası olarak 2018 yılının Şubat ve Nisan ayları arasında ABD’de ve ABD’yi model alarak eleştirel bir yaklaşımla objektif bir analiz yapabilmek için ABD’de uygulanan görüşme formu, Türkiye’deki AMATEM’e bağlı

kurumlarda çalışan uzman personele de uygulanmak istenmiş; ancak “*Devlet hastanesi*” statüsündeki AMATEM birimleriyle yapılacak her türlü akademik çalışma Sağlık Bakanlığı iznine tabi olduğundan, Etik Kurul kararı saha araştırması için yeterli olmamış ve Sağlık Bakanlığı’nın pandemi koşullarında kurum dışından araştırmacı kabul etmemesi nedeniyle kurum ziyaretleri gerçekleştirilememiştir. Bu nedenle Türkiye’de yer alan bazı madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı, hemşire gibi personelden gönüllü olanlar ile kurum dışından iletişime geçilerek 16-20 Mart 2022 tarihleri arasında İngilizce ve Türkçe dilinde yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen veriler çerçevesinde madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde uygulanan yöntemler ile bu yöntemlerin etkinliği tartışılacaktır. Doktora tezi olarak gerçekleştirilen bu çalışmanın amacı, madde bağımlılığıyla mücadelede ABD’ye nispeten daha yakın bir geçmişi olan Türkiye’nin bu alandaki yeterliliğini tartışmak ve mevcut imkanları daha iyi bir düzeye taşıyabilmek için bilimsel bir ışık tutmaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

BAĞIMLILIK ve MADDE BAĞIMLILIĞI

İnsanoğlu yaşamı boyunca doğuştan sahip olduğu beslenme, korunma, iletişim kurma, üreme gibi içgüdüsel; ilgi, sevgi, güven, saygınlık, özgürlük, yaratıcılık, kendini gerçekleştirme gibi ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini doyum amacıyla çeşitli davranışlar sergilemektedir. Bunlardan doyum sağladığı, haz ve mutluluk duyduğu davranışları ise düzenli olarak tekrarlayarak alışkanlık haline getirebilmektedir. Kimi insanlar için bu alışkanlıklar bir süre sonra bıkkınlığa neden olabilmekte ve kişi yeni arayışlar içine girebilmekte; kimileri içinse bu alışkanlıklardan bazıları günlük yaşamda daha çok yer tutmaya, hatta kişinin diğer faaliyetlerini engelleyecek kadar hayatında yer tutarak sosyal yaşamına zarar vermeye başlayabilmektedir. Bir başka ifadeyle, kişinin kendini iyi hissetmek ve ruhsal doyuma ulaşmak için çevresindeki bir nesneye, kişiye, düşünceye veya davranışa gereğinden fazla ilgi duyması önce alışkanlığa, zamanla tutsaklığa dönüşebilmektedir. Bu durum genel olarak “bağımlılık” olarak adlandırılmaktadır ve bağımlılık davranışının temelinde insanın duyu dünyası yer almaktadır (Köknel, 1998, ss.11-13).

Latince “*adanmak; kendini bir kişiye veya bir şeye adamak*” anlamlarına gelen “*addicere*” sözcüğünden türeyen “*bağımlılık*” bilişsel, davranışsal, sosyal ve biyolojik temellere dayandırılan pek çok teori ile açıklanan ve günümüzün en önemli sağlık sorunları arasında kabul edilen bir beyin hastalığı olarak kabul edilmektedir. İnsanoğlunun çok eski çağlardan beri ruhsal durumunu ve motivasyonunu yükseltmek, daha keyifli ve mutlu hissetmek, enerjisini ve üretkenliğini artırmak için çabaladığı bilinmektedir. Başlarda bireyin kendisini iyi hissetmek için yapmış olduğu davranış veya kullanmış olduğu madde, zamanla bir zorunluluk haline gelebilmekte; birey davranışı tekrarlamadığında keyifsiz ve mutsuz hissetmeye başlayabilmektedir. Bu durum ise davranışın tekrarını gerektiren bir bağımlılığa dönüşebilmekte, tekrarlanmadığı takdirde bireyin yaşamını güç hale getiren telafi edilemez bir boşluğa neden olabilmektedir. Birey ile nesne arasında meydana gelen ve başlangıçta bireyin özgür iradesi ile başlamış olan bu ilişki, zamanla bireyin karar verme özerkliğini

kaybederek yeni tutum ve davranışlar edinmesine neden olacak biçimde değişebilmektedir. Bu durum en genel anlamıyla “bağımlılık” olarak ifade edilmektedir (Coşkun, 2006, s.11). Bağımlı hale gelmiş bireyin depresyon, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, antisosyal, narsisistik ve sınırda (*borderline*) kişilik bozuklukları gibi ciddi ruhsal hastalıkların yanı sıra bedensel sorunlar da yaşayabildiği; başlarda bireysel düzeyde olan bu sorunların zamanla aile ve iş yaşamını da etkileyerek toplumsal bir düzeye ulaşabildiği ve zaman zaman suç ile ilişkili davranışlara sebebiyet verebildiği yapılan pek çok çalışma ile desteklenmiştir.

Yani bağımlılık en genel anlamı ile insanların ruhsal ve bedensel sağlıklarına zarar vermesinin yanı sıra; bir takım takıntılı davranışları yinelemeye neden olarak sosyal yaşamlarına da zarar vermesine karşın; bir nesne, kişi veya varlığa karşı duyulan önlenemez bir istek veya bir başka iradenin güdümü altına girme şeklinde kendini gösteren bir bilişsel aktivite ve patolojik bir durumu ifade etmektedir. Sonunda ödül olan her şeyin bağımlılık yapabileceği, davranış bağımlılıklarının da madde bağımlılıkları kadar yaşamı altüst edebileceği unutulmamalıdır. Bağımlılık denildiği zaman akla ilk olarak ilaç bazlı kimyasal veya bitkisel maddelere duyulan bağımlılık gelse de günümüzde “alveriş bağımlılığı”, “internet bağımlılığı”, “bilgisayar oyunları bağımlılığı”, “kumar bağımlılığı”, “seks bağımlılığı” ve “yeme-içme bağımlılığı” gibi tıbbi yardım gerektiren başka bağımlılık türleri de vardır (Uzbay, 2009, s.5).

Bağımlılıkların tütün, alkol ve yasadışı madde bağımlılıklarını ifade eden “madde bağımlılığı” ve internet, dijital oyun, sosyal madde, kumar, alışveriş, akıllı telefon, yeme bağımlılıklarını ifade eden “davranışsal bağımlılıklar” başlıkları altında ayrı ayrı ele alınması, bağımlılık ile etkin mücadele yöntemleri geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Ancak doktora tezi olarak gerçekleştirilen bu çalışma madde bağımlılığının nedenleri, türleri, kişisel ve sosyal etkileri, önleme ve tedavi yöntemleri ile bunları içeren çalışmalarını konu aldığı için, davranışsal bağımlılık türlerine bu çalışmada yer verilmeyecektir.

1.1. Madde Bağımlılığı

Günümüzde hızla artan madde kullanımı ve madde bağımlılığı gerek ülkemizde gerekse dünyanın hemen her yerinde önemli bir sorun haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (*World Health Organization – WHO*)’nün 2015 yılı Küresel Tütün Salgını

Hakkında Rapor (*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*)'una göre dünya genelinde 1 milyardan fazla insanın tütün içicisi olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2015). 2018 yılı Alkol ve Sağlıkla İlgili Küresel Durum Raporu (*Global Status Report on Alcohol and Health*)'na göre ise 2016 yılında dünya çapında yaklaşık 2,3 milyar insan alkol tüketmiştir ve bu sayı 15 yaş ve üzeri dünya nüfusunun %43'üne karşılık gelmektedir (WHO, 2018).

BM Uyuşturucu ve Suç Ofisi (*United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC*)'nin 2015 yılı verilerine göre ise dünya genelinde yaklaşık 250 milyon kişinin (dünyadaki yetişkin nüfusunun %5'ine karşılık gelmektedir) diğer psikoaktif ilaçları en az bir kez kullandığı tahmin edilmektedir (UNODC, 2017). Ayrıca, yasadışı madde kullanımının neden olduğu doğrudan (madde kullanım bozuklukları) veya dolaylı (madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan) bozukluklar da önemli bir küresel sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. 2015 yılında gerçekleştirilen Küresel Hastalıklar, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Yükü Çalışması (*The Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2015*) kötü sağlık riski faktörleri değerlendirmesine göre, tütün ve alkol kullanımının hastalık yükü açısından ilk on sağlık riski faktörü arasında olduğu; diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının ise küresel hastalık yüküne katkısı açısından değerlendirilen 79 risk faktörü arasında 24. sırada olduğunu göstermektedir (The Global Burden of Diseases 2015 Risk Factors Collaborators, 2016).

Bunların yanı sıra, psikoaktif madde kullanımının 1990'dan beri morbidite (*hastalık*) ve mortalitede (*ölüm*) artan bir rol oynadığı görülmektedir. Madde kullanımının olumsuz etkileri yalnızca madde kullanım bozuklukları olarak ifade edilen bilişsel ve davranışsal bozukluklar veya madde zehirlenmeleri ile sınırlı değildir; trafik yaralanmaları, sigaraya bağlı akciğer kanseri, alkole bağlı karaciğer sirozu ve damar içi madde kullanımına bağlı kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar da madde kullanımıyla ilişkili risk faktörleri arasında yer almaktadır (Poznyak, Reed ve Medina-Mora, 2017, s.212).

Madde kullanımının, bireyin beden sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra aile içi şiddet, istismar, maddi sorunlar gibi pek çok etkisinin olması nedeniyle boşanmalara ve aile kurumunun dağılmasına sebep olabildiği bilinmektedir. Ayrıca madde bağımlılığı, bireyin suç teşkil eden davranışlara yönelmesi sonucu toplumsal huzurun bozulmasına; bireyin madde arayışı ve bağımlılık sonrası tedavi süreci boyunca iş gücü kaybı yaşanmasına ve sağlık, sosyal güvenlik, adalet ve ceza

sistemleri üzerinde finansman ve iş yükü oluşmasına; dolaylı olarak ise çevre kirliliğine ve yüksek ekonomik kayıplara sebebiyet verebilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Bu nedenler göz önüne alındığında madde bağımlılığı doğal veya sentetik madde kullanılarak beynin işleyişine etki etmek suretiyle ortaya çıkan nörobiyolojik bir hastalık olarak tanımlansa da psikolojik, sosyolojik, felsefi, hukuki ve ekonomik yönleriyle multidisipliner olarak ele alınması gereken önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.1.1. Madde Bağımlılığının Tanımı

Bağımlılık, gelişiminde genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı; bireyin gündelik yaşamını ve sosyal ilişkilerini sürdürmesine engel olan ve tedavisi uzun zaman alan birincil, kronik nörobiyolojik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bir maddenin amacı dışında düzenli olarak ve o maddeye karşı gelişen tolerans nedeniyle gittikçe artan miktarlarda alınması, neden olduğu kişisel ve sosyal sorunlara karşın kullanımının kompulsif biçimde sürdürülmesi, kullanımının azaltılması yahut bırakılması durumunda yoksunluk belirtilerinin gözlenmesi gibi durumlar bağımlılığın varlığına işaret etmektedir (Uluğ, 2007; Işık, 2009; Uğurlu, Şengül ve Şengül, 2012).

Altuner, Engin, Gürer, Akyay ve Akgül (2009, s.88), madde kavramını *“kötüye kullanım ve bağımlılığa yol açabilecek, değişik yollarla alınabilen, duygu, durum, algılama, biliş ve diğer beyin işlevlerinde değişikliğe yol açan her türlü kimyasal”* olarak tanımlamaktadır. Onlara göre madde bağımlılığı kavramı ise kullanılan maddenin, bireyin yaşamında merkezi bir rol oynamasını ve bireyin maddeyi kullanmak hususunda kontrolünü yitirmesini, bunun sonucunda da maddeye bağlı fiziksel ve bilişsel sorunların ortaya çıkmasını ifade etmektedir. Maddenin kötüye kullanımı ise, bir yıl içerisinde bireyi sosyal ve yasal sorunlarla veya fiziksel tehlikelerle karşı karşıya getirecek sıklıkta ve miktarda madde kullanımı olarak tanımlanmaktadır.

Uzbay ve Yüksel (2003) madde bağımlılığını, beynin, ilaç niteliğine sahip bir maddenin kullanımıyla ortaya çıkan keyif verici etkilerini duyumsamak ve yokluğunda ortaya çıkan hastalık halinden sakınmak için, maddeyi periyodik olarak almak ve bunun sonucunda oluşan davranış bozuklukları şeklinde kendini gösteren nörolojik bir hastalık olarak tanımlamıştır. Uzbay’a göre (2015, s.3), madde bağımlılığı da tıpkı şizofreni, depresyon, epilepsi, Parkinson ve Alzheimer gibi beynin işlevsel bozukluğu olarak değerlendirilmesi gereken bir hastalıktır.

Bağımlılık yapıcı maddelerin tamamı uyutucu/uyuşturucu etkiye sahip olmamasına karşın, halk arasında “*uyuşturucu madde*” kavramı kullanılmakta ve bu kavram ile bağımlılık yapıcı maddelerin etken özellikleri ayırt edilmeksizin, tamamı kastedilmektedir. Dönmezer (1987, s.457), uyuşturucu maddeleri, merkezi sinir sistemini doğrudan ya da dolaylı biçimde etkileyerek bireyin fiziksel ve bilişsel dengesini bozan ve sağlığını önemli biçimde tehdit eden doğal veya sentetik maddeler olarak tanımlamaktadır. Ona göre, sinir sistemine keyif verecek yönde etkisi bulunan bir madde kullanan birey, bunu alışkanlık haline getirmekte ve bir süre sonra etkisi geçen maddeyi kullanmadan yapamaz hale gelmektedir. WHO ise uyuşturucu maddeleri “*bitkisel kökenli veya sentetik olup, fiziksel veya ruhsal, bağımlılığa yol açan ve tutku yaratan bütün maddeler*” olarak tanımlamaktadır (Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2007, s. 18).

Yunanca uyku anlamına gelen “*narke*” sözcüğünden İngilizce’ye “*narcotic*” olarak geçen ve keyif verici ve uyuşturucu özelliği bulunan, bireyi uyuşturarak duyumsamasını azaltan, fiziksel ve ruhsal bağımlılığa sebep olan, toplumsal ve ekonomik yönden çöküntüye neden olan maddeleri ifade etmek için kullanılan “*uyuşturucu*” sözcüğü; uyutma/uyuşturma özelliği olan maddeleri ifade ederken, uyarıcı etkiye sahip olan diğer maddeleri kapsam dışında bırakması hususunda eleştirilmektedir (Salmaner, 2003, s.135; Ögel, 2010, s.3). Buna karşın, yaygın kullanımına bakıldığında, bedene girdiği andan itibaren ruhsal, bedensel ve davranışsal değişikliklere neden olan ve sürekli kullanımında bağımlılık yapıcı etkiye sahip olan her türlü madde “*uyuşturucu*” kavramı altında ifade edilmektedir. Benzer bir durum yabancı kaynaklarda da karşımıza çıkmaktadır. Literatürde önceki kullanımlarına bakıldığında “*drug*” kavramı ile tanımlanan psikoaktif maddeler, “*drug*” sözcüğünün aynı zamanda “*ilaç*” anlamına gelmesi nedeniyle kavram karmaşasına neden olmuş, bu nedenle zamanla yerini “*madde*” anlamına gelen “*substance*” sözcüğüne bırakmıştır (Ögel, 2010, s.3). Literatürde “*narkotik*”, “*psikotrop*” veya “*psikoaktif*” madde olarak da adlandırılan bu tür maddelerin kullanılması, bulundurulması ve satışı kanunlarca yasaklanmış veya sınırlandırılmıştır (Salmaner, 2003, s.135).

1.1.2. Madde Bağımlılığıyla İlgili Kavramlar

Bağımlılık yapan maddelerin pek çoğunun tıp alanında ilaç olarak kullanılıyor olması ve bağımlılık ile ilgili bazı kavramların yabancı literatürden dilimize

çevrilirken hatalı ya da yetersiz yorumlanması gibi nedenlerle, bağımlılıkla ilgili kavramlar zaman zaman yanlış veya birbiri yerine kullanabilmekte, yanlış anlama ve yorumlamalara neden olabilmektedir (Uzbay, 2015, s.2). Bir maddenin kullanılması (*use*) her zaman kötüye kullanım (*abuse*) olarak kabul edilemeyeceği gibi, madde kötüye kullanımı olan (*abuser*) her birey de bağımlı (*dependent*) olarak kabul edilmemektedir (Tosun, 2008, s.208). Bağımlılığın ortaya çıkış sürecini, teşhis ve tedavi aşamalarını anlayabilmek ve uygun müdahaleyi yapabilmek için öncelikle bağımlılıkla ilgili kavramlara açıklık getirmek gerekmektedir:

Kötüye kullanma / suistimal (*abuse*): Herhangi bir maddenin, kültürel olarak kabul görmemesine ve tüm olumsuz etkilerine rağmen, 12 aylık bir dönem içinde klinik açıdan belirgin bozulma ya da sorunlara yol açacak biçimde uygunsuz (amacı dışında) kullanılmasını ifade etmektedir (Tosun, 2008; Ögel, 2010; Sağlık Bakanlığı, 2012; Stahl, 2013; Uzbay, 2015). Madde kötüye kullanımı, kullanılan maddenin kullanım alanına göre farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Örneğin benzodiazepin ve morfin gibi terapötik amaçlı kullanılabilen maddelerin tıbbi amaçlar dışında ve gereksiz yere fazla kullanımı “*kötüye kullanım*” olarak nitelendirilirken; alkol gibi yasal ancak terapötik olmayan maddelerin kullanıcı ve çevresi için tehlike arzedecek bir düzeyde kullanılması kötüye kullanım anlamına gelmektedir. Fensiklidin (*PCP*) ve meskalin gibi tıbbi amaçlı kullanılmayan ve yasadışı kabul edilen maddelerin ise her düzeyde kullanımı kötüye kullanım olarak kabul edilmektedir. Kısaca madde kötüye kullanımı, herhangi bir maddenin tıbbi ve terapötik amacı dışında ve gereksiz yere fazla kullanılmasını ifade etmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.19).

Eğlence amaçlı / gündelik kullanım (*recreational / casual use*): Eğlence amaçlı ve gündelik madde kullanımı, genellikle az miktarlarda ve seyrek olarak, uzun süreli olumsuz sonuçlara neden olmayacak bir madde kullanımını ifade etmektedir. Kullanıcının kısa süreli keyiflendirici veya ödüllendirici olarak gördüğü bir maddeyi ara sıra kullanması “*eğlence amaçlı kullanım*” olarak nitelendirilirken; sınava hazırlanan öğrenciler, uzun yol şoförleri, sporcular ve uzun görevlerde bulunan askeri personel gibi kişilerin belirli dönemlerde amfetamin türevi maddeler kullanması da, az miktarlarda ve aralıklı olarak kullanıldığı için kişide herhangi bir bağımlılık meydana getirmiyor olması nedeniyle “*gündelik kullanım*” kapsamında değerlendirilmektedir. “*Eğlence amaçlı (recreational) kullanım*” ve “*gündelik (casual) kullanım*” kavramları, WHO tarafından 2008 yılı itibariyle eş anlamlı kabul edilmiştir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.19).

Dürtüsellik (*impulsivity*): Dürtüler, iç veya dış uyaranlara, ödül peşinde koşma veya tüketime katılmaya yönelik, hızlı ve yeterli düşünme veya planlama olmadan (spontan) hareket etmek şeklinde tanımlanmaktadır. Birey tarafından engellenmediği durumlarda normal yaşam rutinlerini bozabilmekte, zaman zaman klinik sorunlara neden olabilmektedir. “*Dürtüsellik*” veya “*zayıf dürtü kontrolü*”, bağımlılık yapıcı madde kullanmaya başlama, dozu artırma, sorunlu hale geldiğinde azaltma ve uzak durma motivasyonuna rağmen nüksetme gibi madde bağımlılığının hemen hemen tüm aşamaları üzerinde etkili olabilmektedir (Stahl, 2013; Jentsch vd., 2015).

Zorunluluk (*compulsivity*): Olumsuz sonuçlara neden olmalarına rağmen aynı eylemleri tekrarlamak şeklinde görülen zorlayıcı davranışlar “*zorunluluk*” olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsellik daha çok düşünmeden, eylemin sonucunu hesaplamadan hareket etme şeklinde ifade edilirken; zorunluluk olumsuz sonuçları bilindiği halde bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik kuvvetli isteği bastıramama, negatif pekiştirici karşısında kontrolü kaybetme şeklinde kendini gösteren davranış biçimidir. Bağımlılıktan farklı olarak, zorlanmayla karşı karşıya kalan kişi direnme yetisini kaybetmiş değildir ancak kompulsif davranış öncüllerinin karşı konulmazlığı nedeniyle kasıtlı olarak başarısız karar verme eğilimindedir. Zorlayıcı davranışlar mutlaka patolojik değildir; daha ziyade, patolojik olmaya meyilli alışkanlıklar üzerinde giderek artan kontrol kaybı olarak tanımlanmaktadır. Bağımlılığın gelişiminde ve sürdürülmesinde hem dürtüsellik hem de zorunluluk rol oynamaktadır. Ancak, dürtüsellik bağımlılığın ilk aşamalarında daha etkili olurken, sonraki aşamalarda ise daha çok zorunluluk gözlenmektedir (Stahl, 2013; Henden, Melberg ve Røgeberg, 2013; Jentsch vd., 2015).

İntoksikasyon / zehirlenme (*intoxication*): Bağımlılık yapıcı etkisi olan bir maddenin kullanımı sırasında veya sonrasında, maddenin sinir sistemi üzerindeki etkisi sonucu ortaya çıkan, kullanılan maddenin psikoaktif özelliklerine özgü psikolojik veya davranışsal değişiklikleri ifade etmektedir (Tosun, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2012). “*Zehirlenme*” bir defada aşırı miktarda madde kullanımı sonucunda “*akut*” ya da vücuttaki madde konsantrasyonunu korumak için büyük dozlarda alımın tekrarlanması sonucu “*kronik*” şekilde görülebilmektedir. Zehirlenmenin karakteristiği, kullanılan maddelerin etken mekanizmalarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin alkol ve barbitüratlar nöromusküler koordinasyon, konuşma, duyuşal işlev, hafıza, refleks ve tepki süresi, duyuş ve davranışların kontrolü bozukluklarına neden olurken; amfetamin ve kokain yüksek kan basıncı ve kalp atış

hızı, hiperaktivite, halüsinasyon ve paranoid sanrılar, konvülsiyon gibi bozukluklara neden olabilmektedir.

Alışkanlık (*habit*): “*Alışkanlık*”, genel anlamda aynı eylemin sık tekrarlanması sonucunda büyük ölçüde otomatik veya bilinçsiz olarak gerçekleştirilen davranışları ifade etmektedir. Madde kullanımıyla ilintili olarak ise, maddenin kullanıcı için risk oluşturabilecek miktarda kullanıldığı ve kullanıcının kullanma isteği üzerinde tam kontrole sahip olmadığı, ancak tedaviyi gerekli kılacak bir bağımlılık geliştirmediği düzeyde düzenli bir kullanımı ifade etmek için kullanılmaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.20). Bağımlılık, kişinin bağımlı olduğu madde veya davranıştan yoksun bırakıldığında güçlü etkilere neden olan, zorlayıcı bir ihtiyaç iken; alışkanlıklar, olumlu veya olumsuz olabilmektedir ve genellikle zihinsel yeteneği veya hafızayı etkilememektedirler. Bir alışkanlık kontrol edilebilir veya değiştirilebilirken, bağımlılık kontrol edilememekte ve profesyonel yardım gerektirmektedir (Stahl, 2013). WHO “*alışkanlık*” terimini, tekrarlanan madde kullanımından kaynaklanan, sadece psikolojik (fiziksel olmayan) bağımlılığı içeren, dolayısıyla “*bağımlılık*” teriminden daha az ciddi bir durumu ifade etmek için kullanmış; ancak daha sonra psikolojik bağımlılığın da en az fiziksel bağımlılık kadar önemli olması ve tehlike arz etmesi nedeniyle, bu terimin literatürden kaldırılarak yalnızca “*bağımlılık*” teriminin kullanılmasını öngörmüştür (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.20).

Bağımlılık (*dependence*): Bir maddenin uzun süreli ve tekrarlayan kullanımı sonucunda yoksunluğun meydana gelmesi ve buna bağlı olarak maddenin kullanımını sürdürmeyi zorunlu kılan (nöroadaptasyon) durum olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (*National Institute on Drug Abuse – NIDA*) ise bağımlılığı “*bir organizmanın normalde sadece bir maddenin varlığında işlev görebildiği bir durum*” olarak tanımlamaktadır. Buna göre kullanılan maddeler beyindeki kimyasalların dengesini bozmakta ve beyin doğal kimyasal üretimini değiştirerek yeni duruma uyum sağlamaktadır. Beyin yeni duruma uyum sağladıkça, maddeye daha toleranslı hale gelmekte ve zamanla, işlev görmek için maddenin varlığına güvenmeye başlamaktadır. Bağımlı olan kişi, bağımlı olduğu maddeyi almayı bıraktığında, kimyasal denge tekrar bozulmakta ve kişi yoksunluk belirtileri yaşamaya başlamaktadır (Stahl, 2013; Uzbay, 2015; DrugRehab, t.y.).

İptila / müptela olma / müptezellik (*addiction*): Uyarıcı/keyif verici bir maddenin, psikoaktif etkisini elde etmek amacıyla kompulsif bir şekilde kullanılması sonucunda ortaya çıkan bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlara rağmen kullanımına

devam edilmesi, bu davranışı sürdürme isteğinin durdurulamaması, maddenin stoklanması ve kötüye kullanımının bir süreliğine bırakılsa dahi tekrar başlanması şeklinde kendini gösteren davranış şeklinde tanımlanmaktadır. “*Müptezellik*”, olumsuz sonuçlara rağmen genellikle kompulsif madde kötüye kullanımı olarak ifade edilmektedir. Bağımlılığın aksine, müptezellik tekrar tekrar bağımlılık yapan bir maddeye maruz kalan herkesi etkilememektedir. Örneğin, kanser tedavisi gören ve şiddetli ağrıları dindirmek için opiyat alan hastalar opiyatlara bağımlı hale gelebilmekte ve opiyat kullanımını aniden bırakırlarsa yoksunluk yaşayabilmektedirler; ancak, bariz zararlara rağmen ilacı zorunlu olarak aramıyorlarsa müptela oldukları varsayılamamaktadır. Opiyat kullanma ihtiyacının bağımlılıktan mı yoksa ağrıyı azaltma arzusundan mı kaynaklandığının belirlenmesi bu noktada karmaşıktır. Bir başka ifadeyle, bir maddenin kullanımı bırakıldığında istek veya yoksunluk hissediliyorsa ancak buna rağmen maddenin kullanımına engel olunabiliyorsa kişi bağımlı olarak tanımlanmakta fakat müptela olduğundan söz edilememektedir (Stahl, 2013; Uzbay, 2015; DrugRehab, t.y.). “*Bağımlılık*” ve “*müptezellik*” kavramları arasında belirtilen biçimde bir ayrım bulunmasına ve bu ayrım yabancı literatürde “*dependence*” ve “*addiction*” kavramları ile belirgin bir şekilde ifade edilmesine karşın; yerli literatürde “*iptila*” ya da “*müptezellik*” kavramları nadiren kullanılmakta ve “*bağımlılık*” kavramı bu kavramları da karşılayacak şekilde genel bir anlamda kullanılmaktadır.

Özlem (*craving*): Madde kullanımına yönelik yoğun bir arzu, sürekli ve takıntılı bir şekilde madde kullanmayı düşünme, sadece maddeyi kullanarak giderilebilecek akut yoksunluk hissi ve maddeyi acil olarak elde etme ihtiyacı olarak tanımlanmaktadır. Maddeye duyulan özlemin davranışsal sonucu, genellikle kişinin düşüncelerinin onu madde tedarik etmeye ve kullanmaya yönlendirmesi şeklinde görülmektedir. Olası madde kalıntılarını bulabilmek için dolap ve çekmeceleri aramak, yasal veya yasadışı yoldan para bulmaya çalışmak, tedarik kaynaklarıyla iletişime geçmek, satın almak ve kullanmaya hazırlanmak gibi özlemi gidermeye yönelik tüm bu davranışlar “*uyuşturucu arama davranışı (drug-seeking behavior)*” olarak adlandırılmakta ve özlemlerle doğrudan ilişkili olarak görülmektedir. Bir başka ifadeyle, maddeye duyulan özlem ne kadar yoğun olursa, madde arama davranışının o kadar acil, çaresiz ve mantıksız bir şekilde kendini gösterme eğiliminde olduğu ifade edilmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.26).

Pekiştirme (reinforcement): Maddenin uyarıcı, motive edici, keyif verici vb. etkileri nedeniyle, maddeyi kullanma davranışının tekrarlanmasına (takviye edilmesine) yol açması durumu olarak tanımlanmaktadır. Potansiyel olarak kötüye kullanılan ve bağımlılık yapıcı etkisi bulunan maddelerin her birinin “ödül sistemi (reward system)” adı verilen bir dizi sinir hücresini uyarmak için farklı şekillerde hareket ettiği düşünülmektedir. Bu sistemin aktivasyonu, aktivasyona neden olan maddeyi kullanma davranışının tekrarlanması ve pekiştirilmesi olasılığını artırmakta ve madde “pekiştirici (reinforcer)” haline gelmektedir. “Takviye” olarak da ifade edilen pekiştirme, hayatta kalmak ve uyum sağlamak için önemli bir mekanizmadır. Susuzluğun su içerek giderilmesi, açlığın yemek yiyerek tatmin edilmesi, zarardan kaçınılması gibi davranışlar doğal ve gerekli davranışlarla pekiştirme örnekleridir. Bağımlılık yapıcı maddeler ise gerekli herhangi bir biyolojik işlevi yerine getirmeden, doğrudan madde etkisi ile takviye üreten, ödül sisteminin gaspçıları olarak kabul edilmektedirler (Kranzler ve Korsmeyer, 2009; Stahl, 2013; Uzbay, 2015).

Yoksunluk (withdrawal): Maddenin uzun süreli kullanımı sonucunda beyinde ters nöroadaptasyon gelişmesi ve madde kullanımının aniden kesilmesi durumunda psikolojik ve fizyolojik olarak hastalık semptomlarının oluşması durumu olarak tanımlanmaktadır. Yoksunluk sendromunun belirtileri, kullanılan maddenin türüne göre değişiklik göstermekle birlikte; yoksunluk halinde ortaya çıkan etkiler genellikle kullanılan maddenin neden olduğu etkinin tam tersi olarak kendini göstermektedir. Örneğin, kokain kullanımı uzun süreli uyanıklığa ve öforiye neden olurken, kokain yoksunluğu derin uyku ve depresyona; alkol kullanımı sinir hücrelerinin reaktivitesini azaltırken, alkol yoksunluğu abartılı refleksler ve konvülsiyona; opiyat kullanımı kabızlığa neden olurken, opiyat yoksunluğu ishale neden olabilmektedir. Bununla birlikte, bağımlı olunan maddenin ya da benzer etki modeline sahip bir diğer maddenin kullanımı ile yoksunluk belirtilerinin hızla ortadan kalkabileceği de bilinmektedir (Tosun, 2008; Kranzler ve Korsmeyer, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2012; Stahl, 2013; Uzbay, 2015).

Tolerans (tolerance): Maddenin sürekli olarak belirli dozlarda uygulanması nedeniyle etkisinin giderek azalması ve buna bağlı olarak aynı etkiyi elde edebilmek amacıyla dozun her seferinde bir miktar daha artırılması olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012; Stahl, 2013; Uzbay, 2015). “Tolerans” ilk olarak kişinin kullandığı maddenin etkilerine karşı gösterdiği duyarlılık ve direnci, alınan maddenin dozuna bağlı olarak vücut sıvılarında ve dokularda meydana gelen etki cinsinden ifade

etmektedir. Uygulanan doz ya da etki ne kadar küçükse tolerans o kadar büyük olabilmektedir. Ancak, maddeye daha önce maruz kalmanın vücutta meydana getirdiği adaptif değişikliklerin sonucu olarak duyarlılık zamanla azalmakta ve aynı etkiyi sağlamak için dozu artırma eğilimi gözlenebilmektedir. Bu durum “*edinilen tolerans (acquired tolerance)*” olarak adlandırılmakta ve genel olarak iki sürece bağlı olarak ifade edilmektedir. Bunlardan ilki *metabolik tolerans (metabolic tolerance)* – aynı zamanda *farmakokinetik tolerans (pharmacokinetic tolerance)* ya da *eğilim toleransı (dispositional tolerance)* olarak da bilinmektedir – maddenin metabolizma tarafından karaciğer ve diğer dokulardaki inaktive edilme hızındaki adaptif bir artışı, dolayısıyla aynı dozda alınan maddenin etkisinin daha az yoğun ve daha kısa süreli olmasını ifade etmektedir. *Fonksiyonel tolerans (functional tolerance)* ise – *farmakodinamik tolerans (pharmacodynamic tolerance)* ya da *doku toleransı (tissue tolerance)* olarak da bilinmektedir – kullanılan maddenin merkezi sinir sistemi üzerinden etki ettiği dokuların duyarlılığının azalmasını ifade etmektedir. Fonksiyonel tolerans, madde kullanım sürecinin üç farklı zaman diliminde farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Tek bir doz madde kullanımında dahi beynin telafi edici değişiklikler geliştirmesiyle ortaya çıkan ve maruziyet devam ettikçe daha belirgin hale gelen tolerans “*akut tolerans (acute tolerance)*” olarak adlandırılmaktadır. Bir başka ifadeyle, aynı dozda alınan maddenin etki derecesi, maruziyetin devam ettiği sürede ilk andakine göre daha küçük olabilmekte, bu fenomen “*Mellanby etkisi (Mellanby effect)*” olarak da adlandırılmaktadır. “*Hızlı tolerans (rapid tolerance)*” ise madde kullanımının ikinci maruziyetinde ortaya çıkan ve artan toleransı ifade etmektedir. Madde kullanımının uzun süren tekrarlarının bir sonucu olarak aşamalı olarak gelişen tolerans ise “*kronik tolerans (chronic tolerance)*” olarak adlandırılmaktadır. Bunlara ilaveten, fonksiyonel toleransın madde tesiri altındaki bireyin gündelik görevlerini yerine getirmesi gerektiği durumlarda, herhangi bir performans gereksinimi olmadığı durumlara kıyasla daha hızlı geliştiği ifade edilmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.27).

Duyarlılaşma (*sensitization*): “*Duyarlılaşma*”, toleransın tersi bir etki olarak kokain ve amfetamin gibi merkezi uyarıcılar ya da düşük alkol dozları gibi sedasyon yerine davranışsal uyarıcı özelliği bulunan maddelerin kullanımının tekrarlanması sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Aynı doz veya konsantrasyonun etki derecesi, zaman içinde azalmak yerine artma eğilimi gösterebilmektedir. Örneğin; başlarda hafif bir fiziksel aktivite artışına neden olan bir doz amfetamin, zamanla belirgin bir

hiperaktivite ya da konvülsiyona neden olabilmektedir. Ancak bu durum kullanılan maddenin tüm etkileri için geçerli olmayabilir. Örneğin iştahın engellenmesi gibi durumlara karşı tolerans gelişirken, maddenin diğer etkilerine karşı duyarlılaşma gözlenebilmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.27).

Çapraz tolerans ve çapraz bağımlılık (*cross-tolerance, cross-dependence*):

Kullanılan farklı maddelerin, birbirlerinin yerine geçerek tolerans sağlaması veya bir maddeye duyulan yoksunluğun başka bir madde ile giderilebilmesi durumunu ifade etmektedir (Stahl, 2013; Uzbay, 2015). Kullanılan bir maddenin kullanılmasının bırakılması sonucunda hücre fonksiyonlarında ortaya çıkan adaptif bir değişiklik, benzer etkilere sahip ikinci bir madde kullanımı durumunda dengelenmekte, bu maddenin kullanımının bırakılmasında ise yeni bir yoksunluk belirtisine yol açabilmektedir. Çapraz tolerans ile bağlantılı olmakla birlikte, bağımlı kişinin kullanmakta olduğu maddeyi bırakmasının ardından ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini hafifletmek amacıyla kendisine verilen terapötik maddelere göstermiş olduğu bağımlılık davranışı ise “*bağımlılık aktarımı (transfer of dependence)*” olarak adlandırılmaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.27).

Detoksifikasyon / arınma (*detoxification*): Bağımlılık tedavisi gören kişinin, kullandığı maddenin etkilerinden kurtarılmasını, yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını engelleyecek önlemler alınarak psikoterapi ve rehabilitasyona hazır hale getirilmesini kapsayan, bağımlılık tedavisinin ilk aşaması olan süreç “*arınma*” ya da “*detoksifikasyon*” süreci olarak adlandırılmaktadır (Tosun, 2008).

Geri tepme (*rebound*): Tedavi görmekte olan bağımlı kişinin, tedaviyi aniden kesmesi sonucu daha şiddetli bağımlılık belirtileri göstermesi durumu olarak tanımlanabilmektedir (Stahl, 2013; Uzbay, 2015).

Remisyon / düzelme (*remission*): Madde bağımlısı kişinin, uygulanan tedavi ve rehabilitasyon sonucunda kullanmakta olduğu maddeyi bırakması ve maddeden uzak kalması; buna bağlı olarak bağımlılık belirtilerinin de hafiflemesi veya tamamen kaybolması olarak ifade edilmektedir (Ögel, 2010).

Yeniden kullanma fikri (*prolapse*): Remisyonadaki madde bağımlısının, bağımlı olduğu günlerde yaşadığı sıkıntılı süreci unutarak ve bağımlı çevresiyle tekrar biraraya gelerek, yeniden madde kullanmayı düşünmeye başladığı evre olarak tanımlanmaktadır (Ögel, 2010).

Hata / sürçme (slip): Remisyondaki madde bağımlısının “bir kereden bir şey olmaz” düşüncesi ile tek doz madde kullanması ve sonucunda suçluluk duygusu yaşaması durumu olarak ifade edilmektedir (Ögel, 2010).

Kayma (lapse): Remisyondaki madde bağımlısının birkaç kez madde kullanması fakat madde kullanımını sürdürmemesi şeklinde görülen durum olarak ifade edilmektedir. Madde kullanımına devam etmemesine karşın tedavi ile elde edilen kazanımların kısmen kaybı söz konusu olabilmektedir (Ögel, 2010).

Nüksetme (relapse) / Geri gelme (reinstatement): Bağımlılık veya müptezellik, madde kullanımının bırakılamaması değil, kullanmayı bırakmanın kalıcı olarak sürdürülememesi; bir başka ifade ile madde kullanımını bırakmak için çaba sarfeden ve değişen süreler boyunca madde kullanmayı bırakan kişilerin daha sonra çeşitli nedenlerle yeniden kullanmaya başlaması şeklinde kendini göstermektedir. Bu davranış kalıbı klinik olarak “nüksetme (relapse)” ya da “geri gelme (reinstatement)” olarak adlandırılmaktadır. Özetle nüksetme, tedavi görerek bağımlılık belirtileri ortadan kalkan kişinin, tedavi sonrasında yoğun şekilde tekrar madde kullanmaya başlamasını ve yeniden bağımlılık belirtileri göstermesini ifade etmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009; Ögel, 2010, Stahl, 2013; Uzbay, 2015).

Uzbay (2015, s.3), bu tanımlara ek olarak bağımlılıkla ilişkili olarak karşımıza çıkan ve İngilizce dilinde yazılmış yabancı kaynaklarda sıklıkla rastlanan bazı kelimelerin Türkçe karşılıklarını şu şekilde belirtmiştir:

Desire/wish: İstek, arzu.

Intensive: Güdüleyici.

Motivation: Güdülenme, motivasyon.

Reward: Ödül.

Pleasure: Keyif, zevk, haz alma.

Euphoria: Madde kullanan bireyin aşırı neşeli ve özgüvenli olması hali.

Bağımlılık yapıcı maddeler başlangıçta bireyin tüm vücut fonksiyonlarını bozarak keyif verici bir etki uyandırmakta, ilerleyen zamanlarda ise bireyi bağımlı hale getirerek gerek bireysel gerek ailesel gerekse toplumsal boyutta telafisi zor zararlara neden olabilmektedir (Solmaz ve Okumuş, 2015, s.347). Günümüzde madde bağımlılığı, bireyin bağımlı olduğu nesne ile arasında kurduğu bağ sonucunda özerkliğini kaybetmesi ve duyumsama ve tutumları üzerindeki kontrolü yitirmesi nedeniyle kendini köleleştirdiği bir durum olarak da kabul edilmektedir. Bağımlı olduğu madde veya nesne karşısında köle haline gelmiş bir birey varlığıyla, gücüyle

ve emeğiyle topluma katkı sağlayamadığı gibi, kayıplara da neden olabilmektedir (Doğan, 2001, s.80).

1.2. Madde Bağımlılığının Tarihi

Madde kullanımı ve bağımlılığı gerek ülkemizde gerekse dünyada geçmişi oldukça eskiye dayanan bir sorun olarak kabul edilmektedir. İnsanoğlu tarihin ilk zamanlarından bu yana şu ya da bu sebeple ruh sağlığını, algı ve duyumsamasını etkilemek, tutum ve davranışlarını değiştirmek üzere, kimi zaman bilinçli olarak, kimi zaman ise farkında dahi olmadan madde kullanımına yönelmiş, bunun sonucunda da bugün bir hastalık olarak tanımlanan büyük bir sorunun temellerini atmıştır. Madde kullanımının bu gelişimi karşısında bazı toplumlar karşı bir tavır geliştirirken, bazı toplumlarda madde kullanımı yaşamsal bir gereklilik olarak görülmüş ve meşru kabul edilmiştir (Doğan, 2001, s.80).

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin keyif verici, ağrı giderici, hastalıkları iyileştirici olarak kullanımının, insanlık tarihinin ilk zamanlarına kadar dayandığı, Tarım Devrimi'nin ve kent medeniyetinin başlangıcına kadar uzandığı ve onbinlerce yıldır var olduğu bilinmektedir. Tarihçilerin ve arkeologların Eski Mısır, Sümer, Çin, Kızılderili ve Rum uygarlıkları üzerinde yaptıkları çalışmalarda bağımlılık yapıcı madde kullanımına dair elde ettikleri bulgular da bu tezi doğrulamaktadır. Avrupa'da sömürgeciliğin egemen olduğu, Orta çağın son dönemlerinde afyon ve kenevir üretiminin yaygınlaştığı yirminci yüzyılın ilk yarısına kadar ise afyon, eroin, morfin, esrar ve haşhaşın doktorlar tarafından ilaç olarak kullanıldığı, üretim, dağıtım ve serbest piyasada yasal olarak ticaretinin yapıldığı bilinmektedir (Clausen, 1963, s.187).

İlkel toplumların ayin ve törenlerine bakıldığında, gündelik bilinç düzeylerinden farklı alanlara ulaşabilmek için “*değiştirilmiş bilinç durumları*”ndan yararlanıldığı ve bunu sağlamak için açlık, susuzluk, uykusuzluk, sosyal ve duygusal yalıtım, dans, meditasyon, dua ve hipnotik telkinler gibi yöntemlerin yanı sıra halusinojenik bitkiler, afyon ve türevleri, koka yaprakları, esrar gibi psikoaktif maddelerin de kullanıldığı bilinmektedir. Yapılan arkeolojik araştırmalarda Aztek Maya Uygarlıklarında halusinojenik maddeler içeren mantarların, Asya Kıtasındaki şaman törenlerinde ise psikoaktif bir madde olan “*amanita muscaria*” mantarlarının kullanıldığı tespit edilmiştir. Kokain ise bugün bile Güney Amerika yerlileri tarafından sert doğa

koşullarına karşı, uzun yaya yolculuklarında açlığa ve yorgunluğa karşı kullanılmaktadır (Özmen, 2009, s.3).

Tarihte yazılı belgelerden edinilen bilgilere göre ilk bağımlılık yapıcı madde “*alkol*”dür. İnsanoğlu muhtemelen fermente edilmiş bal veya meyvelerin tüketilmesi yoluyla keşfettiği alkolün gerginliği ve kaygıyı giderici etkilerini keşfetmiş ve ona kutsal bir anlam yüklemiştir. Bilinçli bir şekilde yapılan üzüm fermentasyonu ve buradan alkol elde edilmesine yönelik ilk veriler M.Ö. 6000'lere dayanmaktadır ve Eski Mezopotamya'ya ait reçete tabletlerinde şarabın ilaç olarak kullanıldığına, M.Ö. 4000 yıllarında ise Mısır'da arpadan bira yapıldığına işaret eden veriler bulunmaktadır. M.Ö. 2200'lere ait belgelerde Hammurrabi Kanunları'nda şarabın yapılışı ve kullanımının madde bağımlılığı ile ilişkisine dayanan kurallar bulunduğu, Eski Roma ve Yunan döneminde üzüm ve şarabın kutsal sayıldığı, Roma'da Baküs'ün ve Atina'da Dionisos'un içki ve şarap tanrısı olarak kabul edildiği bilgileri yer almaktadır. Museviliğin ilk yıllarında bazı ritüelik törenlerde uyarıcı maddelere de yer verildiği ve sarhoş olmamak koşulu ile içki içilmesine izin verildiği bilinmektedir (Köknel, 1998, ss.22-23; Uzbay, 2009, s.5).

Kısrak sütünün fermante edilmesiyle elde edilen “*kımız*” da eski Türk topluluklarında kutsal kabul edilen en eski alkollü içeceklerden biri olarak bilinmektedir. M.Ö. 8. yüzyılda Homeros'un İlyada'sında Hippomolgos isimli “*kısrak sağan*” ibaresinin yer alması; ünlü Çinli tarihçi Sıma Tsyen'in “*Hunların Tarihi*” isimli eserinde Çin'in kuzey kesiminde yaşayan Hunların kısrak beslediklerinden, ancak besledikleri kısraklara binmek yerine sütlerinden “*cunğlo*” denen bir içki yaptıklarından söz etmesi; bir diğer ünlü tarihçi Herodot'un İskitlerin kısrak sütünden elde edilen kımıza benzer bir içecek içtiklerini anlatması; Ali Şir Nevayî'nin “*İki Dilin Mukayesesi (Muhakemetü'l-Lugateyn)*” adlı eserinde “*kımız*” terimine yer vermesi de kımızın çok eski ve köklü bir geçmişe dayandığını göstermektedir (Uluğtuğ, 1941, ss.130-132; Zat, 1994, s.223; Nevayî, 1996, s.104; Üstün, 2009, ss.247-248).

M.S. 800'lerde Arap kimyagerlerin hurma özünden elde ettikleri maddeye “*aslolan, en asil*” anlamına gelen “*el kuul, el kuhl*” adını verdikleri bilinmekte ve “*alkol*” kavramının buradan geldiği tahmin edilmektedir. Ayrıca “*kokuşma (putrefactio)*” ile “*fermantasyon (fermantatio)*” arasındaki ayrımın ilk kez 1595 yılında Libavius tarafından yapıldığı, bundan yaklaşık 100 yıl sonra Becker tarafından şeker içeren sıvıların fermentasyonu sonucu alkolün ortaya çıktığı bilgisinin ortaya konduğu, 1648 yılında Helmont tarafından fermentasyon sırasında gaz çıkışı

olduğunun belirlendiği, 1789 yılında Lavosier'in şekerin fermantasyon yoluyla alkol ve karbondioksit (CO_2) olarak ayrıştığını gösterdiği, 1810 yılında Gay-Lussac'ın alkol fermantasyonunun kimyasal bileşenini " $C_{12}H_{24}O_{12} \rightarrow 4 CO_2 + 4 C_2H_5OH$ " şeklinde formüle ettiği, 1828 yılında ise Dumas'ın bu eşitliği " $C_6H_{12}O_6 \rightarrow 2 CO_2 + 2 C_2H_5OH$ " olarak yeniden ifade ettiği bilinmektedir (Üstün, 1997, ss.1-2).

Alkol dışındaki maddelerin kullanımına dair veriler de tarih boyunca çok eski dönemlere kadar uzanmaktadır. Kenevir ya da esrar olarak da bilinen "*kannabis (cannabis)*" bitkisinin 12.000 yıllık bir geçmişinin olduğu tahmin edilmekte, ilk insan topluluklarından beri farklı şekillerde kullanıldığı bilinmektedir. Farklı coğrafyalarda tarihin değişik dönemlerine ait arkeolojik çalışmalardan elde edilen bulgular *kannabis* bitkisinin sepet örme, halat ve tekstil ürünleri ile balık ağlarının yapımı gibi amaçlarla kullanıldığını gösterirken; Asya toplumları başta olmak üzere pek çok kültürde meditasyon amaçlı ya da dini ritüellerde tütsü ve kutsal yağ olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bunların yanı sıra kenevir bitkisinin yorgunluk, romatizma, sıtma, egzama ve sedef hastalıklarının tedavisinde ilaç olarak kullanıldığı; psikoaktif etkilerinin keşfedilmesi ile birlikte öfori, sedasyon, iştah artırıcı, halüsinojenik ve afrodisyak olarak da kullanılmaya başlandığı kaydedilmiştir (Ağar, 2019, s.9).

Esrar dumanının solunarak kullanıma dair ilk bulguların neolitik çağa kadar uzandığı tahmin edilmektedir (Uluğ ve Gürel, 2012, s.141). Örneğin Hintlilerin başarı ve mutluluk anlamına gelen "*vişema*" adını verdikleri esrarı kullandıkları bilinmektedir. Hint inancına göre kenevir bitkisi Tanrı Vişnu'nun sırtındaki tüylerden elde edilmektedir. Başarı ve mutluluk anlamına gelen "*vijemia*" adı verilen kenevir bitkisi, Hint mitolojisinde Tanrı Indra'nın savaşçılara tanrısal güç vermesi için sunduğu "*soma*" içkisinin de maddesini oluşturmaktadır. Köknel (1998, s.47), X. yüzyılda Orta Çağ İslam döneminin ortak ürünü olan Binbir Gece Masalları'nda Hint kenevirinin İran, Mısır ve Bağdat'ta da bilindiğinden bahsedildiğini ve bu masalların batı dillerine çevrilmesi sonucu, esrarın Batılı toplumlara da tanıtıldığını ifade etmektedir. Perslerin kutsal kitabı olan "*Zerdüş*"te de kenevir bitkisinin insana mutluluk ve neşe verdiğinin, keder ve üzüntüyü dağıttığının yazılı olduğu bilinmektedir. Ünlü tarihçi Herodot ise Mezopotamya'da yaşamış olan Asurlular ve Sümerler ile Aral'da yaşamış olan İskitlerin de kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını yaktıklarında çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve neşelendiklerini yazmıştır (Köknel, 1998, s.35; Uzbay, 2009, s.6). İslamiyette ise alkol kullanmanın "*şeytan işi*" kabul edilmesine ve şarabın günah sayılmasına karşın; bazı

tasavvuf tarikat ve grupları arasında şarap (*bade*) ve esrar (*beng*) kullanımının yaygın olduğu özellikle Batını tarikatlere mensup divan şairlerinin eserlerine yansımıştır. XVI. yüzyılın önemli divan şairi ve düşünürü Fuzuli'nin şarap ile esrarı karşılaştırdığı ve Şah İsmail'e sunduğu "*Beng-ü Bade*" eserinde şu dizeler yer almaktadır (Köknel, 1998, s.36):

*"Mey eydur: Ben nebirei tâkim
Beng eydur: Sen pelit ben pâkim
Mey eydur: Ben çırağı encümenim
Beng eydur: Riskî sebzei çimenim"*

XX. yüzyıl şairlerinden olan ve "*Tâhirü'l Mevlevî*" veya "*Tahir Olgun*" adıyla bilinen Mevlevi dedesi Mehmet Tâhir Efendi ise Fuzuli'nin Beng-ü Bade'sini şu şekilde yorumlamıştır (Köknel, 1998, s.37):

*"Hayalî bir savaş bengübadesi
Kaçar dayanamaz şiddeti harbe
Zannımca Fuzuli bu mansum ile,
Zaferi badeye vermekte çünkü
Kısıktır orada esrarın sesi
Şarabın eline geçer galebe
Göstermiş Cemile Şah İsmail'e
Şah şarap içerdi – Beyazıt Bengi."*

Bunların yanı sıra XVII. yüzyıl'da yaşamış olan Evliya Çelebi, "*Seyahatname*" adlı eserinde o dönemde İstanbul'da esrar yapıp satan dükkanlar olduğunu ve bu dükkanlara "*esnafî benkçiyân*" denildiğini dile getirmiştir. IV. Murad zamanında ve sonrasında da yasaklanmasına karşın, esrar kullanımının hızla yayıldığı bilinmektedir (Köknel, 1998, s.39). Bahsi geçen eserler esrarın Hindistan'dan Avrupa'ya, Uzak Doğu'ya ve Anadolu'ya yayılmakla kalmayıp, keyif verici madde olarak oldukça yaygın bir kullanımı olduğunu belgeler niteliktedir.

Esrar kadar eski ve yaygın olan bir diğer madde ise afyondur. Babaoğlu (1997, s.11), afyon kullanımının tarih öncesi çağlara dayandığını, hatta Homeros'un *Odyseia* destanında afyonun şarapla birlikte alınan bir uyuşturucu olarak kullanımının anlatıldığını ifade etmiştir. Söz konusu dizeler şu şekildedir:

*"O sıra Zeus'ın kızı Helene bir şeyler tasarladı,
bir ilaç attı içtikleri şaraba,
yası, öfkeyi dindiren bir ilaçtı bu,
bekmil acıları unutturan bir ilaçtı.
Katıldığı sağraktan şarap içen,
gözyaşı dökmezdi bütün bir gün,
anası, babası ölmüş olsa bile.
Ya kardaşını ya sevgili oğlunu
gözünün önünde tunçla kesseler,
gözleriyle görse nasıl can verdiklerini,
bir damla gözyaşı dökmezdi gene de.
Böyle erdemli, iyi ilaçları vardı Zeus kızının,
Mısırlı Polydamna vermişti onları, Thon'un eşi."*

*Bu ilaçlar Mısır'ın bereketli toprağından fıskırır,
birçoğı şifalıydı, birçoğı da zehirli,
hekimleri de çok bilgili, üstün hekimlerdi,
hepsi de Paian tanrı'nın soyundandılar.”*

Babaoğlu (1997, ss.11-12), yukarıdaki dizelerde “afyon” adının doğrudan geçmemesine karşın; şarapla birlikte alınan ve “ilaç” olarak nitelendirilen maddenin ruhsal acıyı dindirmesi, tam bir ilgisizlik ve kayıtsızlık haline neden olması ve keyif vermekten çok “psikofarmakon” bir uyuşturucu olarak kullanılması gibi özelliklerinden yola çıkarak afyon olduğunun açıkça anlaşılabilceğini ifade etmektedir. Ayrıca dizelerde afyonun tacirler aracılığıyla Mısır'dan getirildiğı anlatılmaktadır. Ancak Babaoğlu, M.Ö. 1000'lerde Anadolu ve Mezopotamya'da, M.Ö. 3000'lerdeki Sümer yazıtlarında ve Homeros'tan 800 yıl önce yazılmış olan ve bilinen en eski farmakoloji kitabı kabul edilen “Ebers” papirüsünde afyonun bilindiğine dair kanıtlar olduğunu da ifade etmekte ve afyonun Mısır'a Anadolu'dan gitmiş olma ihtimalini vurgulamaktadır. Köknel (1998, ss.53-56), M.Ö. 4000 yıllarında Aşağı Mezopotamya olarak adlandırılan bölgede yaşamış olan Sümer site devletlerinden Mari, Ur, Kiş, Uruk ve Lagaş kentlerinde haşhaş ekimi ve toplanmasını anlatan kabartmalar ile haşhaştan afyon elde edilmesini içeren kil tabletler bulunduğunu, bu tabletlerde “gil” (haşhaş) ve “hull” (hoşa giden, eğlendiren) kelimelerinin yer aldığını belirtmektedir. Ayrıca Köknel, Osmanlı İmparatorluğu döneminde Anadolu'da afyon kullanımının ve afyon bağımlılığının arttığını, kimi şehzade ve padişahların dahi afyon kullandığını Evliya Çelebi'nin Seyahatname'sinde, Nakkaş Levni'nin Lale Devri'nin yaşantı ve eğlencesini resmettiğı minyatürlerinde ve dönemin divan şairlerinin eserlerinde görebileceğimizi ifade etmektedir. Poyraz (1999, s.8) ise Çin'de 7. yüzyıldan beri ilaç olarak kullanıldığı bilinen afyonun kullanımının, 17. yüzyıl'dan sonra yeni bir boyut kazandığını ifade etmektedir. Ona göre, tütünün Amerika'dan önce Avrupa'ya, oradan da Asya'ya yayılması ve afyonun tütün ile karıştırılıp yakılarak ağız yolu ile kullanımında ölüm tehlikesi olmaksızın keyif verici etkisinin olması, afyonun içimini yaygınlaştırmıştır.

Bitkisel olarak, doğal yollarla elde edilen ve doğrudan tüketilebilen alkol, esrar ve afyonun yerini zamanla bunların işlenmesi yoluyla veya sentetik olarak elde edilebilen maddeler almaya başlamıştır. “Eroin” bunlardan bir tanesidir. Afyonun içinde bulunan doğal alkaloidlerden morfinin, bağımlılık yapıcı etkileri farkedilmiş olmasına karşın uzun süre ağrı kesici ve uyuşturucu olarak tıp alanında kullanıldığı bilinmektedir. Ancak morfin kristalize yapısı ve suda erimemesi gibi nedenlerle saf

halde kullanılmayan, çeşitli asit veya alkollerle sıvı hale getirilerek kullanılan bir maddedir. İlk kez 1874 yılında İngiliz kimyager C. R. Wright'ın morfini çeşitli asitlerle kombine ederek yaptığı deneyler sonucunda eroïn adı verilen maddenin ortaya çıktığı; ancak elde ettiği bu karışımı köpekler üzerinde deneyen Wright'ın, morfinle hemen hemen aynı etkilere sahip olduğunu farketmesi üzerine bu madde üzerinde daha fazla durmadığı varsayılmaktadır. Eroïnün, bundan 23 yıl sonra Almanya'da bulunan ve farmasötik ilaçlar üreten Bayer şirketinin laboratuvarında yeniden sentezlendiği bilinmektedir. Laboratuvarın başında bulunan Heinrich Dreser'in, genç kimyager Felix Hoffman'dan afyon sakızının doğal alkaloidlerinden olan ve morfine benzeyen ancak daha az bağımlılık yapıcı etkisi olduğu bilinen kodeini elde etmek üzere asetil ile morfini sentezlemesini istediği, ancak Hoffman'ın çalışması sonucunda morfinden üç kat daha etkili başka bir madde elde ettiği ve firmanın bu maddeye “*heroin*” adını verdiği kaydedilmiştir (Babaoğlu, 1997, s.54). Türkçe'ye “*eroïn*” olarak geçen bu kelimenin, Almanca'da “*görkemli, güçlü, etkisi yüksek*” anlamlarına gelen “*heroisch*” kelimesinden türetildiği düşünülmektedir (Köknel, 1998, s.69).

Amfetaminlerin ortaya çıkışı ise 1887 yılında, amfetaminin temel yapısını oluşturan “*fenilizopropilamin (phenylisopropylamine)*” molekülünün, Gordon Alles tarafından efedrin sentezinde kullanılmak üzere elde etmesine dayanmaktadır. Alles, hayvanlarda ve kendi üzerinde yaptığı denemelerde, bulduğu maddenin uyarıcı ve duygu değişimi etkilerine neden olduğunu keşfetmiştir. Daha sonra 1919 yılında, aynı konuda çalışmalar yapan Akira Ogata tarafından “*metamfetamin*” sentezi gerçekleştirilmiştir. 1932 yılında Fransa'da “*benzedrin (benzedrine)*” adı verilen amfetamin türevinin nazal inhalasyonu için üretilen preparatlar piyasaya çıkarılmış; 1935 yılında amfetaminin narkolepsi tedavisinde denenmesine izin verilmiş, 1937 yılında hiperaktivite tedavisinde amfetamin reçete edilmeye başlanmış, 1938 yılında amfetamin tedavisi uygulanan hastalarda paranoid psikotik reaksiyonlar tespit edilmiş fakat bununla birlikte narkolepsi hastalarının amfetamin aldıkları zaman acımadıkları gözlenmiş ve bunun üzerine amfetaminler iştah kesici olarak kliniklerde kullanılmaya başlanmış; 1939'dan itibaren İkinci Dünya Savaşı'nda Japon ordusunda özellikle kamikaze pilotlarının ve Alman ordusunda savaş esnasında askerlerin dayanıklılığını arttırmak amacıyla kullanılmış; 1940 yılında ise amfetaminin, morfin bağımlılığının tedavisinde kullanılması tavsiye edilmiştir. ABD'de “*methedrin (methedrine)*” adıyla uzun süre piyasada kalmış olan ve bu zaman sürecinde kötüye kullanımı gittikçe artan metamfetamin ve amfetamin türevi diğer maddeler 1965 yılında ABD kontrollü

maddeler listesine girmiş, 1968 yılında İsveç'te tamamen yasaklanmıştır (Dülger, 2008, ss.16-17).

Benzodiazepinler ise diğer bağımlılık yapıcı maddelere göre daha yakın bir geçmişe sahiptir. Yatıştırıcı-hipnotik etkilerinin olması nedeniyle alkolden sonra terapötik amaçlı reçete edilmeye başlanan ilaçlar sırasıyla 1826'da bromürler (*bromides*), 1903'te barbitürik asit (*barbituric acid*), 1932'de kloral hidrat (*chloral hydrate*), 1955'te meprobamat (*meprobamate*) ve 1961'de benzodiazepinler (*benzodiazepines*) olarak bilinmektedir. Barbitüratlar, merkezi sinir sistemini yavaşlatmaları ve uyku verici etkileri nedeniyle anestezi ve antikonvülsan amaçlı kullanılan sedatif ilaçlar olarak sınıflandırılmaktadır. 1960'lardan itibaren benzodiazepinlerin ortaya çıkmasıyla birlikte barbitüratların ve diğer sedatif-hipnotik ilaçların kullanımı birkaç istisna dışında önemli ölçüde azalmıştır. Bunun nedeni benzodiazepinlerin sedatif-hipnotik etkilerinin barbitüratlara benzer olmasına karşın, daha az ölümcül akut toksisiteye sahip olmaları olarak ifade edilmektedir (Miller ve Gold, 1989, ss.665-666).

1955 yılında Hoffmann-La Roche ilaç firmasında görev alan kimyager Leo Sternbach tesadüfen ilk benzodiazepin olan “*klordiazepoksit (chlordiazepoxide)*”i tanımlamış, firma bu yeni ilacı 1960 yılında “*Librium*” adıyla pazara sunmuş ve bunu 1963'te “*Valium*” adıyla piyasaya sürülen diazepam izlemiştir. Başlangıçta, benzodiazepinler diğer ilaçlara göre daha az toksik ve bağımlılığa neden olma olasılığı daha düşük görünmeleri nedeniyle tıp dünyasında oldukça talep görmüş ve hızla “*en sık reçete edilen ilaçlar*” listesinde yer almaya başlamışlardır. Ancak 1980'lere geldiğinde benzodiazepinlerin meydana getirdiği psikoaktif etkilerin kötüye kullanıma neden olabileceği ve bu nedenle kontrollü olarak reçete edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Benzodiazepinler günümüzde hala insomnia ve diğer uyku sorunlarının giderilmesinde ve anksiyete ve panik atak hastalarında kaygı giderici olarak en sık reçete edilen ilaçlar arasında yer almaktadır (Wick, 2013).

1.3. Madde Bağımlılığını Açıklayan Teoriler

Bağımlılık, süreklilik ifade eden bir kavram olarak bilinmektedir. Bireyin bir maddeyi bulundurması veya uygun bir çevrede o maddeyle karşılaşması her zaman maddenin kötüye kullanımını veya bağımlılığını ifade etmemektedir. Bağımlılık

yapıcı özelliği olan bir maddenin kullanılması her zaman “kötüye kullanma” aşamasına geçmediği gibi, kötüye kullanım durumu da her zaman bağımlılık sonucunu vermemektedir. Bu nedenlere bağlı olarak maddelerin kötüye kullanımı ve bağımlılık üzerine pek çok teori ortaya konmuştur.

Macit (2021, s.3) madde bağımlılığını ve bağımlı olma sürecini konu alan sosyolojik çalışmalar üzerine yapmış olduğu literatür taraması sonucunda belirli konular üzerinde yoğunlukla durulduğunu belirtmiştir. Bireyin bağımlılık yapıcı madde kullanmaya olan eğiliminde aile faktörünün etkili olduğunu destekleyen teoriler ilk sırada gelmektedir. Buna göre destekleyici ebeveynlik (Felix-Ortiz, Fernandez ve Newcomb, 1998), ebeveyn-adölesan ilişkisi (Ledoux, Miller, Choquet ve Plant, 2002), boşanma durumu veya parçalanmış aile (Kuntsche ve Silbereisen, 2004), çocuğun gözetimi (*parental monitoring*) (Piko ve Fitzpatrick, 2006; Branstetter, Furman ve Cottrel, 2009) akran baskısı gibi etkenlerin bireylerin madde bağımlılığına olan yatkınlıklarında belirleyici olabilmektedir. Bireyin madde kullanmaya olan eğiliminde akran etkilerini ele alan çalışmaların ise çoğunlukla akran baskısı (*peer pressure*), akran seçiciliği (*peer selection*) ve akran sosyalleşmesi (*peer socialization*) (Coffey, Lynskey, Wolfe ve Patton, 2000; Brook, Brook, Arencibia-Mireles, Richter ve Whiteman, 2001; Bahr, Hoffmann ve Yang, 2005), okuldan kaçma ve düşük akademik başarı gibi okul ilişkileri (Vucina ve Becirevic, 2007) ya da bağımlılık eğilimi gösteren akran ve arkadaş çevresine sahip olma (Mandara ve Murray, 2006; Chabrol, Chauchard, Mabila, Mantoulan, Adele ve Rousseau, 2006; Saint-Jean, 2010) gibi konular üzerinde durdukları görülmektedir. Madde kullanım ritüelleri, kullanıcı hikayeleri, semboller ve bohem kültürü gibi öğelerin meydana getirdiği madde alt kültürü (Pedersen, 2009; Sandberg, 2012; Mjaland, 2014) ise madde kullanımına yönelik eğilimin artmasında bir diğer önemli etken olarak dikkati çekmektedir.

Tosun (2008, ss.207-208), bazı insanlar madde kullanıcısı veya bağımlısı olurken, diğer insanların neden olmadığını açıklayan kesin bir yanıt olmadığını; ancak madde kullanımının ortaya çıkmasında maddenin elde edilebilirliği (*availability of substances*), yatkın bir kişiliğe sahip olma (*vulnerable personality*) ve sosyal çevre (*social environment*) olmak üzere üç önemli faktörün etkili olduğunu belirtmiştir. Ona göre, bireyin maddeyle tanışması sırasında bu üç faktörün bir araya gelmesi ve buna nöro-kimyasal ve farmakolojik faktörlerin de eklenmesi, bireyin bağımlılığının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır.

“*Maddenin elde edilebilirliği*” herhangi bir maddenin kullanılabilmesi ve bağımlılık geliştirilebilmesi için gerekli ilk adım olarak kabul edilmektedir ve bağımlılık yapıcı maddelere (maddenin türüne göre) genelde doktor reçetesiyle, yasal olarak satın alma yoluyla veya yasadışı yollarla ulaşılabilmektedir. Doktorlar tarafından belirli hastalıkların tedavisi amacıyla, kısıtlı bir süre tüketilmek üzere verilen ilaçların uzun süreli veya kötüye kullanımı; çeşitli alanlarda kullanılan ancak insan tüketimi için uygun olmayan yasal bazı maddelerin (inhalanlar, yapıştırıcılar vs.) yasal olarak temin edilebilmesi fakat amacı dışında kullanılması; esrar, eroin, kokain gibi tüm dünyada alım satımı yasaklanmış (veya kısıtlanmış) maddelerin yasa dışı yollarla elde edilerek kullanılması gibi durumlar bağımlılığın gelişmesinde en önemli faktörlerden biri olarak ifade edilmektedir (Tosun, 2008, s.207).

Tosun (2008, s.207), maddenin kötüye kullanımı ve bağımlılık eğilimi hususunda spesifik bir kişilik yapısı bulunmamasına karşın madde kullanan bireylerin benzer kişilik özellikleri gösterdiğini ifade etmektedir. Buna göre; kırılgan, egoları yetersiz, güvensiz, kararsız, günlük hayatın zorlukları ve rekabetle başa çıkabilecek güce sahip olmayan, engellenmeye dayanma gücü düşük olan kişiler ile sürekli heyecan arayışı içinde olan, eğitim alanında başarısız, hedonist, kuralları çiğnemeye meyilli ve suç eğiliminde olan kişiler “*madde bağımlılığına yatkın kişiler*” olarak görülmektedir. Ayrıca madde kullanan bireylerin çoğunda depresyon, anksiyete, aile içi düzensizlikler, çocukluk travmaları, psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik bozukluğu gibi benzer sorunlara da rastlandığı bilinmektedir.

Tosun’un (2008, s.207) madde kötüye kullanımının yaygınlaşmasında risk faktörü olarak işaret ettiği bir diğer husus ise “*sosyal çevre*”dir. Ona göre, sosyal çevre hem bireylerin birbirinden etkilenerek madde kullanımına yatkın hale gelmesi hem de kullanıcılar arasında bir trafik sağlayarak maddenin elde edilebilirliğinin kolaylaştırılması açısından önem arz etmektedir. Madde kullanımının hoş karşılandığı ve maddeyi kullanan kişiye bir statü kazandırdığı toplumlarda bağımlılık riskinin artması beklenmektedir. Örneğin, sigara içmenin “*erkeklik*” sayıldığı alt ve orta ekonomik tabakalarda sigara bağımlılığının; kokain kullanımının “*zenginlik*” ve “*güç*” olarak kabul edildiği üst ekonomik tabakalarda ise kokain bağımlılığının yaygın olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte akran ve arkadaş grupları bireyi madde kullanımına özendirirken; işsizlik ve kötü yaşam koşulları gibi ekonomik sebepler de bireyi madde kullanımına yönlendiren diğer sosyal faktörler arasında yer almaktadır.

Tosun (2008, ss.207-208), madde kullanımının ortaya çıkmasında etkili olan bu üç faktörün yanı sıra, özellikle sosyal çevrenin neden olduğu bir “*madde alt kültürü (substance subculture, substance subgroup)*” olduğuna dikkati çekmektedir. Ona göre, herhangi bir maddeyi kullanan bireylerin kendi aralarında oluşturdukları kurallar, gelenekler, benzer yaşam tarzı, ortak düşünce ve davranış biçimleri, kullandıkları ortak bir dil ve birbirlerini nerede görseler tanıyabilecekleri ortak özellikler nedeniyle buldukları toplumun bir alt kültürünü oluşturmaktadır.

Tosun, hemen her madde için ayrı bir alt kültür olduğunu, bu alt kültürün üyelerinin maddenin nereden ve nasıl temin edileceği, nasıl kullanılacağı, maddeyi kullanan kişinin sağlığı tehlikeye girdiğinde ya da polisle başı derde girdiğinde ne yapması gerektiği gibi pek çok konuda sıkı bir yardımlaşma ve dayanışma içinde olduğunu; alt kültürün üyelerinin kendilerine has buluşma yerleri, haberleşme şekilleri, jargonu ve parolaları olduğunu ve bu alt kültürün dışında kalan herkesin dışlanacağını, ancak kullanılan maddenin ya da yaşanan memleketin değiştirilmesi gibi nedenlerle alt kültürler arasında geçişler olabileceğini ifade etmektedir (Tosun, 2008, s.207).

Doğan (2001, s.80) ise madde kullanımını “*bireyin kendini köleleştirdiği bir durum*” olarak ifade etmektedir. Çünkü kötüye kullanılan madde bireyin duyumsama, tutum ve davranışları üzerindeki kontrolünü kaybetmesine neden olmakta, dolayısıyla da özerkliğini kaybederek kullandığı madde karşısında çaresiz bir köle haline getirmektedir. Doğan, bu durumun yalnızca bireyin köleleşmesine neden olmakla kalmayıp; toplumu da bireyin her türlü katkısından yoksun bıraktığını ifade etmektedir. Ona göre birey, bağımlılığı nedeniyle varoluşundan ve insani değerlerinden sapmış, toplumsal rol ve ödevlerinden uzaklaşarak toplumsal sistemden kopmuş durumdadır. Böylelikle toplum da bağımlı hale gelmiş ve nesne karşısında köleleşmiş bireyin toplumsal katkılarından, emeğinden, gücünden ve varlık olarak bireyin kendisinden yoksun kalmakta ve bireye verilecek hizmetler açısından yüksek bir maliyeti karşılamak zorunda bırakılmaktadır.

Maddenin kötüye kullanımı ve madde bağımlılığının ortaya çıkışını farklı temellere dayandırarak açıklayan pek çok teori bulunmaktadır. Tosun (2008, s.209), madde kullanım bozukluklarının ve madde bağımlılığının oluşumunu açıklayan teorileri psikodinamik teoriler, psikososyal teoriler, davranış teorileri, genetik teoriler ve nörokimyasal teoriler olmak üzere dört başlık altında genelleyerek açıklamaya çalışmıştır.

Klasik psikodinamik teorilerde madde kullanımı, psikoseksüel gelişimin oral dönemine regresyonun (gerileme) bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ancak son psikodinamik yaklaşımlar, düzensiz bir çocukluk çağı geçiren bireylerin madde kullanımına daha yatkın olduğunu kabul etmekle birlikte; bozulmuş ego fonksiyonlarının ve depresif ruh halinin bir yansıması olarak açıklamaktadır. Buna göre erken gelişim bozukluğu gösteren bireyler, öfke ve utanç gibi yoğun duygu durumlarına karşı kendilerini güçsüz hissettikleri durumlarda çevreye uyumu kolaylaştırmak ve güçlü hissetmek amacıyla madde kullanımına başvurabilmektedir (Tosun, 2008, s.209).

Psikososyal teoriler, genel olarak aile ve toplumun madde kullanımı üzerinde büyük etkisi olduğu görüşü üzerinde durmaktadır. Ancak, benzer sosyal baskılar ve aynı sosyo-ekonomik zorluklar içinde yaşayan çocukların hepsinin madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı göstermemesi, başka faktörlerin de madde kullanım davranışında etkili olduğunu düşündürmektedir (Tosun, 2008, s.210).

Davranış teorileri, çoğunlukla, madde kullanım bozukluklarını ele alırken fizyolojik bağımlılık semptomlarından çok, “*madde arama davranışı (substance seeking behavior)*” üzerinde odaklanmaktadır. Kullanılan maddenin ilk defa alındıktan sonra göstermiş olduğu olumlu pekiştirme (*positive reinforcing*) veya zıt/ters (*advers*) etkileri nedeniyle madde arama davranışını artırıcı veya azaltıcı etki göstermesi; yoksunluk semptomlarının rahatsız edici etkileri nedeniyle madde arama davranışından kaçınma veya yoksunluk semptomlarından daha çok madde alarak kurtulma düşüncesiyle madde arama davranışına yönelme; nüksetme (*relapse*) nedeniyle bir süreliğine kaybolan madde arama davranışının yeniden ortaya çıkması madde kullanım bozukluklarına yönelik davranış teorilerinin odak noktasını oluşturmaktadır (Tosun, 2008, s.210).

Genetik teoriler, alkol ve diğer maddelerin kötüye kullanımında genetik faktörlerin etkisi üzerinde durmaktadır. Bu bağlamda ikizler, evlat edinilmiş çocuklar, birbirinden ayrı büyütülmüş çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar ile son yıllarda RFLP (*restriction fragment length polymorphism*) tekniği¹ ile DNA’lar üzerinde

¹ Kısıtlama parçası uzunluk polimorfizmi (RFLP): Moleküler biyolojide kullanılan ve bireyleri, popülasyonları veya türleri ayırt etmek veya bir dizi içindeki genlerin yerlerini tam olarak belirlemek için polimorfizm olarak bilinen homolog DNA dizilerindeki varyasyonlardan yararlanan bir tekniktir. Terim, kısıtlama enzim bölgelerinin farklı konumları aracılığıyla tespit edilebildiği gibi bir polimorfizmin kendisine veya bu tür farklılıkların gösterilebildiği ilgili bir laboratuvar tekniğine atıfta bulunabilmektedir. RFLP analizinde, bir DNA numunesi bir veya daha fazla kısıtlama enzimi tarafından

yapılan çalışmalar, özellikle alkol ve madde kötüye kullanımında genetik faktörlerin etkisini ortaya koymaya çalışmaktadır (Tosun, 2008, s.210). Genetik faktörlerin bağımlılık üzerinde etkileri tartışılırken genel olarak üç ilke üzerinde durulmaktadır. Bunlardan ilki, bağımlılık riskini belirleyen tek bir gen olmadığı; kullanılan maddenin etkilerine gösterilen ilk hassasiyeti, belirli dozda madde kullanımında meydana gelen duyarlılığın derecesi, yoksunluk durumunda ortaya çıkan çekilme etkileri ve tolerans geliştirme yeteneği gibi pek çok durumun birden fazla gen tarafından belirlendiği ilkesidir. İkinci bir ilke, genetik etkilerin ilerlemesinin veya kontrol altında tutulmasının genetik olmayan (çevresel) faktörlerle ilişkili olduğudur. Bir diğer ifade ile birey genetik yatkınlığa sahip olsa dahi çevresel risk faktörlerine maruz kalmıyorsa zorunlu olarak bağımlı hale gelmemektedir. Üçüncü bir ilke ise, genetik risk faktörlerini taşıyan kişinin bağımlı hale gelse dahi sonuç bağlamında çevresel koşullardan güçlü biçimde etkileneceği; örneğin fiyat artar ya da bulunabilirlik azalırsa maddeye olan yöneliminin azalacağı yönündedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, ss.22-23).

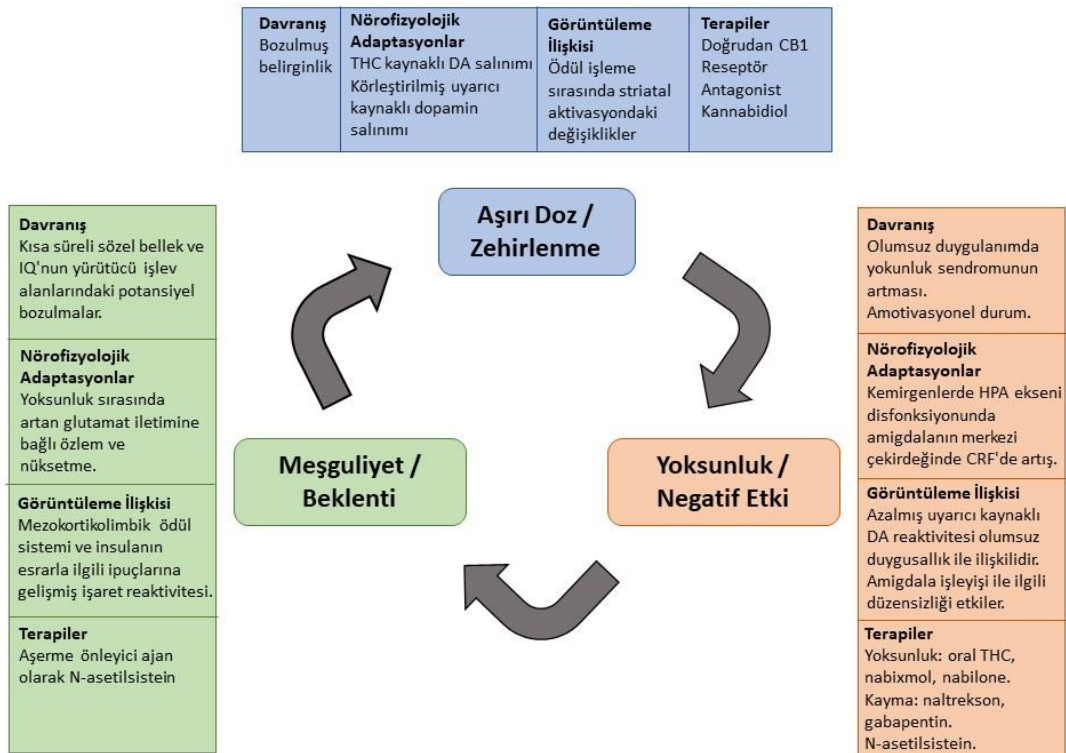
Nörokimyasal teoriler ise madde kötüye kullanımının beyin fonksiyonlarında meydana getirdiği etkiler üzerinde odaklanmaktadır. Beyinde, kötüye kullanılan maddelerin çoğu için bu maddelerin etkilerini sağlayan nörotransmitterler veya nörotransmitter reseptörler bulunmaktadır ve kullanılan maddeler bu reseptörler üzerinde etki etmektedirler. Maddenin uzun süre kullanılması, giderek beyindeki reseptör sisteminin değişmesine ve maddenin de içinde bulunduğu yeni bir denge (*homeostasis*) durumunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar yoksunluk (*withdrawal*) ve tolerans (*tolerance*) durumlarının, madde alındığında beyinde meydana gelen akut etkilere bağlı olarak gelişen dengelenme sürecinin bir parçası olarak, bu nöro-adaptif değişiklikler sonucunda oluştuğunu göstermektedir (Tosun, 2008, s.211). Bağımlılık yapıcı etkisi bulunan maddelerin akut farmakolojik etkilerinden bir diğeri ise beyindeki GABA (*gamma aminobutyric acid – C₄H₉NO₂*) fonksiyonlarını artırmaları olarak bilinmektedir. Ödül sistemini oluşturan sinir hücreleri yolundaki ilk bağlantı, orta beyinde yer alan ventral tegmental alan (*ventral tegmental area – VTA*) bulunan ve ön beyin tabanındaki hücreler (*nucleus accumbens – NAc*) ile prefrontal kortekste (*PFC*) verici kimyasal dopamini serbest bıraktıkları hücrelere giden liflere yol açan bir hücre grubunu ifade etmektedir. Bu kimyasal hem

parçalara bölünmekte ve elde edilen kısıtlama parçaları daha sonra boyutlarına göre jel elektroforezi ile ayrılmaktadır (Saiki vd., 1985: 1350-1354).

NAc hem de PFC'deki hücreleri uyarmakta ve bu hücrelerden gelen lifler, beyin çeşitli bölümlerindeki diğer hücelere etki eden kimyasal ileticileri serbest bırakmaktadır. Birçoğu lifleri VTA'ya geri göndererek dopamin hücrelerinin aktivitesini artırmakta; NAc'taki hücreler ise dopamin hücrelerinin aktivitesini azaltan GABA salgılayan lifleri VTA'ya geri göndermektedir. VTA dopamin salgılayan hücrelerin ve NAc hücrelerinin aktivitesi normalde diğer sinir hücrelerinde oluşturulan ve bunlardan salınan çeşitli kimyasallardan (histamin, serotonin, oreksin, morfin benzeri peptitler, kenevir türevi yağlı kimyasallar, kortikotropin salgılama faktörü vb.) etkilenmektedir; bunların bazıları hücre aktivitesini uyarırken, diğerleri ise onu inhibe etmektedir. Kullanılan farklı maddeler, VTA'daki dopamin mekanizmalarını farklı şekillerde etkilemektedir. Örneğin; kokain ve amfetamin, NAc ve PFC'deki sinir liflerinin uçlarından dopamin salınımını doğrudan uyarmakta ve dopaminin sinir uçlarına geri alımını inhibe etmektedir. Morfin benzeri ilaçlar GABA salınımını inhibe ederek, dopamin hücrelerini GABA inhibisyonundan kurtarmakta, böylece daha aktif hale gelmektedirler. Hipotalamustan gelen oreksin ve kenevir benzeri yağlı maddeler (*endokannabinoidler*), VTA hücre gövdeleri üzerindeki reseptörlere doğrudan etki ederek, ilki dopamin hücrelerini uyarmakta, ikincisi ise onları inhibe etmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.24). Alınan maddenin birden bırakılması durumunda ise reseptör fonksiyonlarında devam eden değişiklikler GABA aktivitesinde ani düşüşe yol açarak yoksunluk durumu yaşanmasına neden olmaktadır (Tosun, 2008, s. 211).

Ögel (2010) de, bağımlılık yapıcı maddelerin farmakolojik özellikleri farklı olsa dahi ödüllendirici ve pekiştirici olmaları nedeniyle benzer özellikler taşıdıklarına dikkati çekmektedir. Bunun en belirgin örneğinin hayvanlar üzerinde yapılan laboratuvar deneylerinde görüldüğünü belirten Ögel, bir doz kokain verildikten sonra manivela kullanmaya teşvik edilen bir fare ya da maymunun, kokaini tekrar alabilmek için manivelaya sürekli basmaya başladığını, böylece maddenin kendi kullanımına yönelik bir pekiştirici haline geldiğini ifade etmektedir. Bu davranış biçimi insanlar için de benzer özellikler teşkil etmekte, madde kullanma isteği bütün normal faaliyetlerin önüne geçerek madde arama davranışının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda söylenebilir ki, pekiştirici etkiye sahip maddelerin ortak özelliği kişiyi sadece haz verdikleri için değil, kullanmak zorunda hissettikleri için de madde arama davranışına yönlendirmeleridir. Ögel de kişinin madde arama davranışına devam etme sebebinin yoksunluk belirtilerinden kaçınması olduğunu vurgulamaktadır.

Koob ve Volkow (2016) da madde bağımlılığını, kompulsif olarak madde arama ve kullanma, madde kullanıma isteğine karşı kontrolün kaybedilmesi, maddeye erişim engellendiğinde olumsuz duygu durumlarının ortaya çıkması gibi belirli davranışlarla kendini gösteren ve kronik olarak tekrar eden bir bozukluk olarak tanımlamaktadır. Onlara göre bağımlılık süreci, beynin orta kısmında bulunan prefrontal korteks ve alt motor ve duyu bölgeleri arasındaki iletişim ve yönetimi sağlayan bazal gangliyonlarda (Üngüren, 2015, s.213) meydana gelen değişiklikler tarafından yönlendirilen aşırı doz/zehirlenme evresi, beynin medial temporal lobunun derinlerinde yer alan nöronların oluşturduğu ve başta korku olmak üzere duygusal hafıza ve duygusal tepkilerin denetiminden sorumlu olan amigdaladaki (Adolphs, 2010, s.47) değişiklikler tarafından yönlendirilen yoksunluk/negatif etki evresi ve prefrontal korteksteki değişiklikler tarafından yönlendirilen meşguliyet/beklenti evresi olmak üzere beyinde yer alan üç ana sinir devresinde meydana gelen rahatsızlıklara bağlı olarak üç evrede gerçekleşmektedir (Zehra vd., 2018, ss.438-439).



Şekil 1.1: Madde bağımlılığıyla gözlenen davranışlara neden olan nörofizyolojik bozulmalar ve her aşamada beyindeki sinir devrelerinde meydana gelen değişiklikleri ifade eden nörodevre modeli (Kool ve Voltow, 2016; Zehra vd., 2018).

Maddenin olumsuz sonuçlarına rağmen aşırı miktarda kullanıldığı ve maddenin psikoaktif etkilerinin yoğun olarak görüldüğü evre “aşırı doz/zehirlenme evresi”

olarak adlandırılmaktadır. Bu evrenin en önemli özelliği, kullanılan maddeye ilişkin verilerin beyin mezokortikolimbik dopaminerjik ödül yolunu uyararak, dopamin salınımını koşullu olarak artırmaya yönelik bir bozulmaya neden olmasıdır. Bir başka ifadeyle, bağımlılık yapıcı etkisi bulunan bir maddeye ilk kez maruz kalındığında kullanılan madde, ödül sistemini uyararak yüksek ödüllendirici bir değer atfetmekte ve bu durum dopamin salınımını artırmak için bir koşullanma sağlayarak belirginlik işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Belirginlik işlev bozukluğunun ortaya çıkması durumunda ise maddenin psikoaktif özellikleri azaldığında ya da tolerans gelişimi sağlandığında beyin madde kullanımını tetikleyecek şekilde dopamin sinyali gönderdiği bilinmektedir. “Yoksunluk/negatif etki evresi”nde madde kullanımının neden olduğu ödül uyaranlarının yüksek olmasına karşılık, madde dışı ödüllerin ödül eşikleri yükselmekte ve buna bağlı olarak motivasyon kaybı ile duygu durumlarında meydana gelen bozulmalar görülmektedir. Rakip süreçler olarak adlandırılan bu iki tepki süreci sırasında meydana gelen değişiklikler sonucunda meydana gelen kaygı düzeyinde artış, kronik sinirli olma hali, halsizlik, kullanılan maddeden uzun süre ayrı kalındığında disfori gibi davranışlar yoksunluk/negatif etki evresinin karakteristik semptomları olarak ifade edilmektedir. Madde kullanımının bırakılması sonucu ortaya çıkan yoksunluk semptomlarının ardından madde kullanımına yeniden başlanması ise “meşguliyet/beklenti evresi” olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede zihnin sıklıkla yeniden madde kullanma fikriyle ve bu eylemi planlamakla meşgul olduğu bilinmektedir. Aşırma ve dürtüsellik üzerindeki kontrol mekanizması PFC tarafından yönetilmektedir ve madde kullanımının ödül sistemi üzerinde sebep olduğu belirginlik işlev bozukluğu nedeniyle PFC karar verme, kendini düzenleme, çalışma belleğini kontrol etme ve belirli davranışları engelleme yeteneğinde azalma göstermeye başlar. Bu durum da madde kullanıma isteğine karşı konulamayarak davranışın tekrarlanmasına sebep olmaktadır (Zehra vd., 2018, ss.438-439).

2000’li yıllardan itibaren pekiştirme ve bağımlılık üzerindeki nörobiyolojik ve nörokimyasal faktörlere yönelik yapılan araştırmalar sayesinde, bağımlılık tedavisinde kullanılabilecek potansiyel terapötik ajanların temelleri oluşturulmuştur. Örneğin, endorfinler ve enkefalinler gibi endojen opioid peptitlerin, hem VTA dopamin nöronlarını hem de NAc’deki hücreleri aktive eden lif uçlarını etkileyerek GABA salınımını inhibe ettiği, böylece VTA ve NAc hücrelerinin daha aktif hale gelmesini sağladığı ortaya konulmuştur. Opioid peptitlerin yanı sıra, naltrekson gibi eroin veya morfinin etkisini de önleyen bir opioid reseptör bloke edicilerin, hangi maddenin VTA

hücre aktivasyonunu başlattığına bakılmaksızın, ödül sürecinin ilk adımlarını bloke edeceğini öngörmektedir. Benzer şekilde alkol bağımlılığı tedavisinde akamprosat, nikotin ve alkol bağımlılığı tedavisinde ondansetron ve serotonin 5-HT₃ reseptör blok edicileri, kokain bağımlılığında baklofen ve topiramet gibi GABA reseptör aktivatörleri gibi terapötik denemelerin yolu açılmış bulunmaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.25).

1.4. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması

Tarih boyunca benzer amaçlarla kullanılan ve bağımlılık yapıcı etkileri bulunan psikoaktif maddeler, elde ediliş biçimleri, beyinde meydana getirdikleri etkiler, kullanım yolları, meydana getirdikleri bağımlılık biçimi, doğal ya da sentetik olmaları gibi pek çok özelliğe göre tanımlanmaya ve sınıflandırılmaya çalışılmış; zaman içerisinde psikoaktif madde çeşitliliğinin artması nedeniyle de literatürde farklı sınıflandırma biçimleri yer almıştır. Örneğin Alman farmakolog Louis Lewin (1924) bağımlılık yapıcı etkisi bulunan ilaç ve bitkileri, farmakolojik etkilerine göre şu şekilde sınıflandırmıştır:

- *Inebriantia* (“*alkol*” veya “*eter*” gibi sarhoş edici maddeler)
- *Excitantia* (“*khat*” veya “*amfetamin*” gibi uyarıcılar)
- *Euphorica* (“*eroïn*” gibi öforik ve narkotikler)
- *Hypnotica* (“*kava*” gibi sakinleştiriciler)
- *Phantastica* (“*peyote*” veya “*ayahuasca*” gibi halüsinojenler ve enteojenler).

Fransız psikiyatrist ve nörolog Jean Delay’ın, psikolojik aktiviteyi kısıtlayan maddeleri tanımlamak için kullanılan “*psiko-inhibitör (psycho-inhibitor)*” teriminin yerine kullanarak literatüre kazandırdığı “*psikoleptik (psycholeptic)*” terimi ile birlikte sunduğu psikofarmasötik madde sınıflaması ise şu şekildedir (Kline, 1959, s.397):

1. *Psiko-inhibitörler (psikoleptikler)*
 - Hipnotikler
 - Sakinleştiriciler
 - Kas gevşeticiler
 - Ataraksikler (nöroleptikler)
 - Sınıflandırılmamış
2. *Psiko-aktivatörler (psiko-analeptikler)*
 - Psikomotor uyarıcılar

- Psiko-uyarıcılar
- Psişik enerji vericiler

3. Psikotomimetikler (psiko-disleptikler)

- Halüsinojenler
- Katapleksojenikler
- Öforikler
- Kronoleptojenikler
- Depresanlar
- Engelleyciler

Bunların yanı sıra psikoaktif etkisi bulunan bağımlılık yapıcı maddeler etki düzeylerine göre “*sert uyuşturucu maddeler* (afyon, morfin, eroin gibi afyon türevleri, kokain vb.)” ve “*yumuşak uyuşturucu maddeler* (esrar, marihuana, LSD vb.)” olarak (Güngör ve Kınacı, 2001, s.45; Ergül, 1997, s.31); fiziki formlarına göre “*beyaz pudra tozu halinde uyuşturucu maddeler* (eroin, kokain, morfin vb.)” ve “*yaprak halinde uyuşturucu maddeler* (marihuana ve haşhaş vb.)” olarak (Çağlayan, 1965, s.14); elde edilmiş biçimlerine göre ise “*afyon ve türevleri* (afyon, morfin, kodein, metadon, eroin)”, “*kenevir ve türevleri* (reçine esrar, toz esrar pres esrar, gonca esrar, likit esrar)”, “*uyarıcılar* (amfetamin, kokain, kafein)”, “*sentetikler* (ecstasy, captagon, methamfetamin, lysergic asiddiethylamid, ketamin, phencylidine)”, “*sakinleştiriciler* (barbituratlar, trankilizanlar, sedatifler)” ve “*uçucu maddeler*” olarak (Yokuş Sevrük, 2007, s.38) çeşitli sınıflandırmalara da tabi tutulmuşlardır (Akt: Öner, 2010, s.12).

Günümüzde genel olarak “*uyuşturucu maddeler*” olarak adlandırılan ve bireyin merkezi sinir sistemini etkileyerek bilişsel ve davranışsal değişiklikler meydana getirmesi sonucu zamanla kötüye kullanıma veya bağımlılığa neden olan maddelere ve bu maddelerin neden oldukları bilişsel ve davranışsal bozukluklara verilen isimler zaman içinde değişiklik göstermiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (*American Psychiatric Association – APA*) tarafından geliştirilen ve zihinsel bozuklukların teşhisi için gereken açıklamalar, semptomlar ve diğer kriterleri içeren en yetkili kılavuz olarak kabul gören Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*)’nda da bağımlılık yapıcı maddelerin uzun süre kullanımı sonucunda meydana gelen bilişsel ve davranışsal bozukluklar tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır (APA). APA, “*beyni etkileyen maddeler (brain-altering substances)*” olarak nitelendirdiği bu maddeleri DSM-III-R’de “*psikoaktif maddeler (psychoactive substances)*” olarak adlandırırken, DSM-IV’te yalnızca

“*madde (substance)*” olarak adlandırmış ve madde kullanımına bağlı bozuklukları da “*maddeyle ilişkili bozukluklar (substance-related disorders)*” şeklinde tanımlamıştır (Tosun, 2008, s.201).

2013 yılında yayınlanan DSM-5’te ise “*maddeyle ilişkili bozukluklar*” tanımının yerini “*maddeyle ilişkili ve bağımlılık bozuklukları (substance-related and addictive disorders)*” almış ve bu maddeler alkol, kafein, kannabis, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatifler - hipnotikler ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler olmak üzere on başlık altında sınıflandırılmıştır. Bir diğer değişiklik ise DSM-IV’te “*maddeyle ilişkili bozukluklar*” başlığı altında ayrı olarak ele alınan “*madde kötüye kullanımı (substance abuse)*” ile “*madde bağımlılığı (substance dependence)*” bozukluklarının, DSM-5’te “*maddeyle ilişkili ve bağımlılık bozuklukları*” başlığı altında birlikte ele alınmasıdır. DSM-IV’te yer alan teşhis hiyerarşi kurallarının, belirli bir madde için hem madde kötüye kullanımı, hem de madde bağımlılığı kriterlerini karşılayan kişilere sadece “*madde bağımlılığı*” tanısı koyması; bu durumun kötüye kullanım ile bağımlılık ayırımını yapabilmek için gerekli olan rehberliği sağlamaması ve kötüye kullanımın bağımlılığın daha az şiddetli bir aşaması olmasına rağmen, bağımlılık tanı ölçütünü karşılayan fakat kötüye kullanım ölçütüne uymayan kişilere herhangi bir teşhis konulamaması gibi sorunlara neden olması şeklinde açıklanmaktadır. Bu nedenle DSM-5’te, 12 aylık bir süre zarfında 11 kriterden 2’sini karşılayan her vakanın aynı değerlendirme kriterlerine tabi olması suretiyle madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı bozuklukları birleştirilmiş, ayrıca tanı kriterlerine “*yoksunluk (withdrawal)*” da eklenmiştir. Bunların yanı sıra DSM-IV’ten farklı olarak DSM-5’te madde kullanım ve bağımlılık bozukluklarına kumar da dahil edilmiştir (Grant ve Chamberlain, 2016, s.300).

WHO (a) da hastalıkların uluslararası tanımlarının yer aldığı ICD-10’da bireyin merkezi sinir sistemini etkileyerek bilişsel ve davranışsal değişiklikler meydana getirmesi sonucu zamanla kötüye kullanıma veya bağımlılığa neden olan maddeleri tanımlamak için “*psikoaktif maddeler (psychoactive substances)*” terimini kullanmış, bu maddelerin kötüye kullanımı sonucunda oluşan rahatsızlıkları “*psikoaktif madde kullanımına bağlı bilişsel ve davranışsal bozukluklar (mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use)*” olarak adlandırmıştır. Ancak 2018 yılında yayınlanan ICD-11’de “*psikoaktif*” teriminin kullanımı, yalnızca beynin işlevini etkileyen ve bağımlılık yapıcı özelliği bulunan maddeleri ifade ettiği; buna karşılık beyne doğrudan etki etmeyen fakat bağımlılık yapıcı etkisi olan ya da beyni

etkileme özelliği bulunan ancak ilaç kapsamında bulunmayan bazı kimyasalları dışarıda bıraktığı için terk edilmiştir. Bunun yerine yalnızca “*madde (substance)*” terimi kullanılmış ve buna bağlı olarak gelişen hastalıklar da “*madde kullanımına bağlı bozukluklar (disorders due to substance use)*” olarak sınıflandırılmıştır (WHO.b).

ICD-11’de “*zihinsel, davranışsal ve nörogelişimsel bozukluklar (mental, behavioural and neurodevelopmental disorders)*” başlığı altında yer alan “*madde kullanımına veya bağımlılık davranışına bağlı bozukluklar (disorders due to substance use or addictive behaviours)*”, “*madde kullanımına bağlı bozukluklar (disorders due to substance use)*” ve “*bağımlılık davranışına bağlı bozukluklar (disorders due to addictive behaviours)*” şeklinde iki ayrı kategori olarak ele alınmıştır. Madde kullanımına bağlı bozukluklar zararlı maddelerin kullanımı, madde zehirlenmesi, madde yoksunluğu ile; madde kullanımına bağlı zihinsel bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları ve uyku bozuklukları gibi madde kullanımı sonucunda ortaya çıkan bozuklukları içerir. Bağımlılık davranışına bağlı bozukluklar ise, bağımlılığa neden olan maddelerin kullanımı dışında, tekrarlanan ödüllendirici davranışların sonucunda ortaya çıkan davranış bozukluklarını içermektedir ve ICD-11’de bu davranışlar çevrimiçi veya çevrimdışı kumar (*gambling*), oyun (*gaming*) ve diğer bağımlılık davranışları olarak ele alınmıştır (WHO.b). Bireyin bilişsel, duygusal, zihinsel ve davranışsal işlevselliğin altında yatan psikolojik, biyolojik veya gelişimsel süreçlerdeki bir disfonksiyonunu yansıtan bu rahatsızlıklar genellikle kişisel, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında sıkıntı veya bozulma ile ilişkilidir. ICD-11’de madde kullanımı ve bağımlılık yapıcı davranışlar nedeniyle ortaya çıkan bozukluklar, ilaçlar dahil olmak üzere ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayıcı ödüllendirme ve pekiştirme davranışlarının bir sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Madde kullanım bozuklukları arasında tek başına zararlı madde kullanımı ve madde bağımlılığının yanı sıra madde zehirlenmesi, madde yoksunluğu, madde kaynaklı zihinsel bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları ve uyku-uyanma bozuklukları gibi madde kaynaklı diğer bozukluklara da yer verilmiştir. Bağımlılık davranışlarından kaynaklanan bozukluklar ise, bağımlılık üreten maddelerin kullanımı dışında tekrarlayan ödüllendirme davranışlarının bir sonucu olarak gelişen, kişinin işlevsel olarak sıkıntı yaşamamasına yol açan ve klinik sendrom gösteren davranışlar (kumar, oyun vb.) olarak tanımlanmıştır (WHO.b).

“Madde” teriminin yanı sıra, “ilaç” anlamına gelen “drug” terimi de yalnızca tedavi amaçlı üretilen kimyasal maddeleri ifade etmesi, bunun dışında kötüye kullanılabilen ve bağımlılık yapıcı etkisi olan pek çok doğal ve sentetik maddeyi içermemesi bakımından zamanla terk edilmiştir. Bağımlılık yapıcı özelliği bulunan maddelerin “yasal (legal)”, “yasadışı (illegal)” veya “yasaklı-kısıtlı (illicit)” olarak adlandırılması da bazı yasal maddelerin yasadışı yollarla elde edilmesi ya da tedavi dışı amaçlarla kullanılması gibi durumların ortaya çıkması nedeniyle zaman zaman yanlış ifadelere neden olabilmektedir (Tosun, 2008, s.201).

APA (2013), DSM-5’te bağımlılık yapıcı etkisi bulunan ve kötüye kullanılan maddeleri alkol, kafein, kannabis, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatifler - hipnotikler ve anksiyolitikler, uyarıcılar (stimulanlar), tütün ve diğer maddeler olmak üzere on grupta sınıflandırılmıştır. DSM-IV-TR’den farklı olarak kokain ve amfetaminlere ayrı başlıklar halinde değinilmemiş, bu maddeler uyarıcılar (stimulanlar) başlığı altında sınıflandırılmıştır. Ayrıca halüsinojenler, “fensiklidin” ve “diğer halüsinojenler” alt başlıklarında sınıflandırılmış, fensiklidin diğer halüsinojenlerden ayrı tutulmuştur. Bu nedenle DSM-IV-TR’de 13 olan madde sınıflandırmasının, DSM-5’te 10 olarak değiştiği görülmektedir. Bu sınıflandırma İngilizce alfabetik yazılışlarına göre aşağıdaki gibidir (Tosun, 2008; APA, 2013):

1. Alkol (*alcohol*)
2. Kafein (*caffeine*)
3. Kannabis (kenevir) (*cannabis*)
4. Halüsinojenler (*hallucinogens*)
 - a. Fensiklidin (*phencyclidine, PCP*)
 - b. Diğer halüsinojenler (*other hallucinogens*)
5. İnhalanlar (*inhalants*)
6. Opiyatlar (*opioids*)
7. Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler (*sedatives, hypnotics and anxiolytics*)
8. Uyarıcılar (*stimulants*)
 - a. Kokain (*cocain, crack*)
 - b. Amfetaminler (*amphetamine-type substances*)
 - c. Diğer veya tanımlanmamış uyarıcılar (*other or unspecified stimulants*)
9. Tütün (*tobacco*)
10. Diğer veya bilinmeyen maddeler (*other or unknown*)

Bu maddelerin kullanımına bağılı olarak ortaya çıkan ve DSM-5'te “maddeyle ilişkili ve bağımlılık bozuklukları” bağılı ile yer alan bozukluklar ise şu şekilde sınıflandırılmaktadır (APA, 2013):

- 1- Madde kullanım bozuklukları (*substance use disorders*)
 - a. Madde intoksikasyonu (*substance intoxication*)
 - b. Madde yoksunluğu (*substance withdrawal*)
- 2- Madde kullanımının yol ağıtı bozukluklar (*substance-induced disorders*)
 - a. Psikotik bozukluklar (*psychotic disorders*)
 - b. Bipolar bozukluklar (*bipolar disorders*)
 - c. Depresif bozukluklar (*depressive disorders*)
 - d. Anksiyete bozuklukları (*anxiety disorders*)
 - e. Obsesif kompulsif ve ilgili bozukluklar (*obsessive-compulsive and related disorders*)
 - f. Uyku bozuklukları (*sleep disorders*)
 - g. Cinsel işlev bozuklukları (*sexual dysfunctions*)
 - h. Deliryum (*delirium*)
 - i. Nöro-bilişsel bozukluklar (*neuro-cognitive disorders*)

ICD-11'de ise bağımlılık yapıcı maddeler ve bu maddelerin kullanılması sonucu ortaya çıkan bozukluklar, her maddenin dönemsel veya sürekli kötüye kullanımı, zehirlenme, bağımlılık, yoksunluk, erken remisyon, tam remisyon gibi dönemlerinde ortaya çıkan farklı özellikleri de ele alınarak şu şekilde sınıflandırılmıştır (WHO.b):

1. Alkol kullanımına bağılı bozukluklar
2. Kannabis kullanımına bağılı bozukluklar
3. Sentetik kannabinoid (*synthetic cannabinoids*) kullanımına bağılı bozukluklar
4. Opiyat kullanımına bağılı bozukluklar
5. Sedatif, hipnotik veya anksiyolitik kullanımına bağılı bozukluklar
6. Kokain kullanımına bağılı bozukluklar
7. Amfetaminler, metamfetamin (*methamphetamine*) veya metatinon (*methcathinone*) dahil uyarıcıların kullanımına bağılı bozukluklar
8. Sentetik katinon (*synthetic cathinone*) kullanımına bağılı bozukluklar
9. Kafein kullanımına bağılı bozukluklar
10. Halüsinojen kullanımına bağılı bozukluklar
11. Nikotin kullanımına bağılı bozukluklar

12. Uçucu inhalantların kullanımına bağlı bozukluklar
13. MDMA (*ecstasy*) veya ilgili ilaçların kullanımına bağlı bozukluklar
14. Ketamin (*ketamine*) ve fensiklidin (PCP) dahil dissosiyatif ilaçların kullanımına bağlı bozukluklar
15. İlaçlar dahil olmak üzere, diğer belirli psikoaktif maddelerin kullanımına bağlı bozukluklar
16. İlaçlar dahil olmak üzere, birden çok belirli psikoaktif maddenin kullanımına bağlı bozukluklar
17. Bilinmeyen veya belirtilmemiş psikoaktif maddelerin kullanımına bağlı bozukluklar
18. Psikoaktif olmayan maddelerin kullanımına bağlı bozukluklar
 - a. Madde veya ilaçların neden olduğu katatoni (*catatonia*)
 - b. Madde kullanımına bağlı diğer tanımlanmış bozukluklar
 - c. Madde kullanımına bağlı tanımlanmamış bozukluklar

DSM-5 ve ICD, birbirine eşlik eden yayınlar olarak kabul edilmektedir. Ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve teşhisi için bir kılavuz niteliğinde olan DSM-5, herhangi bir bozukluğun tedavisine yönelik bir yönerge içermemektedir. Ancak, zihinsel bozukluklar da dahil olmak üzere herhangi bir tıbbi durumu uygun şekilde tedavi edebilmenin ilk adımı doğru teşhisin belirlenmesi olacağından, DSM-5 de tedavinin etkinliğini ölçmede yardımcı olacak önemli bir kaynak olarak görülmektedir. ICD ise, ulusal ve uluslararası morbidite ve mortalite istatistiklerinin izlenmesi için gerekli olan ve hem DSM-5'te hem de tüm tıp alanında kullanılan kod numaralarını içermektedir. APA, iki sistemin maksimum düzeyde uyumlu olmasını sağlamak için WHO, Medikal Bakım Hizmetleri Servisleri (*Centers for Medicare ve Medicaid Services – CMS*) ve Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (*National Center for Health Statistics – NCHS*)'ne bağlı Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) ile koordine bir şekilde çalışmaktadır. Ayrıca DSM-5'in geliştirilmesi için dünyanın dört bir yanından nörobilim, biyoloji, genetik, istatistik, epidemiyoloji, sosyal ve davranış bilimleri, nozoloji ve halk sağlığı alanlarında uzman olan ve gönüllü olarak çalışan 160'tan fazla araştırmacı ve klinisyeni DSM-5 Görev Gücü (*DSM-5 Task Force*) ve çalışma gruplarında görevlendirdiği bilinmektedir.

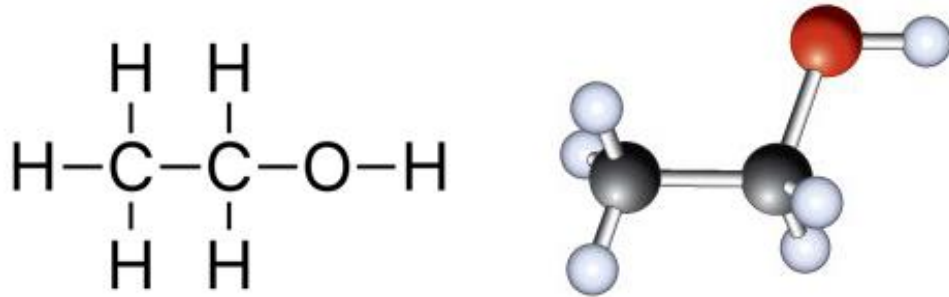
Gerek ABD'deki gerekse dünyanın büyük bir kısmındaki sağlık uzmanları tarafından ruhsal bozuklukların teşhisine yönelik en yetkili kılavuz olarak kullanılan

DSM; zihinsel bozuklukların teşhisi için en güncel açıklamaları, semptomları ve diğer kriterleri içermesi, klinisyenlerin hasta deneyimleri hakkında iletişim kurmaları için ortak bir dil sağlaması ve ruhsal bozuklukların araştırılmasında kullanılabilir tutarlı ve güvenilir tanımlar oluşturması bakımından önemli bir kaynak olarak kabul görmektedir. Bu nedenle çalışmanın devamında bağımlılık yapıcı özelliği bulunan maddelerin sınıflandırılması ve psikoaktif özelliklerinin açıklaması DSM kriterleri temel alınarak yapılacaktır.

1.5. Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Özellikleri

1.5.1. Alkol

Etil alkol olarak da bilinen ve alkollü içeceklerin içeriğinde bulunan etanol patates, tahıl, mısır, pirinç, meyve, şekerpancarı gibi bitkilerdeki şekerin fermantasyonu ile elde edilebilen; “ CH_3CH_2OH ” şeklinde formüle edilen ve elemental bileşiminde %52,18 karbon, %34,78 oksijen ve %13,04 hidrojen bulunan; berrak, renksiz, keskin kokulu, yanıcı ve uçucu bir madde olarak tanımlanabilmektedir (Üstün, 1997, s.3).



Şekil 1.2: Etanolün “ CH_3CH_2OH ” olarak gösterilen elemental formülü (The Alcohol Pharmacology Education Partnership - APEP).

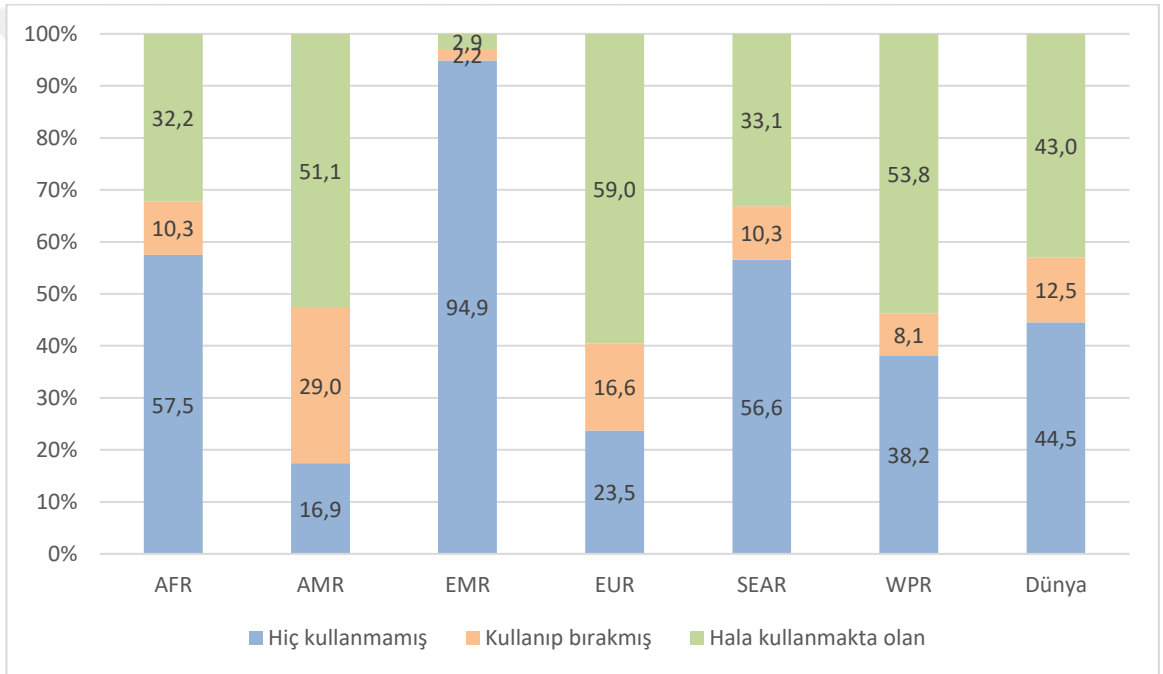
Alkollü içeceklerin farklı özelliklerini içlerine katılan diğer maddeler, fermantasyon, distilasyon (etanolün yoğunluğunun artırılması) ve yaşı belirlemektedir. Kalp damar sistemi, sindirim sistemi ve karaciğer üzerinde oldukça etkili olan alkolün zararlı etkileri yalnız içme sıklığına ve içilen içki miktarına göre değil, alkol kullanıcılarının belli bir zaman içinde tükettikleri alkol miktarına göre de şekillenmektedir. Alkol kullanımının neden olduğu kısa süreli bozukluklara psikomotor davranışlarda zayıflama, tepki süresinin uzaması, muhakeme yetisinde bozukluk, ani duygu değişimleri ve sosyal beklentilere cevap vermede azalma örnek

gösterilebilmektedir. Uzun süreli alkol kullanımında gastrit, ülser, akut ve kronik pankreatit gibi sindirim sistemi bozuklukları; polinöropati (el, ayak ve bacaklarda ağrı ve karıncalanma), demans (bunama), çift görme ve santral pontin myelinoz gibi sinir sistemi bozuklukları ile karaciğerde yağlanma, tüberküloz, siroz, zatürree, kanser gibi başka rahatsızlıkların ortaya çıktığı görülmektedir. Uzun süreli alkol kullanımından sonra gözlenen yoksunluk belirtileri ise terleme, tremor, bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk, kalp hızında artış ve epileptik nöbetler ile işitsel, görsel ve dokunsal duyu bozuklukları olarak sıralanabilmektedir (Ögel, 2010). Ayrıca karaciğer fonksiyonu bozuk olan kişiler, peptik ülseri veya peptik ülser geçmişi olan hastalar, pankreas hastaları, böbrek yetmezliği veya idrar yolu enfeksiyonu olan kişiler ile epilepsi, porfiria, hipertrigliseridemi, serebral kanama geçmişi olanlar ve hamileler için alkollü içki tüketimi ciddi zararlara sebep olabilmektedir (Uzbay, 2015, s.107).

Kaynak	Fermante edilen içkinin adı	Damıtılmış içkinin adı
Arpa	Bira, ale	İskoç viskisi
Çavdar	Çavdar birası	Çavdar viskisi
Mısır	Mısır birası	Borbon viskisi
Buğday	Buğday birası	Buğday viskisi, kom (Almanya)
Pirinç	Saki, sonti, makkoli, tuak	Shochu (Japonya), Soju (Kore), Huangjiu ve Baijiu (Çin)
Armut ve elma dışındaki meyve suları	Şarap (genelde üzümünden)	Rakı, brendi, konyak (Fransa), Branntwein (Almanya),Pisco (Peru/Şili)
Elma suyu	Elma şarabı, apfelwein	Applejack (ya da elma brendisi), Calvados, cider, lambig
Armut suyu	Perry veya armut şarabı	Armut brendisi
Şekerkamışı suyu ya da molasses	Basi, betsa-betsa	Rom, cachaça, aguardiente, guaro
Kaktüs meyvesi (agave) suyu	Pulque	Tekila, mezcal
Erik suyu	Erik şarabı	Slivovitz, tzuica, palinca
Pomace	Pomace şarabı	Grappa (İtalya), trester (Almanya), Marc (Fransa)
Bal	Mead	Damıtılmış mead (“mead brendisi” ya da “bal brendisi”)
Patates ve/veya tahıl	Patates birası	Votka (Ukrayna), aquavit ya da brännvin (İsveç), akvavit (Danimarka), akevitt (Norveç) brennivín (İzlanda)
Süt	Kımız	Araka

Tablo 1.1: Elde edildikleri hammaddelere göre fermante ve damıtılmış alkollü içki çeşitleri (Varol, 2011, s.10).

Kayaalp ve Uzbay (2009), alkolizm adı verilen alkol tipi bağımlılık ile kronik alkol kullanımını birbirinden ayırmak gerektiğini ifade etmektedir. Uzun süreli alkol kullanımının her iki kullanıcıda da alkol yoksunluğu, intoksikasyona bağlı kalıcı sağlık sorunları, adli problemler gibi etkileri görülse de; “akşamcılar” olarak tabir edilen kronik alkol kullanıcıları, alkolün günlük uğraşlarını etkilemesinden çekinecek bilinçte bir alkol tüketimi sergilemektedir. Alkolikler ise kontrolsüz bir şekilde, yer ve zaman ayırt etmeksizin alkol kullanmakta, alkolsüz kalmaktan korktukları için alkollü içki tedarik etme takıntısı duymakta ve alkol kullanımının sağlığını, aile ve sosyal çevresi ile ilişkilerini, ekonomik durumunu bozmasına aldırış etmeksizin alkol kullanımını sürdürmektedir.



Grafik 1.1: 2016 itibariyle WHO bölgeleri² ve dünyada mevcut alkol tüketicisi olan, eskiden içip bırakmış olan ve hiç içmemiş olan kişi sayılarının toplam nüfusa oranları, 2016 (WHO, 2018).

WHO'nun 2018 yılında yayınladığı Alkol ve Sağlıkla İlgili Küresel Durum Raporu (*Global Status Report on Alcohol and Health*) 2016 verilerine göre dünya nüfusunun %57'sine karşılık gelen 15 yaş ve üzeri 3.113 milyar kişinin önceki 12 ay

² WHO'ya üye olan 194 ülke bölgesel dağılıma göre gruplandırılarak; raporlama, analiz ve denetim bakımından, her birinin kendi çalışma ofisi bulunan altı bölgeye ayrılmaktadır. Bu bölgeler Afrika Bölgesi (*African Region - AFR*), Amerika Bölgesi (*Region of the Americas - AMR*), Doğu Akdeniz Bölgesi (*Eastern Mediterranean Region - EMR*), Avrupa Bölgesi (*European Region - EUR*), Güney Doğu Asya Bölgesi (*South-East Asia Region - SEAR*) ve Batı Pasifik Bölgesi (*Western Pacific Region - WPR*)'dir (WHO, 2018).

içerisinde alkol kullanmadığı; dünya nüfusunun %12,5'ine karşılık gelen 683 milyon kişinin alkol tüketimini tamamen bıraktığı; %44,5'lik bir oranla küresel yetişkin nüfusun neredeyse yarısına karşılık gelen 2.429 milyar kişinin hiç alkol kullanmadığı; buna karşılık %43'lük bir orana karşılık gelen 2.348 milyar kişinin halihazırda kullanıcı olduğu bilinmektedir (WHO, 2018, s.39).

Mevcut alkol tüketicilerinin toplam nüfusa oranları Avrupa (EUR)'da %59,9, Amerika (AMR)'da %54,1 ve Batı Pasifik (WPR)'te %53,8 olmak üzere toplam nüfusun yarısından fazlasını oluşturduğu bilinmektedir. WHO bölgeleri ve WHO üye ülkeleri arasında geçmiş 12 aylık dönemde alkol kullanmayan (*abstainer*) kişi oranının toplam nüfusa göre düşük olması, kişi başına düşen alkol tüketim miktarını (*alcohol per capita – APC*) düşüreceği için önem arz etmektedir. Bu bağlamda 2016 yılı verilerine göre son 12 aylık alkol kullanmayan kişi yüzdeleri en düşük (< %40) bölgeler genel olarak Batı Avrupa'nın yüksek gelirlili ülkeleri, Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda ile Güney Amerika'da Arjantin, Şili ve Uruguay olarak belirlenmiştir. Buna karşılık son 12 aylık alkol kullanmayan kişi yüzdeleri en yüksek (\geq %80) olan bölgeler Kuzey Afrika'daki Müslüman çoğunluklu ülkeler ve WHO Doğu Akdeniz Bölgesi olarak belirlenmiştir (WHO, 2018, s.40). Yine WHO'nun 2018 yılında yayınladığı Alkol ve Sağlıkla İlgili Küresel Durum Raporu (*Global Status Report on Alcohol and Health*) 2016 verilerine göre Türkiye'de yıllık kişi başı saf alkol tüketim ortalaması 1,4 litre olarak belirlenmiştir. TÜİK'in 2019 yılı verilerine göre ise Türkiye nüfusunun %74,4'ü hayatı boyunca hiç alkol kullanmamıştır (Özgürlük Araştırmaları Derneği, 2021).

Alkol tüketiminin verdiği zararları azaltmak bakımından neredeyse her ülkenin yazılı bir ulusal alkol politikası bulunmaktadır. 2016 yılı verilerine göre WHO'ya üye olan 80 ülkenin halihazırda bir ulusal alkol politikasının var olduğu, 8 ülkenin bir alt-ulusal politikasının bulunduğu, 11 ülkede ise alkol tüketimini tamamen yasaklayan bir düzenlemenin bulunduğu bilinmektedir (WHO, 2018). Ulusal alkol politikaları, başlı başına bir belge olarak düzenlenebileceği gibi madde bağımlılığı, bulaşıcı olmayan hastalıklar, ruh sağlığı gibi geniş bir halk sağlığı politikasının parçası da olabilmektedir. Ulusal alkol politikası oluşturulurken iyi finanse edilmesi, liderlik edecek kurum ve kuruluşların belirlenmesi, ilgili sektörlerin sorumluluklarının açıkça tanımlanmış olması ve ulaşılabilir hedef ve stratejiler belirlenmesi gerekmektedir. Böylece alkol tüketimi sınırlandırılarak, sebep olduğu zararlar minimum düzeye indirgenebilmektedir.

1.5.2. Kafein

Tein, trimetilksantin, matein, guaranin, metilteobromin olarak da bilinen fakat en yaygın adıyla “*kafein*”, doğal bir alkaloid olarak altmıştan fazla bitki türünün meyvesinden, tohumlarından ya da yapraklarından elde edilebilmektedir. Yüksek oranda kafein içermesi nedeniyle kafeinin ana kaynağı olarak kahve çekirdekleri (*coffea arabica*, *coffea robusta*), çay yaprakları (*camellia sinensis*), kola fıncığı (*cola acuminata*), kakao çekirdeği, mate ve guarana bitkileri ile bunlardan elde edilen işlenmiş kahve, çay, bitki çayları, kola, çikolata gibi gıdalar kabul edilmektedir (Mert Toprakkıran, 2010, s.5; Arpacık, 2019, s.4).

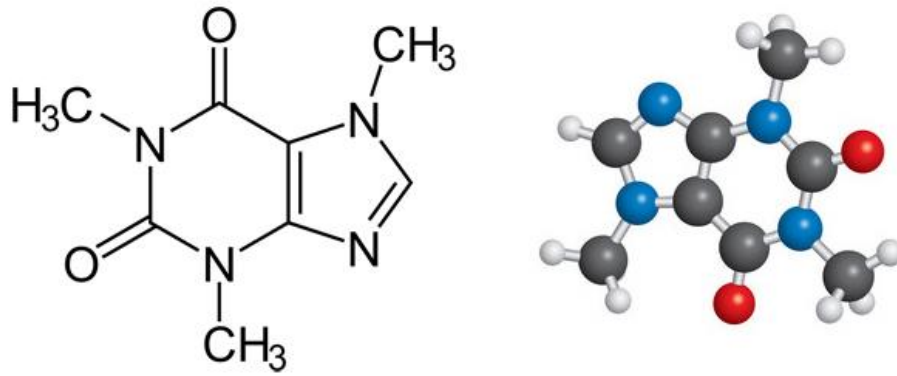
İçecek türü	Porsiyon (ml)	Porsiyon başına kafein miktarı (mg)	100 ml için kafein miktarı (mg)
Espresso	30	30-50	100-150
Filtre kahve	150	90-150	60-100
Granül kahve	150	40-108	27-72
Kafeinsiz kahve	150	2-5	1-3
Enerji içecekleri	250	85	34
Çay	250	15-55	6-22
Soğuk çay	250	15-25	6-10
Kola	250	25	10
Diyet kola	250	33	13
Kafeinsiz kola	250	0	0
Çikolatalı süt	250	2-7	1-3

Tablo 1.2: Bazı içeceklerin içerdiği kafein miktarları (Herden ve Weissert, 2018, s.4).

Kafeinin temel bileşeni, nükleik asitlerin de yapıtaşını oluşturan pürin olup; kimyasal formülü “ $C_8H_{10}N_4O_2$ ” ve kimyasal adı “*1,3,7-trimetilksantin*”dir. Kafein içeren gıdaların tüketiminden hemen sonra, alınan kafeinin %99’u mide bağırsak yoluyla hızlı bir şekilde emilerek, 30 ila 120 dakika arasında kan plazmasında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Alınan kafeinin %5’i ürine çevrilmeden vücutta kalmakta; yetişkinler için normal plazmadaki kafein seviyesi 5-20 μM^3 iken, 300 mg’lık bir kafein tüketiminden 1-2 saat sonra plazmadaki kafein seviyesi 39-46 μM

³ μM : “Mikron” veya “mikrometre” olarak adlandırılan; metrenin milyonda birine, milimetrenin binde birine eşit olan uzunluk ölçüsü birimi.

olarak belirlenmektedir. Yetişkin bireylerde kafeinin demetilasyon (metil etkisini kaybetme) süresi 2.5-6 saat arasındayken; fetüste ve yeni doğanlarda bu sürenin 32 ile 149 saat arasında değişiklik gösterebildiği saptanmıştır. Bunun nedeni, fetüste ve yeni doğanlarda plasental bariyer bulunması ve kafeinin demetilasyonu için gerekli enzimlerin bulunmaması olarak açıklanmakta; buna bağlı olarak da hamilelik sürecinde yüksek miktarda kafein tüketen kadınların yeni doğan bebeklerinin kan plazmalarında yüksek seviyelerde kafeine rastlanabilmektedir (Mert Toprakkıran, 2010, ss.9-11).



Şekil 1.3: Kafeinin " $C_8H_{10}N_4O_2$ " olarak gösterilen elemental formülü (Mert Toprakkıran, 2010, s.9)

Dünya genelinde her gün ortalama 2.25 milyar fincan kahve tüketilmesi ve 11 milyon hektarın üzerinde kahve yetiştiriciliği yapılması nedeniyle kafein denildiğinde akla ilk olarak kahve gelmektedir. Kahve isminin, Habeşistan (Etiyopya)'ın Kaffa yöresinin Arapça karşılığı olan "qahwah" kelimesinden geldiği rivayet edilmekte; bunun nedeni olarak ise Kaldin adındaki bir çobanın Habeşistan dağlarında keçilerini otlatırken, keçilerin kahve meyvesini yedikten sonra daha hareketli olduklarını görmesi ve kahve ağacını bu sayede keşfetmesi olarak gösterilmektedir. Kahve kültürünün 11. yüzyıla kadar dayandığı; 15. yüzyılda Mekke, Medine ve Mısır'a, 16. yüzyılda ise Asya ve Avrupa'ya yayıldığı bilinmektedir. Türkçe'de "kahve" olarak kullanılan kelimenin farklı dillerde "café, caffè, koffie, coffee, koffie, kaffee" gibi karşılıkları bulunmaktadır (Bayraktar ve Taşkiran, 2019, s.25; Kaya ve Toker, 2019, s.147).

Kafein tüketiminin insan sağlığı üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini ortaya koymaya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmaların çoğu uygun dozda düzenli kahve tüketiminin sağlığa olumlu etkisi olduğunu ifade etmektedir. Kafein

tüketiminin uyarıcı etki yaparak fiziksel performansı, dikkati, farkındalığı, bilgiyi işleme ve tepki hızını artırdığını (Kaplan vd., 1997; Smit ve Rogers, 2002; Lorist ve Tops, 2003; Doherty ve Smith, 2004; Cysneiros, Farkas, Harmatz, Von Moltke ve Greenblatt, 2007); motor becerilerin bozulması ve titreme gibi Parkinson (PD) hastalığı ile ilişkili semptomların azaltılmasına yardımcı olabileceğini ve Parkinson'a karşı önleyici olabileceğini (Blandini, Nappi, Tassorelli ve Martignoni, 2000; Ascheiro vd., 2001; Trevitt, Kawa, Jalali ve Larsen 2009); açlık glukozu, bozulmuş glukoz toleransı, insülin direnci, obezite, artan trigliserit, yüksek lipoprotein kolesterolü, hipertansiyon ve mikroalbüminüri ve şeker hastalığı olarak da bilinen tip 2 diabetes mellitus gibi metabolik sendromla ilgili risk faktörlerini azaltmaya yardımcı olabileceğini (Ballard, Halaweish, Stevermer, Agrawal ve Vukovich, 2006; Fujioka, Greenway, Sheard ve Ying 2006; Westerterp-Plantenga, Diepvens, Joosen, Berube-Parent ve Tremblay, 2006; Hino vd., 2007; Hollander ve Mechanick 2008; Temple 2009); UV radyasyonunun mutajenik etki göstermesini sağlayacak biçimde DNA hasarı meydana getirerek güneş ışığına bağlı cilt kanserinin önlenmesini sağladığını (Hakim, Harris ve Weisgerber 2000; Abel vd., 2007; Rees vd., 2007; Kerzendorfer ve O'Driscoll 2009) gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Heckman, Weil ve Gonzalez De Mejia, 2010, ss.80-81).

Günlük uygun dozda (20-200 mg) kafein tüketiminin yorgunluğu giderme, fiziksel performansı ve dikkati artırma gibi olumlu etkilerinin olmasına karşın; yüksek dozlarda kafein alınması durumunda anksiyete, tremor, bulantı, kusma ve kardiyak etkiler ortaya çıkabilmektedir. Uzun süreli ve düzenli olarak kafein tüketiminde ise kişi kafeine karşı bağımlılık ve tolerans geliştirmekte, kafein tüketiminin aniden kesilmesi durumunda ise baş ağrısı, gerginlik, yorgunluk, anksiyete gibi hafif seyreden yoksunluk belirtileri gözlenebilmektedir. Kafein bağımlılığının ilaçla tedavisi olmayıp, kişi kafein bağımlılığından kurtulmak istiyorsa kafein tüketimini azaltarak bırakması tavsiye edilmektedir (Arıkan, 2012, s.170).

1.5.3. Kannabis

Bir lif kaynağı olarak kullanıldığında “*kenevir*”, bir tohum yağı kaynağı olarak kullanıldığında “*kendir tohumu*”, psikoaktif olarak yasadışı kullanıldığında ise “*esrar*” ya da “*marihuana (marijuana)*” olarak adlandırılan ve “*cannabaceae*” bitki familyasının bir türü olan kannabis (*cannabis*), hem tohum ve liflerinden hem de yağından pek çok farklı amaçla yararlanılabilen bir bitki olması nedeniyle gerek

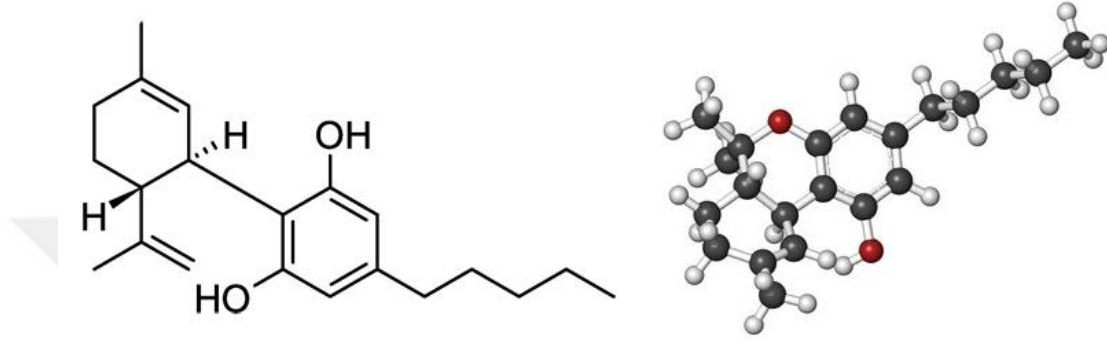
hammadde kaynağı, gerekse keyif verici madde olarak kullanılmak amacıyla tarih boyunca yetiştirilmiş önemli bir bitki türüdür (Aldemir vd., 2020, s.205). Bitkinin *cannabis sativa*, *cannabis indica* ve *cannabis ruderalis* olmak üzere başlıca üç türü olduğu bilinmektedir. *Cannabis sativa*, yüksek lif ve çok sayıda tohum içermesi nedeniyle endüstriyel amaçla üretilen, psikoaktif etkisi oldukça düşük, ıslah edilmiş bir tür olarak yetiştirilmektedir. Liflerinin oldukça uzun ve dayanıklı olması ve “lignin” maddesinin neden olduğu esneklik sayesinde kaba dokumacılıkta (halat, çuval, ağ vb.) sıklıkla tercih edilirken; tohumlarının oldukça yağlı olması nedeniyle kenevir yağının gıda ve yakıt olarak, tohumların ise sabun ve boya yapımında kullanımı oldukça yaygındır. *Cannabis indica*, tıbbi açıdan önemli bir psikoaktif bileşen olan delta-9-tetrahidrokannabinol (THC) maddesini yüksek oranda içermesi nedeniyle gerek tıp alanında gerekse esrar üretiminde yaygın olarak kullanılan bir cannabis türüdür. *Cannabis ruderalis* ise çok az miktarda THC içermesi nedeniyle psikoaktif etkisinin düşük seviyede olması, lifsiz ve tohum bakımından da zayıf olması nedeniyle endüstriyel veya tıbbi herhangi bir alanda kullanımı olmayan, yabani bir bitki türü olarak yetiştirilmektedir (Gökbulut, 2019, s.12).



Şekil 1.4: Cannabis bitkisinin alt türleri olan “*cannabis sativa*”, “*cannabis indica*” ve “*cannabis ruderalis*”in görsel ve gelişimsel farklılıkları (The Leaf Online).

Cannabis indica veya yaygın olarak bilinen adıyla esrar, alkol ve tütünden sonra dünya genelinde en sık kullanılan yasadışı psikoaktif madde olarak kabul edilmektedir. Tarihin ilk çağlarından beri çeşitli şekillerde kullanılmasına karşın, 19. yüzyıl bilim adamları tarafından esrarın psikoaktif özellikleri üzerine yoğunlaşmış ve bağımlılık yapıcı etkilerine dikkat çekilmeye çalışılmıştır. *Cannabis indica*nın etken maddesi psikoaktif bir bileşen olan “delta-9-tetrahidrokannabinol (THC)”dür. Esrarın en yaygın kullanım biçimi dumanının solunması şeklinde görülen inhalasyon yoludur. Esrar dumanının solunarak kullanılmasından itibaren 10-30 dakika içinde görülmeye

başlayan psikoaktif etkilerin yaklaşık 3 saat kadar sürdüğü; taşikardi, ağız kuruluğu, gözlerde kızarıklık ve iştah artışı gibi fizyolojik belirtiler ile renk, ses ve zaman algısında yanlıgı, öfori, konsantrasyon ve koordinasyon kaybı gibi psikolojik belirtilerle karakterize olduğu bilinmektedir. Esrar dumanının inhalasyon yoluyla sürekli kullanımında akciğerlerde tahribat, bronşit ve kanser riski bakımından sigaraya oranla 5 kat daha tehlikeli olduğu ifade edilmektedir (Uluğ ve Gürel, 2012, ss.141-143).



Şekil 1.5: Esrar olarak kullanılan cannabis indica bitkisinin etken maddesi olan delta-9-tetrahidrokannabinol (THC)'ün elemental formülü (EMCDDA.a; Live Science).

Esrarın bir diğer yaygın kullanım biçimi ise oral yoldur. Kannabinoidler yağda iyi çözünen bileşikler olup, oral yoldan alındığında sindirim sisteminde yavaşça emilimi sağlanabilmektedir. Bu nedenle kannabise bir miktar yağ ilave ederek yiyecekler (kurabiye, kek, çörek vs.) içinde kullanılmasıyla daha hızlı emilim göstermesi sağlanabilmektedir. Bir diğer yöntem ise susam yağı içerisinde çözülerek hap haline getirilmesi ve bu hapların oral yolla kullanılmasıdır. Ancak oral yolla alınan kannabis, karaciğerde ilk geçiş metabolizmasına maruz kaldığı için etkileri büyük ölçüde azalmakta; buna bağlı olarak da bu tür yöntemler kullanan kişilerin inhalasyon yoluyla alan kişilere kıyasla dozu 2-3 katına çıkarmaları gerekebilmektedir. Oral yolla alınan kannabisin maksimum etkilerinin 1-3 içinde görülmeye başlandığı ve 5 saate kadar azalarak sürebildiği bilinmektedir (Uzbay, 2015, s.211).

Kannabisin bellek üzerine etkileri ele alındığında öğrenilmiş ve uzun süre önce bellekte yer etmiş bilgilerin hatırlanmasını etkilemediği, ancak kısa süreli olarak bellekte tutulan bilgilerin geri çağırılmasını zorlaştırdığı bilinmektedir. Bir başka ifadeyle kannabis uzun süreli bellekte yer alan bilgilerin hatırlanması hususunda bir sorun teşkil etmezken; kısa süre için amaca yönelik bir bilgiyi, bir kelime veya hikâyeyi akılda tutma ve koordine etme yetisinin kaybolmasına sebep olabilmektedir. Kannabis kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan bu duruma “*temporal dağılma*

(*temporal desintegration*)” adı verilmektedir. Uzun süre kannabis ve türevlerini kullanan kişilerde bellekle ve zaman mekân algısıyla ilgili bozulmalar yaşanması da bu durumla ilişkili olarak açıklanabilmektedir (Uzbay, 2015, s.210).

Kannabisin yanı sıra, özellikle son yıllarda ülkemizde sıkça rastlanan ve gençler arasında kullanımı gittikçe artan bir diğer madde ise “*bonzai*” adı verilen sentetik kannabinoiddir. Bonzainin içeriğini esrarın etken maddesi olan delta-9-tetrahidrakannabinol ile JWH maddeleri⁴ olarak bilinen JWH-018, JWH-073, JWH-200 ve CP-47,497 gibi sentetik maddeler oluşturmakta ve bu maddelerin bitki yapraklarına emdirilmesi ya da püskürtülmesi ile bonzai adı verilen sigara karışımı elde edilmektedir. Ülkemizde özellikle son yıllarda sentetik kannabinoid kaçakçılığı oldukça artmış olup; ABD ve Çin’den yasadışı yollarla getirilen bu maddelerin kullanımı bilhassa gençler arasında yaygın hale gelmeye başlamıştır. Sentetik kannabinoidlerin kolay elde edilebilir olması, acil servislere ve hastanelerin psikiyatri kliniklerine başvuran sentetik kannabinoid kullanıcı sayısının gitgide artması ve maddenin halüsinojenik etkileri nedeniyle ölüm ve intihar vakalarında artış yaşanmaya başlaması gibi nedenlerle, 2010 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla JWH-018, CP-47,497, JWH-073, HU-210, JWH-200, JWH-250, JWH-398, JWH-081, JWH073 metil türevli, JWH-015, JWH-122, JWH-203, JWH-210 ve JWH-019 olarak bilinen sentetik maddeler “*Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun*” uyarınca denetleme altına alınmıştır (Özşeker, Dip, Dağlıoğlu ve Gülmen, 2017, s.36).

1.5.4. Halüsinojenler

Halüsinojenler, binlerce yıldır dini ritüel ve törenlerde kullanılan; algı, düşünce ve duygudurum değişiklikleri meydana getirerek kişinin gerçeklik algısının çarpıtılmasına ve derin halüsinasyonlara neden olabilen ve esrardan sonra en sık kullanılan ikinci yasa dışı madde olarak doğal ya da sentetik türlerine rastlanabilen madde grubu olarak tanımlanabilmektedir (Bonson, 2001, s.1). Halüsinojenler bazı bitkilerde ve mantarlarda doğal olarak ya da insan yapımı (sentetik) olarak

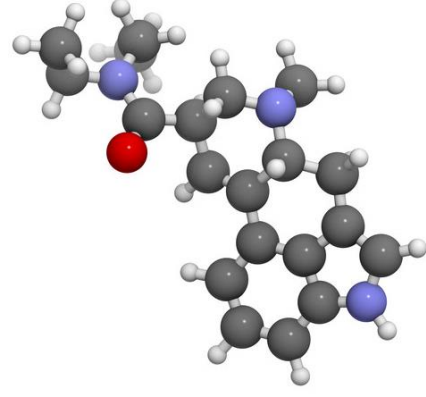
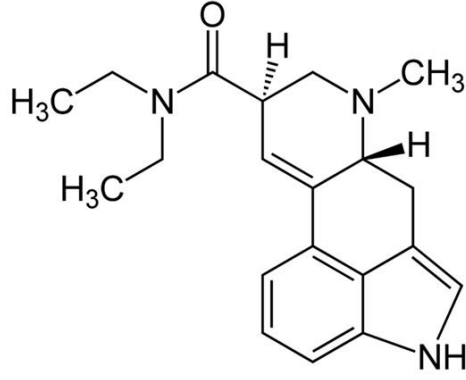
⁴ JWH maddeleri: İlk kez ABD’deki Clemson Üniversitesi’nden organik kimya profesörü John W. Huffman tarafından sentezlendiği için adını buradan alan sentetik kannabinoidlerin ortak adıdır. Huffman ve çalışma grubunun sentetik kannabinoidlerin terapötik etkisini araştırırken 400’den fazla sentetik kannabinoid sentezlediği tahmin edilmektedir. JWH-018 kolay bir şekilde sentezlenebildiğinden ve yüksek farmakolojik etkiye sahip olması nedeniyle bitkisel ürünlerde tespit edilen ilk sentetik kannabinoid olarak bilinmektedir. Sentetik kannabinoidler Avrupa’da “*Spice*”, “*Super Nova*”, “*Yucatan Fire*”, “*Diamond*”, “*Cloud 9*”, ABD’de “*K2*”, ülkemizde ise “*Bonzai*” veya “*Jameika*” adıyla sokaklarda pazarlanmaktadır (Uzbay, 2015, s.226; Özşeker, Dip, Dağlıoğlu ve Gülmen, 2017, s.35).

bulunabilmekte; *dissosiyatifler*⁵ (PCP gibi) ve *klasik halüsinojenler* olmak üzere iki geniş kategoriye ayrılmaktadırlar. Her iki halüsinojen türünün de insanlar üzerinde zamanı, hareketi, renkleri, sesleri ve kendini algılama biçimini bozarak, kullanıcıların hızlı ve yoğun duygusal dalgalanmalar yaşamalarına, gerçek gibi görünen ancak gerçek olmayan görüntüler görmelerine, var olmayan sesler ve duyular hissetmelerine, rasyonel olarak düşünme ve iletişim kurma yeteneğini geçici bir süre de olsa kaybetmelerine ve hatta bazen tuhaf veya tehlikeli davranışlarda bulunmalarına neden olabilmektedir. Özellikle dissosiyatif maddeler kullanıcının kontrolden çıkarak çevresinden ve hatta kendi vücudundan kopuk hissetmesine neden olurken; genel olarak halüsinojenik madde kullanımından uzun süre sonra dahi psikotik ataklar, solunum ve kalp aritmisi, yoksunluk gibi sendromlar gözlenebilmektedir (NIDA, 2015, s.1).

1.5.4.1. LSD ve Diğer Halüsinojenler

LSD: *Liserjik asit dietilamid (LSD)* ya da en bilinen adıyla “*asit*” kimyasal olarak “ $C_{20}H_{25}N_3O$ ” şeklinde gösterilmekte ve klasik halüsinojenler arasında halüsinojenik etkisi en güçlü olan, renksiz, tatsız, kokusuz, yarı sentetik bir madde olarak bilinmektedir. LSD, kullanan kişinin algı yapısını tamamen değiştirerek gerçek dünyadan soyutlanmasına, o anki ruh haline bağlı olarak bambaşka bir hayal alemi içinde hissetmesine sebep olabilmektedir. Kişinin LSD etkisi altındayken gördüğü halüsinasyonlar, ruh hali ile doğrudan ilişkili olup; kişi mutsuz ise kötü ve acı verici, kişi mutlu ise eğlenceli ve keyif verici hayaller görmeye eğilimli olduğu bilinmektedir (Csiernik, 2011, s. 123; Uzbay, 2015, s.257).

⁵ Dissosiyatifler (*dissociative*): Dissosiyasyon (*dissociation*) kelimesi “*çözülme, ayrılma, kopma*” gibi anlamlara karşılık gelmekte ve kişinin yakın çevresinden duygusal olarak uzaklaşması ile başlayıp, gerçeklikten tamamen kopmaya kadar varabilen farklı şiddetteki psikoz deneyimleri ifade etmektedir. Dissosiyatif bozukluklar ise kişinin çocukluk döneminde veya geçmiş yaşantısında karşılaştığı fiziksel veya duygusal travmalara bağlı olarak meydana gelen; kimlik, bellek, bilinç veya algı bütünlüğünde anlık-geçici ya da kronik olarak görülebilen bozulmalar şeklinde tanımlanabilmektedir. Dissosiyatif bozukluk, tıbbi bir neden olmaksızın, kişinin fiziksel şikâyetler, kronik kas ve mide ağrıları, bayılmalar, öfke krizleri, bazı olayları ya da kişileri unutma gibi davranışlar sergilemesi şeklinde kendini gösterebilmektedir. Bu tür etkilerin ortaya çıkmasına neden olan PCP, DXM, ketamin, salvia divinorum gibi maddeler de dissosiyatif maddeler olarak adlandırılmaktadır (Dell, 2006; Bailey ve Brand, 2017).



Şekil 1.6: LSD'nin " $C_{20}H_{25}N_3O$ " olarak gösterilen elemental formülü (ACS.a).

LSD, 1943 yılında Albert Hoffman adlı İsviçreli bilim insanı tarafından keşfedilmiştir. Şizofreni tedavisinde kullanmak üzere çeşitli otların psikotrop etkilerini araştıran Hoffman, arpa, buğday, mısır, çavdar gibi tahılların üzerinde asalak olarak yetişen "*çavdarmahmuzu (claviceps purpurea)*" adlı zehirli mantarda bulunan "*ergotamin*" adlı halüsinojenik maddeyi sentezleyerek; yarı sentetik ve halüsinojen türevlerinden biri olan LSD'yi elde etmiştir. Başta kristal formda üretilen LSD'nin en yaygın kullanım biçimi "*mikro noktalar (microdots)*" olarak bilinen tabletler, "*hits*" adı verilen şeker küpleri ya da "*pencere camları (window panes)*" olarak adlandırılan ince jelatin kareler veya pul formunda kesilmiş kurutma kağıtları ile oral yolla alınmasıdır. Bir seferlik dozu $25-50\mu\text{g}$ ⁶ olup, $300\mu\text{g}$ 'a kadar dozlarda kullanılabilir. Ortalama $100-200\mu\text{g}$ doz LSD kullanımından yaklaşık 30-90 dakika sonra kan basıncı, kalp atışı ve vücut ısısında artış, baş dönmesi ve uykusuzluk, iştahsızlık, ağız kuruluğu, terleme, uyuşma, halsizlik ve titreme, öfori, hızlı duygusal değişimler gibi etkiler gözlenebilmekte; etki süresi genellikle 9-12 saat arasında değişebilmektedir. LSD'nin yüksek halüsinojenik etkilerine karşın düşük bağımlılık riski gösterdiği ifade edilmektedir (Bonson, 2001, s.2; Laing, Beyerstein ve Siegel, 2003, s.39; Akvardar, 2012, s. 181; NIDA, 2015, s.2; Uzbay, 2015, s. 258).

Psilosibin (*psilocybin*) / Sihirli mantar (*magic mushroom*): *Psilosibin (psilocybin)* ya da en bilinen adıyla "*sihirli mantar (magic mushroom)*", Güney Amerika, Meksika ve Amerika Birleşik Devletleri'nin tropikal ve subtropikal bölgelerinde bulunan "*psilocybe cubensis*" gibi "*psylocybe*" türü mantarlardan elde edilebilen ve kimyasal olarak "*4-fosforiloksi-N, N-dimetiltriptamin*" şeklinde formüle edilen halüsinojenik bir madde olarak tanımlanmaktadır. Psilosibin mantarları

⁶ μg : "*Mikrogram*" olarak adlandırılan; gramın milyonda birine, miligramın binde birine eşit olan ağırlık ölçüsü birimi.

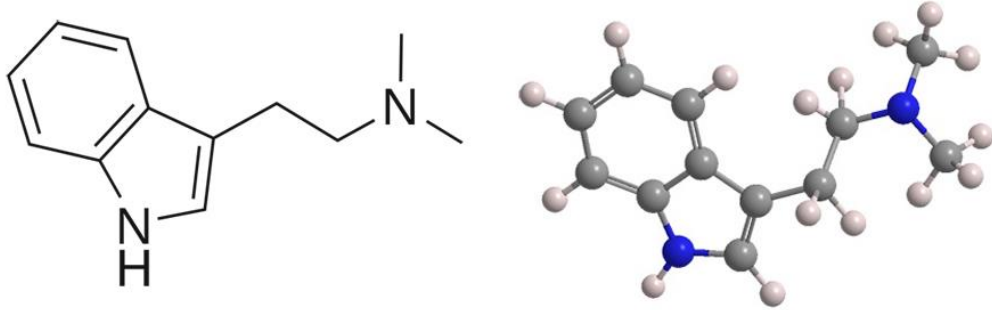
kurutulmuş veya taze olarak bulunabilmekte; çiğ olarak yenebilmekte, yiyeceklerle karıştırılabilmekte veya demlenerek çay haline getirilebilmektedir. Psilosibinin psikotrop etki potansiyelinin, LSD'nin yaklaşık %1'i kadar olduğu bilinmekte ve ortalama dozu 5-15 mg arasında değişmektedir. Psilosibin kullanıldığı andan itibaren yaklaşık 1.5 saat sonra düşük dozda alınan esrar etkilerine benzer şekilde gevşemeye neden olabildiği gibi; sinirlilik hali, paranoya ve panik reaksiyonları, içe dönük ruh hali gibi etkiler gösterebilmekte ve etki süresi genellikle 4-6 saat arasında değişebilmektedir. Psilosibin, beynin her yerindeki serotonin reseptörlerine bağlanmakta ve halüsinasyonların yanı sıra sinesteziye veya iki duyunun karışmasına (örneğin psilosibin etkisi altındaki kişinin renklerin kokusunu alabilmesine) neden olabilmektedir. Bazı kaynaklarda taze psilosibin mantarlarının ezildiğinde maviye döndüğünden söz edilmekte ancak bu güvenilir bir tanımlayıcı özellik olarak gösterilememektedir (Bonson, 2001, s.2; Passie, Seifert, Schneider ve Emrich, 2002, s.357; NIDA, 2015, s.4; Uzbay, 2015, s. 262).



Şekil 1.7: “*Psilosibin (psilocybin)*” ya da “*sihirli mantar (magic mushroom)*” olarak da bilinen psilocybe türü halüsinojenik mantarlardan bazıları (Spores Lab).

DMT: *Dimetiltryptamin (N, N-dimethyltryptamine)* veya yaygın kullanılan kısa adıyla *DMT*, insan, hayvan ve bitkilerde bulunabilen; insanlarda en çok doğum ve ölüm anında salgılanmakla birlikte, beynin tam ortasında bulunan epifiz bezi (diğer adıyla pineal bez) tarafından uyku esnasında salgılanan ve zaman algısında yanılığa neden olan bir çeşit halüsinojendir (Rodrigues, 2018). Kimyasal olarak “ $C_{12}H_{16}N_2$ ” şeklinde gösterilen ve sentetik olarak kolayca üretilebilen DMT'nin güçlü bir halüsinojen olduğu ve etkin dozunun vücut ağırlığına göre değişmekle birlikte, kilogram başına 1 mg olduğu ifade edilmektedir (Uzbay, 2015, s.264). Sentetik

DMT'nin hippî kültüründe halüsinojen olarak LSD yerine kullanılmasının yanı sıra, halüsinojenik özellikleri nedeniyle psikoz için model olarak, beden dışı deneyim (*outside the body experience - OBE*)⁷ ve rüyaları incelemek için kullanıldığı da bilinmektedir.



Şekil 1.8: DMT'nin " $C_{12}H_{16}N_2$ " olarak gösterilen elemental formülü (ACS.b).

Ayahuasca: Halüsinojenik bileşikler içeren ve bu nedenle algı ve durum değişikliğine neden bitkilerden bir diğeri, eski zamanlardan beri Amazon ormanlarında yaşayan çok sayıda yerli kabilenin de dinî, tıbbî, sosyal ve sanatsal yaşamlarında önemli bir yere sahip olan "*ayahuasca*"dır. Amazon ormanlarında yetişmekte olan "*banisteriopsis caapi*" ile "*psychotria alba*" ya da "*psychotria viridis*" adı verilen iki bitkinin birarada kaynatılmasıyla elde edilen ayahuasca çayının kimyasal bileşenleri arasında "*harmin*", "*harmalin*", "*tetrahidroharmin*" ve "*dimetiltriptamin*" gibi halüsinojenik maddeler bulunduğu; bu sayede ayahuasca'nın ruhsal dünyaya ilişkin algının açılmasını sağladığı ve bu nedenle de bilhassa şaman inancında büyü, kehanet, hastalıkların teşhisi ve tedavisi, avcılık gibi amaçlara yönelik kullanıldığı bilinmektedir. Güçlü halüsinojenik etkileri nedeniyle ayahuasca, yüzyıllardır Amazon bölgesindeki en önemli manevî ritüeli oluşturmakta, özellikle yerliler için saygıyla ve doğru koşullar altında alınması gereken çok güçlü bir içecek olarak kabul edilmektedir (Rivier ve Lindgren, 1972, s. 101; Şahin, 2021, s.235).

⁷ Beden dışı deneyim (*outside the body experience - OBE*): Parapsikolojide kullanılan "*astral seyahat*" kavramına karşılık gelen ve kişinin kendi vücudunu ve dünyayı fiziksel bedeninin dışındaki bir yerden algıladığı; ruhun fiziksel sınırlamalardan kurtularak kısa ya da uzun seyahatler yapabildiği bir ototokopi (kendini görme) biçimi olarak tanımlanmaktadır. Azımsanamayacak sayıda kişi tarafından deneyimlendiği iddia edilen ve deneyimleyen kişilerin ifadelerine göre kişinin kendi vücudunu ve bulunduğu mekânı dışarıdan gözlemleyebildiği, duvarların ve nesnelerin içinden geçebildiği bir deneyim olmakla birlikte, bilimsel olarak karşılığı bulunmayan bir fenomendir.



Banisteriopsis caapi



Psychotria alba
Psychotria viridis



Ayahuasca

Şekil 1.9: Ayahuasca çayının içeriğinde bulunan ve Amazon bölgesinde yetişmekte olan “*banisteriopsis caapi*” ile “*psychotria alba*” ve “*psychotria viridis*” bitkilerine ait görseller (iStock.a).

Günümüzde ise Brezilya başta olmak üzere Güney Amerika’daki büyük şehir merkezleri ile Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, İspanya, İtalya ve Japonya’da kullanıldığı tahmin edilmekte, ancak ülkemizde DMT kullanımı ve satışı yasak olduğu için ayahuasca kullanıldığına dair bir veri bulunmamaktadır. Ayahuasca’nın güçlü psikoaktif etkilerinin tehlikeli sonuçları olabileceği görüşünün yanı sıra, depresyon tedavisinde kullanılabileceği savından yola çıkılarak yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin ayahuasca’nın yasal olduğu Brezilya’da yapılan bir çalışmada, antidepresan ilaçlara direnç gösteren 14 deneğe tek doz ayahuasca verilirken, aynı durumdaki 15 deneğe ayahuasca içermeyen başka bir içecek verilmiş ve plasebo etkileri gözlenmiş; 1 hafta süren uygulamanın sonunda ayahuasca verilen katılımcıların depresyon belirtilerinde %64 azalma olduğu tespit edilmiştir. Ancak ayahuasca’nın kalıcı etkilerinin olup olmadığının anlaşılması daha uzun süreli araştırmalar gerektirdiği için henüz bir tedavi yöntemi olarak görülmemekte; yüksek halüsinojenik etkileri nedeniyle yasadışı maddeler arasında kabul edilmektedir (Sezer, 2017).

Meskalin (*mescaline*): Kimyasal olarak “*3,4,5-trimethoxyphenethylamine*” olarak gösterilen “*mescaline*”, LSD ve psilosibin ile karşılaştırılabilecek düzeyde halüsinojenik etkileri bulunan ve bitkisel yolla elde edilebilen psikoaktif bir protoalkaloid olarak tanımlanmaktadır. Meskalinin psikoaktif etkileri 16. yüzyılda İspanyolların Meksika’yı fethetmesinden itibaren biliniyor olsa da, kimyasal olarak ilk kez 1897 yılında Alman kimyager Arthur Heffter tarafından tanımlanmış; 19. yüzyılın sonlarında ise Batılı araştırmacıların halüsinojenik maddelerle giderek daha fazla ilgilenmeye başlaması üzerine, 1918’de Viyanalı kimyager Ernst Späth tarafından sentezlenmiş, bu sırada Heffter tarafından ortaya atılan formüldeki küçük ancak

önemli bir hatanın düzeltilmesini sağlamıştır (Mchem, 2021). Ortalama tek kullanım dozu yaklaşık 400 mg olan ve psikoaktif etkisi 12-15 saat arasında süren meskalinin, LSD'den 10.000 kat daha az güçlü bir halüsinojen olduğu ve çoğu halüsinojen gibi, beyindeki serotonin reseptörlerine bağlanarak yüksek duyumlara ve hayali görüntülere neden olduğu bilinmektedir. Meskalinin bilinen en belirgin yan etkisi ise kusmanın eşlik ettiği erken ve yoğun mide bulantısı olarak belirlenmiştir (Bonson, 2001, s.3).

En yüksek meskalin kaynağı olarak görülen “*peyote kaktüsü (lophophora williamsii)*”’nün, Güney Amerika’nın özellikle Meksika bölgesinde yetişen bir bitki türü olarak, kızılderililer ve Meksika’daki Huicholler başta olmak üzere yerli kabileler tarafından 3000 yılı aşkın bir süredir dinsel seremonilerde sıkça kullanıldığı bilinmektedir (El-Seedi, De Smet, Beck, Possnert ve Bruhn, 2005, s.239). Yapısında yüksek miktarda meskalin bulunduran bir diğer bitki türü olan “*San Pedro kaktüsü (trichocereus pachanoi)*”⁸ ise, Peru'dan Ekvador'a uzanan geniş bir coğrafyada boyunca Güney Amerika tarihinde oldukça eski bir yere sahip olan ve şaman ritüellerinde sıkça kullanılan bir kaktüs türü olarak bilinmektedir (Crosby ve McLaughlin, 1973, s.416).



Peyote kaktüsü
(Lophophora williamsii)



San Pedro kaktüsü
(Trichocereus pachanoi)

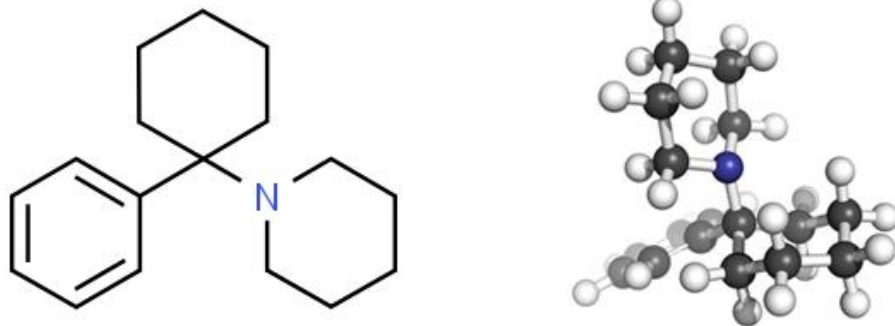
Şekil 1.10: Yüksek miktarda meskalin içeren “*peyote kaktüsü (lophophora williamsii)*” ve “*San Pedro kaktüsü (trichocereus pachanoi)*” bitki türlerine ait görseller (iStock.b).

⁸ San Pedro kaktüsünün biyolojik adı bazı kaynaklarda “*trichocereus pachanoi*” olarak geçerken, diğer kaynaklarda ise “*echinopsis pachanoi*” olarak geçmektedir. Bunun nedeni “*echinops*” ve “*trichocereus*” türlerinin aynı kaktüs ailesinden gelmesine ve temelde aynı bitki türü olmasına karşın; echinops kaktüslerinin Güney Amerika'ya, trichocereus kaktüslerinin ise Peru'ya özgü olmasıdır. İki tür arasındaki en temel farklar olarak echinopsin çoğunlukla yaylalarda yetişen çok yıllık bir bitki olması ve genellikle yiyeceklerde kullanılmasına karşılık, trichocereusun çoğunlukla ovalarda yetişen yıllık bir bitki olması ve sadece süs amaçlı kullanılması, yenilebilir olmaması gösterilmektedir. İki bitkinin en önemli ortak özelliği ise yüksek miktarda meskalin kaynağı olmalarıdır (Succulent Shrub).

Peyote ve San Pedro kaktüslerinin yanı sıra Peru meşalesi kaktüsünde (*echinopsis peruviana*), Bolivya meşalesi kaktüsünde (*echinopsis lageniformis*) ve “*acacia berlandieri*” başta olmak üzere fasulye ailesinin “*fabaceae*” türü üyelerinde de az miktarda meskalin bulunduğu belirlenmiştir (Ogunbodede, McCombs, Trout, Daley ve Terry, 2010).

1.5.4.2. Fensiklidin ve Diğer Dissosiyatifler

Fensiklidin (*phencyclidine – PCP*) / Melek tozu (*angel dust*): 1950’li yıllarda ameliyatlarda genel anestezi ve hayvan sakinleştirici olarak kullanılmak üzere sentetik olarak geliştirilen “*fensiklidin (phencyclidine – PCP)*”, hastaların anestezi uyanırken oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, disfori, deliryum gibi davranış değişiklikleri göstermesi ve halüsinojenik etkilerinin kötüye kullanımının artması nedeniyle 1967 yılında ABD’de yasadışı maddeler sınıfında kabul edilmiş bir dissosiyatif türü olarak bilinmektedir (Gundlach, Largent ve Snyder, 1986, s.1). En yaygın kullanılan halüsinojenik maddelerden biri olarak kabul edilen ve “*melek tozu (angel dust)*” başta olmak üzere, “*ozon (ozone)*”, “*aşk teknesi (love boat)*”, “*barış hapı (PeaCe Pill)*”, “*roket yakıtı (rocket fuel)*”, “*öldürücü ot (killer weed)*”, “*süperçim (supergrass)*”, “*domuz (hog)*”, “*at sakinleştirici (horse tranquilizer)*” gibi pek çok farklı isimle de anılan fensiklidin; kristal toz (melek tozu), tablet (PeaCe Pill), kapsül ya da sıvı formlarda bulunabilmektedir. Kimyasal adı “*1-(1-phenylcyclohexyl) piperidine*” olan ve “*C₁₇H₂₅N*” şeklinde formüle edilen fensiklidin burundan çekilerek, yutulmuş, enjekte edilerek veya marihuana, tütün, maydanoz gibi bitkiler ile birlikte yakılıp dumanı solunarak kullanılabilir (O’Shea, 2000; Bey ve Patel, 2007).



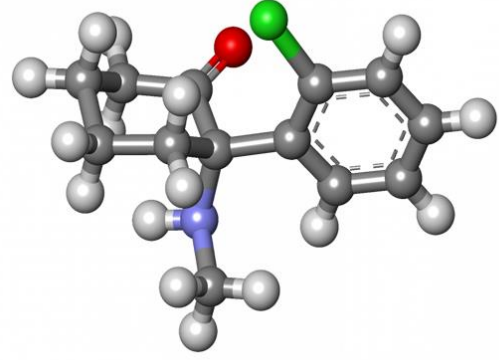
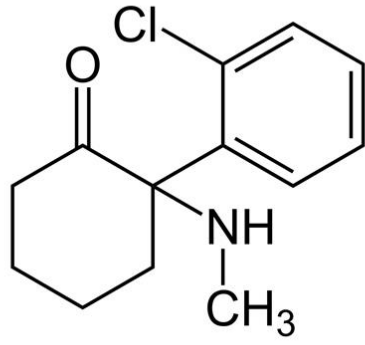
Şekil 1.11: Fensiklidinin “*C₁₇H₂₅N*” olarak gösterilen elemental formülü (ChemSpider.a).

Fensiklidinle birlikte kullanılan ortalama bir esrar sigarasının 1 ila 10 mg arasında, ortalama bir fensiklidin tabletinin ise 1-6 mg ağırlığında fensiklidin içerdiği

bilinmektedir. Fensiklidin lipofilik (yağda çözünen) bir madde olarak vücut tarafından beyinde ve yağ dokusunda önemli süreler boyunca depolanabilmektedir. Karaciğerde işlenen fensiklidinin yarılanma ömrü 7 ila 50 saat arasında değişiklik gösterebilirken, vücuttan tamamen atılması ise genellikle alımından sonraki 72 saat içinde gerçekleşmektedir. Fensiklidin kullanan bireyde öfori, her şeye gücü yetme, insanüstü güç ve sosyal ve cinsel yiğitlik yanılması uyandırma gibi özellikler fensiklidinin en bilinen etken özellikleri olmakla birlikte; kullanıldığı miktara bağlı olarak farklı psikotik davranış özellikleri gözlenebilmektedir. Örneğin 2-5 mg fensiklidin kullanan bir kişinin sarhoş, öngörülemeyen, coşkulu, kavgacı, öfkeli ve müstehcen davranışlar sergileyebileceği, artan ve azalan düzeylerde letarji⁹ ve ajitasyon durumları yaşayabileceği; 5-25 mg arasında fensiklidin kullanan kişide sersemlik, hafif koma, yüksek acıya karşı direnç, kas kasılmaları, tuhaf duruşlar gözlenebileceği; 25 mg ve üzerinde fensiklidin kullanan kişinin ise yüksek acıya karşılık vermeyen koma hali, hipertermi, konvülsiyonlar ve hatta ölüm gibi durumlarla karşılaşabileceği ifade edilmektedir. Fensiklidinin basit ve kolay üretilebilen bir sentetik olması hem en çok satılan ve kullanılan yasadışı maddelerden biri olmasına hem de başka birçok yasadışı sentetik maddenin katkı maddesini oluşturmasına neden olmaktadır (Milhorn, 1991; Williams ve Keyes, 2001; Bey ve Patel, 2007).

Ketamin (*ketamine*): Ketamin, görüntü ve ses algılarını bozma, kişinin gerçek dünya ile bağlantısı kopmuş hissi yaratma ve kontrol kaybı gibi bazı halüsinojenik etkileri olan ve bu nedenle dissosiyatifler sınıfında yer alan bir anestetik olarak tanımlanmaktadır (Green, Roback, Kennedy ve Krauss, 2011, s.449). Kimyasal formülü " $C_{13}H_{16}ClNO$ " olarak gösterilen ketaminin ilk olarak 1962 yılında Wayne State Üniversitesi'nde kimya profesörü ve Parke-Davis Laboratuvarları'nın danışmanı olan Calvin Stevens tarafından fensiklidine alternatif olarak "*CI-581*" kod adıyla sentezlendiği; 1964 yılında fensiklidine kıyasla daha düşük halüsinojenik etkiler ve daha kısa psikotomimetik etkiler gösterdiğinin ispatlanması üzerine 1970'lerden itibaren ABD'de ve diğer pek çok ülkede insanlar ve hayvanlar üzerinde kısa süreli sedasyon ve anestezi amacıyla tıbbi olarak kullanılmaya başlandığı bilinmektedir (Domino, 2010, s.679). Ancak kötüye kullanımının artması sonucu 1999 yılında ABD Kontrollü Maddeler Yasası kapsamında narkotik olmayan maddeler arasında sınıflandırılmıştır.

⁹ Letarji: Kişinin yaşam işlevlerinin en aza indiği ve sürekli uyku halinin egemen olduğu duruma verilen isimdir.



Şekil 1.12: Ketaminin “ $C_{13}H_{16}ClNO$ ” olarak gösterilen elemental formülü (ChemSpider.b).

Genellikle berrak bir sıvı veya beyaz (ya da kirli beyaz) bir toz halinde bulunan ketamin tipik olarak küçük cam şişelerde, küçük plastik torbalarda ya da kapsüller halinde bulunabilmektedir. Ketaminin intravenöz (damara enjekte), intramüsküler (kasa enjekte), oral, nazal, rektal, transmukozal ve epidural gibi birkaç farklı yolla uygulanabiliyor olması nedeniyle diğer anestezi ve halüsinojenik maddelere göre daha çok tercih edilmektedir. Kullanılacak dozun miktarı, uygulama yoluna ve tercih edilen terapötik etkiye bağlı olarak değişmekle birlikte; ortalama doz anestezi induksiyonu için 0.5-2.0 mg/kg intravenöz veya 5-10 mg/kg intramüsküler, subanestetik dozda sedasyon ve analjezi için 0,5-1,0 mg/kg intravenöz veya 0,5-5,0 mg/kg intramüsküler olarak belirlenmiştir (Amornyotin, 2014, s.43). Ketaminin ilk etkileri intravenöz olarak uygulandığında saniyeler içinde, intramüsküler olarak enjekte edilirse 1-5 dakika, burundan verilirse 5-10 dakika ve oral olarak verilirse 15-20 dakika içinde görülebilmekte; etki süresi enjekte edildiğinde 30-45 dakika, burundan çekildiğinde 45-60 dakika ve ağızdan alındığında ise 1-2 saat aralığında değişebilmektedir. Bu etkiler genellikle kalp atış hızında ve kan basıncında kademeli olarak azalan bir artış, istem dışı hızlı göz hareketleri, gözbebeklerinde genişleme, salya akması, gözyaşı salgıları ve kasların sertleşmesi gibi fiziksel; ajitasyon, depresyon, bilişsel zorluklar, bilinç kaybı ve amnezi gibi bilişsel olarak kendini gösterebilmekte, aşırı dozda alınması durumunda ise bilinç kaybına ve tehlikeli bir şekilde nefes alışın yavaşlamasına neden olabilmektedir (Sinner ve Graf, 2008, s.4; DEA.a).

Karacaer (2015), ketaminin anestezi olarak kullanımının yanı sıra depresyon ve bipolar bozukluk tedavisinde antidepresan olarak da kullanılabileceğini ifade eden

araştırmasında, bununla ilgili daha önce yapılmış ve kanıt niteliği taşıyan pek çok çalışmaya yer vermiştir. Buna göre subanestezik dozlarda ketamin tedavisi uygulanan depresyon hastalarında depresif semptomlarda gerileme olduğu (Berman vd., 2000; Zarate vd., 2006; Murrrough vd., 2013); ketaminin bipolar bozukluk vakalarında da hızlı ve etkin yanıt sağladığı (Diazgranados vd., 2010; Zarate vd., 2012); ayrıca ketaminin depresif hastalarda akut intihar riskini hızlı bir şekilde azalttığı (Price, Nock, Charney ve Mathew, 2009; Larkin ve Beautrais, 2011; Thakurta vd., 2012) ifade edilmiştir. Algın, Hökenek ve Yıldırım (2019, s.781) da ketaminin tıp alanında (özellikle ciddi travma hastalarında) güncel kullanımının arttığını ve diğer anestezi ajanlarına göre daha güvenli yan etki profiline sahip olması nedeniyle anestezi ve analjezik olarak öncelikli tercihler arasında yer aldığını ifade etmektedirler. Özellikle pediatrik anestezide, çocuk hastaların ameliyat öncesi enjeksiyon korkusunu, anne babadan ayrılıp ameliyathane ve yoğun bakım gibi yabancı olduğu ortamlara gitmenin verdiği anksiyeteyi ve anestezinin psikolojik ya da fizyolojik etkileri en aza indirebilmek için de premedikasyon yöntemi olarak oral, nazal ya da rektal yoldan midazolam ile birlikte ketamin uygulandığı bilinmektedir (Göksu, Öner, Tahtacı, Göğüş ve Güngör, 1997; Şentürk, Kuvaki ve Arkan, 1997; Arslan vd., 2000; Yeşilbaş, 2017). Ketamin gibi genel anestezi veya antidepresan amaçlı kullanılmakta olan bir dissosiyatif halüsinojen ise ketaminin aktif enantiyomeri¹⁰ olan “*esketamin*”dir. Anestezide kullanılan ketaminin analjezi, amnezi, bilinç kaybı ve hareketsizlik gibi beklenen etkilerinin yanı sıra anesteziden uyanırken ortaya çıkan bazı olumsuz psikolojik etkilere de sahip olması, yerine etki gücü daha yüksek ancak yan etkileri daha az olan esketamin kullanımının artmasına neden olmuştur (Amornyotin, 2014, s.42). Depresyon tedavisinde kullanılan “*Spravato*” ve anestezi amaçlı kullanılan “*Ketanest*” piyasada en sık kullanılan esketamin markaları olarak bilinmektedir.

¹⁰ Enantiyomer: Kimyada “*enantiyomer*” kavramı, bir insanın sağ ve sol ellerinin aynı fakat birbirinin zıttı olması gibi, biri diğerinin birebir ayna görüntüsünde molekül dizilimine sahip; eşit miktarlarda ancak düzlemsel polarize olmuş ışığı zıt yönlere döndürmek dışında özdeş kimyasal ve fiziksel özelliklere sahiptir kimyasalları ifade etmektedir. Enantiyomerlerden birisi polarize ışığın yayılma düzlemini sağa çevirirken diğeri sola çevirir. Enantiyomerlerin fiziksel ve kimyasal özellikleri genellikle aynı olmakla birlikte, diğeri asimetrik moleküllerle tepkimelerinde farklılık gösterirler.



Şekil 1.13: Tıbbi anestezi amaçlı kullanılan ketamin ile antidepresan amaçlı burun spreyi olarak kullanılan “Spravato” ve anestezi olarak kullanılan “Ketanest” adlı esketaminlere ait görseller (Merit Pharmaceutical, HiTech Glitz; Pfizer).

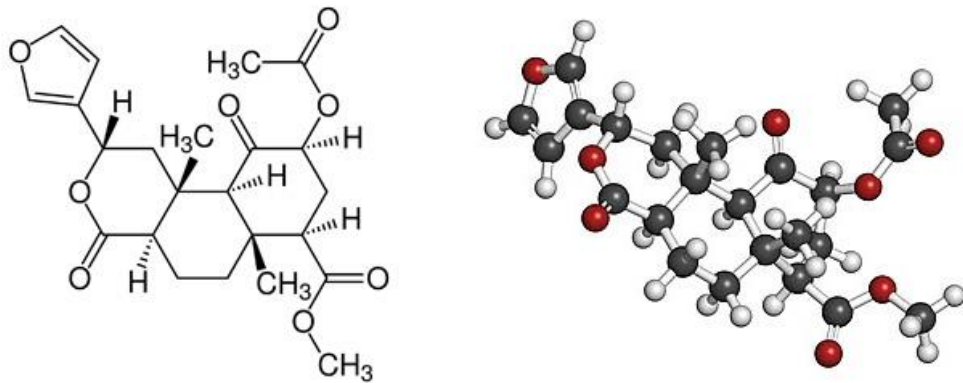
Psikoaktif yan etkilerinin keşfedilmesiyle birlikte eğlence amaçlı kötüye kullanımı artan ve kullanıcılar arasında “K, Ket, Special K, Lady K, Jet, Super Acid, Bump, Special La Coke, KitKat, Cat Valium, Vitamin K, Keller, Barry Keddle, The Hoos” gibi isimlerle de anılmaya başlanan ketaminin fiziksel etkilerinin fensiklidine (PCP), psikoaktif etkileri sonucu kullanıcılarda meydana gelen görsel efektlerin ise LSD’ye benzediği ifade edilmektedir. Ketaminin, kullanan kişilerin bilinç düzeyinden uzaklaşarak, sedasyon, dokunulmazlık hissi, artan dikkat dağınıklığı ve yönelim bozukluğu, yoğun halüsinasyon ve rüya benzeri durumlar, beden dışı deneyimler gibi psikoaktif süreçler yaşamaları sonucunda muazzam bir psikolojik bağımlılığa, düzenli kullanımı sonucunda meydana gelen tolerans ve kullanılan dozu artırma eğilimine bağlı olarak da fiziksel bağımlılığa neden olabildiği bilimsel olarak ortaya konulmuştur (Sinner ve Graf, 2008, s.329).

Salvia divinorum (Diviner’s sage): “Kahin’in adaçayı (Diviner’s sage)”, “mistik adaçayı (mystic sage)”, “sihirli nane (magic mint)” gibi isimlerle de adlandırılan “salvia divinorum”, Meksika’nın Oaxaca bölgesinde geleneksel olarak yetiştirilen, halüsinojenik özelliklere sahip, nane (*lamiaceae*) familyasına ait bir adaçayı türü olarak bilinmektedir. İlk olarak Meksika’nın Oaxaca bölgesindeki Mazatec Kızılderilileri tarafından şamanistik amaçlar için kullanıldığı ve geçmişinin Azteklere kadar uzanabileceği tahmin edilen salvia divinorum bitkisinin, bazı yerli Meksika kültürlerinin dini törenlerinde hala kullanılmaya devam ettiği bilinmektedir (Lange, Reed, Ketchie Croff ve Clapp, 2008, s.263; Vohra, Seefeld, Cantrell ve Clark, 2011, s.643).



Şekil 1.14: “Kahin’in adaçayı (*Diviner’s sage*)” olarak da bilinen “*salvia divinorum*” bitkisine ait görseller (CadNav; Diversified Risk Management).

*Salvia divinorum*ün etken maddesi, ilk kez 1982 yılında *salvia divinorum*ün yapraklarından ayrıştırılan ve halüsinojenik özelliklere sahip olan “*salvinorin A*” maddesidir. Kimyasal formülü “ $C_{23}H_{28}O_8$ ” olan *Salvinorin A*, bilinen tek alkaloidal olmayan halüsinojen olması ve doğal olarak meydana gelen nitrojen olmayan ilk bileşik olması nedeniyle kimyasal ve farmakolojik açılarından benzersiz kabul edilmektedir. *Salvinorin A*’nın LSD, psilosibin, meskalin, DMT gibi klasik halüsinojenlere aracılık ettiği bilinen 5-HT_{2A} reseptörleri ile afinitesi olmamasına rağmen, algısal çarpıtmalar, duygulanım, davranış ve bilişte değişiklikler ve vücut dışı deneyimler dahil olmak üzere benzer psikoaktif etkilere neden olduğu ve bu etkilerin yoğun ancak kısa süreli olduğu bilinmektedir (Brito-da-Costa, Dias-da-Silva, Gomes, Dinis-Oliveira ve Madureira-Carvalho, 2021, s.2).

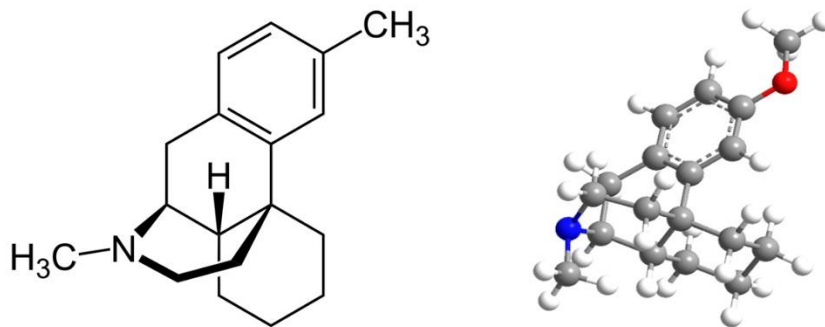


Şekil 1.15: *Salvia divinorum* bitkisinin etken maddesi olan “*salvinorin A*”nın “ $C_{23}H_{28}O_8$ ” olarak gösterilen elemental formülü (PubChem.a).

Salvia divinorumun genel olarak yaprakların çiğnenmesi ve yutulması, yaprakların ezilerek özünün çıkarılması ve bu özün içilmesi veya yaprakların tütsülenerek dumanının solunması olmak üzere üç şekilde kullanıldığı; yaprakların çiğnenmesi ve dumanın solunması yöntemlerinin eğlence amaçlı kullanımda en yaygın yöntemler olduğu bilinmektedir. Yaprakların yakılarak dumanının solunması sonucunda oluşan halüsinojenik etki diğer yöntemlere kıyasla çok daha güçlüdür ve 15 dakika kadar sürebilmektedir. Yaprakların çiğnenmesi ya da özünün içilmesi sonucunda ise etki azalmakta ancak etki süresi 1 saate kadar uzayabilmektedir (Grundmann, Phipps, Zadezensky ve Butterweck, 2007, ss.1039-1040).

Salvia divinorumun halüsinojenik etkilerinin gençler arasında keşfedilmesi ve kolay erişilebilir olması nedeniyle 1990'ların ortalarından itibaren kötüye kullanımının arttığı; müstahzar olarak tütsü dükkanlarından ve internet perakendecilerinden kolaylıkla satın alınabiliyor olması nedeniyle yalnızca dini ritüellerde değil, ergenler ve yetişkinler arasında eğlence amaçlı olarak kullanımının da yaygınlaştığı bilinmektedir (Vohra, Seefeld, Cantrell ve Clark, 2011, s.643).

DXM (Dextromethorphan): DXM, bir opiyat olmamasına rağmen kimyasal olarak kodein ile ilişkili; reçetesiz temin edilebilen 140'tan fazla öksürük ve soğuk algınlığı ilacının tek başına ya da analjezikler (örn., asetaminofen), antihistaminikler (örn., klorfeniramin), dekonjestanlar (örn. psödoefedrin) ve/veya ekspektoranlar (örn. guaifenesin) ile kombinasyon halinde ana bileşenini oluşturan; kapsül, sıvı, sıvı jelatin kapsül, pastil ve tablet formlarında bulunan ve kimyasal olarak " $C_{18}H_{25}NO$ " şeklinde gösterilen bir sentetik olarak tanımlanmaktadır (DEA.b).



Şekil 1.16: Dextromethorphan (DXM)'in " $C_{18}H_{25}NO$ " olarak gösterilen elemental formülü (PubChem.b).

Tıbbi olarak önerilen dozlarda (her 4 saatte bir 10-20 mg veya her 6 ila 8 saatte bir 30 mg) alındığında genellikle güvenli ve oldukça etkili bir öksürük kesici olarak

bilinen DXM, yüksek miktarlarda (örneğin tek bir dozda 250 ila 1.500 mg) alındığında olumsuz fizyolojik etkilere neden olabilmektedir. Bunun nedeni, DXM içeren tezgâh üstü ürünlerin genellikle asetaminofen, klorfeniramin ve guaifenesin gibi diğer bileşenleri içermesi ve yüksek dozda alınan asetaminofenin karaciğer hasarına; yüksek dozda klorfeniramin alımının kalp atış hızının artmasına, koordinasyon eksikliğine, nöbetlere ve komaya; yüksek miktarda guaifenesinin ise kusmaya neden olmasıdır. Bu bağlamda, önerilen dozda kullanılan DXM nadiren mide bulantısına, gastrointestinal rahatsızlıklara, hafif uyuşukluğa ve baş dönmesine neden olabilirken; akut dozda alınan DXM bulanık görme, vücutta kaşıntı, kızarıklık, terleme, ateş, hipertansiyon, sık solunum, ishal, toksik psikoz, koma ve kalp hızında, kan basıncında ve vücut sıcaklığında artış gibi etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İlk kez yüksek miktarda DXM kullanan kişilerin reçetesiz ilaçlarda bulunan diğer bileşenlerle ilişkili olumsuz yan etkileri (örneğin kusma) sonucunda tekrar kötüye kullanmaktan kaçınabildikleri kaydedilirken; bazı kullanıcıların yüksek miktarda DXM içeren öksürük şurubu içtikten sonra diğer bileşenleri dışarı atarken, mide astarın yeterli DXM'yi elde etmek için kendilerini kusmaya zorladıkları ve bu yöntemin “*robo shake*” olarak adlandırıldığı bilinmektedir (NDIC).

1.5.5. İnhalanlar

“*Inhalan (inhalant)*” ya da yaygın adıyla “*uçucu madde*” terimi, oda sıcaklığında kolaylıkla buharlaşabilen, solunması halinde psikoaktif etkilere sebep olabilecek zararlı kimyasallar içeren, ucuz ve kolay bulunabilen maddeleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Kötüye kullanımı olan pek çok madde solunum yoluyla (*inhale*) kullanılabilir olsa da “*inhalan*” teriminin farklı amaçlarla üretilmiş olan ve solunarak alınma dışında herhangi bir yolla alınması mümkün olmayan farklı farmakolojik etkilere sahip çeşitli maddeleri tanımlamakta kullanıldığı bilinmektedir. Bir diğer ifade ile bu tanım ev, endüstriyel ve tıbbi gibi farklı kullanım alanlarına sahip ve buldukları formlara göre “*uçucu çözücüler (volatile solvents)*”, “*aerosoller (aerosoles)*”, “*gazlar (gases)*” ve “*nitritler (nitrites)*” olmak üzere dört temel kategoride değerlendirilen yüzlerce kimyasal ifade etmektedir (Boztaş ve Arısoy, 2010, s.518).

Uçucu çözücüler; boyalar, boya inceltici ve sökücüler, kuru temizleme sıvıları, yağ çözücüler, benzin, yapıştırıcılar, düzeltme sıvıları ve keçeli kalemler gibi yaygın olarak ev ve endüstriyel amaçlarla kullanılan ve oda sıcaklığında buharlaşan sıvı

kimyasalları ifade etmektedir. *Aerosoller*; sprey boyalar, deodorant ve saç spreyleri, yemek pişirmek için kullanılan bitkisel yağ spreyleri ve kumaş koruyucu spreyler gibi itici gazlar ve çözücüler içeren spreylerdir. *Gazlar*; eter, kloroform, halotan ve nitroz oksit (gülme gazı) gibi tıbbi anesteziğin yanı sıra bütan çakmakları, propan tankları ve soğutucular gibi ev veya ticari ürünlerde kullanılan gazları içermektedir. *Nitritler* ise; doğrudan merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olan diğer birçok inhalanın aksine, öncelikle kan damarlarını genişletmek ve kasları gevşetmek için hareket eden (cinsel güçlendirici olarak da kullanılabilir) özel bir inhalan sınıfı olarak kabul edilmektedir. Sikloheksil nitrit, izoamil (amil) nitrit ve izobütil (bütil) nitrit gibi türleri bulunan nitritlerin satışı ABD Tüketici Ürün Güvenliği Komisyonu (*U.S. Consumer Product Safety Commission – CPSC*) tarafından yasaklı ürünler listesine alınmış olmasına karşın, video kafa temizleyici, oda koku giderici, deri temizleyici veya sıvı aroma olarak etiketlenmiş küçük şişelerde temin edilebilmektedir (NIDA.a).



Şekil 1.17: Farklı formlarda inhalanlara ait görseller (Missouri Poison Center; Informed).

İnhalan kötüye kullanımının türü, sıklığı ve yöntemi, kötüye kullananın yaşına, bulunduğu coğrafi bölgeye ve maddenin bulunabilirliğine göre değişiklik gösterebilmektedir. İnhalan kötüye kullanımının 5 veya 6 yaşındaki çocuklarda dahi ortaya çıkabildiği ve kötüye kullanımın en yüksek olduğu yaşın 14-15 civarı olduğu ifade edilmektedir. İnhalanların kötüye kullanımının genellikle 17-19 yaşlarında azalma eğilimi gösterdiği, ancak bazı kişilerde yetişkinliğe kadar devam edebildiği, kimi zaman ise bağımlılık yapıcı etkisi olan daha güçlü maddelerin kullanımından önce geçiş basamağı olarak kullanıldığı da bilinmektedir (Shen ve Chen, 2010, s.525).

İnhalan kullanan kişi genellikle önce uyarılmakta, daha sonra engellenmekte ve dürtüsellik, anlaşılmayan konuşma, düzensiz yürüyüş gibi davranışlar sergileme eğilimi göstermektedir; devam eden inhalasyonla birlikte ise halüsinasyon, öfori, uyuşukluk ve uyku hali gözlenebilmektedir. İnhalan kullanımında koma halinin

genellikle olağandışı olduğu, bunun sebebi olarak ise kullanıcının uykulu bir hale gelmesiyle inhalasyonun sonlandırıldığı ifade edilmektedir. Nitritlerin ise diğer inhalanlardan önemli ölçüde farklı farmakolojik etkileri bulunmaktadır. Nitrit inhalasyonunun ilk 10 saniyesinde cilt dokunsallığında artma, sıcaklık, zonklama gibi doku hassasiyetlerinin meydana geldiği ve ardından 5 dakika içinde azaldığı; inhalasyonun devam etmesi halinde ise taşikardi, ciltte kızarma, bulanık görme, baş ağrısı, sersemlik, belirgin hipotansiyon, senkop (baygınlık) ve siyanoz (morarma) gibi etkilerin görülebildiği kaydedilmiştir. Diğer inhalanların ruh halini değiştirmek için kullanıldığı, ancak nitritlerin çoğunlukla penisin şişmesini ve/veya anal sfinkterin gevşemesini sağlayarak cinsel deneyimi yoğunlaştırmak için kullanıldığı bilinmektedir (Shen ve Chen, 2010, s.526).

1.5.6. Opiyatlar

Opiyatlar (*opioids*) latince adı “*papaver somniferum*” olan “*haşhaş*” bitkisinin kapsüllerinin çizilmesiyle elde edilen, süte benzeyen ve “*afyon (opium)*” adı verilen sakızimsı sıvıdan elde edilen alkoloitlerin genel adı olarak tanımlanabilmektedir. Haşhaş kapsüllerinin uygun olgunlukta çizilmesi ve çiziklerden sızan sıvının alınarak pıhtılaşması ile afyon elde edilmekte, afyon ise eczacılıkta morfin, kodein, tebain, papaverin vb. alkoloitlerin yapımında kullanılmaktadır. Afyonun keskin, hoş olmayan bir kokusu ve acı bir tadı olduğu; bileşiminde ise takriben %10 morfin, %5 kodein, %6 narkotin bulunduğu bilinmektedir (DEA, 1992, ss.1-3).



Şekil 1.18: Latince adı “*papaver somniferum*” olan “*haşhaş*” bitkisine ve çizilerek “*afyon (opium)*” adı verilen sakızimsı sıvının elde edildiği haşhaş kapsülüne ait görseller (Britannica; Alcohol and Drug Foundation).

Opiyatlar gerek ağrı dindirmedeki yararlılıkları gerekse psikoaktif etkileri bakımından insanlık tarihinin bilinen en eski ilaçları arasında yer almaktadır.

Afyondan doğal olarak elde edilen morfin ve kodeinin narkotik etkisi olduğu bilinirken; tebain, papaverin, noskapin gibi alkaloidlerin narkotik etkisi bulunmamaktadır. Bununla birlikte eroin (diasetil morfin), hidromorfon, oksikodon, hidrokodon, oksimorfon gibi yarı sentetik ve fentanil, petidin, tramadol, buprenorfin, metadon gibi sentetik maddeler de içeriği ve meydana getirdiği psikoaktif etkileri bakımından opiyatlar sınıfında kabul edilmektedir. Bunlar arasında en güçlü narkotik etkiye sahip olanlar ise tıbbi kullanımı yasal olan morfin ve kodein ile tamamen yasadışı olan eroindir (Bölek, 2013, s.2).

Opiyatlar, vücudu rahatlatan ve ağrıyı hafifleten kimyasallar içerdikleri için genellikle tıbbi amaçlı olarak kullanılmakta ve reçeteli opiyatlar çoğunlukla orta ila şiddetli ağrıyı tedavi etmek için tercih edilmektedir. Ancak opiyatların güçlü psikoaktif yan etkilerinin olması ve kullanan kişinin “yüksek” hissetmesi nedeniyle kötüye kullanımı oldukça yaygındır. Bağımlılık yapma ihtimali oldukça yüksek olan ve aşırı dozda mortalite ile karakterize olduğu için kötüye kullanımı en tehlikeli kabul edilen maddeler arasında bulunmaktadır. Opiyat kullanımının kısa dönem etkileri arasında başta ağrıyı dindirme, rahatlatma ve mutlu hissettirme, ardından gelen uyuşukluk, bilinç bulanıklığı, konfüzyon, mide bulantısı, kabızlık, yavaş nefes alma gibi davranışlar gözlenebilirken; uzun dönem etkileri arasında hipoksi, koma, kalıcı beyin hasarı gibi psikolojik ve nörolojik hasarlar ile ölüm sayılabilmektedir. Ayrıca opiyat bağımlılığının beyin üzerindeki uzun vadeli hasarının tersine çevrilebilir olup olmadığı hala tartışılmaktadır (NIDA.b).

1.5.7. Sedatifler – Hipnotikler

Sedatif (*sedative*) olarak adlandırılan sakinleştirici ilaçlar, genellikle insomnia ve diğer uyku sorunlarının giderilmesinde ya da anksiyete ve panik atak hastalarında kaygı giderici olarak kullanılan ve reçeteli olarak satılan benzodiazepinler, barbitüratlar ve diğer uyku haplarının genelini ifade etmektedir. Bu ilaçların temel özelliği uykuya neden olmadan veya motor ya da zihinsel işlevleri etkilemeden, sakinleştirici bir etki ve minimum bir CNS depresyonu¹¹ yaratarak, kaygıyı ve

¹¹ Merkezi Sinir Sistemi (CNS) depresyonu: Nörolojik fonksiyonların azalması merkezi sinir sistemi (*central nervous system*) üzerinde baskı oluşturarak fonksiyonların yavaşlamasına neden olabilmektedir. Bu durum “*CNS depresyonu*” olarak adlandırılır. Beyin anevrizması, tümör, inme, enfeksiyon, kaza, düşme gibi nedenlerle CNS depresyonu oluşabileceği gibi “*CNS depresanlar*” adı verilen ve beyin aktivitesini yavaşlatan kimyasalların (alkol, benzodiazepinler, opiyatlar vb.) kullanılması da CNS depresyonuna neden olabilmektedir. CNS depresanlar belirli dozda kullanıldığında terapötik olabilirken, yüksek dozlarda kullanıldığında sinir sisteminin aktivitesini tehlikeli derecede düşük seviyelere indirebilmektedirler.

heyecanı azaltmaya yardımcı olmalarıdır. Hipnotik ilaçlar ise doğal uykuyu andıran bir uyuşukluk yaratarak, uykunun başlamasını ve sürdürülmesini kolaylaştıran bir ilaç türü olarak tanımlanmaktadır. Hipnoz, sedasyondan daha yüksek derecede bir CNS depresyonudur; dolayısıyla sedatif-hipnotikler uygulanan dozla doğru orantılı olarak CNS depresyonu meydana getirmektedirler (Alsabah, 2020).

Oksazepam (örn. *Serax*), lorazepam (örn. *Ativan*) ve temazepam (örn. *Restoril*), alprazolam (örn. *Xanax*) ve diazepam (örn. *Valium*) türü ilaçlar, gama aminobütirik asidin (*GABA*) GABA-A reseptör kompleksindeki inhibitör etkilerini kolaylaştırmaları bakımından alkole benzer psikofarmotik etkilere sahip olan, bu nedenle de en sık reçete edilen benzodiazepinler olarak bilinmektedir. Bunların yanı sıra flunitrazepam (örn. *Rohypnol*) olarak bilinen, renksiz, kokusuz, alkolle karıştırılabilen, yatıştırıcı ve amnestik etkileri artırıcı özellikleri bulunan ve bu nedenle de “*randevu-tecavüz (date-rape)*” ilacı olarak dünya genelinde kötü ün kazanmış bir benzodiazepin türü daha bulunmaktadır. Güney Amerika ve Avrupa’da reçeteye satılan, ancak Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunmayan flunitrazepamın, kısa etkili olduğu ancak etki potensinin diazepamdan yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Weaver, 2015, ss.247-248).



Şekil 1.19: Terapötik amaçlı olarak sıklıkla reçete edilen benzodiazepin çeşitlerine örnek olarak “*Valium (diazepam)*”, “*Xanax (alprazolam)*”, “*Ativan (lorazepam)*” ve barbitürat çeşitlerine örnek olarak fenobarbitale ait görseller (Roche Pharma; Medikal Rehber).

Sedatif-hipnotik ilaçlar sınıfının diğer üyeleri arasında kloral hidrat, etklorvinol, glutetimid, meprobamat, metilprilon, paraldehit ve triklofos da olduğu bilinmektedir. Sedatif olarak sınıflandırılan ilaçlar farmakolojik özellikleri bakımından oldukça benzer olmalarına karşın, kimyasal yapıları ve davranışsal etkileri bakımından farklılık gösterebilmektedirler. Merkezi sinir sistemi, iskelet, kalp veya düz kas üzerinde çok az etki yaratan dozlarda sedatif-hipnotiklere dahi son derece duyarlı olabilmektedir. Sedatif-hipnotik ilaçlar tüm uyarılabilir dokuların, özellikle de sinir hücrelerinin

aktivitesini baskılayarak kardiyovasküler aktivitedeki ve diğer periferik organlardaki fonksiyonu yavaşlatabilmektedirler. Sedatif-hipnotik ilaçların nörolojik etkileri, bu tür ilaçlara toleransı olmayan bireyler için genellikle benzer olup; dikkat ve konsantrasyonda azalma, kısa süreli bellekte bozulma, öfori, azalan soyutlama, azalmış bilişsel yetenekler ve sarhoşluk hissi şeklinde görülebilmektedir. Sedatif-hipnotik ilaçların fizyolojik etkileri ise motor hareketlerde, yürüyüşte, el-göz koordinasyonunda, sakkadik göz takibinde ve gövde dengesinde bozulmalar şeklinde gözlenebilmektedir

Genel adı	Marka adı	Tipik oral doz (mg)	Tipik doz aralığı (saat)
Benzodiazepinler			
Alprazolam	Xanax	1	6
Klordiazepoksit	Librium	25	6
Klonazepam	Klonopin	2	8
Klorazepat	Tranxene	7.5	8
Diazepam	Valium	10	6
Flunitrazepam	Rohypnol	1	12
Flurazepam	Dalmane	15	8
Lorazepam	Ativan	2	6
Oksazepam	Serax	10	6
Temazepam	Restoril	15	2
Triazolam	Halcion	0.25	6
Z-İlaçlar			
Zolpidem	Ambien	5-10	Yatarken 1 tane
Zaleplon	Sonata	10	Yatarken 1 tane
Eszopiklon	Lunesta	1.5-3	Yatarken 1 tane
Barbitüratlar			
Amobarbital	Amytal	100 (50-200)	6-8
Butalbital	Fiorinal, Fioricet	100	4-6
Pentobarbital	Nembutal	100	3-4
Sekobarbital	Seconal	100	3-4
Fenobarbital	Luminal	30-100	12

Tablo 1.3: Sedatif-hipnotik sınıfı bazı ilaçların belirlenmiş uygun terapötik uygulama dozları ve uygulama sıklıklarını gösteren tablo (Weaver, 2015, s.249).

Sedatif-hipnotik ilaçların belirlenmiş uygun terapötik uygulama dozları ve uygulama sıklıkları yukarıda verilmiştir. Sedatif-hipnotik ilaçlar kısa süreli etki mekanizmasına sahip oldukları için, terapötik amaçlı olarak belirli bir süre, uygun dozlarda kullanıldığında herhangi bir yoksunluğa neden olmadıkları bilinmektedir. Bununla birlikte, sedatif-hipnotik ilaçlar sınıfının tüm üyelerine karşı kolaylıkla

alışkanlık, tolerans ve bağımlılık gelişebilmektedir. Bu tür ilaçları kullanacak olan kişinin sonrasında yoksunluk belirtileri ve ilaç arama davranışı göstermemesi için, klinisyen ve hastanın başlangıçta belirli bir program üzerinde anlaşmaları önemlidir. Doz eşdeğerliğinin kesin olarak hesaplanması, gerekli olan ilaç kullanımını hafif, orta ve ağır olarak kategorize etmek ve ilaç kullanımına ne kadar süre devam edilmesi gerektiğine karar vermek bu bağlamda önem arz etmektedir (Miller ve Gold, 1989, ss.667).

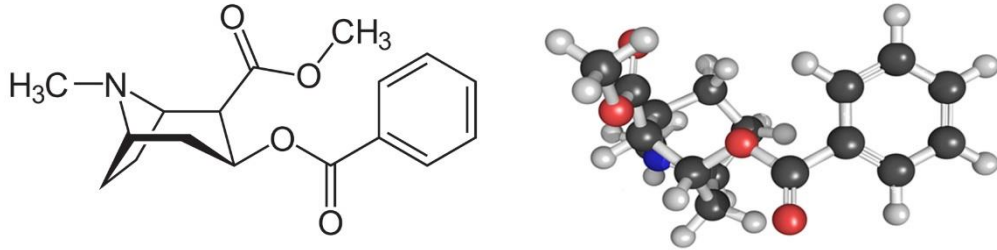
1.5.8. Uyarıcılar

“Uyarıcı” ya da “stimülan (*stimulant*)” kavramı, merkezi sinir sistemine etki ederek beyindeki sinirsel aktiviteyi artıran ve böylece daha enerjik ve uyanık hissetmeyi sağlayan maddelerin genelini ifade etmektedir. Uyarıcılar hap, kapsül, toz, kristal veya sıvı formlarda bulunabilmektedir. Uyarıcı bir maddenin yutulurak (*swallow*), solunarak (*smoking*), burna çekilerek (*snorting*) veya enjekte edilerek (*injection*) kullanılması “*mest olma (rush)*” ya da “*parlama (flash)*” olarak adlandırılan kısa süreli orgazm benzeri, yüksek bir haz duygusuna neden olmaktadır (DEA.c). Uyarıcı maddeler arasında kokain (*cocaine, crack*), amfetaminler (*amphetamines*), metamfetamin (*methamphetamine, crystal meth*), ekstazi (*ecstasy, MDMA*), efedrin (*ephedrine*), nikotin, kafein ve benzeri maddeler sıralanabilmektedir. Bazı uyarıcıların sürekli kullanımı, beyin işleyişinde değişikliklere ve buna bağlı olarak zaman içinde doğal yollarla zevk alamamasına neden olabilmektedir. Örneğin, amfetaminlerin (ve kokainin) kronik kullanımı, beyin haz bölgesi olan NAc (*nucleus accumbens*)’da bulunan dopamin reseptörlerinin yaklaşık %20’sinin geçici olarak kaybolmasına neden olabildiği için, etkisi 4 aya kadar devam edebilmektedir (Volkow vd., 2001).

Uyarıcı maddelerin en bilinen fiziksel yan etkileri arasında baş dönmesi, titreme, baş ağrısı, cilt kızarması, çarpıntılı göğüs ağrıları, aşırı terleme, kusma ve karın krampları bulunmaktadır. Bu etkiler, bir seferde çok büyük bir doz almanın veya uzun bir süre boyunca büyük dozların alınmasının bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Uyarıcı maddelerin bilinen psikolojik yan etkileri arasında ise ajitasyon, düşmanlık, panik, saldırganlık ve intihar eğilimleri olduğu; bunların dışında hem işitsel hem de görsel halüsinasyonlarla birlikte görülen paranoyaya da sebep olabileceği bilinmektedir. Yüksek dozda uyarıcı madde kullanımı ise yüksek ateş, kasılmalar, felç veya kalp durması gibi ciddi sağlık sorunlarının yanı sıra ölüme de neden olabilmektedir (HSC Public Health Agency, 2013).

1.5.8.1. Kokain

Kokain, Güney Amerika'ya özgü, bilimsel adı “*erythroxyton coca*” ve “*erythroxyton novogranatense*” olan ancak kısaca “*koka (coca)*” olarak da bilinen bitkilerin yapraklarından elde edilen doğal bir alkaloid olarak tanımlanmaktadır. Kimyasal olarak “ $C_{17}H_{21}NO_4$ ” şeklinde gösterilen saf kokainin “*baz (base)*” ve “*tuz (ya da taş)*” olmak üzere iki formda bulunduğu; fiziksel ve zihinsel esenlik, neşe ve öfori gibi psikoaktif yan etkileri sebebiyle kötüye kullanımı yaygın olan kokain türünün baz formunda olduğu; kokain tuzlarının ise kokain hidroklorür, kokain nitrat, kokain sülfat gibi birkaç türde olabileceği ve kullanıcılar tarafından kötüye kullanımı yaygın olan diğer bir kokain türünün tuz kokain hidroklorür olduğu bilinmektedir (UNODC, 2021, s.7).



Şekil 1.20: Kimyasal adı “*benzoylmethylecgonine*” olan ve “ $C_{17}H_{21}NO_4$ ” olarak gösterilen kokainin elemental formülü (EMCDDA.b; Alamy).

Kokain oral, intranazal, intravenöz veya inhalasyon yoluyla kullanılabilir. Baz kokainin kullanıcılar tarafından genellikle burundan çekilerek (intranazal) kullanıldığı; bunun sebebinin ise burundan çekilen kokainin burun dokuları yoluyla hızla kana karışması olduğu bilinmektedir. Kullanıcılar ayrıca baz kokaini diş etlerine sürerek (oral) ya da suda eritip enjekte ederek (intravenöz) de kullanabilir. Taş kokain ise daha çok bir pipo yardımıyla buharı ya da dumanı solunarak (inhalasyon) kullanılabilir; inhalasyon yoluyla kullanıldığında ciğerlere çekilen buhar ya da dumanın hızla kan dolaşımına absorpsiyonu nedeniyle neredeyse enjeksiyon kadar etkili olabilir. Bu hızlı öforik etki nedeniyle taş kokainin, 1980’lerin sonlarından itibaren baz kokaine kıyasla daha popüler hale geldiği ifade edilmektedir (NIDA, 2016).



Kurutulmuş koka yaprakları
(Erythroxylon coca)



Baz kokain
(Cocaine base)



Taş kokain
(Crack)

Şekil 1.21: Kurutulmuş koka yaprakları ile baz (*base*) ve taş (*crack*) formlarında kokaine ait görseller (ARK Behavioral Health; The Crossroads Program; RoseCrance).

Kokain kullanımının neden olduğu etkilerin tek bir dozdan hemen sonra ortaya çıktığı ancak kullanılan miktara göre birkaç dakika ile 1 saat arasında kaybolduğu bilinmektedir. Düşük miktarlarda alınan kokainin kullanıcıyı öforik, enerjik, konuşkan, zihinsel olarak uyanık, ses, ışık ve dokunmaya karşı daha duyarlı bir hale getirdiği (Spronk, van Wel, Ramaekers ve Verkes, 2013); bununla birlikte etkilerin ortaya çıkış süresinin uygulama yoluna bağlı olduğu, madde ne kadar hızlı emilirse etkilerinin o kadar yoğun ancak süresinin de o kadar kısa olduğu ifade edilmektedir. Örneğin kokain burundan çekilerek kullanıldığında nispeten yüksek bir başlangıç sağlamakta, etkisi ise 15 ila 30 dakika arasında sürmekte; buna karşılık dumanı solunarak kullanıldığında daha yüksek bir etki göstermekte ve etkisi 5 ila 10 dakika arasında sürmektedir (Advokat, Comaty ve Julien, 2014).

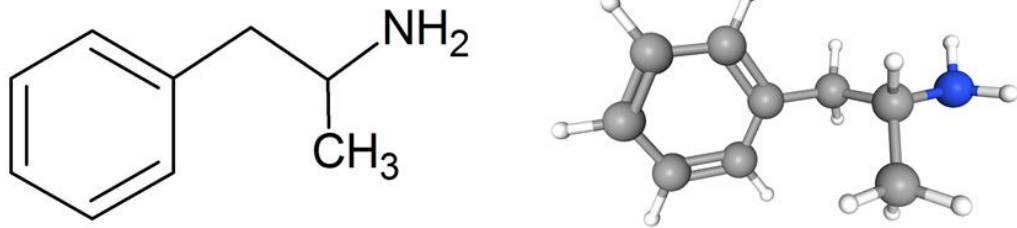
Kokain kullanımının kısa süreli fizyolojik etkileri arasında çoğunlukla daralmış kan damarları, irileşmiş gözbebekleri ve artan vücut ısısı, artan kalp hızı ve kan basıncı gibi etkiler gözlenirken; psikolojik etkileri arasında tuhaf, düzensiz ve şiddetli davranışlar, huzursuzluk, asabiyet, kaygı, panik ve paranoya gibi etkiler gözlenebilmektedir. Kokainin uzun süre kullanımı ise ciddi tıbbi komplikasyonlara sebep olarak kalp ritmindeki bozukluklar ve kalp krizleri gibi kardiyovasküler komplikasyonlara; kronik baş ağrıları, nöbetler, felçler ve koma gibi nörolojik komplikasyonlara; karın ağrısı ve mide bulantısı gibi gastrointestinal komplikasyonlara ve nadiren de olsa kalp durması veya ağır nöbetlere bağlı ölümlere neden olabilmektedir (NIDA, 2016).

1.5.8.2. Amfetaminler

Amfetaminler uyarıcı, öforik, halüsinojenik, anorektik ve bazı durumlarda empatik etkiler meydana getirmesi nedeniyle yaygın olarak kötüye kullanılan bir

psikotropik bileşik sınıfını ifade etmektedir. Amfetamin denildiğinde akla ilk olarak “amfetamin (amphetamine)”, “metamfetamin (methamphetamine)” ve “3,4 metilendioksimetamfetamin (MDMA, ecstasy)” gibi yaygın olarak bilinen sentetik türleri geliyor olsa da insanoğlunun binlerce yıldır “*catha edulis*” bitkisinden elde edilen “katinon (cathinone, khat)” ve “*ephedra*” türü bitkilerden elde edilen “*efedrin (ephedrine)*” gibi bitkilerden elde edilen doğal amfetaminleri kullandığı bilinmektedir (Carvalho vd., 2012, s.1167). Amfetaminler dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), narkolepsi ve obezite gibi hastalıkların tedavisinde terapötik amaçlı haplar şeklinde kullanılabildiği gibi; “*buz (ice)*” veya “*kristal meth (crystal meth)*” adı verilen ve nispeten saf olan bir madde olarak, terapötik amacı dışında da kullanılabilmektedir. Terapötik dozlarda kullanılan amfetaminler, azalan reaksiyon süresi, yorgunluk direnci ve artan kas gücü gibi fiziksel etkilere neden olurken; daha yüksek dozlarda kullanılan amfetamin bilişsel işlevi bozabilmekte ve hızlı kas yıkımına neden olabilmektedir (Singh ve Gupta, 2017, s.188).

Amfetamin (amphetamine): Kimyasal adı “*alfa-metilfenetilamin (alpha-methylphenethylamine)*” olan ve “ $C_9H_{13}N$ ” olarak gösterilen amfetamin, “*levoamfetamin (levoamphetamine)*” ve “*dekstroamfetamin (dextroamphetamine)*” olmak üzere iki enantiyomerden oluşmaktadır. Geçmişte burun tıkanıklığı ve depresyon tedavisinde de kullanıldığı bilinen amfetamin, günümüzde yaygın olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), narkolepsi ve obezite tedavisinde kullanılan güçlü bir merkezi sinir sistemi (CNS) uyarıcısı olarak kabul edilmektedir. Amfetamin ayrıca atletik performans artırıcı ve bilişsel güçlendirici olarak ve eğlence amaçlı olarak afrodisyak ve öfori olarak da kullanılmaktadır. Birçok ülkede reçeteye satılan bir ilaç niteliğinde olan amfetaminin izinsiz bulundurulması ve dağıtılması, eğlence amaçlı kullanımın meydana getirdiği sağlık riskleri nedeniyle kontrol altında tutulmaktadır (Heal, Smith, Gosden ve Nutt, 2013, s.480).



Şekil 1.22: Kimyasal adı “*alfa-metilfenetilamin (alpha-methylphenethylamine)*” olan amfetaminin “ $C_9H_{13}N$ ” olarak gösterilen elemental formülü (EMCDDA.c).

Dekstroamfetamin, altı yaşından küçük çocuklarda kullanımı FDA tarafından onaylanmış tek amfetamin türevi ilaç olarak hızlı salımlı tabletler, uzun salımlı kapsüller ve oral solüsyon şeklinde kullanılabilir. Dozajlar genellikle günde 5 mg ile 40 mg arasında değişiklik göstermekle birlikte yetişkinler için 60 mg'ı geçmemesi; DEHB olan hastalarda günde 4 ile 6 saatlik aralıklarla bölünmüş 1 ile 3 doza 5 ile 40 mg dozlar halinde, narkolepsi hastalarında günde bir ile üç doza bölünmüş 5 ile 60 mg dozlar halinde, obezite hastalarında ise yemeklerden 30 ile 60 dakika önce verilen üç doza bölünmüş günde 15 ile 30 mg dozlar halinde uygulanması gerekmektedir (Gautam ve Prabhakar, 2018; Martin ve Le, 2022).



Dexedrine
(Dekstroamfetamin)



Adderall
(Amfetamin)



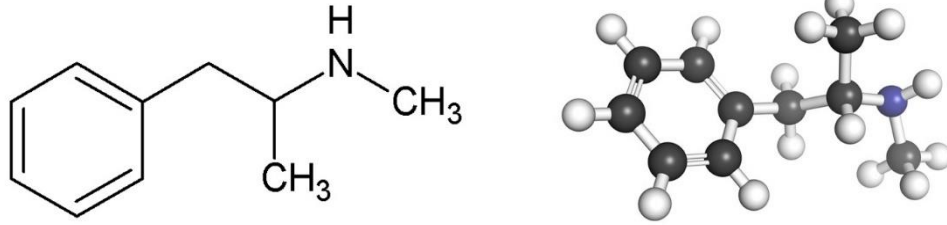
Amfetamin kapsülleri

Şekil 1.23: Terapötik amaçlı olarak sıklıkla reçete edilen dekstroamfetamin çeşitlerine örnek olarak “Dexedrine” ve amfetamin çeşitlerine örnek olarak “Adderall” ile 10mg ve 30mg Adderall kapsüllerine ait görseller (Emedz; Drugs).

Amfetamin kullanımının psikoaktif etkileri kokainle benzer olmakla birlikte, başlangıçları daha yavaş ve süreleri daha uzundur. Ancak beyinden hızla atılan ve neredeyse tamamen metabolize olan kokainin aksine, amfetaminler merkezi sinir sisteminde daha uzun süre kalmakta ve uzun süreli uyarıcı etkiler meydana getirmektedir. Amfetaminlerin kötüye kullanımı şizofreniye benzeyen ve paranoya, deriyi kaşıma, kişinin kendi düşünceleriyle meşgul olması, işitsel ve görsel halüsinasyonlar ile karakterize psikozlar görülmesi gibi etkilere neden olabilmektedir. Şiddetli ve düzensiz davranışlar kronik amfetamin kullanıcıları arasında sıklıkla görülmektedir (DEA.d).

Metamfetamin (methamphetamine): Kimyasal adı “metil-alfa-metilfenetilamin (*N-methyl-alpha-methylphenethylamine*)” olan ve “ $C_{10}H_{15}N$ ” olarak gösterilen metamfetamin de amfetaminler gibi dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

(DEHB), narkolepsi ve obezite tedavisinde kullanılan güçlü bir merkezi sinir sistemi uyarıcısı olarak bilinmektedir. 20. yüzyılın başlarında amfetaminden sentezlenerek geliştirilen ve orijinalinde nazal dekonjestanlar ile bronşiyal inhalerlerle kullanılan metamfetamin, tıpkı amfetamin gibi artan aktivite ve konuşkanlığa, iştah azalmasına, zevkli bir esenlik haline ve öforiye neden olmaktadır. Amfetaminden farklı olarak ise, benzer dozlarda çok daha fazla miktarda maddenin beyne iletilmesi, merkezi sinir sistemi üzerinde daha uzun süreli ve daha zararlı etkiler meydana getirmesi ve bu nedenle de çok daha güçlü bir uyarıcı olması gösterilmektedir. Öforik etkilerinin ve bağımlılık düzeyinin yüksek olması nedeniyle nadiren reçete edilen metamfetamin, ABD Uyuşturucuyla Mücadele İdaresi (DEA) tarafından yüksek derecede bağımlılık yapıcı maddeler arasında sınıflandırılmaktadır (NIDA.c).



Şekil 1.24: Kimyasal adı “metil-alfa-metilfenetilamin (*N*-methyl-alpha-methylphenethylamine)” olan metamfetaminin “C₁₀H₁₅N” olarak gösterilen elemental formülü (EMCDDA.d).

“Hız (*speed*)”, “buz (*ice*)”, “kristal (*crystal*)”, “cam (*glass*)”, “met (*meth*)”, “kryptonit (*kryptonite*)” sokak isimleriyle de adlandırılan metamfetaminin *toz (powder)*, *kristal (crystal)* ve *kaya (rock)* olmak üzere üç ana formu bulunmaktadır. Toz formundaki metamfetamin beyaz renkte, kokusuz ve acı bir tada sahip olup; su, alkol ve diğer sıvılarda kolayca çözünebilmekte, buruna çekerek de kullanılabilir. Kristal ve kaya olarak bilinen diğer iki formu birbirine oldukça yakın sayılmakla birlikte; kristal metamfetamin çeşitli boyutlarda cam parçalarına, kaya metamfetamin ise parlak mavi ve beyaz renklere taş parçalarına benzemektedir. Metamfetaminin kristal ve kaya formları kullanım şekli bakımından da farklılık arz etmektedir. “Buz (*ice*)” olarak da bilinen kristaller oldukça güçlü etkiye sahip olup, çoğunlukla tütsülenip dumanı solunarak (inhalasyon yoluyla) kullanılmaktadır. Kaya formundaki metamfetamin ise kristale göre daha az saf bir madde olup, buruna çekme veya dumanı soluma gibi yöntemler yerine ağız yoluyla kullanılmaktadır (Petit, Karila, Chalmin ve Lejoyeux, 2012, s.1).

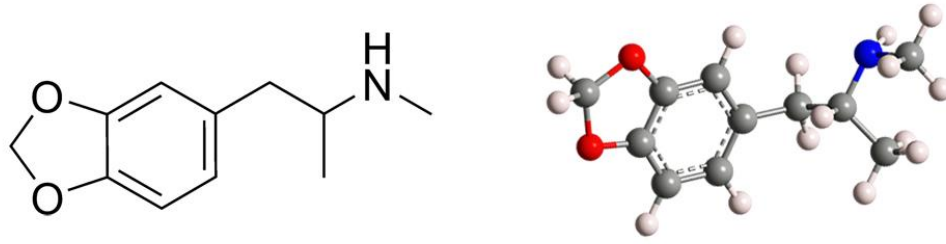


Şekil 1.25: Metamfetaminin “toz (powder)”, “kristal (crystal)” ve “kaya (rock)” olmak üzere üç farklı formuna ait görseller (Psychiatric Times; Bedrock Recovery Center).

Metamfetamin kullanımının kısa süreli etkileri öfori, atıklık, uyanıklık, artan güven, hiperaktivite ve iştahsızlık şeklinde kendini gösterirken uzun süreli metamfetamin kullanımı motor becerilerin bozulmasına, hızlı bilişsel gerilemeye, artan kaygı ve psikotik bozukluklara, depresyona, şiddet davranışları ve halüsinasyona sebep olabilmektedir. Ayrıca metamfetamin kullanımı belirtilen psikolojik etkilerin yanı sıra artan kalp atış hızı ve kan basıncı, solunum hızının artması, göz bebeklerinin genişlemesi, vücut ısısının yükselmesi ve terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, bulanık görme, mide krampları, kas yorgunluğu ve kramplar, göğüs ağrısı ve titreme, dehidratasyon, bulantı ve kusma gibi fizyolojik etkilere de sebep olabilmekte; metamfetaminin uzun süreli kullanımı sonucunda ise hipertermi, hipertansiyon, kardiyak aritmi, inmeler, serebral kanama, iskemik infarkt, böbrek yetmezliği, koma veya ölüm gibi sonuçlar da meydana gelebilmektedir (Evren ve Bozkurt, 2018, s.4).

Ekstazi (ecstasy - MDMA) / Molly: 30 yılı aşkın süredir eğlence amaçlı kullanılan en popüler maddelerden biri olan, kimyasal adı “3,4-metilendioksimetamfetamin” ve kimyasal formülü “ $C_{11}H_{15}NO_2$ ” olan MDMA, ilk kez 1912 yılında Alman ilaç firması Merck adına kimyager Dr. Anton Köllisch tarafından, stiptik¹² bir madde olan “hidrastinin”e alternatif bir yan ürün olarak sentezlenmiştir. Merck firması 1912 yılında MDMA’nın üretim yöneteminin patenti için başvurmuş, 1914 yılında patent alınmış ancak herhangi bir farmasötik test yapılmamıştır (Benzenhöfer ve Passie, 2006, s.95; Freudenmann, Öxler ve Bernschneider-Reif, 2006, s.1242).

¹² Stiptik: Doku veya damarı büzerek kanamayı durdurucu etkiye sahip ilaçların genel adı.



Şekil 1.26: Kimyasal adı “3,4-metilendioksimetamfetamin” olan MDMA’nın “ $C_{11}H_{15}NO_2$ ” olarak gösterilen elemental formülü (EMCDDA.e).

Psikoktif etkilerinin keşfedilmesiyle birlikte özellikle 1980’lerde kötüye kullanımı artan ve “*ekstazi (ecstasy)*” sokak adıyla pazarlanmaya başlanan MDMA’nın çoğunlukla hap formunda olduğu; “3,4-metilendioksiamfetamin (MDA)” ve “3,4-metilendioksi-N-etil-amfetamin (MDEA)” gibi MDMA’ya benzer başka bazı maddelerin de “*ekstazi*” adı altında satıldığı ancak özellikle 1980’ler ve 1990’larda ekstazi adıyla satılan hapların yüksek oranda MDMA içerdiği bilinmektedir. 2000’lerin başından itibaren ise kapsüllerde toz formda satılan MDMA’yı ifade eden “*molly*” popüler hale gelmeye başlamıştır. Ekstazi olarak adlandırılan tabletlerin saflığı üzerine yapılan çalışmalar tabletlerin çoğunlukla efedrin, ketamin, amfetamin, metamfetamin, kokain, dekstrometorfan (DXM) gibi katkı maddeleri içerdiğini ortaya koymuş, bu nedenle “*molly*”, toz haldeki saf MDMA’yı ifade etmek için kullanılan bir ifade haline gelmiştir. Ancak çoğu kaynakta “*ekstazi*” ile “*molly*”nin formları bakımından ayrılmakla birlikte esasında aynı şey olduğu ifade edilmektedir (Palamar, 2017, ss.15-16).



Şekil 1.27: MDMA’nın “*ekstazi (ecstasy)*” adıyla bilinen farklı renk ve şekillerdeki tablet formu ile “*molly*” adıyla bilinen toz kapsülleri formuna ait görseller (BBC; Sunrise House).

Genel olarak ekstazi adıyla bilinen tablet formu, ülkemizde “*ex, hap, şeker*” gibi isimlerle de anılan MDMA, ruh halini ve algıyı değiştiren; kimyasal olarak hem

uyaranlara (*stimulant*) hem de halüsinojenlere benzeyen ve artan enerji, zevk, duygusal sıcaklık ve çarpık duyu ve zaman algısı ile karakterize edilen bir sentetik olarak tanımlanmaktadır (NIDA.d). MDMA'nın "*dopamin*" (artan enerji/aktivite üretir ve davranışları güçlendirmek için ödül sisteminde hareket eder), "*norepinefrin*" (kalp atış hızını ve kan basıncını artırır) ve "*serotonin*" (ruh halini, iştahı, uykuyu ve diğer işlevleri etkiler) olmak üzere üç beyin kimyasalının aktivitesini artırdığı bilinmektedir. Ayrıca MDMA kullanımının cinsel uyarılma ve güveni etkileyen hormonları da tetikleyebileceği; yüksek miktarda serotonin salınımına bağlı olarak ise duygusal yakınlığa, yüksek ruh haline ve empatiye neden olabileceği ifade edilmektedir. MDMA'nın psikoaktif etkilerinin yaklaşık 3 ila 6 saat sürdüğü ancak birçok kullanıcı tarafından ilk dozun etkileri azalmaya başladığında ikinci bir doz alımının gerçekleştiği ve buna bağlı olarak ilacın ılımlı kullanımını takip eden hafta boyunca kişide sinirlilik, dürtüsellik, depresyon, uyku sorunları, endişe, hafıza ve dikkat sorunları, iştah azalması, sekse karşı ilginin ve zevkin azalması gibi etkilere neden olabileceği kaydedilmiştir (NIDA.d).

MDMA, bağırsak yolundan kolayca emilen ve oral uygulamadan yaklaşık 2 saat sonra plazmada maksimum konsantrasyona ulaşan bir madde olarak bilinmektedir. Sağlıklı gönüllülere 50 mg, 75 mg ve 125 mg dozlar halinde MDMA uygulanan bir çalışmada, MDMA'nın plazmada sırasıyla 106 ng/ml¹³, 131 ng/ml ve 236 ng/ml konsantrasyona ulaştığı belirlenmiş; maddenin dokulara kolayca geçmesi ve doku bileşenlerine bağlanması nedeniyle bu konsantrasyonlar oldukça düşük olarak değerlendirilmiştir. MDMA kullanımının istenen fiziksel etkileri olarak uyanıklık, dayanıklılık ve enerji, cinsel uyarılma, yorgunluk ve uykunun ertelenmesinde belirgin bir artış sağlaması; istenen psikolojik etkileri olarak ise esenlik, keskinleştirilmiş duyuşal algı, daha fazla sosyallik, dışadönüklük, diğer insanlara karşı artan yakınlık duyusu ve onların görüş ve duygularına karşı daha fazla tolerans gibi etkiler sıralanabilmektedir. MDMA kullanımının istenmeyen etkileri olarak ise baş ağrısı, mide bulantısı, iştahsızlık, bulanık görme, ağız kuruluğu ve uykusuzluk; sonraki ilk 2-3 gün boyunca da bel ve bacak kaslarında sertlik ve ağrı gibi etkiler sıralanabilmektedir. MDMA'nın kandan kaybolması için yarı ömrün 8 saat civarında olduğu ve ortalama bir doz MDMA'nın %95'inden fazlasının vücuttan atılmasının yaklaşık 5 yarılanma ömrü (yani yaklaşık 40 saat) sürdüğü tahmin edilmektedir. Bu

¹³ Ng/ml: Mililitre başına "*nanogram*" anlamına gelen, bir gramın milyarda birine eşit olan ağırlık ölçüsü birimidir. Genellikle laboratuvar test sonuçları için kullanılmaktadır.

nedenle MDMA kullanımının ardından rahatsız edici etkilerinin tamamen yok olmasının yaklaşık 2 gün sürebileceği ifade edilmektedir (Kalant, 2001, ss.919-920). 1985'te ABD Uyuşturucuyla Mücadele İdaresi (*DEA*) tarafından hiçbir meşru tıbbi değeri olmaksızın kötüye kullanılabilir ve güvensiz olduğu gerekçesiyle Kontrollü Maddeler Yasası'na tabi tutulduğu; buna rağmen popülaritesinin artarak devam ettiği ve 1990'lardan itibaren en yüksek kullanım oranlarına ulaştığı bilinmektedir (Palamar, 2017, s.15).

1.5.9. Tütün

Kıyılmış tütün yapraklarının kâğıda sarılması ile elde edilen sigaranın içeriğinde polonyum -210 (kanserojen), radon (radyasyon), metanol (füzeyakıtı), toluen (tiner), kadmiyum (akü mentali), bütan (tüpgaz), DDT (böcek öldürücü), hidrojen siyanür (gaz odaları zehiri), aseton (oje sökücü), naftalin (güve kovucu), arsenik (fare zehiri), amonyak (tuvalet temizleyicisi), dibenzakridin (zehir), nikotin, karbonmonoksit gibi maddeler başta olmak üzere 4000'den fazla kimyasal bulunmaktadır (AMATEM.a). Sigaranın dumanı ise %95'i gaz ve %5'i parçacık olmak üzere iki fazdan meydana gelmektedir. Gaz fazında yaklaşık 500 uçucu madde yer alırken, parçacık fazında 3.500 farklı bileşen bulunmaktadır. Sigara ve sigara dumanı hem parçacık hem de gaz olmak üzere iki fazdan oluşur. Gaz fazında 500 uçucu madde yer alır ve dumanın %95'lik kısmını gaz fazı oluşturur. Dumanın %5'ini oluşturan parçacık fazda ise 3.500 farklı bileşen bulunmaktadır. Bu nedenle sigara ve tütün ürünlerinin kullanılması veya dumanının solunması, içeriğindeki katran, karbonmonoksit, nikotin, amonyak, arsenik, hidrojen siyanür, formaldehit ve metan gibi son derece zehirli olan 4.000'den fazla kimyasal maddenin etkisi sonucu, kullanan kişide kuvvetli ruhsal ve zayıf fiziksel bağımlılığa neden olmaktadır (Yeşilay, 2017, s.3).

Tütün bitkisinde bulunan nikotinin, dumanını soluyan insanlarda uyanıklığı artırdığı, saldırganlığı ve kilo alımını azalttığı bilinmektedir. Düzenli olarak sigara kullanıcısı olmayan kişiler ilk kez kullandıklarında nikotinin baş dönmesi, bulantı ve kusma gibi istenmeyen etkiler yarattığı; uzun süre sigara kullanmış kişiler sigara kullanmayı bıraktıklarında ise yoksunluk sendromunun etkileri olarak sinirlilik, kilo alımı, konsantrasyon bozukluğu, uyku düzensizliği gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Fiore, Keller ve Curry, 2007; Akt: Uslu, 2019, s.207).

Tarihte, kömürleşmiş organik maddelerin dumanını solumanın kanserle ilişkili olduğunu gösteren ilk çalışma Percivall Pott'un 1775 yılında baca temizleyicilerinde

yüksek oranda skrotal kanser insidansını keşfetmesidir (Herr, 2000). Bunu, 1912 yılında Isaac Adler'in kadın ve erkeklerin farklı sigara içme alışkanlıkları ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışması (Adler, 1912); 1921 yılında Joseph C. Bloodgood'un dil kanseri ile tütün kullanımı arasındaki ilişkiyi gösteren çalışması (Bloodgood, 1921); 1924 yılında aynı zamanda Amerikan Kanser Derneği (*American Cancer Society*)'nin kurucusu olan Frederick L. Hoffman'ın tütün ürünleri kullanmanın ağız ve akciğer kanseriyle ilişkili olduğunu gösteren istatistiklerin yer aldığı bir rapor sunması (Hoffman, 1924) ve aynı yıl Ernest L. Kennaway'in de sigarada bulunan katranda kansere neden olan maddeler olduğunu ve bunun akciğer ve gırtlak kanseri ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar yayınlaması (Kennaway, 1924); 1939 yılında Alton Oschner ve Michael E. DeBakey'in solunan duman ile akciğer kanseri arasında güçlü bir bağlantı olduğunu ifade eden çalışmaları (Oschner ve DeBakey, 1939); 1941 yılında Curtis M. Flory'nin aynı zamanda doktora tezinin bir parçası olarak, tütün katranı ve kanser hakkında kapsamlı bir inceleme yayınlaması (Flory, 1941) ve 1942 yılında ise Harold L. Stewart ve meslektaşlarının, sigara dumanının deney ve kontrol fareleri üzerindeki etkilerini test etmek için bir sigara makinesi kullandıkları bir çalışmayı rapor etmeleri (Lorenz, Stewart, Daniel ve Nelson, 1942); 1950 yılında Morton L. Levin ve meslektaşlarının, kanser ve tütün arasındaki bağlantıyı göstermek için Roswell Park Kanser Enstitüsü (Roswell Park Cancer Institute)'nde yer alan hasta verilerini kullanarak yürüttüğü bir vaka kontrol çalışmasını yayınlaması (Levin, Goldstein ve Gerhardt, 1950); aynı yıl Ernest L. Wynder ile Evarts A. Graham'ın, sigara kullanımı ile akciğer kanseri arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren bir vaka kontrol çalışması yayınlamaları (Wynder ve Graham, 1950) ve Richard Doll ve A. Bradford Hill'in (1950), Wynder ve Graham ile yaklaşık aynı zamanda başka bir vaka kontrol çalışması yürütmesi; 1956 yılında Patolog Oscar Auerbach ve ekibinin, kanser öncesi patolojiyi gösteren bulguları incelemek için sigara içenlerde otopsi bulgularını sunması (Auerbach, Petrick, Stout, Statsinger, Muehsam, Forman ve Gere, 1956); 1962 yılında Sağlık Bakanı Luther Terry tarafından tütün ve kanser ilişkisi hakkında kanıt toplamak için atanan 10 kişilik bilim komitesinin 2 yıldan fazla süren ve o zamana kadarki en kapsamlı kanıt incelemesi olarak kabul edilen çalışmaları (Parascandola, 2020) gibi pek çok araştırma takip etmektedir.

WHO'nun tütün ve tütün ürünleri kullanım istatistiklerine bakıldığında dünya genelinde yaklaşık 1.3 milyar insanın sigara kullandığı; 15 yaş ve üzeri sigara

kullanımının en yaygın olduğu ülkelerin Çin, Hindistan ve Endonezya olduğu; Avrupa ülkelerinde Yunanistan ve Arnavutluk'un, Kuzey Afrika'da Mısır'ın, Latin Amerika'da ise Şili'nin bunu takip ettiği görülmektedir. Türkiye ise 17 milyon tütün kullanıcı ile bu ülkeler arasında onuncu sırada yer almaktadır. Tütün kullanımına bağlı olarak Avrupa'da her yıl 1,6 milyon kişi, dünya genelinde ise her yıl 600 bini pasif içicilikten olmak üzere 5 milyondan fazla kişi (günde 13.700 kişi) hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde ise yılda yaklaşık 100 bin kişi tütün ürünlerinin kullanımına bağlı hastalıklar sonucunda yaşamını yitirmektedir (TBM, 2017; Kalkınma Bakanlığı, 2018). Sigara kullanmayan kişilerin, başkalarının tütün dumanına uzun süre maruz kalmasının da sigara içiciliği ile aynı olumsuz etkilere sahip olduğu; kalp damar rahatsızlıklarının yanı sıra akciğer, gırtlak, yemek borusu, ağız, kan, pankreas, bağırsak, mide ve rahim kanserlerine neden olabileceği bilinmektedir. Dünya genelinde sigara dumanına maruz kalarak pasif etkilenme yoluyla hayatını kaybedenlerin sayısı yılda 890 bini bulmaktadır (TBM, 2017; Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.4-5).

(%)	2010	2012	2014	2016	2019
Her gün kullanan Daily smoker	25,4	23,2	27,3	26,5	28,0
Ara sıra kullanan Occasional smoker	4,1	3,6	5,2	4,1	3,4
Daha önce kullanan Ex-smoker	17,1	14,3	17,7	12,9	14,2
Hiç kullanmayan Never smoker	53,4	59,0	49,8	56,5	54,5

Tablo 1.4: Türkiye Sağlık Araştırması (Turkey Health Interview Survey) 2010 – 2019 yılları arası Türkiye’de tütün kullanım alışkanlıklarının kullanım sıklıklarına göre dağılımları (TÜİK, 2019).

Yukarıdaki tabloda TÜİK tarafından 2010, 2012, 2014, 2016 ve 2019 yıllarında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması (Turkey Health Interview Survey) sonuçlarından elde edilen verilerle, 2010 – 2019 yılları arasında Türkiye’de tütün kullanım alışkanlıklarının kullanım sıklıklarına göre dağılımları verilmiştir (TÜİK, 2020). 2010 yılında her gün sigara kullanan %25,4, ara sıra kullanan %4,1, daha önce kullanıp bırakmış olan %17,1 kişi bulunurken, hiç sigara kullanmamış kişilerin oranı %53,4’tür. 2012 yılı oranlarına bakıldığında ise, her gün sigara kullanan %23,2, ara sıra kullanan %3,6, daha önce kullanıp bırakmış olan %14,3 kişi bulunurken, hiç sigara

kullanmamış olan kişilerin oranı %59 olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda, 2010 yılından 2012 yılına kadar sigara kullanmış veya hali hazırda kullanmakta olan kişilerin oranında düşüş gözlenirken, hiç sigara kullanmamış kişilerin oranında ise artış gözlenmiştir. Bu olumlu değişimin sağlanmasında WHO'nün önerdiği ve ülkemizin başarıyla uyguladığı MPOWER tütün kontrol politikasının büyük bir etkisi olduğundan söz edilebilmektedir. 2014 yılına gelindiğinde ise somut bir nedene bağlanamamakla birlikte, hergün sigara kullanan %27,3, ara sıra kullanan %5,2, daha önce kullanıp bırakmış olan %17,7 ve hiç sigara kullanmamış olan %49,8 oranında kişi olmak üzere, ülke genelinin sigara kullanım oranlarında belirgin bir artış gözlenmiştir. 2016 yılında yeniden bir düşüş sağlanarak hergün sigara kullanan %26,5, ara sıra kullanan %4,1, daha önce kullanıp bırakmış olan %12,9 ve hiç sigara kullanmamış olan %56,5 oranında kişi olduğu belirlenmiştir. 2019 yılında ise ara sıra sigara kullanan (%3,4), daha önce kullanıp bırakmış olan (%14,2) ve hiç sigara kullanmamış olan (%54,5) kişi oranlarında düşüş sağlanırken, hergün sigara kullanan (%28) kişilerin oranında artış gözlenmiştir. 2012 yılında getirilen yasal düzenleme ve uygulamaların hala yürürlükte olmasına ve aynı titizlikle yürütülüyor olmasına karşın, sigara kullanım oranlarında dönem dönem gözlenen bu artışa kesin bir açıklama getirilememektedir.

(%)	2010	2012	2014	2016	2019
Erkek Male	39,0	35,9	41,8	40,1	41,3
Kadın Female	12,3	10,8	13,1	13,3	14,9
Toplam Total	25,4	23,2	27,3	26,5	28,0

Tablo 1.5: Türkiye Sağlık Araştırması (Turkey Health Interview Survey) 2010 – 2019 yılları arası Türkiye’de tütün kullanım alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımları (TÜİK, 2019).

Yine TÜİK tarafından 2010, 2012, 2014, 2016 ve 2019 yıllarında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması (Turkey Health Interview Survey) sonuçlarından elde edilen 2010 – 2019 yılları arasında Türkiye’de her gün sigara kullanan kişilerin cinsiyete göre dağılımlarını gösteren tablo incelendiğinde, yıllar içinde meydana gelen dalgalanmanın kullanım sıklıklarına benzer bir grafik izlediği görülmektedir (TÜİK, 2020). 2010 yılında Türkiye’deki genel erkek nüfusunun

%39'u ve genel kadının nüfusunun %12,3'ü her gün sigara kullanırken, 2012 yılında her gün sigara içen erkeklerin oranı %35,9'a, kadınların oranı ise %10,8'e düşmüştür. Her gün sigara içen toplam kişi sayısının, genel nüfusa oranı ise 2010 yılında %25,4 iken, 2012 yılında bu oran %23,2 olarak belirlenmiştir. 2014 yılında her gün sigara tüketen kişilerin genel nüfusa oranında artış olduğu saptanmış; erkek sigara kullanıcılarının oranı %41,8'e, kadın sigara kullanıcılarının oranı %13,1'e ve toplam sigara kullanıcılarının genel nüfusa oranı %27,3'e yükselmiştir. 2016 yılı verilerine bakıldığında erkek sigara kullanıcılarında %1,7'lik bir düşüş yaşanarak %40,1'e gerilediği ancak bunun aksine kadın sigara kullanıcılarında %0,2'lik bir artışla %13,3'e yükseldiği görülmektedir. Toplamda ise her gün sigara içen kişilerin genel nüfusa oranı %0,8 düşmüş ve yeni oran %26,5 olarak belirlenmiştir. Sigara kullanıcılarının sigara kullanım sıklıklarına göre dağılımları tablosu incelendiğinde ara sıra sigara kullanan, daha önce kullanıp bırakmış olan ve hiç sigara kullanmamış olan kişilerin oranlarının 2019 yılında bir düşüş yaşamasına karşın, her gün sigara içenlerin oranlarında belirgin bir artış olduğu; dolayısıyla bu durumun cinsiyete göre dağılım tablosunda da paralel bir durum gösterdiği söylenebilmektedir. Buna göre 2019 yılında her gün sigara içen erkeklerin oranı %41,3'e, kadınların oranı 14,9'a, toplam sigara kullanıcılarının genel nüfusa oranı ise %28'e yükselmiş ancak bu artışa somut bir neden tespit edilememiştir.

1.6. Madde Bağımlılığı - Suç ilişkisi

Madde kullanımı, bireyin bilişsel durumunu değiştirerek, davranışları üzerindeki kontrolünü etkilediği için suçlu davranışlara yönelmede önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Madde kullanımı bireyi kural tanımama, öfke ve şiddet eğilimi, kendine veya çevreye zarar verme gibi davranışlara iterek suça neden olabileceği gibi; suçlu davranışların bilinçli olarak gerçekleştirilmesi sırasında yatıştırıcı veyahut cesaret verici amaçla, bilincin kontrol mekanizmasını zayıflatmak için de madde kullanılabilir. Alkol ve madde kullanımının saldırganlık ve şiddet eylemlerini artırdığı; amfetamin, kokain ve hallüsinojenlerin ise kimyasal etkileri nedeniyle bireyin kontrol mekanizmasını zayıflatarak saldırgan davranışlara neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca, madde kullanımı ekonomik maliyeti olan bir alışkanlıktır. Bu nedenle bağımlı olan birey, kullanmakta olduğu maddeyi temin edebilmek için gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş gibi TCK tarafından yasalarla sınırlandırılarak, ihlal edilmesi

halinde “suç” kabul edilen birtakım davranışlara yönelebilmektedir. Bütün bunlar göz önünde alındığında madde kullanımının doğrudan veya dolaylı olarak suç ile ilintili olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Altuner, Engin, Gürer, Akyay ve Akgül, 2009, s.88).

Yasadışı madde kullanımı ile suç içeren davranışlar arasındaki ilişki, Türkiye’de ve dünyanın hemen her yerinde önemli bir problem olarak değer görmüş; bu problemin aydınlatılması ve gerekli önemlerin alınması için yasadışı madde kullanıcıları ve suçlu bireyler başta olmak üzere pek çok farklı sosyal grup üzerinde araştırmalar gerçekleştirilmiş ve teoriler ortaya atılmıştır.

Goldstein (1985, s.143), ABD’de madde kullanımı ile şiddet suçları arasındaki ilişkiyi konu alan araştırmaları incelemiş ve bunun sonucunda madde kullanımı ile şiddet suçları arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ifade etmiştir. Örneğin, Zahn ve Bencivengo (1974), 1972 yılında ABD’nin Philadelphia eyaletinde yaptıkları araştırmada cinayetin, yasadışı madde kullanıcıları arasındaki en önemli ölüm nedeni olduğunu; cinayet sonucu gerçekleşen ölümlerin, yasadışı maddenin kötü etkileri sonucunda gerçekleşen ölümlerden daha fazla olduğu sonucuna varmıştır. Monforte ve Spitz (1975), Michigan’daki otopsi ve polis raporlarından elde ettiği veriler doğrultusunda yasadışı madde kullanımı ve dağıtımının, cinayet vakalarında önemli bir yer tuttuğunu ifade etmiştir. Preble (1980), 1965-1967 yılları arasında Doğu Harlem’de eroin bağımlıları üzerinde etnografik bir çalışma yapmış; 15 yıl aradan sonra, 1979-1980 yıllarında 78 katılımcıyı takip ederek haklarında detaylı bilgi almış ve bunlardan 28’inin öldüğünü, ölenlerin 11’inin ise cinayet kurbanı olduğunu tespit etmiştir. New York Polis Teşkilatı da (1983), 1981 yılında meydana gelen cinayet vakalarının yaklaşık %24’ünün yasadışı madde kullanımına bağlı olduğunu belirtmiştir.

Goldstein (1985, s.147) madde kullanımı ile şiddet içeren davranışlar arasındaki ilişkiyi açıklayan teorileri incelediğinde, bu ilişkinin psikofarmakolojik model, ekonomik gereksinim modeli ve sistemik model olmak üzere üç temel nedensel modele indirgenebileceğini ifade etmiştir. Psikofarmakolojik şiddet modeli tanımında bireyin kullandığı maddenin psikoaktif etkisiyle ortaya çıkan heyecan, irrasyonel davranış ve bilincin kontrol mekanizmasındaki zayıflama gibi nedenlerle birey suça meyletmektedir. Ekonomik gereksinim modeli, bağımlı bireyin bağımlı olduğu maddeyi temin edebilmek ve parasal kaynak elde etmek için yasal olmayan yollara başvurması olarak açıklanır. Sistemik model ise yasadışı maddenin üretimi, dağıtımı ve trafiğinin yarattığı sert ve acımasız kurallar sebebiyle şiddet suçlarına neden

olduğunu ifade eder. Goldstein'in bu sınıflandırmasının kavramsal çerçevesi, Martindale'in (1959, ss.58-59), "*varsayımsal olarak somut ideal tipler*" olarak tanımladığı ve teorik anlamda kesin olan karşılaştırmalar yapmaya temel oluşturmasını amaçladığını ifade ettiği üçlü sınıflandırmasına dayanmaktadır.

Goldstein (1985, s.164), yasadışı madde kullanımı ile şiddet davranışları arasındaki ilişkiyi üç temel modele indirgediği kavramsal çerçevenin, bu modellerin aralarındaki örtüşmenin de göz önünde bulundurularak ideal türler olarak görülmesi gerektiği öne sürmektedir. Ona göre, soygun eyleminde bulunmaya hazırlanan bir eroin kullanıcısı, suçu gerçekleştirmeden önce cesaret vermesi amacıyla bir miktar alkol veya uyarıcı madde alabilir. Böyle bir durumda olay hem psikofarmakolojik hem de ekonomik gereksinime dayalı şiddet unsurları içermektedir. Dahası, soygun girişiminin hedefinde bir madde satıcısı olduğu varsayımında sistemik, olay sistemik şiddetle birlikte yasadışı madde kullanımına bağlı her üç şiddet türünü de içermiş olacaktır.

Martindale tarafından ortaya atılan ve Goldenstein tarafından daha geniş bir çevrevede sunulan yasadışı madde kullanımına dayalı şiddet modellerine aşağıda daha kapsamlı şekilde yer verilmiştir:

Psikofarmakolojik Şiddet Modeli: Psikofarmakolojik şiddet modeli, alkol, barbitüratlar, PCP gibi uyarıcı ve halüsinojenik maddeleri kısa veya uzun süreli olarak kullanan bazı bireylerin şiddet davranışları gösterebileceğini öngörmektedir. Goldstein (1985, s.147), uyarıcı etken maddeler ile şiddet suçları arasındaki bağıntıyı ortaya koyan uzun bir literatür bulunduğunu (Ellinswood, 1971; Smith, 1972; Tinklenberg, 1973; Virkunen, 1974; Glaser, 1974; d'Orban, 1976; Asnis ve Smith; 1978; Gerson ve diğerleri, 1979; Feldman ve diğerleri, 1979) dile getirmiştir. Kolb ise (1925, s.78), uyuşturucu/yatıştırıcı etkisi bulunan afyon ve esrar gibi opiyatların, şiddete yol açma etkisinin bulunmadığını ifade ederek, afyon ve esrar kullanımı ile şiddet suçları arasındaki psikofarmakolojik ilişkiyi öngören ilk raporları itibarsızlaştırmaya çalışmıştır. Buna karşılık Goldstein (1979), Kolb'un opiyat kullanımının şiddete yol açma ihtimalinin olmadığı hususunda haklı olabileceğini ancak bu yaklaşımında bağımlı bireylerdeki "yoksunluk sendromu"nun neden olduğu sınırlılık halini göz ardı ettiğini ifade etmiş, yoksunluk sendromu yaşayan kişilerin şiddete eğilimli hale gelebileceğini belirterek, Kolb'u eleştirmiştir. Nitekim literatürde yer alan pek çok araştırma da (Finestone 1967; Inciardi ve Chambers, 1972; Kozel ve diğerleri, 1972; Greenberg ve Adler, 1974; Schatzman, 1975; Kramer, 1976)

opiyatların şiddet içeren davranışlara neden olabileceğini öne sürerek psikofarmakolojik modeli desteklemiştir. Bunun yanı sıra, opiyatların ters bir psikofarmakolojik etki yaratarak, şiddete olan eğilimi hafiflettiği; şiddet davranışı gösterme eğilimindeki bireylerin, bu dürtülerini kontrol etmek amacıyla erooin veya diğer yatıştırıcı özellikli maddeleri kullanabildiği, dolayısıyla şiddet davranışı ile yasadışı madde kullanımı arasında, kullanılan maddenin içeriğine bağlı olarak ters orantılı bir ilişki de olabileceği belirtilmektedir (Goldstein, 1985, s.148).

Yapılan bazı çalışmalar ise psikofarmakolojik şiddeti mağdur açısından ele alarak, sarhoşluk halinin cinsel istismar (Amir, 1971; Johnson ve diğerleri, 1976; Rada, 1975) veya cinayet (Shupe, 1954; Wolfgang, 1958) gibi vakalar başta olmak üzere, pek çok şiddet suçunda mağduriyete sebep teşkil ettiğini göstermektedir. Ancak psikofarmakolojik şiddete maruz kalan mağdurların sarhoş halde iken polisle görüşmek istememesi veya olayın detaylarını hatırlamakta zorlanması gibi nedenlerle kayıt altına alınamadıkları için, gerçek mağdur sayısını tespit etmenin zor olduğu ifade edilmektedir.

Ekonomik Gereksinim Şiddet Modeli: Ekonomik gereksinim şiddet modeli, temelinde yasadışı madde bağımlısı bireylerin, madde satın almak için para elde etmek amacıyla şiddet içeren davranışlara (hırsızlık, gasp vs.) yönelmesini ifade eder. Bir başka ifadeyle, ekonomik zorunlu şiddet modelinde bireyleri şiddet içeren davranışlara yönelten sebep psikofarmakolojik modelin öngördüğü şiddetli davranma dürtüleri değil, madde satın almak amacıyla para elde etmektir. Bu bağlamda, ekonomik suçun işlendiği sırada failin tedirginliği, mağdurun tepkisi, silahın olması (veya olmaması), üçüncü kişilerin araya girmesi vb. faktörler şiddet davranışının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. (Goldstein, 1985, s.151)

Yapılan bazı araştırmalar (Preble ve Casey, 1969; Swezey, 1973; Cushman, 1974; Gould, 1974; Goldstein ve Duchaine, 1980; Goldstein, 1981; Johnson ve diğerleri, 1985), madde bağımlısı bireylerin, şiddet içermeyen alternatifler mevcutsa, şiddet içeren bir davranıştan kaçındığını göstermektedir. Bunun nedeni suçluların şiddet içeren davranışlara karşı doğrudan bir eğilimlerinin olmaması, şiddet içeren suçların daha tehlikeli olması ve suçlunun yakalanması halinde daha büyük bir cezai tehditle karşı karşıya olmasıdır.

Bingham Dai'nin (1937, s.69) yaklaşık 80 yıl önce A.B.D.'nin Chicago kentindeki binden fazla afyon bağımlısının sabıka kayıtlarından yola çıkarak yaptığı araştırmada; bağımlı bireyler tutuklandıkları anda kayda geçen suçların büyük bir

kısının uyuşturucu yasalarının ihlali olduğu, mala karşı suçlar olarak tanımlanan suç türlerinin ise bundan sonra geldiği ifade edilmiştir. Dai, yaptığı araştırmada soygun, saldırı, darp, cinayet gibi güç kullanımını içeren suçları işleyen bağımlı bireylerin daha az bir yüzdeye sahip olmasını işaret ederek; uyuşturucu madde kullanımının, bireyin azılı bir suçlu olmasına neden olduğunu savunan görüşe karşı gelmiştir. Ona göre bağımlı bireylerin çoğu zekâsını güçten fazla kullanan, barışçıl bir yapıya sahiptir ancak bireyi şiddet davranışına iten neden, maddenin kendisinden çok ekonomik faktörlerdir. Yapılan bazı araştırmalar da uyuşturucu kullanan bireyler tarafından işlenen suçların, şiddet içermeyen suçlar olduğunu; hırsızlık, fuhuş, uyuşturucu ticareti gibi ekonomik suçların ise ne kadarının uyuşturucu kullanımına bağlı olduğuna dair kesin verilerin bulunmadığını işaret etmektedir. (Goldstein, 1985, s.152)

Sistemik şiddet Modeli: Psikofarmakolojik şiddet modeli, şiddet suçlarının psikoaktif madde kullanımı sonucunda gerçekteştiğini; ekonomik gereksinim modeli ise bağımlı olunan maddeyi elde edebilmek için gereken parayı sağlamak amacıyla şiddet suçlarına başvurulduğunu ifade etmektedir. Goldstein, (1985, s.153) sistemik şiddet modelini ise maddenin elde edilişi veya kullanılışından ziyade; uyuşturucu madde ticaret ağı içinde yer alan aktörler arasındaki, geleneksel olarak agresifleşmiş etkileşim kalıpları olarak ifade eder. Rakip uyuşturucu satıcıları arasındaki bölge anlaşmazlıkları, ticaret ağı içindeki hiyerarşik yapıya ve normatif yasalara karşı gelme, uyuşturucu satıcılarına yapılan soygunlar ve satıcı veya patronları tarafından yapılan misilleme, sahte uyuşturucu satma veya borçların ödenmemesi gibi örnekler, uyuşturucu ticareti yapan gruplar arasında sistemik şiddet davranışlarına neden olarak gösterilmektedir. Goldstein'e göre (1985, s.154), çok sayıda uyuşturucu kullanıcısı, uyuşturucu kullanım kariyeri (maddenin etken miktarı, dozu, kullanım şekli vs.) arttikça, uyuşturucu madde dağıtım sistemine dâhil olmakta ve buna bağlı olarak sistemik şiddetin kurbanı veya faili olma riskini beraberinde getirmektedir.

Yapılan pek çok araştırma da Goldstein'in sistemik şiddet modelini destekler niteliktedir. Örneğin Blum (1969), uyuşturucu madde kullanan çoğu bireyin şiddet davranışlarına eğilimli olmadığını, ancak tipik uyuşturucu satıcılarında şiddetle ilişkili güçlü kanıtlar gözlendiğini belirtmiştir. Smith (1972), ABD'nin San Francisco kentinde yer alan Haight-Ashbury semtindeki amfetamin kullanımı ile şiddet davranışları arasındaki ilişkiden yola çıkarak, sokaklardaki başlıca şiddet nedeni olarak sahte uyuşturucu satışını işaret etmiştir. Fitzpatrick (1974, s.360), uyuşturucu madde satışının, muazzam kâr getiren bir iş olması nedeniyle yoğun rekabet ortamı

doğurduğunu ve bu rekabetin içinde yer alan insanların bir şekilde şiddete eğilimli veya şiddetten muzdarip hale geldiği bir yer altı dünyası olduğunu ifade etmiştir. Glaser (1974, s.53), uyuşturucu ticareti yapan bireylerin birbirleriyle olan yasadışı rekabetlerinde, yatırımlarında veya borç tahsilatlarında ticari görgü kurallarına bağlı olarak hareket etmediklerini söylemiştir. Ona göre, bu tür kriminal girişimciler terör, şiddet, haraç, rüşvet, fuhuş vb. stratejilere daha çok güvenerek şiddet davranışlara daha eğilimli hale gelmektedir. Zahn (1975, s.409) ise, bir malın kıt olduğu ve yüksek talep gördüğü durumlarda rekabet ve çekişmenin ortaya çıkmasının normal olduğunu ve bu tür bir rekabetin şiddet davranışlarına uygun bir altkültürde ortaya çıkması durumunda, şiddetin “*modus operandi*”¹⁴ haline gelerek cinayetle sonuçlanabileceğini dile getirmiştir.

Ayrıca Zahn, ABD’de yirminci yüzyılda işlenen cinayet vakaları üzerinde yaptığı çalışmada cinayet oranlarının 1920’lerde ve 1930’ların başında en yüksek seviyede olduğunu, daha sonra azaldığını ancak 1965’te tekrar yükselmeye başlayarak 1974’te yeniden zirveye ulaştığını kaydetmiş ve bu tarihsel araştırma ile yasadışı madde pazarları ile cinayet suçları arasındaki bağlantıya dikkat çekmek istemiştir. 1920’lerde ve 1930’ların başında alkol, 1960’ların sonunda ve 1970’lerin başında eroin ve kokain pazarının revaçta olduğunu belirten Zahn; bir pazar kurmak ve sürdürmek, rekabeti kontrol etmek, alternatif tedarikçileri ve memnuniyetsiz müşterileri ortadan kaldırmak, rakip satıcılar veya polis tarafından tehdit edilme korkusu gibi nedenlerle bu dönemlerde silahlanmanın arttığını ve dolayısıyla cinayet oranının da buna bağlı olarak artabileceğini ifade etmiştir. (Zahn, 1980, s.128).

Bennett, Holloway ve Farrington’ın (2008), madde bağımlılığı ile suç içeren davranışlar üzerine yapılmış binlerce araştırma arasından seçtikleri 30 araştırmayı derleyerek, bunlar üzerinde bir meta analizi niteliğinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmaları da konuya ilişkin önemli veriler sunmaktadır. Uluslararası Sosyal Bilimler Bibliyografyası (*International Bibliography of the Social Sciences – IBSS*), Ceza Adaleti verileri, psikolojik veriler, akademik araştırmalar ve ikincil çalışmalardan oluşan 5160 çalışmayı başlık ve özetlerine göre değerlendirdikten sonra 536 tanesi potansiyel olarak uygun kabul edilmiş, elde edilebilen çalışmalardan uygunluk

¹⁴ Modus operandi: Kriminolojide “*vakanın oluş şekli*” veya “*failin yöntemi*” anlamına gelen, failin psikolojisi hakkında ipucu elde etmek amacıyla oluşturulan suç profillerinde de kullanılan ve bir kimsenin kendine has çalışma yöntemini veya alışkanlığını ifade eden Latince kökenli bir deyim. (Douglas, Burgess, Burgess, Ressler, 2006, ss.19-21; Vronsky, 2004, s.412).

kriterlerini karşıladığı düşünölen 60 çalışma seçilmiş, bunlardan madde kullanımı – suç arasındaki ilişkiyi doğrudan açıklayan 30 çalışma meta analizine tabi tutulmuştur. Bu 30 çalışmalardan 18’i Amerika Birleşik Devletleri, 7’si Birleşik Krallık ve 5’i Avrupa ölkelerinde gerçekleştirilen çalışmalardır. Meta analizi kapsamında madde kullanımı bakımından önce eroin, crack ve kokain, daha sonra ise amfetamin, ecstasy ve esrar değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Suç türlerine göre ise hırsızlık, gasp, kapkaç gibi suçlar ile dolandırıcılık, soygun ve araç hırsızlığı gibi suç türlerinin ön plana çıktığı görölmektedir (Bennett, Holloway ve Farrington, 2008, s.111).

Meta analizinden elde edilen verilerin genel sonucuna bakıldığında madde kullanımı ile suç içeren davranışlar arasında pozitif bir ilişki olduğunu söyleyebilmek mümkündür. Eroin ve kullanımı ile suç arasındaki ilişkiyi inceleyen 14 çalışmanın ortalamasına bakıldığında, eroin kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla suç içeren davranışlara yaklaşık 3-3.5 kat daha eğilimli olduğu belirlenmiştir. Crack kullanımı ile suç arasındaki ilişkiyi inceleyen 6 çalışmanın ortalamasına bakıldığında, crack kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla 6 kat daha eğilimli olduğu ifade edilmiştir. Kokain kullanımı ile suç arasındaki ilişkiyi inceleyen 11 çalışma ise kokain kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla yaklaşık 2.5 kat daha suç içeren davranışlara eğilimli olduğunu göstermiştir. Bu veriler doğrultusunda söylenebilmektedir ki, bu üç madde türü içinde crack kullananların suça eğilimi en yüksek, eroin kullananların ikinci düzeyde yüksek, kokain kullananların ise en düşüktür. Esrar ve amfetamin kullanımı ile suç arasındaki ilişkiye bakıldığında da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Esrar ve amfetamin kullanımı ile suç içeren davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen 10 çalışmanın ortalaması incelendiğinde, esrar kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla 1.5 kat; amfetamin kullanan kişilerin ise kullanmayan kişilere oranla 1.9 kat daha fazla suça eğilimli olduğu tespit edilmiştir (Bennett, Holloway ve Farrington, 2008, ss.112-113).

Meta analizinin ortaya koyduğu veriler suç türleri açısından incelendiğinde madde kullanımı ile en ilişkili görölen suç türlerinin çoğunlukla madde temin edebilmek için gerekli olan finansal zemini sağlamak amacıyla hırsızlık, gasp, yağma, kapkaç, soygun gibi mala yönelik suçlar ile fuhuş olduğu ifade edilmektedir. Mağaza hırsızlığı ile madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen 5 çalışmada, özellikle eroin, crack ve kokain kullanan madde kullanıcılarının, madde kullanmayan kişilere oranla hırsızlık suçunu işlemeye yaklaşık 4 ila 6 kat daha eğilimli olduğunu belirlenmiştir. Madde kullanımı ile fuhuş arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik 6 çalışmada ise

yine eroin, crack ve kokain kullanıcıları çoğunlukta olmak üzere, madde kullanan kişilerin, kullanmayan kişilere oranla fuhuşa neredeyse 3 kat daha eğilimli olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca madde kullanan kişilerin suç içeren davranışlara olan eğilimi ile madde kullanmayan kişilerin karşılaştırılmasına dayanan 8 çalışma incelendiğinde, madde kullanan kişilerin kullanmayan kişilere oranla suç içeren davranışlara daha eğilimli olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, 30'dan fazla araştırma üzerinde yapılan meta analizinin sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, madde kullanımı ile belirlenen suç türlerinin önemli ölçüde ilişkide olduğu söylenebilmektedir (Bennett, Holloway ve Farrington, 2008, s.114).

1.7. Çocuk ve Gençlerde Madde Bağımlılığı ve Suç

Madde bağımlılığının ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde, diğer dönemlerden daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bunun nedeni, cinsiyetin belirlenmesine yönelik hormonal faaliyetlerin ergenlik döneminde aşırı artış göstermesi; beynin, ortaya çıkan fiziksel değişikliklere tepkisinin ve duyu durumundaki ani değişimlerin adaptasyon sürecindeki genç bireyi tepkisel davranışlar göstermeye ve risk almaya yatkın hale getirmesi şeklinde ifade edilmektedir. Kuralların dışına çıkma ve meydan okuma gibi tepkisel davranışlarla kişiliğini ortaya koymaya çalışan genç bireyler, aynı zamanda çabuk öfkelenme ve kolay risk alma gibi davranışları büyümenin bir ölçütü gibi algılayarak, suç teşkil edebilecek davranışlara kolaylıkla eğilim gösterebilmektedir. Bu durum, madde kullanımı ve bağımlılığının bu dönemlerde artmasına neden olmaktadır (Uzbay, 2015, s.4-5).

Puzzanchera, Stahl, Finnegan, Tierney ve Snyder'ın 2003 yılında yayınlamış olduğu "1998 Çocuk Mahkemeleri İstatistikleri (*Juvenile Court Statistics 1998*)" verileri ile Sickmund, Stahl ve Kang'ın 2011 yılında yayınlamış olduğu 1985-2008 yılları arasında ABD'deki çocuk mahkemeleri tarafından görülen çocuk suçluluğu davalarına ait istatistiklerin yer aldığı "Çocuk Mahkemesi İstatistiklerine Kolay Erişim: 1985-2008 (*Easy Access to Juvenile Court Statistics: 1985-2008*)" adlı çalışmalarında, ABD mahkemeleri tarafından ele alınan çocuk suçluluğu davalarından, yetişkin suçlarında olduğu gibi çocuk ve gençlerin işlediği suçlarda da temelde dört suç türü olduğu ve madde bağımlılığı suçlarının bu dört temel suç türünden biri olduğu belirlenmiştir. Buna göre cinayet, saldırı, şiddet, taciz, tecavüz, kaçıрма, alıkoyma, tehlikeye atma, ihmal gibi suçlar "kişilere karşı işlenen suçlar";

gasp, hırsızlık, motorlu araç hırsızlığı, yağma, kundakçılık, izinsiz girme gibi suçlar “*mülkiyete karşı suçlar*”; silah suçları, şiddet içermeyen cinsel suçlar, içki yasaı ihlalleri, av yasağı ihlalleri, hapisten kaçma, rüşvet, göçmen yasaı ihlalleri, adaleti engelleme gibi suçlar “*kamu düzenine karşı suçlar*”; uyuşturucu yasaı ihlalleri, kontrollü veya yasak bir madde veya uyuşturucunun yasa dışı satışı, satın alınması, dağıtımı, imalatı, ekimi, nakliyesi, bulundurulması veya kullanılması ile tutkal, boya, benzin ve diğer uçucu maddelerin koklanması gibi davranışların tamamı ise “*uyuşturucu madde suçları*” olarak tanımlanmaktadır (Puzzanchera, Stahl, Finnegan, Tierney ve Snyder, 2003; Sickmund, Stahl ve Kang, 2011).

Maddenin kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ile suç içeren davranışlar arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar, madde kullanımına bağılı olarak ortaya çıkan akut intoksikasyon, yoksunluk, psikoz ve paranoya gibi durumların şiddet içeren suç davranışları ile ilişkili olduğunu; alkol, amfetamin, kokain ve halüsinojenik maddelerin saldırgan davranışları tetikleyerek kişinin kural tanımama, kendine ve çevresine zarar verme gibi davranışlar sergilemesine neden olduğunu ortaya koymuştur (Arabacı, Taş ve Dikeç, 2017, s.138).

Madde kullanımının ergenlik döneminde daha sık görülmesinin sebebi yalnızca hormonlardaki ani değişiklikler değildir. Ergenlik, beyin gelişimi için de oldukça önemli bir dönemi kapsamaktadır. İnsan beyninin gelişimi doğumdan 2-6 yaş civarına kadar oldukça hızlıdır ve sinir hücreleri arasındaki bağlantılar olarak bilinen sinaps oluşumu bu dönemde oldukça hızlıdır. Ancak 13-14 yaşlarından itibaren ergenlik döneminde, beyin gelişiminin doğal bir evresi olarak, “*budanma*” veya “*sadeleştirme*” olarak ifade edilen bir nöron azaltma eylemi gerçekleşir. Beyindeki fazla nöronların normal düzeyde budanması dahi ergen bireyin isyankâr ve risk almaya meyilli bir hale gelebilmesine neden olurken; yapılan araştırmalar, aşırı budanma durumunda şizofreni gibi nörogelişimsel hastalıklar ortaya çıkabildiğini, bunun madde kullanımını ve dolayısıyla bağımlılık riskini artırdığını göstermiştir. (Andreasen, Nopoulos, Magnotta, Pierson, Ziebell ve Ho, 2011; Boksa, 2012; Woo, 2014; Uzbay, 2015).

Madde bağımlılığının suç içeren davranışlarla doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkisini ortaya koymaya yönelik yürütülen her türlü çalışma, madde bağımlılığı ve suçla mücadele kapsamında oluşturulacak politikaların belirlenmesi ve buna ilişkin düzenlemelerin yapılabilmesi bakımından önem arz etmektedir. Bu nedenle gerek ülkemizde gerekse dünyada madde bağımlılığı – suç ilişkisini ortaya koymaya yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Örneğin Teplin ve arkadaşlarının (2002) herhangi bir

suça istinaden cezaevinde yatmakta olan çocuk ve ergenler üzerinde yaptığı çalışmada, mahkûmların neredeyse yarısının madde kullanıcısı olduğu tespit edilmiştir. Simoes, Matos ve Batista-Foguet'in (2008) çocuk suçluluğuna ilişkin risk faktörleri ve koruyucu önlemlere ilişkin yapmış olduğu çalışmada madde kullanımının suçlu davranışı belirlemede önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Bennett, Holloway ve Farrington'ın (2008) çocuk, ergen ve yetişkinleri içeren ve 30 makalenin sistematik derleme – meta analizi şeklinde yürütülen çalışması incelendiğinde madde kullanıcısı olan bireylerin, madde kullanmayan bireylere oranla özellikle soygun, hırsızlık ve fuhuş gibi suç içeren davranışlara 3-4 kat daha fazla eğilim gösterdiği ortaya konmuştur. Ögel ve Aksoy'un da (2007), tutuklanmasına veya hüküm giymesine neden olan suçu işlediğinde madde tesiri altında olan ergenlerin sayısının azımsanamayacak seviyelerde olduğunu gösteren bir çalışması bulunmaktadır (Akt: Arabacı, Taş ve Dikeç, 2017, s.138).

Madde kullanımı ile suç davranışları arasındaki ilişkiyi incelerken, kullanılan madde ile işlenen suç türü arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını inceleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin Haggard-Grann ve arkadaşlarının (2006), alkol ve madde kullanımının suç içeren davranışlara etkisini inceledikleri bir adli psikiyatri değerlendirmesinde, özellikle alkol ve eroin kullanımının suç davranışına sürüklenmede etkili olduğu öne sürülmüştür. Sutherland ve arkadaşlarının (2015) ise, 887 kişi üzerinde yapmış olduğu araştırmada madde kullanımı ile hırsızlık ve şiddet suçları arasında anlamlı bir ilişki olduğu; hırsızlık suçu işleyenlerin daha çok benzodiazepin ve metamfetamin tesirinde olduğu, şiddet içeren suçlara karışanların ise en çok eroin ve alkol tesiri altında olduğu belirtilmiştir (Akt: Arabacı, Taş ve Dikeç, 2017, s.138).

Altuner, Engin, Gürer, Akyay ve Akgül'ün (2009, s.89), İstanbul ili Bağcılar ilçesindeki lise ve dengi okullarda öğrenim gören 22.075 öğrenci arasından rastgele örneklem yoluyla belirlenmiş 2627 kişilik 10. sınıf öğrencilerine uygulanan anket çalışması bu çalışmalara örnek teşkil etmektedir. Çalışmada ankete katılan öğrencilere sosyo-kültürel özelliklerini belirlemeye yönelik soruların yanı sıra sigara, alkol ve diğer psiko aktif maddelerin kullanımı ile şiddet eğilimi ve suç potansiyelini saptamaya yönelik sorular sorulmuş; sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanım alışkanlıklarını belirlemede İzlanda Sosyal Araştırmalar ve Analiz Merkezi (*Icelandic Centre for Social Research and Analysis - ICSRA*) tarafından geliştirilen sorular kullanıldığı ifade edilmiştir.

Araştırma bulguları incelendiğinde ankete katılan öğrencilerin geçmişte %43,2'sinin sigara, %5,2'sinin tütün çiğneme, %4,7'sinin enfiye, %23,7'sinin ise alkol kullanımı olduğu; araştırmanın gerçekleştiği sırada ise halen %15,2'sinin sigara, %4,5'inin tütün çiğneme, %4,5'inin enfiye, %12,5'inin ise alkol kullanımı olduğu belirlenmiştir. Psikoaktif madde kullanım oranları ise %5,1 sakinleştirici ilaç, %5,6 esrar, %4,3 amfetamin, %4,4 LSD, %4,8 ecstasy, %4,5 kokain, %4 relewin, %4,2 sihirli mantar, %5,1 uçucu madde, %4 anabolik steroid olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında psikoaktif madde kullan ve kullanmayan gruplar fiziksel şiddet uygulama ya da şiddete maruz kalma, düşünce olarak başkalarına vurmayı onaylama şeklinde görülen şiddet eğilimi, birine fiziksel zarar verme veya cinsel yakınlık kurmaya gösterme şeklinde görülen şiddet davranışı, kontrol edilemeyen öfke nöbetleri ve eşyalara zarar verme isteği ile bir şeyleri çalmak, hırsızlık yapmak için şiddet kullanmak, başkasına ait bir şeye zarar vermek ve benzeri suç davranışları bakımından karşılaştırılmıştır. Buna göre son 1 yıl içinde yapılan hırsızlık, bina ve arabaya zorla girme, başkasına ait bir şeye zarar verme ve benzeri suç davranışları ile psikoaktif madde kullanımı arasında pozitif korelasyon ilişkisi tespit edildiği ifade edilmiştir. Aynı şekilde psikoaktif madde kullanan ve kullanmayan gruplarda suç işleme, öfke kontrolü, fiziksel şiddet uygulama veya fiziksel şiddete maruz kalma, şiddet eğilimi ve çeşitli şiddet davranışları ile psikoaktif madde kullanımı arasında pozitif korelasyon ilişkisi bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca psikoaktif madde kullanımının suç işlemeye sebep olduğu tezini destekleyen bir bulgu olarak, aktif bağımlılık dönemlerinde suç ve şiddet içeren davranışlarda artış gözlemlendiği ve bağımlıların maddeyi temin edebilmek için gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş ve diğer suçları işlediği; özellikle eroin ve kokain kullanıcılarında madde kullanım sıklığı ile suç işleme sıklığı arasında pozitif korelasyon ilişkisi olduğu ifade edilmiştir (Altuner, Engin, Gürer, Akyay ve Akgül, 2009, ss.92-94).

Günümüzde çocuk ve gençlerde madde kullanımı ile suç içeren davranışlar arasındaki ilişki farklı yaklaşımlara dayandırılarak açıklanmaktadır. Bir yaklaşıma göre çocuklar ve gençler içinde buldukları aile ve sosyal çevrenin etkisiyle hem suça hem de madde kullanımına sürüklenebilmektedir. Ayrıca toplumsal çözülmenin ve toplumsal normal dışında oluşan alt kültürlerin dolaylı etkisiyle de madde kullanımının ve suça sürüklenmenin mümkün olabildiği ifade edilmektedir. Örneğin Gatti ve arkadaşları (2005) çete üyesi olan çocukların, diğer çocuklara oranla suça ve madde kullanmaya daha fazla sürüklendiklerini; özellikle 16 yaş civarında olanların

polis tarafından yakalanma ve bağımlılık yapıcı madde kullanma sıklıklarının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Madde kullanımının suça sürüklenmede etkili olduğunu ortaya koyan çalışmaların yanı sıra, suça sürüklenme durumunun madde kullanımına sebep olabileceğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır. Suç dünyası içinde yer alan gençlerin, madde alt kültürüyle iç içe olmasının madde kullanımına sebep olabileceği düşünülmektedir. Tüm bu yaklaşımlar göz önüne alındığında söylenebilir ki, madde kullanımı ve suç davranışları, sebep sonuç ilişkisi olarak değil, eşzamanlı olarak birlikte görülebilen ve birbirini tetikleyen davranış bozuklukları olarak ele alınmalıdır (Akt: Arabacı, Taş ve Dikeç, 2017; s.139).



İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI VE YASAMA FAALİYETLERİ

İnsanoğlunun tarih boyunca göstermiş olduğu toplumsal, ekonomik ve teknolojik gelişmeler, pek çok sorunu da beraberinde getirmiştir. İlk çağlardan bu yana gerek gıda ve yan gıda gerek ilaç gerekse uyarıcı/yatıştırıcı amaçlı kullanılan maddeler zaman içerisinde bağımlılık sorununu ve bununla ilintili başka pek çok sorunu beraberinde getirmiştir. Çağımızın en önemli sorunlarından biri haline gelen madde bağımlılığı, yalnızca ülkemizi değil, yeryüzündeki tüm toplumları etkisi altına alan ve beraberinde birtakım uluslararası önlem ve politikaları gerekli kılan evrensel bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, madde bağımlılığı konusunu ulusal düzlemde ele almak, problemin boyutunu ve sınırlarını tanımlamada yetersiz kalacaktır. Madde bağımlılığı sorunu yalnızca madde kullanımı ile ilintili değil; kullanılan maddenin yasadışı trafiğinin ve rantının olması nedeniyle yaygın bir pazar haline gelmesi, kaçakçılık ve kara para aklama gibi organize suç eylemlerinde ekonomik güç oluşturması gibi tehlikelerle de toplumları tehdit altına almaktadır. Madde bağımlılığı ile mücadele hususunda her devletin almış olduğu önlem, kendi coğrafi konumu, ekonomik gücü ve siyasal yapısı çerçevesinde sınırlı olduğu için, ulusal önlemler tek başına yeterli olmamıştır. (Doğan, 2001, s.81)

Bağımlılık yapıcı maddelerin kötüye kullanımı ve bağımlılık sorununun her geçen gün arttığına yapılan bilimsel çalışmalarla ortaya konması ve bağımlılığın yalnızca bireyin sağlığını değil; toplum sağlığını, ekonomik ve kültürel yapıyı da olumsuz etkilemesi gibi nedeniyle insanlık bugün oldukça büyük ve karmaşık bir sorunla mücadele etmektedir. Küresel bir problem olarak insanlığı bu derece tehdit eden madde bağımlılığı hem bir sağlık hem de ciddi bir güvenlik sorunu olarak, çok ulusal ve uluslararası paydaşlarca çok yönlü ve uyum içerisinde yürütülmesini zorunlu hale getirmiştir (TUBİM, 2020). Tütün ve alkolün yanı sıra; gerek doğadaki çeşitli bitkilerden gerekse sentetik olarak elde edilen psikotrop maddelerin (ya da bu

maddelerin hammaddesini teşkil eden maddelerin) imal aşamasından pazar aşamasına, dağıtım aşamasından kullanım aşamasına gelene kadar dünya üzerinde ulaştığı ya da geçiş güzergahında bulunan tüm devletler, bu maddelerin kullanılması ve dolaşımı hakkında yasal sınırlılıklar belirlemek ve bu hususta diğer devletlerle iş birliği yapmak zorunda kalmıştır (Öner, 2010, s.107).

2.1. Türkiye’de Madde Bağımlılığıyla Mücadele Politikaları

Madde kötüye kullanımının ve madde bağımlılığının zararlı sonuçları uzun zamandır biliniyor olmasına karşın, yakın bir geçmişe kadar bu maddelerin üretim ve kullanımının yasaklanmasına yönelik ulusal ya da uluslararası herhangi bir girişimde bulunulmamış; ancak madde bağımlılığı sorununun bir dünya sorunu haline gelmesi, narkotik maddelerin uluslararası ticaretinin ve dolayısıyla kaçakçılığının yapıyor olması, uyuşturucu madde kaçakçılığının yasadışı örgütler için önemli bir gelir kaynağı olması, uyuşturucu maddelere ilişkin suçların devletlerin iç sorunu olmaktan çıkıp sınırları aşan bir nitelik kazanması ve dolayısıyla uyuşturucu ticaret ağı üzerinde bulunan tüm ülkelerin sınırlarının tehdit altında olması gibi nedenlerle pek çok devlet kendi ulusal tedbirlerinin yanı sıra, uluslararası oluşumlara destek vermiş ve bu bağlamda yasadışı maddelerin üretim, ithalat ve ihracatının denetim altına alınmasına yönelik konferanslar düzenlenerek, uluslararası sözleşmeler ve antlaşmalar imzalanmıştır.

Madde bağımlılığıyla uluslararası mücadele 19. yüzyılda afyon kullanımının yaygınlaşması, afyonun kârlı bir ticari mal haline gelmesi ve bu nedenle uluslararası pazarda önemli bir yer edinmesiyle zorunluluk haline gelmiştir. Özellikle ABD ve Avrupa’da afyon başta olmak üzere, keyif verici maddelerin kullanımının yaygınlaşması ve kaçakçılığının artması nedeniyle ABD duruma müdahale etme kararı almış; bu bağlamda afyon üretimi ve ticareti konusunda dünyada ilk sırada gelen Çin ve İngiltere’yle görüşmeler gerçekleştirerek bu alanda uluslararası alanda müdahale ve iş birliği için önyak olmuştur. 1900’lü yılların başında başlayan ve yapılan müzakere ve konferanslar sonucunda afyon üretimini, ticaretini ve yasa dışı kullanımını kontrol altında tutmaya yönelik gerçekleştirilen çok sayıda konferans, antlaşma ve sözleşmeler bulunmaktadır. Bu sözleşme ve antlaşmalardan en temel olanları şunlardır (Akgül ve Şahinli, 2014; Eydemir, 2014; Çıtır, 2015; Altan, 2019; Sevimli, 2019; Sarıgüzel, 2021):

- 1909 Shanghai Afyon Antlaşması (*The International Opium Commission of Shanghai*)
- 1912 La Haye Afyon Sözleşmesi (*The Hague International Opium Convention*)
- 1925 Cenevre Afyon Antlaşması (*The Geneva International Opium Convention*)
- 1931 Cenevre Afyon Antlaşması – Uyuşturucu Maddelerin Üretimini Sınırlanırılması ve Dağıtımının Düzenlenmesi Sözleşmesi (*The Geneva International Convention for Limiting the Manufacture and Hegulating the Distribution of Narcotic Drugs*)
- 1931 Bangkok Antlaşması – Uzak Doğu'da Afyon İçilmesinin Kontrolü Antlaşması (*The Bangkok Agreement for the Control of Opium Smoking in the Far East*)
- 1936 Cenevre Afyon Antlaşması – Tehlikeli Uyuşturucuların Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine İlişkin Sözleşmesi (*The Geneva Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs*)
- 1946 New York Protokolü – 23 Ocak 1912'de Lahey'de, 11 Şubat 1925 - 19 Şubat 1925 ve 13 Temmuz 1931'de Cenevre'de, 27 Kasım 1931'de Bangkok'ta ve 26 Haziran 1936'da Cenevre'de akdedilen Narkotik Uyuşturucularla İlgili Anlaşma, Sözleşme ve Protokolleri Değiştiren Protokol (*The Lake Success Protocol amending the Agreements, Conventions and Protocols on Narcotic Drugs, concluded at The Hague on 23 January 1912, at Geneva on 11 February 1925 and 19 February 1925, and 13 July 1931, at Bangkok on 27 November 1931 and at Geneva on 26 June 1936*)
- 1948 Paris Protokolü - 11 Aralık 1946'da Lake Success, New York'ta imzalanan Protokol ile Değiştirilen, Narkotik Uyuşturucuların Üretimini Sınırlanırılması ve Dağıtımının Düzenlenmesine Dair 13 Temmuz 1931 tarihli Sözleşmenin Kapsamı Dışındaki Uyuşturucuların Uluslararası Kontrol Altına Alınmasına İlişkin Protokol (*The Paris Protocol Bringing under International Control Drugs Outside the Scope of the Convention of 13 July 1931 for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946*)
- 1953 New York Protokolü – Haşhaş Bitkisinin Yetiştirilmesinin, Afyon Üretimini, Uluslararası ve Toptan Ticaretinin ve Kullanımının Sınırlanırılması ve Düzenlenmesine İlişkin Protokol (*The New York Protocol for Limiting and Regulating*

the Cultivation of the Poppy Plant, the Production of, International and Wholesale Trade in, and Use of Opium)

- 1961 Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi (*The Single Convention on Narcotic Drugs*)

- 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi (*The Convention on Psychotropic Substances*)

- 1988 Viyana Sözleşmesi - Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Yasadışı Ticaretine Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (*The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*).

1909 – Shanghai Afyon Antlaşması (*The International Opium Commission of Shanghai*): 19. yüzyılın sonlarında bağımlılık yapıcı psikoaktif maddelerin kötüye kullanımının artması ve afyon ve türevi maddeleri, ABD'nin 1898 yılında işgal ettiği Çin'den getirdiği işçilerin Filipinler üzerinden ülkeye sokarak yayılmasına neden olduğunu fark etmesi üzerine, bu maddelerin satışını ve kullanımını sınırlamak üzere yasa çıkarma ve madde kötüye kullanımı ile uluslararası mücadele etme ihtiyacı doğmuştur (Yaşar, 2012, s.76). Bu bağlamda ABD Başkanı Theodore Roosevelt hükümetinin teklifi ile 1 Şubat 1909 günü müzakerelerine başlanan ve 5-26 Şubat 1909 tarihlerinde Çin'in Shanghai kentinde gerçekleşen “*Uluslararası Shanghai Afyon Komisyonu (The International Commission of Shanghai)*” toplantıları Almanya, İngiltere, Fransa, İtalya, Japonya, Hollanda, Avusturya-Macaristan, İran, Portekiz, Rusya ve Tayland (Siyam) olmak üzere 13 ülkeden 38 delegenin katılımıyla gerçekleşmiş ve uluslararası afyon sorunuyla yüzleşme amacıyla gerçekleştirilen ilk uluslararası çaba olarak kabul edilmiştir. Çin, Hindistan ve İran'dan sonra dünya genelinde en büyük dördüncü afyon üreticisi durumunda olan Osmanlı Devleti'nin de konferansa davet edildiği ancak davet edilmesine karşın katılmayan tek devlet olduğu bilinmektedir (Barop, 2015, s.115; Çıtır, 2015, ss.31-32). Komisyon tarafından konferans sonunda hazırlanan rapor her ne kadar bağlayıcı yükümlülükler getirmeyi amaçlamamış olsa da katılımcı devletleri bağımlılığı yayılmakta olan morfin ve benzeri afyon türevlerinin üretimini ve dağıtımını kontrol etmek için sert önlemler almaya davet etmiş ve narkotik maddelerin üretim ve dağıtımını hususunda çok taraflı bir uluslararası bir antlaşma niteliği kazanarak, 1912 Lahey Afyon Sözleşmesi'nin imzalanmasının yolunu açmıştır (UNODC.a).

1912 – La Haye Afyon Sözleşmesi (*The Hague International Opium Convention*): 1909 yılında Çin'in Shanghai kentinde gerçekleşen “*Uluslararası*

Shanghai Afyon Komisyonu (The International Commission of Shanghai)’nun, afyon bağımlılığıyla mücadelede ilk uluslararası hareket niteliği taşımasına karşın alınan kararların temenni mahiyetinde olması ve bağlayıcı unsurlar içermemesi nedeniyle ABD’nin talebiyle yeni bir konferans düzenlenmiş; Shanghai Afyon Antlaşması’na katılan Çin, Almanya, İngiltere, Fransa, İtalya, Japonya, Hollanda, Avusturya-Macaristan, İran, Portekiz, Rusya ve Tayland (Siyam) temsilcileri 23 Ocak 1912 tarihinde Hollanda’nın La Haye kentinde bir araya gelerek, psikotrop maddelerle ilgili ilk kez bağlayıcı bir antlaşma yapma yoluna gitmişlerdir. Konferansta ham afyon, işlenmiş afyon, tıbbi afyon, morfin, eroin ve kokain gibi maddeler tanımlanıp sınıflandırılmış, bu maddelerin tıbbi amaçlar dışında kullanımı yasaklanmış ve bu hususta tarafların iş birliği içinde olmasına karar verilmiştir (EGM KOM, 1998, s.57). La Haye Konferansı neticesinde düzenlenen 23 Ocak 1912 tarihli “*La Haye Afyon Mukavelesnamesi (The Hague International Opium Convention)*”, takip eden 3 yıl içinde taraf ülkelerin çoğunda yürürlüğe girmesine ve olumlu sonuçlar vermeye başlamasına karşın Birinci Dünya Savaşı’nın başlamasıyla sekteye uğramış; ancak sonraki yıllarda galip devletlerle diğer devletler arasında yapılan uluslararası antlaşmalarda şart koşulmuş ve böylece La Haye Afyon Sözleşmesi 1920’lerin ortalarında 60’a yakın ülke, 1949’da ise 67 ülke tarafından imzalanmış kapsamlı bir uyuşturucu kontrolü anlaşması niteliği kazanmıştır (Saka, 1948, s.108; UNODC.b).

1925 – Cenevre Afyon Antlaşması (*The Geneva International Opium Convention*): Birinci Dünya Savaşı sırasında kurulan Milletler Cemiyeti (MC), ABD’nin girişimi ile başlayan uluslararası afyon denetimi konusunda, ilerleyen zamana, değişen dünya koşullarına ve buna bağlı olarak değişiklik gösteren arz talep dengesine yönelik yeni çalışmalar yapma ihtiyacı duymuş; La Haye sözleşmesinde yer almayan bazı unsurları da göz önünde bulundurarak yeni konu başlıklarının yer aldığı bir çalışma hazırlamış ve bu doğrultuda 12 Şubat 1925 tarihinde İsviçre’nin Cenevre kentinde bir konferans gerçekleştirmiş ve bu konferans neticesinde “*Cenevre Afyon Antlaşması*” imzalanmıştır. Hint keneviri ve reçinesi ile koka yaprağının ilk defa uyuşturucu maddeler kapsamına alındığı ve 37 ülkenin katılımıyla gerçekleşen konferansa komisyon üyesi olmasına ve afyon kontrolü konusunda en çok çaba sarf eden ülke olmasına karşın ABD katılmamış; Türkiye ise konferansa katılım sağlamış ancak haşhaş ve afyon üretimi konusunda dünya genelinde önemli bir yere sahip olması ve haşhaş-afyon ihracatının ülkenin önemli bir gelir kaynağı olması gibi nedenlerle antlaşmayı imzalamamıştır (Eydemir, 2014, s.67; Altan, 2019, s.55).

1931 – Cenevre Afyon Antlaşması (*The Geneva International Convention for Limiting the Manufacture and Hegulating the Distribution of Narcotic Drugs*): MC tarafından 13 Temmuz 1931 tarihinde İsviçre'nin Cenevre kentinde imzalanan ve “İkinci Cenevre Afyon Antlaşması” olarak da bilinen “Uyuşturucu Maddelerin Üretiminin Sınırlandırılması ve Dağıtımının Düzenlenmesi Sözleşmesi”, 1912 La Haye ve 1925 Cenevre afyon sözleşmelerini tamamlayıcı nitelikte bir sözleşme olup; bu sözleşmeyle uyuşturucu maddeler kapsamına giren maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlarla imalatının sınırlandırılması ve dağıtımının düzenlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu sözleşmede, bağımlılık yapıcı etkisi bulunan ve uyuşturucu kapsamına giren maddeler ile uyuşturucu kapsamına girmeyen ancak kötüye kullanımı bulunan tüm maddeleri kapsayacak şekilde ilk kez “uyuşturucu” anlamında kullanılan “drug” sözcüğüne yer verilmiştir (Akgül ve Şahinli, 2014, s.10; Sevimli, 2019, s.46).

1931 – Bangkok Antlaşması (*The Bangkok Agreement for the Control of Opium Smoking in the Far East*): 27 Kasım 1931 tarihinde Bangkok'ta Uzak Doğu ülkelerinde afyon üretimi ve ticaretinin kontrol altına alınması, 21 yaşından küçüklerin afyon kullanmalarının ve afyon tüketilen yerlere girmelerinin yasaklanması ve afyon bağımlılığından kurtulmak isteyen kişilerin tedavi edilmesi gibi konuları ele almak amacıyla bir başka konferans düzenlenmiş ve bu konferans neticesinde “Bangkok Uzak Doğu'da Afyon İçilmesinin Kontrolü Antlaşması” imzalanmıştır. ABD'nin yalnızca gözlemci olarak katıldığı konferansta ham madde üretimi ve yasa dışı uyuşturucu kaçakçılığıyla mücadelede daha sıkı bir yaklaşımın gerekli olduğuna karar verilmiş ve Uzak Doğu ülkelerinde afyon kullanımının kontrol altına alınmasına dair hükümler getirilmiştir ancak Bangkok Antlaşması yalnızca Uzak Doğu'da afyon içiminin yasaklanmasıyla ilgili olması bakımından zayıf ve sınırlı bir anlaşma olarak kabul edilmektedir (Taylor, 1969, s.275-279; McAllister, 2000, s.106; Akt: van der Kruit, 2007, S.36).

1936 – Cenevre Afyon Antlaşması (*The Geneva Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs*): MC, afyon ve benzeri maddelerin kontrolü hususunda yapmış olduğu çalışmaları daha kapsamlı ve belirleyici bir hale getirebilmek amacıyla 8 Haziran 1936 tarihinde Cenevre'de üçüncü bir afyon konferansı gerçekleştirmiştir. Bağımlılık yapıcı özelliği ve kötüye kullanımı bulunan maddelerin kullanımının ve yasa dışı ticaretinin yasaklanması ve bu tür eylemlerde bulunan kişilere cezai yaptırım uygulanmasına yönelik gerçekleştirilen konferansa ABD, Afganistan, Avusturya, Brezilya, Bulgaristan, Kanada, Çin, Şili,

Küba, Danimarka, Mısır, Ekvator, İspanya, Fransa, Yunanistan, Honduras, Irak, Macaristan, Hindistan, Lehistan, Meksika, Norveç, Panama, Peru, Flemenk, Bolivya, Nikaragua, Portekiz, Romanya, Siyam, İsviçre, Çekoslovakya, SSCB, Letonya, Urugovay, Venezuela, Yugoslavya ve Finlandiya'nın yanı sıra Türkiye Cumhuriyeti Devleti de davet edilmiş ve Türk Hükümeti konferansa katılım kararı olarak davete olumlu cevap vermiştir (Altan, 2019, s.63).

Konferans neticesinde 26 Haziran 1936 tarihinde “*Tehlikeli Uyuşturucuların Yasadışı Ticaretinin Önlenmesine İlişkin Cenevre Sözleşmesi*” adıyla imzalanan sözleşme kapsamında taraf devletler, belirtilen uyuşturucu maddelerle ilgili yasadışı eylemlerin hapis ile cezalandırılması, uyuşturucu madde suçlarının başka bir ülkede işlenmesi durumunda bunun ayrıca suç sayılmasını ve suçluların iadesiyle ilgili taleplerin kabul edilmesini, taraf ülkelerin uyuşturucu madde suçları hususunda standardizasyon sağlamasını, uyuşturucu maddelerle mücadeleyi düzenleyecek bir merkez büro kurmayı ve adli konularda karşılıklı yardımlaşmada bulunmayı taahhüt etmişlerdir. Önceki tarihlerde yapılan antlaşmalardan farklı olarak, 1936 tarihli bu antlaşma uyuşturucu üretimi, ticareti ve kullanımı hususunda ülkelerin yasal faaliyetlerini düzenlemelerini önermekle kalmayıp, uyuşturucu madde suçlarını “*cezai yaptırma tabii uluslararası suçlar*” olarak tanımlamış; yasadışı pazarı kontrol altına alma konusunda çözümler sağlamış, kaçakçılık konusuna biraz daha fazla ağırlık vererek cezalandırma ve hapis konusunda etkin çözümler ortaya koymuş ve böylece yasadışı madde ticaretini kontrol altına almak istemiştir. Ayrıca daha önce konu ile ilgili yapılmış olan sözleşmelerden farklı olarak bu sözleşmeye süre sınırlaması konulmuştur (Akgül ve Şahinli, 2014, s.10; Sevimli, 2019, s.47; Altan, 2019, s.64).

1946 New York Protokolü (*The Lake Success Protocol amending the Agreements, Conventions and Protocols on Narcotic Drugs concluded at The Hague on 23 January 1912, at Geneva on 11 February 1925 and 19 February 1925, and 13 July 1931, at Bangkok on 27 November 1931 and at Geneva on 26 June 1936*): 11 Aralık 1946 tarihinde ABD'nin New York eyaletinde gerçekleştirilen ve “*Lake Success Protokolü*” olarak da bilinen New York protokolü, daha önce 23 Ocak 1912'de Lahey'de, 11 Şubat 1925 - 19 Şubat 1925 ve 13 Temmuz 1931'de Cenevre'de, 27 Kasım 1931'de Bangkok'ta ve 26 Haziran 1936'da Cenevre'de imzalanan sözleşme ve antlaşmalar kapsamında MC'ne verilmiş olan bazı görev ve yetkilerin, cemiyetin dağılması üzerine WHO'ya; MC Danışma Komitesi'nin görev kapsamında yer alan uyuşturucu maddelerle mücadele politikaları geliştirme görevinin ise BM Ekonomik

ve Sosyal Konseyi bünyesinde kurulan “*Narkotik Maddeler Komisyonu (The Commission on Narcotic Drugs – CND)*”na aktarılmasını öngören düzenlemeleri içermekte ve bu nedenle “*23 Ocak 1912’de Lahey’de, 11 Şubat 1925 - 19 Şubat 1925 ve 13 Temmuz 1931’de Cenevre’de, 27 Kasım 1931’de Bangkok’ta ve 26 Haziran 1936’da Cenevre’de akdedilen Narkotik Uyuşturucularla İlgili Anlaşma, Sözleşme ve Protokolleri Değiştiren Protokol*” olarak tanımlanmaktadır (Sevdim, 2014, s.67; Ateş, 2016 ss.36-37; Akt: Sevimli, 2019, s.47).

1948 – Paris Protokolü (*The Paris Protocol Bringing under International Control Drugs Outside the Scope of the Convention of 13 July 1931 for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946*): 1912 La Haye, 1925 ve 1931 Cenevre sözleşmelerinin bir devamı niteliğinde olan Paris Protokolü ile yeni ortaya çıkan ve mevcut sözleşmelerde yer almayan sentetik maddelerin kontrol altına alınarak sınırlandırılması amaçlanmıştır. 1931 Cenevre Afyon Sözleşmesi ve öncesinde bağımlılık yapıcı etkisi bulunduğu için tehlikeli maddeler kapsamında yalnızca afyon ve koka yaprağından elde edilen alkaloidler sınırlandırılırken; Paris protokolü ile taraf olan her devlet, 1931 Cenevre Afyon Sözleşmesi kapsamında bulunmayan ancak zararlı etkilere sahip olduğu belirlenen sentetik ilaçları BM Genel Sekreterliğine bildirmekle yükümlü hale getirilmiştir. Bu bağlamda, BM Genel Sekreterliği yeni ortaya çıkan sentetikler hakkında WHO’yu bilgilendirecek, WHO da bu yeni maddelerin bağımlılık yapıp yapmayacağı ya da bağımlılık yapan bir maddeye dönüştürülüp dönüştürülemeyeceği hakkında bir rapor hazırlayarak CND ve üye devletler ile paylaşacaktır. Sentetik ilaçların kontrolünü sağlamak amacıyla hazırlanan protokol 29 Kasım 1948 tarihinde Fransa’nın Paris kentinde üye devletlerce imzalanmış ve 01 Aralık 1949’da “*11 Aralık 1946’da Lake Success, New York’ta imzalanan Protokol ile Değiştirilen, Narkotik Uyuşturucuların Üretiminin Sınırlandırılması ve Dağıtımının Düzenlenmesine Dair 13 Temmuz 1931 tarihli Sözleşmenin Kapsamı Dışındaki Uyuşturucuların Uluslararası Kontrol Altına Alınmasına İlişkin Protokol*” başlığıyla yürürlüğe girmiştir (Balcı, 2009, s.96; Kurt ve Kurt, 2007, ss.15-16; Akt: Eydemir, 2014, ss.68-69).

1953 – New York Protokolü (*The New York Protocol for Limiting and Regulating the Cultivation of the Poppy Plant, the Production of, International and Wholesale Trade in, and Use of Opium*): BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi afyonun yalnızca tıbbi ve bilimsel amaçla kullanılması ve bu doğrultuda üretim ve ticaretinin

sınırlandırılması; afyonun imal, ticaret ve kullanımını denetlemek için resmî kurumlar oluşturulması ve bir sonraki yıl için tahmini afyon ihtiyacı belirlenerek imalin bu kurumlarca belirlenen bölgelerde ruhsata bağlı olarak yapılması; afyon stoklarının ve afyon üretimi dışındaki amaçlarla yapılacak haşhaş ekiminin kontrolünün sağlanması ve protokole taraf olmayan ülkelerden afyon ithalinin yasaklanması gibi maddelerin görüşülmesi amacıyla bir protokol düzenlemiş ve bu protokol 18 Haziran 1953 tarihinde ABD New York'ta katılımcı ülkelerin temsilcileri tarafından imzalanmıştır. Protokol kapsamında afyonun yalnızca Bulgaristan, Yunanistan, Hindistan, İran, Türkiye, SSCB ve Yugoslavya'dan oluşan 7 ülke tarafından üretilip ihraç edilmesine; bu ülkelerde de haşhaş ekiminin sıkı bir denetim ve ruhsata tabi olmasına ve bahsi geçen bu 7 ülke dışında sözleşmeye taraf olmayan hiçbir devletten afyon ithal edilmemesine karar verilmiş olup, taraf ülkeler kendi ülkeleri içinde kullanmak üzere yeteri oranda üretim yapabilecektir. “*New York Protokolü*” olarak bilinen protokol, Türkiye’de 28 Aralık 1953 tarihinde “*Haşhaş Bitkisinin Yetiştirilmesinin, Afyon Üretiminin, Uluslararası ve Toptan Ticaretinin ve Kullanımının Sınırlandırılması ve Düzenlenmesine İlişkin Protokol*” başlığıyla yürürlüğe girmiştir (Booth, 1996, ss.160-161; Akt: Eydemir, 2014, s.69; Akgül ve Şahinli, 2014, s.11).

1961 - Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi (*The Single Convention on Narcotic Drugs*): Uyuşturucuyla mücadele hususunda uluslararası alanda çok sayıda antlaşma, sözleşme ve protokol yapılmış olmasına karşın, uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımının, yasadışı ticaretinin ve kaçakçılığının önüne geçilememesi BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi’ni daha önce yapılmış mevcut uluslararası antlaşmaların yerini alacak bir sözleşme hazırlayarak daha kararlı bir adım atmaya ve bu alanda bir bütünlük sağlamaya yöneltmiştir. Bu bağlamda, uyuşturucuyla mücadele hususunda önceden yapılan diğer sözleşmeler BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi tarafından incelenip geliştirilerek, bu sözleşmelerde yer alan hükümler tek bir sözleşme metninde toplanmış; bu sözleşmenin, uyuşturucu ve uyarıcı maddelerle mücadele hususunda o tarihe kadar yapılmış olan diğer sözleşmelerin yerini alması, bu maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlar dışında kullanımını kısıtlaması, bu alanda imzalanmış olan önceki sözleşme ve protokollerin yürürlükten kaldırıldığının belirtilmesi ve bu nedenle söz konusu sözleşmeye “*1961 Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi (Single Convention on Narcotic Drugs of 1961)*” adı verilmesi planlanmış; sözleşme, 30 Mart 1961 tarihinde 40 devlet tarafından imzalanmıştır. Türkiye ise 27 Aralık 1966 tarihli ve 812 sayılı kanunla sözleşmeye katılma kararı almış; bu karar Bakanlar Kurulu’nun 14

Şubat 1967 tarihli ve 6/7732 sayılı yazısıyla onaylanmış ve 11 Mayıs 1967 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanmasının ardından 22 Haziran 1967 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Akyol, 1994, s.42; Solgun, 2002, s.54; Tuncer, 2011, s.26).

Sözleşmede doğal ve sentetik uyuşturucu maddeler ile uyuşturucu madde içeren müstahzarlar kimyasal formülleri ile birlikte verilmiş; uyuşturucu maddelerin elde edildiği bitkilerin ekimi, üretimi, ticareti ve bunların denetimi ile ilgili kurallar belirtilmiş; kaçakçılıkla mücadele, uyuşturucu bağımlılarının tedavileri, uyuşturucu ve uyarıcı maddelere ilişkin ceza ve müsadereler gibi hususlara da yer verilmiştir. Ayrıca *Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi* ile uyuşturucu maddeler sınıfına alınmış maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmasını yasaklamak ve üretim, ithalat, ihracat ve sevkiyatını ruhsatlandırarak kontrol altında tutmak amacıyla 1925 Cenevre Afyon Sözleşmesi kapsamında oluşturulan “*Daimi Merkez Narkotik Kurulu (Permanent Central Narcotics Board)*” ile 1931 Cenevre Uyuşturucu Maddelerin Üretimini Sınırlandırılması ve Dağıtımının Düzenlenmesi Sözleşmesi kapsamında oluşturulan “*Uyuşturucu Denetleme Kurulu (Drug Supervisory Body)*” birleştirilerek “*Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu (International Narcotics Control Board - INCB)*” kurulmuştur (Öner, 2010, s.30; Eydemir, 2014, s.70; INCB).

1971 – Psikotrop Maddeler Sözleşmesi (*The Convention on Psychotropic Substances*): Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi’nde bağımlılık yapıcı etkisi bulunan yasadışı maddelerin açıkça tanımlanmış ve sınırlandırılmış olmasına karşın; geçen zaman içerisinde pek çok yeni psikotrop maddenin ortaya çıkmış olmasından endişe eden BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi, Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi’nde yer almayan bu maddelere dair düzenlemelerin¹⁵ yer aldığı yeni bir sözleşme yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi tarafından hazırlanan “*Psikotrop Maddeler Sözleşmesi (The Convention on Psychotropic Substances)*” 21 Şubat 1971 tarihinde Avusturya’nın Viyana kentinde 40 ülkenin temsilcileri tarafından imzalanmış ve 16 Ağustos 1976 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye de Psikotrop Maddeler Sözleşmesi’ni 27 Ekim 1980 tarih ve 2326 sayılı kanunla onaylamış ve sözleşme 07 Mart 1981 tarihinde

¹⁵ 1961 Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi’nde uyuşturucu olarak tasnif edilen maddeler çoğunlukla doğal maddeleri ifade etmektedir. 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi’nde doğal uyuşturucu maddelerin yanı sıra en az bunlar kadar tehlikeli olan sentetik uyuşturucu maddelere de yer verilmiş; depresantlar (sedatif – hipnotikler), trankilizanlar (müsekkinler), stimülanlar ve halüsinojenler olmak üzere dört grupta ele alınan bu maddeleri doğal uyuşturucu maddelerden ayırt edebilmek için “*psikotrop*” kavramı kullanılmıştır (Kurt ve Kurt, 2007, s.18).

yürürlüğe girmiştir. Ancak, sözleşmenin 31. maddesinin 2. fıkrası, sözleşmede yer alan hükümlerin uygulanmasıyla ilgili uyuşmazlık yaşanması halinde “*Uluslararası Adalet Divanı (International Court of Justice - ICJ)*”na başvurulması gerektiğini öngörmüş; Türkiye ise sözleşmeyi onaylarken bu maddeye ihtirazi kayıt koymuş ve bu hükmün Türkiye hakkındaki uyuşmazlıklarda uygulanmasına karşı çıkmıştır (Erman, 1981, s.1064; Tuncer, 2011, s.29; Sevimli, 2019, s.58).

1988 – Viyana Sözleşmesi (*The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*): Günümüzde uyuşturucu ile uluslararası mücadelede kabul edilen son sözleşme olma niteliği taşıyan ve imzalandığı yere ithafen “*Viyana Sözleşmesi*” olarak da bilinen “*Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Yasadışı Ticaretine Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi*”, 1961 Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi ve 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi kapsamında alınan tedbirlerin uygulanabilirliğini artırmak ve bu hususta yeni tedbirler almak amacıyla, BM Genel Kurulu tarafından 19 Aralık 1988 tarihinde kabul edilmiştir. Türkiye tarafından da 20 Aralık 1988 tarihinde imzalanmış olan sözleşme, yedi yıl sonra dönemin Başbakanı Tansu Çiller’in kanun tasarısını meclise göndermesi sonucunda, 22 Kasım 1995 tarih 4136 sayılı kanun ile onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir (Akgül ve Şahinli, 2014, s.19).

Önceki sözleşmelerde olduğu gibi Viyana Sözleşmesi’nde de uyuşturucu maddelerin tanım ve tasnifleri yapılmış; uyuşturucu madde suçları ve bu suçlara uygulanacak yaptırımlar düzenlenmiş ve sözleşmeye taraf olan her ülkenin bahsi geçen maddelerin üretimi, ticareti, arzı gibi fiilleri suç sayması ve cezai müeyyideler belirlemesi öngörülmüştür. Ancak 1961 Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi ve 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi’nden farklı olarak Viyana Sözleşmesi, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin kaçakçılığında elde edilen malvarlığının kaynağını gizlemek ya da malvarlığını başka bir malvarlığına çevirmek, uyuşturucu maddelerden elde edilen bir malvarlığını devretmek, devralmak ya da kullanılmak gibi kara para aklanmasının önüne geçmeye yönelik tedbirler ile narkotik ve psikotrop maddelerin kaçak olarak yetiştirilmesi, üretimi ve imalatı için teçhizat edinmek, bir başkasını uyuşturucu ve psikotrop madde kullanmaya yöneltmek veya teşvik etmek gibi suçların önüne geçmeye yönelik hükümleri içermektedir. Ayrıca sözleşmede cari taşımacılık faaliyeti ile oluşabilecek suçları engellemek amacıyla ticari belgeler ve ihracatı söz konusu olan uyuşturucu ve psikotrop maddelerin etiketlenmesi, deniz üzerinden yapılan kaçakçılık faaliyetlerinin önlenmesi konularında bunlara uygun

tedbirlerin alınması gibi konulara da ayrıntılı olarak yer verilmiştir (Tuncer, 2011, s.31; Eydemir, 2014, ss.73-74).

Ülkemizin tarafı olduğu bu sözleşmeler aynı zamanda iç hukukumuzun birer parçası olup; Anayasa'nın 90. maddesi çerçevesinde de usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmünde kabul edilmektedir ve bu hükümler Türkiye'nin madde bağımlılığıyla mücadelede üzerine düşeni yapmak hususundaki gayretini ve bu bağlamda yapılan uluslararası antlaşmalara verdiği önemi açık bir şekilde ifade etmektedir (Koç, 2021, s.1146; Sarıgüzel, 2021, s.126).

2.1.1. Uyuşturucu ve Uyarıcı Maddelerle İlgili Politikalar

Dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi Türkiye'de de uyuşturucu madde bağımlılığı ve uyuşturucu madde kullanımına ilişkin suçlar, ekonomik ve sosyal problemlerin doğmasına neden olmuş ve bu bağlamda birtakım önlemler almayı zorunlu kılmıştır. Osmanlı Devleti'nin yıkılmasını müteakip kurulan Türkiye Cumhuriyeti, afyon ziraatında Yugoslavya, İran, Güney Rusya, Hindistan ve Çin'le birlikte dünyanın önde gelen isimlerinden biri olmuş; Türkiye'de yetiştirilen afyonun içindeki morfin miktarının yüksek olması uluslararası pazarda önemli bir yer edinmesini sağlamıştır. Ancak önemli bir ekonomik kaynak olan afyon üretimi beraberinde afyondan elde edilen alkoloit türevi maddelerin kötüye kullanımının ve dolayısıyla afyon bağımlılığının artmasına neden olmuş; bu nedenle pek çok yasal düzenleme yapılması ve bağımlılık sorunuyla devlet bazında mücadele edilmesi zorunlu hale gelmiştir (Çolak, 2013, s.516; Çakır, 2021, s.107). Türkiye'de madde bağımlılığıyla mücadele faaliyetlerinin cumhuriyetin ilk yıllarına kadar dayandığı; bu hususta pek çok yasal düzenleme yapıldığı ve uyuşturucuyla mücadele politikalarının çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından desteklendiği görülmektedir.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin açılmasından kısa bir zaman sonra, 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulan “Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)” (Altıntaş, 1998, s.51), uyuşturucu maddelerin bilinen zararlarından halkı korumak amacıyla “Uyuşturucu Maddelerin Sureti İmâl ve İhzarı ile Tarzı Murakabesi Hakkında (1/79) Numaralı Kanun Layihası”nı meclise sunmuş ve uyuşturucu madde kullanımını önlemeye yönelik yayınlarla halkı bilinçlendirmeye çalışmıştır (Çakır, 2021, s.108).

Uyuşturucu maddelerin kaçak olarak satışı, ithali ve kullanımı hakkında yapılan ilk yasal düzenleme 1 Mart 1926 tarihinde kabul edilen Türk Ceza Kanunu (TCK)'nin

403. Maddesinde yer almaktadır. 13 Mart 1926 tarih ve 320 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan kanunun uyuşturucu maddelerle ilgili maddesinin içeriği ise şu şekildedir (Altan, 2009, s.55):

“Tıbbî afyon ve afyon hulâsasını, morfin ve amlâhını ve diasetil morfin ve bunların emlâhını ve kodeinden maada afyon şibih kaleviyatını ve bunların emlâh ve müştakkatını ve kokain emlâh ve müştakkatını ve esrar ve müstahzaratını kaçak suretile ithal ve Türkiye dahilinde bir mahalden diğer bir mahalle nakledenler ve ettirenler ve izinsiz satanlar ve alanlar veya satmak üzere nezdinde bulunduranlar ve bunların alınıp satılmasına ve her ne suretle olursa olsun tedarikine vasıta olanlar veya mahsus bir mahal tedarikile veya diğer bir suretle halkı celbederek bunların kullanılmasını kolaylaştıranlar altı aydan aşağı olmamak üzere hapsolunur ve yüz liradan bin liraya kadar ağır cezayı nakî alınır”.

Uyuşturucu maddelerin kısıtlanmasına yönelik gerçekleştirilen bir diğer önemli gelişme ise TBMM tarafından 15 Aralık 1928 tarihinde kabul edilen 1369 sayılı “Uyuşturucu Maddeler Hakkında Kanun”dur. Kanunun uyuşturucu maddeler tasnifini ve bunların imal, ithal, ihraç ve satışı hakkındaki yasal sınırlılıkları ifade eden birinci maddesi ise şu şekildedir (Resmî Gazete, 24 Aralık 1928, sayı: 1074):

“Ham afyon, tıbbî afyon, morfin, diasetil morfin (eroïn), ham kokain ve kokainle morfin ve diasetil morfin (eroïn) ve kokainin bütün milihleri 0,20’den fazla diasetil morfin(eroïn) ve %0,10’dan fazla kokaini muhtevi bütün müstahzaratın ve esrar ve müstahzaratının ithal, ihraç, imal ve istihzarı ve memleket dahilindeki satışı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti’nin murakabesine tabidir.Ham afyonun zeri, istihsalı ve ihracı bu murakabeye tabi değildir, ancak ham vasfını tebdil edecek mahiyette ve müstahzar afyon namı verilen afyonun ihzar, ithal, ihraç ve satışı memnudur. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletince bu mevaddın mümeyyiz vasıfları hakkında bir tarifname neşrolunur.”

4 Haziran 1930 tarihinde kabul edilen 1685 numaralı “Uyuşturucu Maddeler Hakkındaki Kanun’un 8. Maddesi ile 16.Maddesinin Son Fıkrasının Tadili Hakkında Kanun” (Resmî Gazete, 12 Haziran 1930, sayı: 1518) ile Uyuşturucu Maddeler Hakkında Kanun’un 8. maddesinde yer alan ve yurt içinde üretilip yurt dışına ihraç edilen uyuşturucu maddelerin üretim hakkını elinde bulunduran kişi ve kurumların hangi maddeleri, ne miktarda ve nereye ihraç ettiklerini aylık raporlar ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti’ne bildirmelerini öngören kısım, ihraç edilecek olan uyuşturucu maddelerin ne miktarda, nereye ve hangi vasıta ile gönderileceğinin ihraç gününe kadar bölgenin en üst düzey sıhhiye memuruna bildirilmesini öngörecektir biçimde değiştirilmiştir. Aynı kanunla Uyuşturucu Maddeler Hakkında Kanun’un 16. Maddesinin son fıkrasında yer alan ve 8. maddeye aykırı davranan kişilerin “yüz liraya kadar hafif para cezası”na çarptırılacağını öngören kısım, bu cezanın “iki yüz liradan bin liraya kadar ağır para cezası” olarak değiştirilmesine hükmetmektedir.

1933 yılına kadar geçen süre içinde uyuşturucu maddeler sorunu hükümet gündemini meşgul etmeye devam etmiş; 1912 Lahey, 1925 Cenevre, 1931 Cenevre sözleşmelerine taraf olma konusu görüşülmüş, yasa dışı (kaçak) üretim ve satış yaptığı

tespit edilen bazı fabrikalar kapatılmış ancak Türkiye'nin dünyanın tıbbi ve fenni afyon ihtiyacını karşılamada önemli üretim merkezi olması nedeniyle bu fabrikalar sıkı denetim koşuluyla yeniden açılmış, hint keneviri kati suretle yasaklanmış ve yasa dışı uyuşturucu madde imalatı ile kaçak ihracatın önüne geçilmesi için gerekli cezai yaptırımların uygulanması sağlanmaya çalışılmıştır (Çakır, 2021, s.119).

1933 yılında ise uyuşturucu maddeler hakkında iki yasal düzenleme birden yapılmıştır: Önce, 1 Haziran 1933 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere “*Uyuşturucu Maddeler İnhisarı Hakkında Kanun*” çıkarılmış; bu kanunla uyuşturucu maddelerin üretimi, ithalatı ve ihracatı üzerindeki denetim İktisat Vekâleti'ne bağlı olarak kurulan “*Uyuşturucu Maddeler İnhisar İdaresi*”ne verilmiş, ham afyonun Türkiye içindeki ticareti ise serbest bırakılmıştır. 12 Haziran 1933 tarihinde kabul edilen 2313 sayılı “*Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun*” ise uyuşturucu maddelerin üretimi, ithalatı ve ihracatı üzerindeki denetimi Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti'ne vermeyi öngörmüştür. Özel hukuk kapsamında yer alan kanunun afyon ve müstahzarı ile koka yaprağı ve kokain türevleri hakkındaki hükümlerin yer aldığı birinci maddesi şekildedir (Resmî Gazete, 24 Haziran 1933, sayı: 2435):

“Tıbbî afyon ile müstahzarlarının ve morfin ve bütün milhlerinin ve morfinin uzvî hamızlarla veya küül cezrile birleşmesinden mütehasıl bütün eterlerinin ve bunların milhlerinin ve koka yaprağı, ham kokain ve kokain ekgonin ve tropokokain ile bütün milhlerinin ve yüzde 0,20 gramdan fazla morfin ve milhlerini ve yüzde 0,10 gramdan fazla kokain ve milhlerini muhtevî bütün müstahzarların ve ökodal (Eugodal), dikodit (Dicodide) ve Dilodit (Dilaudide), Asedikon (Acedicone) ve bunların terkihi kimyeviyesinde bulunan maddelerle bütün müstahzarlarının ithal, ihraç ve memleket içerisindeki satışı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletinin murakabesine tâbidir.”

Kanunun ikinci maddesinde yer alan “*münhasıran esrar yapmağa yarayan nebatın ekilmesi ve her ne şekilde olursa olsun esrarın ihzar, ithal, ihraç ve satışı memnudur*” ibaresi ile hint keneviri bitkisinin yetiştirilmesi ve satışı kesin olarak yasaklanmış; kanunun diğer maddelerinde ise afyon ve türevinin fabrika ve imalathanelerde üretim şartları ile ecza ticarethanelerinde satışı ile gümrüklerden geçişi hakkındaki sınırlılıklar belirtilmiştir (Resmî Gazete, 24 Haziran 1933, sayı: 2435).

26 Haziran 1936 tarihinde imzalanan Cenevre sözleşmesi'nin ardından, Türkiye de 27 Mayıs 1937 tarihinde çıkan 3189 sayılı “*Zararlı İlaçların Gayri Meşru Ticaretinin Men'i Hakkında Cenevre'de 26 Haziran 1936 Tarihinde Akdedilen Mukaveleamenin Tasdikine Dair Kanun*” ile sözleşmeye katılmış; kanunun birinci maddesinde yer alan “*işbu mukavelede ‘uyuşturucu maddeler’ tabiri ile, 23 Ocak 1912 tarihli La Haye Mukavelesi ve 19 Şubat 1925 tarihli ve 13 Temmuz 1931 tarihli*

Cenevre Mukaveleleri ahkâmının tatbik edildiği veya edileceği ilâçlar veya maddeler anlaşılır” ibaresi ile 1912 La Haye ve 1925, 1931 ve 1936 Cenevre Afyon Sözleşmeleri’nde belirtilen maddeler uyuşturucu kapsamında ve yasa dışı kabul edilmiş; bu sayede Türkiye’de uyuşturucu maddelerin sınırlandırılması hususunda uluslararası yasalar geçerli kılınmıştır (Resmî Gazete, 31 Mayıs 1937, sayı: 3618; Çakır, 2021, s.122). Ayrıca 24 Haziran 1938 tarih ve 3491 sayılı kanun kapsamında Toprak Mahsulleri Ofisi (TMO) kurulmuş; kanun kapsamında afyonun ülke içindeki alım-satımının TMO’nun denetimi altında olması, üretilen afyonun TMO’ya satılması, afyondan elde edilecek olan maddelerin ihracatı ve afyon alkaloidlerinin ithalatı için gerekli denetimi de hükümet adına TMO’nun yürütmesi kararı alınmıştır (Köknel, 1998, s. 293; Çolak, 2013, s.518).

Türkiye, 16 Şubat 1948 tarihinde onaylanan 5181 sayılı “*Uyuşturucu Maddeler Hakkındaki 23 Ocak 1912 Lâhey, 11 Şubat 1925, 19 Şubat 1925, 13 Temmuz 1931 Cenevre, 27 Kasım 1931 Bangkok ve 26 Haziran 1936 Cenevre Anlaşma, Sözleşme ve Protokollarını Değiştiren Protokolün Onanmasına Dair Kanun*” ile “*1946 New York Protokolü*” veya “*Lake Success Protokolü*” olarak da bilinen “*23 Ocak 1912’de Lahey’de, 11 Şubat 1925 - 19 Şubat 1925 ve 13 Temmuz 1931’de Cenevre’de, 27 Kasım 1931’de Bangkok’ta ve 26 Haziran 1936’da Cenevre’de akdedilen Narkotik Uyuşturucularla İlgili Anlaşma, Sözleşme ve Protokolleri Değiştiren Protokol*”ü kabul etmiş; ancak kanunun ikinci maddesinde 11 Şubat 1925 tarihli Cenevre Afyon Sözleşmesi ve 27 Kasım 1931 tarihli Bangkok Antlaşması hükümlerinin, bu anlaşmalara taraf olmayan Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti’ni bağlamayacağı ifade edilmiştir (Resmî Gazete, 21 Şubat 1948, sayı: 6838). 1 Mart 1950 tarihinde onaylanan 5575 sayılı “*11 Aralık 1946 Tarihli New-York Protokolü ile Hükümleri Değişen Cenevre Anlaşması Hükümleri İçerisine Girmiyen Uyuşturucu Maddelerin Milletlerarası Kontrola Tabi Tutulmasına Dair Olan Paris Protokolünün Onanması Hakkında Kanun*” ile de 29 Kasım 1948 tarihinde imzalanan ve “*1948 Paris Protokolü*” olarak da bilinen “*11 Aralık 1946’da Lake Success, New York’ta imzalanan Protokol ile Değiştirilen, Narkotik Uyuşturucuların Üretimini Sınırlandırılması ve Dağıtımının Düzenlenmesine Dair 13 Temmuz 1931 tarihli Sözleşmenin Kapsamı Dışındaki Uyuşturucuların Uluslararası Kontrol Altına Alınmasına İlişkin Protokol*” kabul edilmiştir (Resmî Gazete, 4 Mart 1950, sayı: 7448).

Türkiye’nin 1945 yılında kurulan BM’nin ilk üyelerinden biri olması, BM çatısı altında yapılan örgütlerin belirlemiş olduğu görevlerin uygulanması ve buna bağlı

olarak uluslararası ilişkilerimizin şekillenmesi bakımından da önem arz etmektedir. “Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization – ILO)”, “Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO)” ve “Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (General Agreement on Tariffs and Trade – GATT)” Türkiye’nin üye olduğu ve madde bağımlılığı ile mücadele hususunda etkin biçimde temsil etmekle sorumlu olduğu örgütlerden bazılarıdır. Bunların yanı sıra Türkiye, halihazırda BM tarafından hayata geçirilen ve madde bağımlılığı ile uluslararası mücadelede işbirliğini yansıtan 1961 tarihli “Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi (The Single Convention on Narcotic Drugs)”, 1971 tarihli “Psikotrop Maddeler Sözleşmesi (The Convention on Psychotropic Substances)” ve 1988 tarihli “Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Yasadışı Ticaretine Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances)”ne de taraftır (Doğan, 2001, s.81).

Uyuşturucu maddeler hakkında 12 Haziran 1933 tarihinde kabul edilen 2313 sayılı “Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun”dan sonra çıkarılan ve özel hukuk kapsamında hala geçerliliğini koruyan bir diğer kanun ise 3 Haziran 1986 tarihinde kabul edilen 3298 sayılı “Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun”dur. Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun’dan farklı olarak afyon ile müstahzarları ile koka yaprağı ve kokain ile bunların müstahzarları hakkındaki hükümlerin yanı sıra, Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun’da sentetik olarak üretilen ve “*toxicomanie*”¹⁶ yaptığı tespit edilen her tür madde kanun kapsamına alınmıştır. Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun’un birinci maddesinin içeriği ise şöyledir (Resmî Gazete, 19 Haziran 1986, sayı: 19139):

“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, imali, ithali ve ihracı ile ilgili hususlar Bakanlar Kurulunun tespit edeceği esaslara göre yürütülür. Bahis konusu maddelerin elde edildiği bitkilerin yurt içinde ekimi ve araştırması izne tabidir. Kullanılması zararlı olduğu ve “*Toxicomanie*” yaptığı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit edilen diğer tabii ve sentetik maddeler de yine bu Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulu Kararı ile bu Kanun kapsamına alınabilir.”

Kanunun diğer maddelerinde haşhaş ekimi, kontrolü, toplanması, değerlendirilmesi, imhası, satın alınması veya satılması hakkındaki yönetmelik ile bu yönetmeliğe aykırı davranan kişilere uygulanacak ceza yaptırımlarına yer verilmiş;

¹⁶ Toxicomanie (Fr): Dışarıdan sağlanan herhangi bir maddeye karşı duyulan fiziksel ve ruhsal istek; maddenin vücutta yarattığı olağanüstü etkilerin arayışı içinde olmak.

ayrıca Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun'un yürürlüğe girmesiyle birlikte 3 Temmuz 1932 tarihli ve 2061 sayılı "*Türkiye Afyon Yetiştiricileri Satış Birliği Hakkındaki Kanun*"un yürürlükten kaldırıldığı belirtilmiştir (Resmî Gazete, 19 Haziran 1986, sayı: 19139).

Türkiye'de 1926 yılından itibaren uyuşturucu maddelerin izinsiz veya ruhsata aykırı olarak üretimi, imalatı, ithalatı, ihracatı ve her türlü ticareti ile dağıtımına yardımcı olacak fiiller, 765 sayılı TCK'da yasaklanarak suç kabul edilmiş; ancak 765 sayılı TCK, 4 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5252 sayılı kanunun 12. maddesi uyarınca bütün ek ve değişiklikleri ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır. Buna karşın 765 sayılı TCK'da yer alan, genel olarak "*uyuşturucu madde suçları*" ve özel olarak da "*uyuşturucu madde imal, ithal, ihraç ve ticareti (temin veya sağlama) suçları*" için öngörülen ağır cezalar, 1 Haziran 2005 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren 26 Eylül 2004 tarih ve 5237 sayılı yeni TCK'da da mevcut durumdadır (Resmî Gazete, 13 Kasım 2004, sayı: 25642; Öner, 2010, s.108).

Türkiye'de uyuşturucu maddelerle ilgili yapılmış olan kanunlar 765 sayılı TCK'nın geçerli olduğu dönemde kabul edilmiş ve hala yürürlükte olan 2313 sayılı ve 3298 sayılı özel hukuk kanunları ile 5237 sayılı TCK'nın 188. ile 192. maddeleri arasında yer almaktadır. 5237 sayılı TCK'nın "*Özel Hükümler*"in yer aldığı "*İkinci Kitap*"ın, "*Topluma Karşı Suçlar*" hakkındaki "*Üçüncü Kısım*"ın, "*Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar*" başlıklı "*Üçüncü Bölüm*"ünde yer alan 188. - 192. maddelerde "*uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti*", "*tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanması*", "*uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma*", "*kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak*" ve "*etkin pişmanlık*" başlıkları altında uyuşturucu madde suçlarına ilişkin hükümler yer almaktadır. Kanunun uyuşturucu maddelerle ilgili en genel hükümlerinin yer aldığı "*uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti*" başlıklı 188. maddenin içeriği ise şu şekildedir (Resmî Gazete, 12 Ekim 2004, sayı: 25611):

"1- Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak imal, ithal veya ihraç eden kişi, on yıldan az olmamak üzere hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

2- Uyuşturucu veya uyarıcı madde ihracı fiilinin diğer ülke açısından ithal olarak nitelendirilmesi dolayısıyla bu ülkede yapılan yargılama sonucunda hükmolunan cezanın infaz edilen kısmı, Türkiye'de uyuşturucu veya uyarıcı madde ihracı dolayısıyla yapılacak yargılama sonucunda hükmolunan cezadan mahsup edilir.

3- Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak ülke içinde satan, satışı arz eden, başkalarına veren, nakleden, depolayan, satın alan, kabul eden, bulunduran kişi, beş yıldan onbeş yıla kadar hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

4- Uyuşturucu maddenin eroin, kokain, morfin veya bazmorfin olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

5- Yukarıdaki fıkralarda gösterilen suçların, suç işlemek için teşkil edilmiş bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

6- Üretimi resmi makamların iznine veya satışı yetkili tabip tarafından düzenlenen reçeteye bağlı olan ve uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran her türlü madde açısından da yukarıdaki fıkralar hükümleri uygulanır.

7- Uyuşturucu veya uyarıcı etki doğurmamakla birlikte, uyuşturucu veya uyarıcı madde üretiminde kullanılan ve ithal veya imali resmi makamların iznine bağlı olan maddeyi ülkeye ithal eden, imal eden, satan, satın alan, nakleden, depolayan veya ihraç eden kişi, dört yıldan az olmamak üzere hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

8- Bu maddede tanımlanan suçların tabip, diş tabibi, eczacı, kimyager, veteriner, sağlık memuru, laborant, ebe, hemşire, diş teknisyeni, hastabakıcı, sağlık hizmeti veren, kimyacılıkla veya ecza ticareti ile işiğal eden kişi tarafından işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.”

Bunların yanı sıra, . 5237 sayılı TCK'nın uyuşturucu madde suçlarına ilişkin hükümlerinin yer aldığı İkinci Kitap, Üçüncü Kısım, Üçüncü Bölüm'de “Zehirli madde katma (M.185)”, “Bozulmuş veya değiştirilmiş gıda veya ilaçların ticareti (M.186)”, “Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç yapma veya satma (M. 187)”, “Zehirli madde imal ve ticareti (M.193)”, “Sağlık için tehlikeli madde temini (M.194)”, “Bulaşıcı hastalıklara ilişkin tedbirlere aykırı davranma (M.195)” ve “Usulsüz ölü gömülmesi (M.196)” gibi toplum sağlığını tehdit eden diğer suçlara yönelik hükümlere de yer verilmiştir Resmî Gazete, 12 Ekim 2004, sayı: 25611).

Türkiye'nin uyuşturucu alanında uluslararası iş birliğini sağlamak hususunda gayret sarf etmekte ve bu bağlamda uluslararası kuruluşların çalışmalarına önemli katkılarda bulunmaktadır. BM Uluslararası Uyuşturucu ve Suç Ofisi (*United Nations Office for Drugs and Crime - UNODC*) ile yakın bir iş birliği yürüten Türkiye, UNODC'nin “Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı (*United Nations Drug Control Program – UNDCP*)” kapsamında yürütülecek stratejilerin belirlendiği “BM Uyuşturucu Maddeler Komisyonu (*United Nations Commission On Narcotic Drugs - UNCND*) (UMK)” toplantılarına da etkin katılım sağlanmaktadır. Ayrıca, yine UNODC ile işbirliği çerçevesinde, uyuşturucu ve örgütlü suçlarla mücadele alanında eğitim vermek üzere Ankara'da “Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi (*Turkish International Academy against Drugs and Organized Crime (TADOC)*)” kurulmuş; akademi bünyesinde ülkemizdeki ilgili kurumların temsilcilerinin yanı sıra Balkan ülkeleri ile Türkiye'nin ikili işbirliği anlaşması imzaladığı diğer ülkelerin temsilcilerine de kaçakçılık ve örgütlü suçlarla mücadele konularında eğitim verilmesi için gerekli müfredat sağlanmıştır (Dışişleri Bakanlığı).

Türkiye aynı zamanda merkezi Portekiz'in başkenti Lizbon'da bulunan “*Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA)*”ne katılma kararı almış; katılım Anlaşması 26 Ağustos 2004 tarihinde onaylanmış, 30 Ekim 2007 tarihinde imzalanmış ve ilgili yasa 12 Temmuz 2012 tarihinde yürürlüğe girmiştir. EMCDDA Katılım Anlaşması öngörülen notaların onaylanmasına ilişkin 23 Temmuz 2013 tarih ve 2013/5323 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ise 8 Ekim 2013 tarih ve 28789 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak, EMCDDA Katılım Anlaşması'nın iç hukuk onay süreci tamamlanmıştır. Türkiye ayrıca Avrupa Konseyi çerçevesinde oluşturulan ve “*Pompidou Grubu*” olarak da bilinen, üye ülkelerin uyuşturucuyla mücadeleden sorumlu üst düzey görevlilerinin katıldığı istişare ve eşgüdüm mekanizmasına dahil olup, çalışmalarına etkin biçimde katılmaktadır. Türkiye'nin uyuşturucuyla uluslararası mücadele alanında 106 ülke ile imzaladığı 200'ün üstünde belge bulunmaktadır (Dışişleri Bakanlığı).

Ülkemizde madde bağımlılığı ile ilgili yürütülen çalışmalar 2014 yılına kadar İçişleri Bakanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü'nün koordinasyonu çerçevesinde sürdürülmüştür. 2014 yılında ise Başbakanlık Genelgesi ile Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu kurulmuş ve Başbakan Yardımcısı başkanlığında çalışmalarına başlamıştır. Madde bağımlılığının yanı sıra teknoloji bağımlılığı ve internet kötüye kullanımının da son yıllarda daha çok tartışılmaya başlanması üzerine ise, 9 Aralık 2017 tarihinde 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK) kurulmuş; ülkemizdeki bağımlılık sorunu ile mücadelenin koordineli bir biçimde yürütülebilmesi için Adalet, Aile ve Sosyal Hizmetler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gıda Tarım ve Hayvancılık, Gümrük ve Ticaret, Maliye, İçişleri, Milli Eğitim, Sağlık, Ulaştırma ve Denizcilik, Haberleşme bakanları kurulda yer almışlardır. Ayrıca üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve ilgili diğer kurum ve kuruluşların görev sorumlulukları da bağımlılıkla mücadele eylem planı çerçevesinde belirlenerek, Yüksek Kurul onayı ile uygulamaya konacak şekilde tasarlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.2).

2.1.2. Tütün ve Tütün Ürünleriyle İlgili Politikalar

Tütün ve tütün ürünleri, 1950 yılına kadar uluslararası pazarda önemli bir ekonomik gelir kaynağı konumundayken; insan sağlığı üzerinde yarattığı olumsuz etkileri konu alan çalışmaların ve bu çalışmaları destekleyen bulguların ortaya çıkması

üzerine tüketiminin kontrol altına alınması zorunluluğu taşıyan bir madde haline gelmiştir. İlk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde Wynder ve Graham (1950), Birleşik Krallık'ta ise Doll ve Hill tütün kullanımının insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ortaya koyan çalışmalar yapmış; daha sonra “1962 “*Birleşik Krallık Kraliyet Koleji Raporu (Royal College Report)*” ve 1964 ABD “*Sağlık Bakanlığı Danışma Kurulu Raporu (Surgeon General's Report)*” tütün kullanımı ile akciğer kanseri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu raporların bir sonucu olarak ABD başta olmak üzere Norveç, Finlandiya, Singapur gibi pek çok ülke tütün kullanımının olumsuz etkilerine yönelik sağlık uyarılarıyla halkı bilinçlendirme çalışmalarına başlamıştır. 1986 yılında ABD Sağlık Bakanlığı, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı ve ABD Ulusal Bilimler Akademisi'nin tütün kullanımına pasif olarak maruz kalmanın da akciğer kanserine yol açabileceğini ortaya koymasına ise, tütün kontrol politikalarının tütün kullanmayan kişileri korumaya yönelik şekilde düzenlenmesini sağlamıştır (Wipfli ve Samet, 2016, s.153).

Türkiye'de tütün ve sigara üretimi ile tütün ürünlerinin satış ve pazarlaması uzun yıllar devlet kontrolünde iken, 1980'lerin ortalarından itibaren çok uluslu tütün endüstrinin kontrolüne girmiş, Türkiye'de sigara reklamları yapılmaya başlanmış ve bunun sonucunda 1983-2000 yılları arasında sigara satışları %80 artmıştır. Bu durum tütün bağımlılığı ile mücadele hususunda bireysel ve toplumsal yaklaşımları bir arada bulandıran yeni tedbirler alınmasını ve mevzuata ilişkin çeşitli düzenlemeler yapılmasını zorunlu kılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.8).

Sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı ve bağımlılıkla mücadele bağlamında atılan ilk adımlardan biri Kasım 2016'da yürürlüğe giren 4207 sayılı “*Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*”dur. Kanun kapsamında toplu taşıma araçları ile kapalı alanların büyük bir kısmında sigara kullanılması, 18 yaşından küçüklere sigara ve tütün ürünlerinin satılması, sigara ve tütün ürünlerinin her türlü reklamının yapılması yasaklanmış; sigara paketleri üzerine uyarıcı yazılar yazılması ve televizyonlarda sigaranın zararlarına ilişkin eğitici yayınlar yapılması zorunlu hale getirilmiştir. Türkiye'nin tütün bağımlılığı ile mücadele alanında atmış olduğu önemli adımlardan bir diğeri ise tütünle mücadele alanında ilk uluslararası anlaşma niteliği taşıyan “*Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (Framework Convention of Tobacco Control – TKÇS)*”nin imzalanmasıdır. 21 Mayıs 2003 tarihinde WHO'nun 56. Dünya Sağlık Meclisi'nde kabul edilen anlaşma, ülkemiz tarafından anlaşmaya taraf olan 43. ülke olarak 28 Nisan 2004 yılında imzalanmış, 25 Aralık 2004 tarihinde ise 25681

sayılı Resmî Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. TKÇS’nin imzalanması ile birlikte ülke genelinde tütün kontrolüne yönelik çalışmalar hız kazanmış; ilgili bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliği ile 7 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi ile yayınlanan “*Ulusal Tütün Kontrol Programı*” yürürlüğe girmiş; programın sağlıklı bir biçimde uygulanması için ise Aralık 2007 itibariyle 81 ilde “*İl Tütün Kontrol Kurulları*” oluşturulmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.9).

4207 sayılı “*Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*”un düzenlenmesine ilişkin 5727 sayılı “*Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*” 3 Ocak 2008 tarihinde TBMM’de kabul edilmiş; kanunun kamuya açık kapalı alanlar ile ilgili hükümleri 19 Mayıs 2008 tarihinde ve lokanta, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin tüketilmemesi ile ilgili hükmü 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe girerek, konut harici tüm kapalı alanlarda tütün ve tütün ürünlerinin tüketimi yasaklanmıştır. Böylece Türkiye WHO verilerine göre tütün kontrolüne yönelik en geniş kapsamlı yasaya sahip olan dünya genelinde 6. ve Avrupa genelinde 3. ülke konumuna gelmiştir. Bunu takiben 1 Mayıs 2010 tarihi itibariyle tütün ürünleri paketlerinin üzerinde resimli sağlık uyarıları uygulamasına başlanmış, 27 Ekim 2010 tarihinde “*ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı*” faaliyete geçirilmiş, 7 Ocak 2011 tarihinde Tütün ve Alkol Dairesi Başkanlığı tarafından “*Tütün Mamülleri ve Alkollü İçeceklerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik*” yayınlanmış ve 7 Temmuz 2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 12 Temmuz 2012 tarihinde çıkarılan 6354 sayılı kanun kapsamında ise tütün ürünlerinde marka paylaşımı yasaklanarak, paketlerin her iki yüzünde de alanın %65’inden az olmamak şartı ile tütün ürünlerinin zararlı etkileri konusunda uyarı belirten resim ve Türkçe mesajların kullanılması, 18 yaşını doldurmamış kişilere tütün ürünü satılmaması, denetim yapan yetkililere kanuna aykırı uygulama yapan işletmeler hakkında uyarı yapılmadan ceza verme yetkisi verilmesi kararlaştırılmıştır. Türkiye bu yasal düzenleme ile WHO’nun tütün kontrol çalışmalarında üye ülkelere rehberlik etmesi amacıyla hazırlanan “*M-POWER*” politika paketinin tüm kriterlerini yerine getiren ilk ve tek ülke olmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2018, ss.9-10).



“Sigara içilmez”
yasal uyarısı

Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarıları

Şekil 2.1: 4207 sayılı kanun gereğince konut harici tüm kapalı alanlarda tütün ve tütün ürünlerinin tüketiminin yasak olduğunu gösteren uyarı levhası ile 6354 sayılı kanun gereğince tütün ürünleri paketleri üzerinde tütün ürünlerinin zararlı etkileri konusunda uyarı belirten resim ve Türkçe mesajların kullanılmasına ilişkin görseller.

MPOWER Yol Haritası: Tütün ürünleri bağımlılığıyla mücadele konusunda izlenmesi gereken politaların başlıklarının akrostiş şeklinde kısaltılmasıyla MPOWER adını alan çalışma, WHO tarafından tütün kontrol çalışmalarında rehberlik etmesi amacıyla tüm üye ülkelere önerilen bir yol haritası niteliğindedir. MPOWER'ı meydana getiren politikaların açılımı ise şu şekildedir (WHO.c; Örsel, 2016; Kalkınma Bakanlığı, 2018; Çalışkan ve Metintaş, 2018; Çalıkoğlu ve Köyceğiz, 2019):

- M “*monitor*” – Tütün kullanımının takip edilmesi
- P “*protect*” – Pasif sigara dumanından halkın korunması
- O “*offer*” – Sigarayı bırakmak isteyenlere destek olunması
- W “*warn*” – Sigaranın zararları konusunda toplumun uyarılması
- E “*enforce*” – Tütün ürünlerinin reklamının önlenmesi
- R “*raise*” – Tütün ürünlerinin vergisinin artırılması

M “*monitor*”, ülkedeki tütün kullanımının takip edilmesini ve tütün bağımlılığıyla mücadeleye yönelik sürdürülen çalışmaların etkinliğini ölçmeyi ifade etmektedir. Ülkemizde ülkemizde World Health Organization (WHO), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) iş birliğiyle yürütülen çalışmalar neticesinde 2008 yılında ülke genelinde %31,2 olarak tespit edilen sigara kullanma oranının, 2012 yılında %27,1'e düştüğü görülmüştür. 2014 yılında gerçekleştirilen TÜİK Sağlık Araştırması'nda gençler ve kadınlar arasında tütün ürünü kullanımının arttığı görülmüş, bu nedenle gençlere yönelik

faaliyetlere ağırlık verilerek denetim sisteminin güçlendirilmesine yönelik yeni politikalar oluşturulmuştur. Oluşturulan bu politikaların olumlu sonuçları ise 2016 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'nda kendini göstermiş, tütün ürünleri kullanımında düşüş gözlenmiştir.

P “*protect*”, sigara kullanmayan vatandaşların sigara dumanına pasif olarak maruz kalarak zarar görmesini önlemeyi ifade etmektedir. Bununla ilgili olarak ülkemizde 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” kapsamında 19 Temmuz 2009 tarihi itibarıyla ikamete mahsus konutlar hariç, kapalı alanlarda sigara ve tütün ürünleri içme yasağı getirilmiştir. Yasağın etkin bir şekilde uygulandığının denetlenmesi için sağlık personeli, emniyet güçleri, zabıta ve milli eğitim çalışanlarından oluşan denetim ekipleri oluşturulmuş; 19 Temmuz 2009 – 30 Haziran 2018 tarihleri arasında ülke genelinde 1.453 denetim ekibi tarafından 19.867.103 denetim gerçekleştirilmiş ve yaklaşık 260 milyon TL idari para cezası kesilmiştir. Ayrıca denetim mekanizmasının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı ve Yeşilay'ın iş birliğinde, kanunen yasak olan yerlerde sigara içilmesi halinde vatandaşların akıllı telefon ve tabletler aracılığıyla ihbarda bulunabilmesini sağlayan “*Yeşil Dedektör*” uygulaması geliştirilmiştir. GPS teknolojisi kullanılarak geliştirilen uygulama sayesinde, yapılan ihbarlarda işletmeye ait konum bilgisi Sağlık Bakanlığı'nın “*Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi*”ne düşmekte ve denetim ekipleri tarafından kısa sürede müdahale edilebilmektedir.

O “*offer*”, sigara kullanmayı bırakmak isteyen ancak bunu kendi başına başaramayan kişilere yönelik destek hizmetlerini ifade etmektedir. Ülkemizde bu amaçla kurulmuş, 24 saat canlı destek hizmeti veren “*ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı*” ve konuyla ilgili özel eğitim almış hekimler tarafından hizmet verilen sigara bırakma poliklinikleri bulunmaktadır. ALO 171 Sigara Bırakma Destek Hattı'na başvuran ve sigarayı bırakmak isteyen kişilere 1 yıllık sigara bırakma planı yapılmakta ve sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmeleri sağlanmaktadır. Sigara bırakma poliklinikleri ise 23 Kasım 2011 tarih ve 28121 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren “*Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik*” kapsamında, Vereniklin ve Bupropion etken maddeli ilaçlar ile “*Nikotin Replasman Tedavisi*” hizmeti vermektedir. 2009 yılında hizmet veren sigara bırakma polikliniği sayısı 62 iken, 2018 yılında bu sayı 433'e ulaşmıştır. Sigarayı bırakmak için destek talebinde bulunan kişi, sisteme dâhil olmasını müteakiben bir yıl boyunca periyodik olarak takip edilmekte ve desteklenmektedir. Bu

nedenle, polikliniklere başvuran hastaların tedavi ve ilaçlarının izlenebilmesi amacıyla “*Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS)*” geliştirilmiştir.

W “*warn*”, sigara ve tütün ürünlerinin olumsuz etkileri konusunda toplumun uyarılmasını ifade etmektedir. Bununla ilgili olarak oluşturulan kamu spotu yayınlarının yanı sıra, 2010 yılı itibarıyla sigara paketlerinin üzerinde resimli sağlık uyarıları kullanılmaya; 2012 yılından itibaren ise bu uyarıların paketin her iki yüzünde de alanın %65’inden az olmayacak şekilde kullanılmasına başlanmıştır. 2012 yılından itibaren Avustralya, Fransa, İngiltere, Yeni Zelanda, Macaristan gibi pek çok ülke sigara paketlerinin çeşitli renklerden ve grafik tasarımlardan kaynaklanan çekiciliğinin ve yanıltıcı özelliğinin ortadan kaldırılması amacıyla tek tip paket uygulamasına geçmiştir. Türkiye’de de 2015 yılında yayınlanan “*2015-2018 Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planı*” genelgesinde tek tip paket uygulaması taahhüt edilmiş, ancak 5 Aralık 2020 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

E “*enforce*”, “*marka paylaşımı*” ve “*marka genişletilmesi*” ile ilgili yapılması öngörülen yasal düzenlemeler ile sigara ve tütün ürünlerinin her türlü reklam, promosyon ve sponsorluğunun yasaklanmasını, özendirici tanıtım ve teşvikinin engellenmesini ifade etmektedir. Ülkemizde 4207 sayılı “*Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun*” ile 4733 sayılı “*Tütün, Tütün Mamülleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun*” kapsamında tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka ve logoları kullanılarak reklam yapılması ve bu ürünlerin kullanılmasını özendiren ve teşvik eden kampanyalar düzenlenmesi; firmaların tütün ürünlerini bayi ve tüketicilere teşvik, hediye, eşantıyon, promosyon veya yardım olarak dağıtması; tütün ürünleri üretici, ithalatçı ve dağıtıcı firmaları ile tütün ürünlerinin isim, amblem ve logolarının, tütün harici mal ve hizmet sektörlerindeki firmalarla ilişkili olarak kullanılması yasaklanmıştır. Bu açıdan bakıldığında reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarıyla ilgili tedbirlerin alınması hususunda, yazılı ve görsel basına önemli yasal sorumluluklar yüklenmektedir.

R “*raise*”, tütün endüstrisinin en fazla önemseydiği ve etkilendiği tütün kontrol yöntemlerinden biri olan vergi düzenlemelerini ve bu bağlamda tütün vergilerinin artırılmasını ifade etmektedir. WHO’nun tütün bağımlılığıyla mücadele kapsamında üye ülkelere önerdiği tütün ürünleri vergi oranı en az %75 iken, bu oran ülkemizde 2018 yılı itibarıyla %85,3 olarak belirlenmiştir.

WHO tarafından hazırlanan TKÇS’ni 2004 yılında imzalayan ülkemizde 2004 yılından bugüne kadar geçen sürede tütünle mücadele kapsamında gerek yasal alanda,

gerekse sosyal sorumluluk alanında büyük çalışmalar yapılmış; özellikle WHO'nun üye ülkelere tütünle mücadele konusunda bir yol haritası olarak sunduğu MPOWER politikasının uygulanmasında önemli atılımlar yapılarak, büyük ilerlemeler kaydedilmiş ve Türkiye MPOWER politika paketinde yer alan stratejileri en üst düzeyde uygulayan ilk ülke olmuştur. WHO Türkiye'nin bu önemli başarısını dünyaya övgü dolu sözlerle duyurmuştur. Eylül 2012'de WHO'nun web sayfasında “*Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede ilerleme kaydetti (Turkey marks progress in fight against noncommunicable diseases)*” başlığıyla yayınlanan yazıda; Türkiye'nin tütün yetiştiricisi bir ülke olmasına ve 2006 yılına kadar Avrupa'daki en yüksek tütün kullanım oranına sahip ülkelerden biri olmasına karşın, tütün kontrol politikalarını benimsemiş ve uygulama konusunda güçlü bir siyasi irade sergileyerek tütün kullanım oranlarının düşürülmesi hususunda göstermiş olduğu üstün başarının diğer ülkelere örnek olması gerektiği ifadeleri yer almıştır (WHO.d).

Dumansız Hava Sahası Kampanyası: “*Dumansız Hava Sahası*”, Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanmakta olan yeni yasal düzenlemelerin etkinliğini artırmak, halkın tütün ve tütün ürünlerinin zararları konusunda bilinçlendirilmesini sağlamak ve özellikle kapalı alanlarda hava kalitesinin korunmasına yönelik farkındalığı artırmak amacıyla başlatılan bir medya kampanyasıdır. Kampanya dahilinde tv ve radyolarda yayınlanmak üzere kamu spotları oluşturulmuş, gazete ilanları, billboardlar ve afişler hazırlanmış, açık hava uygulamaları düzenlenmiştir. Ayrıca kampanyada her sosyo-ekonomik kesimden toplumu temsil eden bireyler, rol model niteliği taşıyan kişiler ve politikacılar da kampanya sözcülüğü yaparak, yasaya ve yapılan uygulamalara olan desteklerini belirtmişlerdir. Toplumsal bir sağduyu hareketine dönüşen bu kampanyaya halkın büyük bir kesiminin destek verdiği ve bu sayede kapalı ortamlardaki hava kalitesinde önemli bir artış olduğu kaydedilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.18).

Yeşil Dedektör Uygulaması: “*Yeşil Dedektör*” ise kapalı alanlarda tütün mamülleri kullanım yasağına uyulmasını sağlamak ve yasağı ihlal eden işletme ve kişilere cezai işlem uygulanarak, tütün ürünleri kullanmayan vatandaşların haklarını korumak amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Yeşilay'ın ortaklaşa yürüttüğü bir mobil uygulamadır. Bu uygulama ile kullanıcılar tütün ürünleri kullanım yasağı ihlallerini mobil cihazlarından konum ve mekân adı seçerek yapabilmekte, Sağlık Bakanlığı Yeşil Dedektör sistemine düşen bildirim sonucunda ise saha denetim ekipleri ihlal bildirimini yapıldığı mekâna ulaşarak ihlal olup olmadığını denetlemekte ve gerekli

görülmesi halinde cezai işlem uygulanabilmektedir. Bu sayede yasağa uyumun sağlanması ve tütün ürünleri kullanmayan vatandaşların haklarının korunması amaçlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.18).

2.1.3. Alkollü İçeceklerle İlgili Politikalar

Alkol ve alkollü içeceklerin kullanımı kanser türleri, karaciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar ve ruhsal bozukluklar gibi pek çok hastalığın birincil nedeni olmasının yanı sıra; aile içi şiddet, trafik kazaları, üretim ve iş gücü kaybı gibi pek çok ekonomik ve sosyal soruna da sebebiyet vermesi nedeniyle uzun yıllardır devletlerin mücadele ettiği ve bu hususta politikalar ürettiği önemli bir sorun olarak görülmektedir. Alkol bağımlılığı ise bulaşıcı olmayan, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına karşın; kişinin yalnızca kendisini değil, ailesini ve yakın çevresini de olumsuz etkileyen ve yıkıcı sonuçlar doğurabilen önemli bir sorundur (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.20).

Alkol, geçmişten beri kullanıcı üzerinde yarattığı güçlü, dışadönük, neşeli, cesur ruh hali nedeniyle pek çok kültürde özellikle erkeğe yakışan, onun erkeksi vasıflarını belirgin hale getiren bir simge olduğu varsayılarak kabul görmüş; günümüzde ise insanların sosyal yaşamlarında bir eğlence aracı olarak her geçen gün daha fazla yer tutmaya başlamıştır. Bununla birlikte alkolün kullanım miktarı ve sıklığına bağlı olarak “*alkol bağımlılığı (alkolizm)*” ve “*sosyal içicilik*” kavramları ortaya çıkmış, bu kavramlarla ilgili pek çok teori üretilmiştir (Ziyalar, 1991, s.29). Kişinin sınırlı miktarda ve aralıklı zamanlarda alkol tüketmesi ve bu nedenle alkol tüketimine bağlı herhangi bir sağlık sorunu yaşamaması “*sosyal içicilik*” olarak tanımlanırken; “*alkolizm*” olarak da bilinen “*alkol bağımlılığı*” yoksunluk, intoksikasyona bağlı kalıcı sağlık sorunları, adli problemler gibi etkiler gösteren, yer ve zaman ayırt etmeksizin kontrolsüz bir şekilde alkol kullanma eğilimi ve alkolsüz kalma korkusu nedeniyle alkollü içki tedarik etme takıntısı duymakla karakterize olan bir davranış bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Kayaalp ve Uzbay, 2009).

Alkol bağımlılığının yıkıcı etkilerini en aza indirmek için ülkeler çeşitli yöntemlere başvurmakta ve bu bağlamda bilinçlendirme çalışmalarının yanı sıra bazı yasal düzenlemeler yapmaktadır. WHO’nun alkol kontrolüne yönelik üye ülkelere önerdiği kontrol politikaları “Alkol ve Sağlık Küresel Durum Raporu 2011 (Global Status Report on Alcohol and Health 2011)”de şu başlıklarla yer almaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.25):

- Alkolün zararları hakkında eğitim ve bilgilendirme çalışmaları
- Alkol bağımlılığı tedavi ve erken müdahale hizmetleri
- Alkollü içkilerin ulaşılabilirliğine kısıtlamalar getirilmesi
- Alkollü araç kullanmanın önlenmesi
- Alkollü içeceklerin fiyatlandırılması ve vergilendirme sistemi
- Alkollü içerek reklamlarının ve sponsorluğun önlenmesi.

Alkol bağımlılığının ve sebep olduğu olumsuz sonuçların önlenmesi için geçmişte de önemli adımlar atılmış, örneğin Osmanlı Devleti döneminde Kanuni Sultan Süleyman ve ardından II. Bayezid yayınladıkları kanunnameler ile alkollü içki içilmesini yasaklamış ancak bu yasaklar zaman içinde geçerliliğini yitirmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren de alkol bağımlılığını ve yasa dışı alkol imal ve satışını önlemeye yönelik pek çok yasal düzenleme yapılmıştır. Bunlardan ilki 14 Eylül 1920 yılında çıkarılan “*Men’i Müskirât Kanunu*” olup; kanunun birinci maddesi gereğince “*Memâlik-i Osmaniye*”de “*her nevi müskirat*”¹⁷ın imali, ithali ve kullanımı yasaklanmış, yasağa uymayanlar hakkında para ve hapis cezaları uygulanacağı belirtilmiş, tıpta kullanılacak her çeşit ispirtolu maddenin eczanelere Sıhhiye Vekâleti tarafından ihtiyaç oranında dağıtılacağı ve yasa dışı kullanımının denetleneceği ifade edilmiştir (Çakır, 2021, s.202). Ancak 22 Mart 1926 yılında çıkarılan 790 sayılı “*İspirto ve Meşrubat-ı Küüliye İnhisarı Hakkında Kanun*”un (Resmî Gazete, 3 Nisan 1926, sayı: 338) birinci maddesinde yer alan “*Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde bilimum ispirtolar ve meşrubat-ı küüliyenin (şarap, bira ve her nevi likör de dahil) imal veyahut hariçten celp ve ithali ve dâhilde fûruhtu hükümetin tah-ı inhisarındadır. Hükümet bu inhisarı kısmen veya tamamen bir Türk anonim şirketine devir suretiyle idare edebilir.*” ifadesi ile içki tekelinin devletin kontrolüne geçtiği ilan edilmiş ve Men’i Müskirat Kanunu geçerliliğini yitirmiştir. Ayrıca çocukların alkol kullanma eğiliminin önüne geçmek üzere, 24 Nisan 1930 tarih ve 1593 sayılı “*Umumi Hıfzıssıhha Kanunu*”nun Altıncı Bap Birinci Fasil’daki Madde 166’da yer alan (Resmî Gazete, 6 Mayıs 1930, sayı: 1489), “*on iki yaşından aşağı çocukların yanlarında ebeveyni veya velileri olduğu halde dahi meyhanelere girmesi ve on sekiz yaşından aşağı gençlere her nevi ispirtolu içki verilmesi veya satılması memnudur*” ifadeleri ile on iki yaşından küçük olan çocukların meyhaneye girmesi, on sekiz yaşından küçüklere ise her nevi satışı yasaklanmıştır (Çakır, 2021, s.204).

¹⁷ Müskirat: “*Sarhoşluk veren*” anlamına gelen ve alkollü içecekleri ifade etmekte kullanılan kavram.

Alkol kullanımıyla ilgili hükümlerin yer aldığı bir diğer kanun 1926 yılında yürürlüğe giren 765 sayılı TCK olup; kanunun 571. ila 575. maddeleri “sarhoşluk” hali nedeniyle toplum huzurunu ve düzenini bozan kişilere uygulanacak cezai yaptırımlarla ilgili hükümleri içermektedir. Buna göre, söz konusu kanun maddelerinde umuma açık yerlerde halkın huzurunu bozacak derecede sarhoş yakalanan kişilerin hafif hapis ya da para cezasına çarptırılacağı; sarhoşluk halinde işlenen suçlar ile bir başkasının sarhoşluğuna sebebiyet vermenin de cezai yaptırımı olduğu, alkol bağımlılığı olan kişilerin ise tedaviye sevk edileceği ifadeleri yer almaktadır (Resmî Gazete, 13 Mart 1926, sayı: 320).

Alkol üretim ve satışına ilişkin hükümlerin yer aldığı bir diğer kanun ise 8 Haziran 1942 tarih ve 4250 sayılı “İspirto ve İspirtolu İçkiler İhisarı Kanunu”dur. Bu kanun ile her türlü içkinin yapılması, ithalatı ve satılması hükümet tekeline alınmış, ancak şarap ve meyve şaraplarının üretimi ve satışı ile viski ve tabii köpüren şarapların ithalatı ve yurtiçinde satışı ise serbest bırakılmıştır. Ayrıca kanunun üçüncü maddesi her türlü alkollü içki üretiminde, tarımsal kökenli etil alkol veya distilatı dışındaki alkol ve alkol türevlerini kullanmayı yasaklamıştır (Resmî Gazete, 12 Haziran 1942, sayı: 5130; Demirbilek, 2012, s.213).

Tütün, tütün mamulleri ve alkol piyasasının düzenlenmesi ve tütün, tütün mamulleri ve alkolün imal, ihraç ve ihtali hakkında usul ve esasların belirlenmesi amacıyla 3 Ocak 2002 tarih ve 4733 sayılı “Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun” çıkarılarak bu kanun kapsamında “Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK)” kurulmuş (Resmî Gazete, 9 Ocak 2002, sayı: 24635); tütün, tütün mamulleri, alkol ve alkollü içkilerin piyasalarının düzenlenmesi ve denetlenmesi ile tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan zararlı etkileri önlemeye yönelik çalışmaların yapılması TAPDK'nin temel görevleri olarak belirlenmiştir. Daha sonra ise bu kanun, 3 Nisan 2008 tarih ve 5752 sayılı 6. maddesi ile “Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun” olarak değiştirilmiştir (Resmî Gazete, 15 Nisan 2008, sayı: 26848).

TAPDK tarafından 7 Ocak 2011 tarihli Resmî Gazete’de (sayı: 27808) yayınlanan “Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” ile 15 Şubat 2011 tarih ve 6112 sayılı “Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun” (Resmî Gazete, 3 Mart 2011, sayı: 27863) uyarınca herhangi bir yayının alkol, tütün ürünleri ve uyuşturucu

gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ile kumar oynamayı özendirici nitelikte olması ve bu bağlamda alkol ve tütün ürünlerinin reklamının yapılması yasaktır. Ayrıca yine TAPDK tarafından 11 Ağustos 2013 tarihli Resmî Gazete’de (sayı: 28732) yayınlanan “*Alkollü İçki Ambalajları Üzerine Konulacak Uyarı Mesajlarıyla İlgili Tebliğ*” gereğince, alkollü içecek ambalajları üzerinde 18 yaş altındakilerin alkol tüketmesinin yasak olduğunu, alkollüyken araç kullanılmaması gerektiğini, alkolün hamile kadınlar için sakıncalı olduğunu gösteren semboller ile “*alkol dostunuz değildir*” ifadesinin yer aldığı sağlık uyarılarının bulunması zorunlu hale getirilmiştir.



Şekil 2.2: TAPDK tarafından 11 Ağustos 2013 tarihli Resmî Gazete’de yayınlanan “*Alkollü İçki Ambalajları Üzerine Konulacak Uyarı Mesajlarıyla İlgili Tebliğ*” kapsamında ülkemizde satışa sunulan tüm alkollü içkilerde bulunması zorunlu olan 4 sağlık uyarısına ait görsel.

Bunların yanı sıra ülkemizde WHO tarafından önerilen alkol kontrol politikalarından biri olan “*fiyat ve vergilendirme sistemi*” uygulanmakta; 4760 sayılı “*Özel Tüketim Vergisi Kanunu*” gereğince alkollü içkilere yılda iki kez alkol dereceleri ve içerdiği alkol miktarına göre farklı vergi oranı ve asgari maktu vergi tutarı belirlenmektedir. Ayrıca araç kullanan sürücülere yönelik yaptırımlar da alkolle mücadele kapsamında önemli bir yere sahip olup; 2918 sayılı “*Karayolları Trafik Kanunu*” gereğince kolluk kuvvetleri tarafından yapılan promil tespit testleri sonucunda, özel araç sürücülerinin 0.5 promilin, diğer araç sürücülerinin ise 0.2 promilin üzerinde alkollü olarak araç kullandığının tespit edilmesi halinde cezai yaptırım uygulanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018, s.28).

2.2. Türkiye’nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Organları

2.2.1. Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK)

Bağımlılık yapıcı maddelerin kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde özellikle genç nüfusu tehdit eden önemli bir sorun

haline gelmiştir. Türkiye’de 1920’lerden beri madde bağımlılığıyla mücadele alanında yapılan yasal düzenlemeler ve önleyici politikalara karşın, ülkemizde ilk olarak 2011 yılında tespit edilen sentetik kannabinoidler ve bununla birlikte diğer pek çok bağımlılık yapıcı madde kullanımının gençler arasında hızla artması madde bağımlılığıyla mücadelede daha üst düzey ve multidisipliner bir çalışmayı gerekli kılmıştır. Bu nedenle 14 Temmuz 2014 tarihinde madde bağımlılığıyla mücadele ile ilgili çalışmak üzere Aile ve Sosyal Politikalar, Gençlik ve Spor, İçişleri, Milli Eğitim ve Sağlık bakanları ile TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanından oluşan bir komisyon oluşturulmuş ve “*Uyuşturucu ile Mücadelede Acil Eylem Planı*” hazırlıklarına başlanmıştır. Daha sonra, 22 Eylül 2014 tarihinde, uyuşturucu ile mücadele özel gündemli bir Bakanlar Kurulu toplantısı gerçekleştirilerek, konu detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda 13 Kasım 2014 tarihli 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi yayımlanmış ve bu genelge ile Başbakan Yardımcısı Başkanlığında Aile ve Sosyal Politikalar, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, İçişleri, Milli Eğitim, Gümrük ve Ticaret ve Sağlık Bakanları olmak üzere 8 bakandan oluşan “*Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK)*” oluşturulmuştur (Çelik, 2017, s.13).

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu’nun oluşturulmasının ardından, UMYK tarafından alınan kararların Bakanlıklar nezdinde takip ve koordinasyonunu sağlamak üzere, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı başkanlığında ilgili 8 bakanlığın müsteşar yardımcıları ile Yeşilay ve Başbakanlık Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürü’nden oluşan “*Uyuşturucu ile Mücadele Kurulu (UMK)*”; görev sahalarına giren konuların teknik kısımlarını çalışmak üzere ilgili bakanlıkların uzmanlarından oluşan “*Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Kurulu*” oluşturulmuştur. 28-29 Kasım 2014 tarihlerinde madde kötüye kullanımının önlenmesi, bağımlı bireylerin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanarak bağımlılıklarının giderilmesi ve toplumun madde bağımlılığına karşı bilinçlendirilmesi gibi konularda yapılması gerekenlerin belirlenmesi hususunda ilgili kamu kurum ve kuruluşların temsilcileri, akademisyenler, sivil toplum örgütleri, sanatçı ve sporcular dahil olmak üzere toplumun her kesiminden çok sayıda kişinin katılımıyla “*I. Uyuşturucu ile Mücadele Şurası*” gerçekleştirilmiş; madde bağımlılığıyla ilgili 15 konu başlığının her biri ayrı birer çalıştay konusu olarak ele alınarak “*Uyuşturucuyla Mücadele Acil Eylem Planı*” taslağı tartışmaya açılmıştır. Şuradan alınan geribildirimler sonucunda, ülkemizde uyuşturucu ile mücadele

kapsamında yürütülecek çalışmalara rehber niteliği taşıyan “*Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi*”, “*2015 Yılı Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı*” ve “*Uyuşturucu ile Mücadele Koordinasyon Kurulları Çalışma Usul ve Esasları*” belgeleri hazırlanmıştır (UMYK.a). “*2015 Yılı Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı*”nda yer alan ana başlıklar şöyledir (UMYK.b):

- Uyuşturucuya ulaşılabilirliğin engellenmesi,
- Eğitim kurumlarına yönelik tedbirlerin alınması,
- Belirlenmiş hedef gruplara yönelik tedbirlerin alınması,
- Uyuşturucu ile mücadelede danışma birimlerinin oluşturulması,
- Uyuşturucu bağımlılığının tedavi mekanizmalarının güçlendirilmesi,
- Uyuşturucu bağımlılarının kısa ve uzun süreli tedavi sonrası sosyal uyumunun sağlanması,
- Uyuşturucu ile mücadelede bilimsel danışma kurulu oluşturulması,
- Uyuşturucu ile mücadelede karar destek sistemi oluşturulması,
- Uyuşturucu ile mücadelede mevzuatın güçlendirilmesi,
- Kurumlar arasında koordinasyon ve iş birliği sağlanması,
- İletişim stratejilerinin oluşturulması ve kamuoyunun bilgilendirilmesi,
- Tanı ve laboratuvar hizmetlerinin geliştirilmesi.

2016 yılı itibariyle UMYK tarafından yapılmış olan önceki çalışmalar baz alınarak 2016-2018 yıllarını kapsayacak ve ortaya çıkan yeni ihtiyaçların karşılanmasını sağlayacak yeni bir strateji belgesi ve eylem planı hazırlanmış; ilgili kurum ve kuruluşların katkıları ile önceki “*Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi*” ve “*Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı*” çerçevesinde, “*2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi*” ve “*2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı*” oluşturulmuştur. “*2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı*”nda yer alan ana başlıklar ise şöyledir (UMYK.c):

- Uyuşturucuya ulaşılabilirliğinin önlenmesi,
- Toplumun uyuşturucu ile mücadeleye katılımının sağlanması,
- Taleple mücadelede tedavi mekanizmalarının güçlendirilmesi,
- Uyuşturucu ile mücadelede sosyal uyumun sağlanması,
- Uyuşturucu ile mücadelede iletişim stratejilerinin oluşturulması,
- Uyuşturucu ile mücadele sürecinin yürütülmesi ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanması,

- Uyuşturucu ile m¼cadele eylem planının s¼reç ve ç¼ktılarının izlenmesi ve değerlendirmesi,
- Uyuşturucu ile m¼cadelenin finansal etkinliğinin arttırılması,
- Uyuşturucu ile m¼cadelede yerel y¼netimler ve STK'lar ile iş birliği sağlanması,
- Uyuşturucu ile m¼cadelede danışma birimlerinin sağlanması,
- Uyuşturucu ile m¼cadelede uluslararası deneyimler ve başarılı ¼lke modellerinden yararlanılması.

UMYK'nın uyuşturucuyla m¼cadele hususunda belirlemiş olduğu stratejiler ve eylem planları kapsamında olduğu çalışmalar “2014-2017 Uyuşturucu ile M¼cadele Faaliyet Raporu”nda sunulmuş; ancak 9 Aralık 2017 tarih ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile UMYK'nın g¼rev alanı genişletilerek “Bağımlılık ile M¼cadele Y¼ksek Kurulu” adını almıştır (BMYK.a).

2.2.2. Bağımlılıkla M¼cadele Y¼ksek Kurulu (BMYK)

¼lkemizde bağımlılıkla m¼cadelenin her boyutuyla ele alınabilmesi için gerekli olan çalışmaları devlet bazında y¼r¼tmek ¼zere, 9 Aralık 2017 tarih ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesiyle “Uyuşturucu ile M¼cadele Y¼ksek Kurulu”nun g¼rev alanı genişletilerek Başbakan Yardımcısının başkanlığı ve 11 bakanın katılımıyla “Bağımlılık ile M¼cadele Y¼ksek Kurulu (BMYK)” adını almış; Bağımlılıkla M¼cadele Y¼ksek Kurulu tarafından belirlenen strateji ve eylem planlarını uygulamak, bu uygulamalarla ilgili takip ve kurumlar arası koordinasyonu sağlamak ve BMYK'ya veri sağlayarak stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olmak gibi g¼revler icra etmek ¼zere 23 Aralık 2017 tarih ve 71366025-990 sayılı Y¼ksek Kurul Başkanı onayı ile de “Bağımlılıkla M¼cadele Kurulu”, “Bağımlılıkla M¼cadele Teknik Kurulu” ve “Bağımlılıkla M¼cadele İl Koordinasyon Kurulları” oluşturulmuştur (BMYK.a). BMYK daha sonra, 14 şubat 2019 tarih ve 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle, Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında Adalet, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Çevre ve şehircilik, Gençlik ve Spor, Hazine ve Maliye, İçişleri, Millî Eğitim, Sağlık, Tarım ve Orman, Ticaret, Ulaştırma ve Altyapı bakanları olmak ¼zere 11 bakan ile Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekilinin katılımıyla yeniden d¼zenlenmiřtir. BMYK'nın başlıca g¼rev amacı toplumu t¼m bağımlılık yapıcı madde ve davranışlardan uzak tutmak; kurumlar arasında en ¼st seviyede iş birliği ve koordinasyonu sağlamak suretiyle, ulusal ve

uluslararası düzeyde geliştirilen strateji ve politikalarla, beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik haline sahip sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir toplumun oluşmasına katkı sağlamaktır (BMYK.b).

Bağımlılıkla Mücadele Kurulu (BMK): BMYK'nın alt kurulu olarak görev yapmakta olan Bağımlılıkla Mücadele Kurulu (BMK)'na Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı başkanlık etmekte; Adalet, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Çevre ve Şehircilik, Gençlik ve Spor, Hazine ve Maliye, İçişleri, Milli Eğitim, Sağlık, Tarım ve Orman, Ticaret, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlıklarında görev yapmakta olan 11 Bakan Yardımcısı, Diyanet İşleri Başkan Yardımcısı, Adli Tıp Kurumu Başkanvekili, Mali Suçları Araştırma Kurulu Başkanı, RTÜK Başkan Yardımcısı, Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkan Yardımcısı, TÜİK Başkan Yardımcısı, Yükseköğretim Kurulu Başkanvekili, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürü, BMYK Başkanı Danışmanı ve Yeşilay Genel Müdürü de kurulda görev almaktadır. BMK'nın başlıca görevleri arasında bağımlılık ile mücadele çalışmalarını BMYK'ya sunmak, BMYK tarafından alınan kararların uygulanmasını sağlamak, bağımlılık ile mücadele politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamak, kurulda görev yapmakta olan her üye tarafından kendi kurum ve kuruluşlarında yürütülen bağımlılıkla mücadele çalışmalarının takip ve koordinasyonunu yapmak vb. yer almaktadır (BMYK.b).

Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu (BMTK): BMK gibi, BMYK'nın bir alt kurulu olarak görev yapmakta olan Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu (BMTK)'na, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürü başkanlık etmekte; BMK'da yer alan kurum ve kuruluşlar tarafından görevlendirilecek ve toplantılarda kurumları/kuruluşları adına karar verebilecek en az daire başkanı seviyesinde temsilciler kurulda görev almaktadır. BMTK'nın başlıca görevleri arasında bağımlılık ile mücadele çalışmalarını BMK'ya sunmak üzere raporlamak, BMK'da alınan kararların uygulanmasını sağlamak, bağımlılık ile mücadele çalışmaları kapsamında uluslararası gelişmeleri takip etmek, kendi kurum ve kuruluşlarında yapılması planlanan bağımlılıkla mücadele çalışmalarında görev almak, kurum/kuruluş içi iş birliğini sağlamak, BMK'ya iletilmesi gereken konuları tespit etmek, yapılan çalışmaların kurum ve kuruluşların yerel teşkilatlarına entegre edilerek yaygınlaştırılmasını sağlamak, yerel teşkilatlardaki faaliyetleri organize etmek vb. yer almaktadır (BMYK.b).

Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları (BİMİKK): BMK ve BMTK gibi, BMYK'nın alt kurulu olarak görev yapmakta olan Bağımlılıkla Mücadele

İl/İlçe Koordinasyon Kurulları (BMİKK) illerde vali, ilçelerde ise kaymakam başkanlığında, BMK'da yer alan kurumların ildeki/ilçedeki en üst düzey temsilcilerinden oluşmaktadır. BMİKK'lar; BMYK, BMK ve BMTK tarafından belirlenen politika ve faaliyetlerle bu kapsamda verilen görevlerin il/ilçe bünyesinde başarıya ulaşmasını sağlamakla görevlidirler (BMYK.b).

UMYK tarafından oluşturulan “2015 Yılı Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ve Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı” ile “2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ve Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı”nı takiben; BMYK tarafından da “2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı” hazırlanarak kamuoyuna sunulmuştur. Bu çalışmanın ana başlıkları ise şu şekildedir (BMYK.c):

1. Uyuşturucu arzının önlenmesi

- Uyuşturucu maddelerin kara, hava, deniz ve posta yoluyla sınır ve gümrük kapılarından ülkemize girişinin ve ülkemizden çıkışının engellenmesi,
- Uyuşturucu kaçakçılığı ile mücadele eden ilgili birimler arasındaki iş birliği ve iletişimin güçlendirilmesi,
- Uyuşturucunun ülkemizdeki finans boyutu izlenerek uyuşturucu ticaretinden gelir elde edilmesi ve terör örgütlerine kaynak sağlanmasının engellenmesi,
- “Erken Uyarı Sistemi” kapsamında, yeni psikoaktif maddelerden haberdar olunması ve mücadele faaliyetlerinin entegre edilerek sürdürülmesi,
- Uyuşturucu maddelerin satış ve dağıtım hakkında kolluk kuvvetlerine bilgi akışı sağlayacak bir sistem kurulması ve istihbarat kaynaklarının artırılması,
- Kolluk birimleri ile diğer ilgili kurumlar arasındaki iş birliğinin ve bilgi paylaşımının artırılması.

2. Uyuşturucuya olan talebin önlenmesi

- İlköğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite düzeyinde gençlere ve ailelerine yönelik bilinçlendirme programları oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
- Riskli gruplara yönelik mevcut programların etkinliğinin ölçülerek, ihtiyaç duyulan güncellemelerin yapılması,
- Kamu kurumlarında çalışan personele yönelik eğitimlerde standardizasyonun sağlanarak etkinliğinin artırılması,
- “Minimal Hizmet Standardı” kapsamında danışmanlık merkezlerinin hayata geçirilerek ülke genelinde yaygınlaştırılması,

- Aile sağlığı merkezlerinin koruyucu hizmetler, tanı, tedavi ve takip aşamalarında daha etkin hale getirilmesi,
- “ALO 191 Uyuşturucu ile Mucadele Danışma ve Destek Hattı”nın hizmet kalitesinin geliştirilmesi,
- Yatarak ve ayakta tedavi merkezlerinin etkinliğinin ve ulaşılabilirliğinin artırılması ve rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Sosyal uyum merkezlerinin yaygınlaştırılması ve madde bağımlısı çocukların sosyal uyum sũreçlerine dahil edilmesi ,
- Bağımlılıkla mũcadele sũreçlerinin manevi değerlerle desteklenmesi.

3. Uyuşturucu ile mũcadelede iletişim

- Uyuşturucuyla mũcadele kapsamında faaliyetlerde bulunan tũm paydaşlar ve kamuoyu için başvuru ve ortak hareket kaynağı niteliği taşıyan “Uyuşturucu ile Mũcadelede Ortak Strateji ve İletişim Kılavuzu”nun hazırlanması,
- Uyuşturucu ile mũcadele kapsamında yũrũtũlen faaliyetlerin tanıtımının yapılması ve ilgili kurumların her tũrlũ yayın organında (yazılı-gorsel-sosyal medya) yer almasının sağlanması,
- Uyuşturucu madde kullanımının etki ve zararları konusunda hedef grupların bilgilendirilmesi, farkındalık oluşturulması, tutum ve davranış geliştirilmesi,
- Yapılan iletişim çalışmalarının etki analizlerinin yapılması.

4. Uyuşturucu ile mũcadele sũrecinin koordinasyonu, izlenmesi ve değerlendirilmesi

- Uyuşturucu ile mũcadele faaliyetlerinin etkin Şekilde sũrdũrũlebilmesi için etkili bir izleme ve değerlendirme sisteminin kurulması
- “Uyuşturucu ile Mũcadele Karar Destek Sistemi”nin geliştirilmesi ve anlık veriler ũzerinden lokasyonların risk derecelendirilmelerinin yapılması,
- Yapılan tũm çalışmaların bilimsel temellere oturtularak yũrũtũlmesinin sağlanması,
- Bağımlılıkla mũcadele alanında faaliyet gũsteren tũm STK, platform, federasyon vb. kuruluşların desteklenmesi ve yerel yũnetimlerin de uyuşturucu ile mũcadele çalışmalarında etkinliklerinin artması.

BMKY tarafından oluşturulan “2018-2023 Uyuşturucu ile Mũcadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı” ile 6 yıl boyunca izlenecek olan uyuşturucu ile mũcadele yol haritası belirlenerek, planlanan çalışma ve faaliyetlerin tũm yurttta eřgũdũm ve koordinasyon içinde sũrdũrũlmesi; etkilerinin tanımlanan

gösterge ve hedefler yoluyla sistematik bir şekilde sürekli takip edilerek, başarıya ulaşması hedeflenmektedir.

2.2.3. EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı

“Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı” ülkemizde “narkotik” olarak da adlandırılan bağımlılık yapıcı maddelerin imalatı, kullanımı, satışı, dağıtımı, kaçakçılığı, özendirilmesi ve bu tür eylemlerden gelir elde edilmesi veya bu tür eylemlerden kaynaklanan mal varlığı değerlerinin aklanması gibi suçlarla mücadele etmekle görevli emniyet birimi olarak Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmet vermektedir (Narkotik.a).

12 Haziran 1937 tarih ve 3629 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan 3201 sayılı “Emniyet Teşkilatı Kanunu”na göre, Emniyet teşkilatının merkez teşkilatında “Altıncı Şube Müdürlüğü”, taşra teşkilatında ise “İkinci Şube Müdürlüğü” adıyla hizmet veren birim asayiş, kaçakçılık, uyuşturucu maddeler, fuhuşla mücadele gibi suçların önlenmesi ile görev yapmaktadır. 26 Temmuz 1969 tarihinde İçişleri Bakanlığı bünyesinde yer alan Emniyet Teşkilatı altında görev yapmak üzere 33 narkotik şube veya büro kurulması kararlaştırılmış; bunu takiben İstanbul’da 60, Ankara ve İzmir’de 30’ar kişilik birer şube ve 29 ilde de 10’ar kişilik birer büro oluşturulması çalışmalarına başlanmıştır; söz konusu bütün şube ve büroların birer sorumlu genel müdür yardımcısı ile Emniyet Genel Müdürlüğü’ne bağlanması öngörülmüştür. 3 Ocak 1980 tarihinde kurulan “Kaçakçılık Daire Başkanlığı”na bağlanan narkotik birimler; daha sonra Kaçakçılık Daire Başkanlığı’nın 14 Ocak 1983 “Kaçakçılık İstihbarat Harekât Daire Başkanlığı”, 7 Temmuz 1995 tarihinde ise “Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı” olarak yeniden adlandırılması ile bu birimlere bağlı olarak görev yapmaya devam etmiştir. 5 Haziran 2015 tarihli Bakanlık Makam Onayı ile kurulan “Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı” ise 9 Ekim 2015 tarihinde faaliyetlerine başlamış; 18 Kasım 2015 tarihi itibarıyla 81 ilin il emniyet müdürlüklerinde “Uyuşturucu ile Mücadele Şube Müdürlükleri” kurulmuştur. “Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı”, 17 Nisan 2017 tarihi itibarıyla merkez teşkilatında “Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı”, taşra teşkilatında “Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü”, ilçe teşkilatında ise “Narkotik Suçlarla Mücadele Grup Amirliği” olarak isimlendirilmeye başlanmıştır (Narkotik.b).

Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı bir yandan narkotik suçlarla mücadele ederken, diğer yandan ilgili kamu ya da özel kurum ve kuruluşlarla, yabancı

ülke kanun uygulayıcı birimleri ve uluslararası kuruluşlarla koordinasyon içerisinde operasyonel, stratejik, teknik ve eğitimsel iş birliği çalışmaları yürütmektir (Narkotik.a)

2.2.4. EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Başkanlığı

“EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Başkanlığı” başta sigara, alkol, tarihi eser, akaryakıt, silah ve mühimmat, ilaç ve emtia gibi malların kaçakçılığı olmak üzere yasa dışı olarak gerçekleştirilen ve terör örgütlerine önemli bir finans kaynağı teşkil eden kaçakçılık suçlarıyla mücadele etmek üzere 1981 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde “Kaçakçılık Daire Başkanlığı” adıyla kurulmuştur. 1983 yılında “Kaçakçılık İstihbarat ve Harekât Daire Başkanlığı”, 1995 yılında ise “Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Daire Başkanlığı” adını alan birim, son olarak 2022 yılı itibarıyla “Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Başkanlığı” adıyla faaliyetlerine devam etmektedir (KOM).

Doğrudan kamu otoritesini hedef alan, toplumun barış ve huzurunu bozarak ülkemizin demokratik ve sosyo-ekonomik yapısına büyük zarar veren organize suç örgütleriyle, yasa dışı malların kaçakçılığının yanı sıra rüşvet, irtikap, ihaleye fesat karıştırma, görevi kötüye kullanma, ekonomik suçlar ve sahtecilik suçları ile de mücadele eden KOM Başkanlığı; 78 ilde “Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Şube Müdürlüğü”, 44 ilçede “Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Grup Amirliği”, Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde de “Mali Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü”, “Kaçakçılık Suçlarıyla Mücadele Şube Müdürlüğü” ve “Organize Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü” olmak üzere alt birimleri bulunmaktadır. Bu birimlerde görev alan konusunda uzman ve kendini yetiştirmiş KOM personeli suçla mücadelenin yanında, suçtan elde edilen gelirin tespiti ve engellenmesi, dolayısıyla terör örgütlerinin finans kaynaklarının kurutulması için gerekli olan tüm işlemler konusunda gerekli olan tüm çalışmaları aralıksız olarak sürdürmektedir (KOM).

2.2.5. AMATEM

1983 yılından itibaren Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin içinde kendi binasında hizmet vermekte olan “Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)” madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı olan bireylerin bağımlılıklarını sonlandırmaları, yaşamları

üzerindeki kontrollerini yeniden ellerine almaları ve bağımlı oldukları sürece boyunca meydana gelen kayıplarını yeniden kazanabilmeleri için gerekli olan tedavi uygulamalarının yer aldığı bir sağlık kuruluşudur. Türkiye'nin alkol ve madde bağımlılığı tedavisi ve araştırmaları konusunda en büyük resmi psikiyatri birimi olan AMATEM'e ait 4 katlı poliklinik binası 100 yatak kapasitesiteli olup; tesis içerisinde 2 poliklinik odası, 4 grup psikoterapisi odası, 1 eğitim salonu, 6'sı yoğun bakım olmak üzere 20 yataklı müşahade bölümü, 2 veya 4 yataklı hasta odalarının yanı sıra rehabilitasyon amaçlı oluşturulmuş kütüphane, bağıevi, spor alanları ve çok amaçlı salonlar da bulunmaktadır (AMATEM.b).

Hem yatarak hem de ayaktan tedavi hizmeti vermekte olan AMATEM'e başvuran hastaların gönüllü olması; başvuru esnasında alkol veya madde kullanmamış olması, alkol-madde etkisinde olmaması ve kendi isteğiyle tedaviye karar verdiğini bildirmesi önem arz etmektedir. Bağımlılık tedavisinin ilk aşamasında kişinin alkol veya madde kullanımının kesilmesine bağlı olan yoksunluk bulgularına yönelik ilaçla arındırma (*detoksifikasyon*) tedavisi uygulanmakta; daha sonra ise alkol veya madde kullanımına tekrar başlamaması için 28 günlük psikoterapi programlarına tabi tutulmaktadır. Genel olarak bilişsel-davranışçı terapi, psikodrama ve etkileşim grupları şeklinde sürdürülen psikoterapi seanslarına ek olarak bilinçlendirme amaçlı toplantılar yapılmakta ve rehabilitasyon amaçlı sabah yürüyüşleri, günaydın toplantıları, sosyal aktiviteler, bireysel görüşmeler, gevşeme egzersizleri gibi etkinliklere de tedavi programı içinde verilmektedir. AMATEM'de uygulanan bağımlılık tedavilerinin yanı sıra, bağımlılıkla ilgili araştırmalar da yapılmakta; elde edilen veriler ulusal ve uluslararası platformlarda yayınlanmaktadır. Ayrıca bağımlılıkla mücadele alanında yapılan güncel çalışmalar hakkında yurtiçi ve yurtdışında bu alanda çalışan diğer kurumlarla iş birliği yapılmaktadır (AMATEM.b).

2.2.6. ÇEMATEM

Türkiye'de ilk AMATEM'in, 1983 yılında Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde açılmasının ardından; 1995 yılında yine Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde uçucu madde kullanan çocuklara yönelik olarak "*Uçucu Madde Bağımlıları Araştırma ve Tedavi Merkezi (UMATEM)*" adında bir tedavi merkezi açılmış ancak UMATEM'in ismi 2007 yılında "*Çocuk Ergen Alkol Madde Tedavi Merkezi (ÇEMATEM)*" olarak değiştirilmiş ve Türkiye'de çocuk ve

gençler için açılan ilk tedavi merkezi olarak kabul edilmiştir (Tomanbay, 2016; Akt: Çelik ve Sarıkaya, 2021, s.647).

ÇEMATEM, 25 yılı aşkın süredir 18 yaş altı madde bağımlısı çocuk ve gençlere kız ya da erkek ayırt etmeksizin tedavi hizmeti vermekte olup; bilimsel olarak kabul görmüş en güncel çağdaş tedavi ve terapi teknikleri ile çocukların sadece uyuşturucu ve alkolü bırakmasına değil, tekrar başlamalarını önlemeye, topluma sağlıklı ve üretken bireyler olarak katılmalarını sağlamaya çalışmaktadır. Bağımlılık tedavisi süresince uygulanan arındırma tedavisi ve psikoterapi seanslarıyla ruhsal ve bedensel sağlığın geri kazanılmasının yanı sıra; çocuğun ve dolaylı olarak ailenin güçlenmesi ve yaşam hedefleri belirleyerek yeni bir yaşam tarzı kazanmasına da yardımcı olmak amaçlanmaktadır. Bu bağlamda hastaların tedavi ve terapi sürecinde günaydın toplantıları, grup terapileri, bireysel görüşme ve vizitelerin yanı sıra iyileşme sürecine katkı ve rehabilitasyonlarını sağlamak amacıyla seviyelerine uygun Türkçe ve Matematik gibi dersler, hobi dersleri (el işi, resim, folklor vb.), spor, çocukların sorumluluk almasını sağlamak için servis içinde görevlendirme, okuma saati, meslek edinme çalışmaları gibi etkinliklere de yer verilmektedir (ÇEMATEM).

2.2.7. TUBİM

“Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)”, bağımlılık yapıcı özelliği bulunan yasadışı maddelerin arz ve talep değerlerindeki gelişmeleri takip etmek ve ülkemizdeki risk profilini ortaya koyacak verileri sağlamakla görevli olarak, EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı bünyesinde hizmet vermekte olup; 2006 yılından beri madde bağımlılığı sorununun her boyutuyla ilgili çalışmalar yürüten tüm kurum ve kuruluşlarla koordineli bir şekilde çalışmaktadır. Kamu, özel ve sivil toplum kurum ve kuruluşlarını kapsayan bu iş birliğinden elde ettiği verilerle her yıl “Türkiye Uyuşturucu Raporu” yayınlamakta olan TUBİM, aynı zamanda olan Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (*The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA*)’nin “Ulusal İrtibat Noktası” olarak görev yapmakta ve EMCDDA çalışmalarına tam üye sıfatıyla katılım sağlamaktadır. Bir Avrupa Birliği kuruluşu olan EMCDDA’nın çalışmalarında yer alabilmek adına Türkiye Cumhuriyeti ile Avrupa Birliği arasında 30 Ekim 2007 tarihinde imzalanan ancak 01 Haziran 2014 tarihinde yürürlüğe giren “EMCDDA Çalışmalarına Türkiye Cumhuriyeti’nin Katılımı ile İlgili Avrupa Topluluğu ve Türkiye Cumhuriyeti Arasında Yapılan Anlaşma” (EGM KOM,

2015, s.124) ile Türkiye EMCDDA çalışmalarına “tam üye” sıfatı ile katılmakta ve “EMCDDA Yönetim Kurulu” toplantılarına, “EMCDDA Temas Noktası Başkanları” toplantılarına, “EMCDDA Temel Göstergeler (Genel Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığı, Yüksek Riskli Madde Kullanımı, Uyuşturucu Madde Bağlantılı Bulaşıcı Hastalıklar, Uyuşturucu Bağlantılı Ölümler vb.)” toplantılarına ülkemiz adına gerçekleşecek katılımları koordine etmektedir (Narkotik.c).

TUBİM’in görevleri arasında Türkiye’de bilinen ve yasa kapsamında kontrol altına alınmış olan psikoaktif maddelerin yanı sıra benzer bağımlılık yapıcı ve psikoaktif etkileri bulunan ancak herhangi bir yasal kısıtlılığı bulunmayan yeni maddelerin tespiti ve takibi de bulunmaktadır. Bunu sağlayabilmek için TUBİM bünyesinde bir “Erken Uyarı Sistemi (Early Warning System – EWS) Ulusal Çalışma Grubu” kurulmuş; ülkemizde yeni görülmeye başlayan ya da görülme riski yüksek bulunan psikoaktif maddelerin “jenerik sınıflandırma” adı verilen sistem ile 12 Haziran 1933 tarih ve 2313 sayılı “Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun” kapsamına alınması için gerekli prosedür başlatılmıştır (Narkotik.c).

Bunların yanı sıra, 2006 yılından günümüze EMCDDA’nın ulusal temas noktalarına yüklediği görev ve sorumlulukları yerine getirebilmek ve madde ve madde bağımlılığı ile mücadele alanında yürütülecek çalışmalara bilimsel destek sağlamak amacıyla TUBİM bünyesinde, Avrupa genelinde farklı üniversitelerde görev yapan ve uyuşturucu ile mücadele alanında uzman akademisyenlerden oluşan “EMCDDA Bilimsel Komitesi (EMCDDA Scientific Committee)” benzeri bir yapı olan ve adli tıp, çocuk ruh sağlığı, iletişim, halk sağlığı, hukuk, psikoloji, ruh sağlığı, sosyal hizmetler, toksikoloji alanlarında uzmanlaşmış toplam 11 akademisyenden oluşan “TUBİM Bilim Kurulu” oluşturulmuştur. 2014 yılı itibariyle ise Türkiye’de madde bağımlılığı ile mücadele çalışmalarının daha etkin ve koordineli bir şekilde yürütülebilmesi için yeni bir sürece geçilmiş ve bu doğrultuda 13 Kasım 2014 tarih ve 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile “Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu” oluşturularak, uyuşturucu ile mücadelede koordinasyon faaliyetleri UMYK tarafından yürütülmeye başlanmıştır. TUBİM ise hala temel görevi olan uyuşturucu verilerinin izlenip raporlanması noktasında hem mevcut yapının güçlendirilmesi hem de uluslararası standartlarda uyuşturucu verilerinin toplanması amacıyla projeler yürütmektedir (Narkotik.c).

2.2.8. Yeşilay

Yeşilay, kuruluşundan günümüze toplumu ve gençliği zararlı alışkanlıklardan korumak; tütün, alkol, madde, teknoloji, kumar ve benzeri tüm bağımlılıklarla mücadele etmek; önleyici ve tedavi edici halk sağlığı çalışmalarını desteklemek için yüz yılı aşkın bir süredir hizmet veren bir sivil toplum kuruluşudur. Birinci Dünya Savaşı döneminde toplumda hızla yayılmaya başlayan alkol ve madde kullanımının artmasını önlemek amacıyla 5 Mart 1920 tarihinde, Sultan Vahdeddin'in izni ve Şeyhülislam'ı İbrahim Haydarizade'nin himayesiyle, Dr. Mazhar Osman Uzman ve arkadaşları tarafından “*Hilal-i Ahdar*” adıyla kurulmuş olan cemiyetin ismi önce “*Yeşil Hilal*”, daha sonra “*Yeşilay*” olarak değiştirilmiş ve 1934 yılında Mustafa Kemal Atatürk'ün cumhurbaşkanlığı ve İsmet İnönü'nün başbakanlığında, Bakanlar Kurulu kararıyla Yeşilay'a "*kamu yararına çalışan dernek*" statüsü verilmiştir (Yeşilay.a). Yeşilay Cemiyeti, yalnızca alkol bağımlılığıyla mücadele etmemiş; özellikle gençlerin uyuşturucu madde kullanımını önlemek ve eroin, kokain gibi keyif verici maddelerin zararlarını en aza indirebilmek için yayınlar yapmıştır (Mumyıkalmaz, 2020).

Yeşilay'ın bağımlılıkla mücadele alanında göstermekte olduğu faaliyetler ile cemiyetin kuruluşundan günümüze kadar edinmiş olduğu ilke ve amaçları şu şekilde sıralanmaktadır (Yeşilay.b):

- Kalite yönetiminde bir dünya standardı olarak görülen Mükemmeliyet Merkezi Modeli'ni esas alarak, toplumsal ihtiyaç ve beklentileri bu ilkeyle karşılamak,
- Bağımlılıkla mücadele alanında yürütülen araştırma ve geliştirme faaliyetlerini bilimsel temele dayandırmak ve temeller doğrultusunda proje üretmek,
- Bilimsel ve akademik çalışmaları destekleyerek Yeşilay Yayınları aracılığıyla gazete, dergi, kitap, bülten yayınlamak,
- Yurt içinde ve yurt dışında üye ve gönüllüler kazanarak teşkilat yapısını güçlendirmek,
- Yazılı ve görsel medya, internet ve sosyal medya gibi mecraları aktif şekilde kullanarak toplumun her kesimine ulaşılmasını sağlamak,
- Okullarda Yeşilay kulüpleri kurmak suretiyle çocuklarda ve gençlerde farkındalık ve Yeşilay bilinci oluşturmak,
- Yaygın ve örgün eğitim kurumlarına yönelik bağımlılıkla mücadele içerikli müfredat ve modüller hazırlayarak, yüzyüze ve uzaktan eğitimde aktif rol almak,
- Bağımlılıkla mücadele alanında faaliyet gösteren uluslararası kurum ve

derneklerle iş birliği yapmak ve yurtdışında faaliyet göstermek,

- Bağımlılıkla mücadelede yasal mevzuatın geliştirilmesine katkı sağlamak,
- Ülke çapında gerçekleştirilen etkinlikler aracılığıyla bağımlılık sorununa dikkat çekmek ve farkındalığı artırmak.

Yeşilay'ın kuruluşundan günümüze kadar geçen süre içinde bağımlılık türleri de artmış, buna bağlı olarak tütün, alkol ve madde bağımlılıklarının yanı sıra kumar ve teknoloji bağımlılığı da Yeşilay'ın çalışma alanına dahil olmuştur.

2.3. Türkiye'nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Programları

2.3.1. NARKOLOG Projesi

EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından, uyuşturucu madde suçlarının arkasında yatan nedenlerin anlaşılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla 2018 yılının haziran ayı itibariyle hayata geçirilen “*NARKOLOG*” projesi, 81 ilin Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüklerinde uyuşturucu suçları nedeniyle hakkında işlem yapılan kişilere, adli süreçlerinin tamamlanmasından sonra alanında uzman personel tarafından uygulanan ve gönüllülük esasına dayanan bir anket uygulamasıdır. Tablet bilgisayarlar üzerinden uygulanan ve 65 sorudan oluşan anket formunun verileri internet aracılığı ile Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı'na aktarılmakta, daha sonra ise Excell ve SPSS programları kullanılarak analiz edilmekte ve “*Türkiye Uyuşturucu Raporu*” adıyla kamuoyuna sunulmaktadır. Bu bağlamda, 2018 ve 2019 yıllarının ikinci altı aylık dönemlerinde yapılan anket sonuçlarının birbirleri ve TÜİK 2019 verileri ile karşılaştırmalı analizleri, TUBİM Bilim Kurulu'nun da katkıları ve onayı alınmak suretiyle “*2020 Türkiye Uyuşturucu Raporu*”nda yer almıştır (EGM Narkotik, 2020, s.128).

2.3.2. Uyuşturucu ile Mücadele (UYUMA) Uygulaması

“*Uyuşturucu ile Mücadele (UYUMA)*” uygulaması, İçişleri Bakanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü iş birliği ile geliştirilen bir cep telefonu uygulaması olup; teknolojik imkânlardan yararlanılarak madde bağımlılığı ile mücadelede vatandaş duyarlılığını artırmayı ve uyuşturucu suçlarına seri müdahale imkânı sağlamayı amaçlamaktadır. Akıllı telefonlara ücretsiz olarak indirilebilen UYUMA uygulaması, uyuşturucu ile etkin mücadelede kolluk güçlerinin göstermiş olduğu çabanın yanı sıra

toplumun da bilinçlenerek bu mücadelede bilfiil yer almasına imkân tanımaktadır. Uygulamayı akıllı telefonlarına indiren vatandaşlar kişisel bilgilerini sisteme kaydettikten sonra uygulamayı kullanabilmekte; sokakta tanık olduğu uyuşturucu ticaretini polise bildirmek için uygulamada yer alan ihbar butonuna basması yeterli olmaktadır. Sisteme konum bilgisiyle birlikte düşen ihbar, bölgeye en yakın polis ekibine iletileterek en kısa sürede müdahale edilmesi sağlanmaktadır. Uygulamanın en önemli özelliklerinden biri ise ihbarda bulunan kişinin kimlik ve iletişim bilgilerinin sistem tarafından kaydedilmiş olmasına rağmen tamamen gizli kalması ve soruşturmanın hiçbir aşamasında üçüncü kişilerle paylaşılmayacak olmasıdır (İçişleri Bakanlığı). Uygulamanın kullanım detayları ise şu şekilde belirtilmiştir (İzmir İl Jandarma Komutanlığı):

- Uygulama cep telefonlarına indirildikten sonra kimlik bilgileri ve cep telefonundan oluşan kişisel verilerin istenildiği ekran doldurulmalı ve kullanıcı sözleşmesi imzalanmalıdır,

- Kullanıcının Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olduğu MERNİS veri tabanında yer alan nüfus bilgilerinden teyit edildikten sonra, kullanıcının cep telefonuna kısa mesaj olarak gönderilen doğrulama kodu sisteme girilerek uygulama aktif edilmelidir,

- İhbarda bulunurken kullanıcının mevcut konumunun sistem tarafından tespit edilebilmesi için cep telefonunun konum bilgisi durumu açık hale getirilmelidir,

- Uyuşturucu madde alışverişi ya da pazarlığı yapıldığına dair şüpheli durumla karşılaşan kullanıcı, telefon ekranında bulunan “UYUMA” butonuna basarak ihbarda bulunduktan sonra, ekrana gelen “EVET” ya da “HAYIR” seçeneklerinden birini seçmeli ve ihbarı teyit etmelidir.

- Sisteme yanlışlıkla giriş yapılması veya ihbarla ilgili durumun geçersiz hale gelmesi gibi durumlarda “HAYIR” seçeneği seçilmeli ve ihbar iptal edilmelidir. “EVET” seçeneğinin seçilmesi halinde ihbar teyit edilmiş olacak ve acil çağrı merkezi tarafından bildirim yapılan konuma ekip gönderilmesi sağlanacaktır.

Güvenlik güçlerinin bu tür ihbarları ciddiyetle ele aldığıının unutulmaması; asılsız ihbarda bulunarak görevli personelin yanlış yönlendirilmemesi ve sistemin kötüye kullanılmaması hususunda vatandaşların bilinçli olması önem arz etmektedir.

2.3.3. Uyuşturucu Karar Destek Sistemi (UKDS)

UMYK tarafından oluşturulan ve 13 Kasım 2014 tarihli 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe giren “2015 Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem

Planı” ve “2016-2018 Uyuşturucu ile M¼cadele Eylem Planı” kapsamında, EGM Narkotik Suçlarla M¼cadele Daire Başkanlığı bünyesinde görev yapmakta olan TUBİM Şube M¼d¼rl¼ę¼’ne, ¼lkemizdeki madde bağımlılığının durumu hakkında ulusal verilerin anlık toplanması görevi verilmiştir. TUBİM’in bu görevi yerine getirebilmesi amacıyla, “AB Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı (*Instrument for Pre-Accession Assistance - IPA*)” fonlarından “TUBİM’in Veri Toplama Kapasitesinin Güçlendirilmesi” adıyla “Eşleştirme (*twinning*)” ve “Tedarik (*supply*)” bileşenlerinden oluşan bir AB projesi hazırlanmış; bu proje kapsamında ¼lkemizde uyuşturucu ile m¼cadele alanında etkin görev yapmakta olan ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından y¼r¼t¼len faaliyetlere ilişkin verilerin hızlı bir şekilde toplanarak politika ve strateji geliştirme hususunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır (EGM Narkotik, 2021, s.22).

Projenin ilk ayağını oluşturan “Eşleştirme (*twinning*)” bileşenini hayata geçirmek üzere 29 Haziran 2018 tarihinde Romanya ile imzalanan ve 8 Ağustos 2018 tarihinde faaliyete geçen s¼zleřme doğrultusunda bir çalışma ofisi kurulmuş; ulusal ve uluslararası alanda görev alan uzmanlar bir araya getirilerek, mevcut verilerin kalite ve çeşitliliği artırılırken, EGM Narkotik Suçlarla M¼cadele Daire Başkanlığı’na da eş zamanlı veri akışı sağlanması planlanmıştır. Projenin 2 yıl sürmesi planlanan eşleştirme bileşeni, ¼lkememizi ve tüm d¼nyayı etkisi altına alan pandemi süreci nedeniyle 3 ay uzatılarak 14 Şubat 2021 tarihinde tamamlanmıştır. Projenin “Tedarik (*supply*)” olarak adlandırılan ikinci bileşenini ise “yazılım” ve “donanım” olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Öncelikle Uyuşturucu Karar Destek Sistemi’nin tam anlamıyla faaliyet gösterebilmesi için gerekli donanımın kurulumu tamamlanmış ve test çalışmaları yapılmıştır. 3 Aralık 2018 tarihinde başlanan yazılım geliştirme süreci ise 22 Aralık 2021 tarihi itibariyle tamamlanmış ve “Merkezi Finans ve İhale Birimi (*MFİB*)” tarafından geçici olarak kabul edilmiştir. Projenin 2021 yılı içerisinde tam anlamıyla kullanıma açılması planlanmış olmasına karşın, geliştirilen yazılımın tedarik edilen donanımla entegrasyonunun sağlanması ve canlı veri akışı süreçlerinin test ve kontrol aşamaları sürmektedir (EGM, 2021).

2.3.4. Türkiye Bağımlılıkla M¼cadele (TBM) Eğitim Programı

“Türkiye Bağımlılıkla M¼cadele (TBM) Eğitim Programı” t¼t¼n, alkol, madde ve teknoloji bağımlılıklarına karşı başta çocuklar ve gençler olmak üzere toplumu bilgilendirmek ve farkındalıklarını artırmak amacıyla 2014 yılında Yeşilay tarafından geliştirilen; Mill¼ Eğitim Bakanlığı, kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları iş birliğinde

sürdürülmekte olan birincil önleme programı olarak tanımlanmaktadır. Yeşilay Bilim Kurulu danışmanlığında her yaşın gelişim özelliklerine ve eğilimlerine uygun farklı içerikler geliştirilerek hazırlanan program, BMYK tarafından akredite eğitim programı olarak kabul edilmiş ve TBM eğitim materyalleri İngilizce, Rusça, Arapça, Fransızca, Sırpça, Boşnakça, Kırgızca, Azerice dillerine çevrilerek yurtdışında da yaygınlaşması için adım atılmıştır (TBM).

Modüller	Anaokulu	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yetişkin
Sağlıklı yaşam	✓	✓	✓	✓	✓
Teknoloji bağımlılığı	✓	✓	✓	✓	✓
Tütün bağımlılığı	-	✓	✓	✓	✓
Alkol bağımlılığı	-	-	-	✓	✓
Madde bağımlılığı	-	-	-	✓	✓

Tablo 2.1: Yeşilay Bilim Kurulu danışmanlığında her yaşın gelişim özelliklerine göre belirlenmiş eğitim modüllerinin hedeflediği grupları gösteren tablo (TBM).

TBM eğitim modülleri anaokulu seviyesindeki çocuklarda sağlıklı yaşam ve teknoloji bağımlılığına; ilkokul ve ortaokul seviyesindeki çocuklarda sağlıklı yaşam, teknoloji ve tütün bağımlılığına; lise seviyesindeki gençlerde ve yetişkinlerde ise sağlıklı yaşam, teknoloji ve tütün bağımlılığının yanı sıra alkol ve madde bağımlılıklarına karşı da bilinçlendirme ve önleme amacı taşımaktadır (TBM).

2.3.5. Okulda Bağımlılığa Müdahale (OBM) Programı

“Okulda Bağımlılığa Müdahale (OBM) Programı”, Yeşilay ve Millî Eğitim Bakanlığı iş birliğinde, okul çağındaki çocuk ve gençleri, bağımlılık yapıcı maddelere karşı koruma ve henüz “deneme” ya da “kullanma” düzeyindeyken madde kullanma davranışından vazgeçirmeye yönelik olarak geliştirilmiş, Türkiye’nin ilk ve tek okul temelli müdahale programı olarak tanımlanmaktadır (BMYK.d).

TBM programı ile bağımlılık davranışlarına karşı bilinçlendirilmeye ve farkındalık oluşturulmaya çalışılan çocuk ve gençlerin zararlı eğilimleri, OBM ile davranış ve alışkanlığa dönüşmeden önlenmeye çalışılmaktadır. OBM kapsamında, okullarda görev yapmakta olan rehber öğretmen ve psikolojik danışmanlar mesleki

yetkinliklerini artırıcı eğitimlere katılarak sigara, alkol, madde ve riskli internet kullanımı gibi bağımlılık eğilimi gösteren ve risk grubu olarak nitelendirilen öğrencilere önleyici müdahalede bulunmaktadır. Müdahale esnasında en önemli hususlardan biri risk grubunda yer alan öğrencinin eğitim sistemi dışına itilmeden riskli davranıştan uzaklaştırılması ve bağımlılıkla birlikte gelişen diğer psiko-sosyal sorunlarına destek sağlanması olarak ifade edilmektedir. OBM'nin müdahale aşamaları şu şekildedir (OBM):

- Risk taraması yapma,
- Ayrıntılı öykü alma,
- Okul ve aileyi bilgilendirme,
- Geri bildirim ve değişim,
- Bilgilendirme,
- Etkin tavsiye verme,
- Motivasyon artırıcı görüşme,
- Hedef koyma,
- İzleme,
- Psikososyal değerlendirme,
- Psikososyal müdahale,
- Aile özelliklerinin saptanması,
- Aileye yönelik müdahale.

TBM programı kapsamında yapılan birincil önleme çalışmalarını güçlendirerek önleme programlarını sürdürülebilir hale getirmek; rehber öğretmenlere önleyici müdahale becerileri kazandırarak bağımlılıkla mücadelede ikincil önleme çalışmalarını ülke genelinde etkin ve sistematik hale getirmek; okul temelli önleyici müdahalede bulunarak genç nesilleri bağımlılık riskinden korumak ve bağımlılıkla mücadele alanında stratejik politikaların geliştirilmesine yardımcı olacak analizlerde bulunmak OBM programının temel hedef ve amaçlarını oluşturmaktadır (OBM).

2.3.6. Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA) Programı

“*Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)*” ve “*Diyalitik Davranış Terapisi (DBT)*”ne dayanarak hazırlanmış olan “*Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA) Programı*”, ilk olarak 1998 yılında uygulanmaya başlayan ve etkinliği kabul edilen “*Alkol Madde Tedavi Programı (ATP)*” ile “*Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı*” temel

alınarak geliştirilmiştir. Programın geliştirilmesi sürecinde Türkiye'deki bağımlılık tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanmakta olan programlar gözden geçirilmiş, bu alanda çalışan uzmanlarla görüşmeler gerçekleştirilmiş ve konuyla ilgili literatür taraması yapılmış; elde edilen deneyim ve geri bildirimler doğrultusunda bir taslak hazırlanarak Ümraniye T Tipi Cezaevi'nde bulunan ve alkol ve/veya madde kullanımı olan hükümlülerden oluşturulan bir grup ile “SAMBA” pilot uygulaması yapılmıştır. Alkol ve/veya madde bağımlısı olup Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM kliniğinde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalara ise “SAMBA Klinik” sürümü uygulanmış ve uygulama sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda program yeniden düzenlenmiştir (Ögel vd, 2011, s.150).

SAMBA programının amacı bağımlı durumdaki katılımcıları alkol veya madde bağımlılığı konusunda bilgilendirerek onlara öfke ve stresle başa çıkma becerisi kazandırmak, problem çözme becerilerinin gelişmesini sağlamak, etkili iletişim yöntemlerini öğretmek, değişim motivasyonu sağlayarak yeniden başlamalarını engelleyecek disiplini kazandırmak olarak ifade edilmektedir. için yapılandırılmış bir tedavi programıdır. SAMBA programı “madde ve etkileri”, “motivasyon kazandırma”, “farkındalık”, “öfke ve stresle başa çıkma”, “kaymayı önleme”, “iletişim becerileri” ve “düşünce hataları” başlıklı 7 modül ve 13 oturumdan oluşan grup formatında bir psikoeğitim programı olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve Sarıkaya, 2020, s.141).

SAMBA programları, uygulanacağı hedef kişilerin yaş gruplarına ve uygulama biçimlerine göre farklı isimler almaktadır (Ögel vd., 2012):

SAMBA Klinik: “SAMBA Klinik”, klinikte tedavi görmekte olan 18 yaş üstü alkol veya madde kullanıcılarına yönelik olarak geliştirilmiş ve interaktif uygulamalar şeklinde düzenlenmiş bir yetişkin programıdır.

SAMBA-DS (Denetimli Serbestlik): “SAMBA-DS” programı, denetimlik serbestlik tedbirine tabi olup, denetimli serbestlik şubelerinde takip edilen 18 yaş üstü alkol veya madde kullanıcılarına yönelik olarak geliştirilmiş, daha çok bilgilendirme ve motivasyon kazandırmaya yönelik bir programdır.

SAMBA-KDS (Kliniklerde Denetimli Serbestlik): “SAMBA-KDS”, hastanelerde yürütülmekte olan denetimli serbestlik uygulamaları için geliştirilmiş bir program olup; uyuşturucu, uyarıcı ve uçucu maddeler ile alkol kullanım sorunları nedeniyle denetimli serbestlik tedbiri kapsamında hastaneye yönlendirilen kişilere yöneliktir. 6 oturumdan oluşan program açık bir grup çalışması şeklinde olup, katılımcılar herhangi bir oturumdan programa dahil olabilmektedir.

Genç SAMBA: 15-18 yaş grubuna yönelik olarak geliştirilmiş bir program “*Genç SAMBA*” interaktif olarak gerçekleştirilen 12 oturumdan oluşmakta, oturumlar gençlere uygun olarak düzenlenmiş aktiviteler ve didaktik öğeler içermektedir. Programda yer alan oturum başlıkları şu şekildedir:

- Alkol ve madde etkileri
- Bağımlılık
- Beyin ve bağımlılık
- Motivasyon
- Sağlıklı ve özgür ol
- Hemen tepki vermemek
- İstekle başa çıkmak
- Girdaptan çıkış
- Riskli durumlar
- Israrlarla başa çıkmak-güvenli davranış
- Bağımsızlık yolunun temel taşları
- Sigara ve etkileri

Genç SAMBA'nın AMATEM ve hastane gibi klinik ortamlarda uygulanmak üzere geliştirilmiş olan “*Genç SAMBA Klinik*”, denetimli serbestlik kurumlarında uygulanmak üzere geliştirilmiş olan “*Genç SAMBA DS*” ve çocuk cezaevlerinde uygulanmak üzere geliştirilmiş olan “*Ardıç SAMBA*” adlı, birbirine benzeyen ancak kuruma özel farklılıklar içeren 3 farklı türü bulunmaktadır.

SAMBA Aile Eğitimi: Alkol veya madde kullanıcılarının eş, ebeveyn ve yetişkin çocuklarına yöneliktir geliştirilmiş olan “*SAMBA Aile Eğitimi*” interaktif uygulamalar şeklinde düzenlenmiş olan 6 oturumdan oluşmaktadır. SAMBA Aile Eğitimi’nde yer alan oturumlar şunlardır:

- Bağımlılık kavramı
- Bağımlılık yapan maddeler ve etkileri
- Bağımlılığın aileye etkisi
- Değişimin adımları
- Etkili iletişimin yolları
- Sık sorulan sorular ve yanıtları

SAMBArt (Rehberlik ve Tarama): “*SAMBA Rehberlik ve Tarama*” programı, bağımlılık gelişmeden önceki dönemde madde kullanmayı deneyen veya riskli kabul edilem kullanıcılara yönelik ikincil önleme programı olarak değerlendirilebilecek bir kısa müdahale programıdır. Söz konusu kısa müdahaleler, tarama ve değerlendirme ile sorunun düzeyinin saptanması, sorunun düzeyine uygun müdahale tekniklerinin uygulanması, motivasyon artırıcı görüşme teknikleri ile değişime olan inancın artırılması ve yeterli değişim olmayan vakaların tedavi merkezlerine sevk edilmesi gibi aşamalardan meydana gelmektedir.

SAMBArt uygulayıcı hedef gruplarına göre hazırlanmış 3 ayrı modülden oluşmaktadır:

- “*SAMBArt Hekim*”: Birinci basamağa başvuran hastalara müdahale için aile hekimlerine yönelik hazırlanmış bir modüldür.

- “*SAMBArt Ergen*”: Ergenlere yönelik müdahale için rehber öğretmenlere yönelik hazırlanmış modüldür. Lise öğrencileri hedef gruptur.

- “*SAMBArt Genç*”: Üniversitede okuyan gençlere müdahale için üniversitede çalışan psikolojik danışmanlara yönelik hazırlanmış modüldür.

SAMBAsoft (www.sambasoft.org): “*SAMBAsoft*”, bağımlılık tedavisi sürecinde alkol ve/veya madde kullanıcısını bağımlılıkla ilgili bilgilendirmeyi amaçlayan ve çevrimiçi (online) çalışan bir psikoeğitim ve kendini izleme programı olarak tanımlanmaktadır. Alkol ve/veya madde kullanıcısı olan ve bağımlılık eğilimi olan kişinin programı kullanabilmesi için doktor veya terapist tarafından programa yönlendirilmiş olması ve programda yer alan uygulamaları yaptıktan sonra doktor veya terapist ile uygulamalar hakkında tartışması beklenmektedir.

SAMBAsoft'ta yer alan “*psikoeğitim*” bölümü kişinin bağımlılık düzeyini ve ihtiyaçlarını belirlemek, doktor veya terapistine geri bildirim vermek, bağımlılık kavramı ve beyin – bağımlılık ilişkisi hakkında bilgi vermek, duygu-düşünce ve davranış döngüsünün bağımlılıktaki rolünü açıklayarak alkol ve/veya madde kullanmaya iten duygu ve düşüncelerle başa çıkmak, tekrar kullanmayı önlemeye

yönelik tavsiyeler vermek gibi konuları içermektedir.

“*Kendini izleme*” bölümü ise kişinin haftalık olarak doldurabileceği alkol ve/veya madde kullanım takvimi, alkol ve/veya madde kullanma isteği günlüğü, kendisini ne kadar değiştirdiğini değerlendirebileceği bir değişim cetveli ve 90 gün boyunca ayıklık mesajı gönderebileceği programları içermektedir. Ayrıca kullanıcının şiddetli alkol ve/veya madde kullanma isteği duyduğu anlarda bununla başa çıkabilmesini sağlamak üzere tasarlanmış “*sakin yer*” uygulaması da programda yer almaktadır.

2.3.7. Yeşilay Danışma Merkezi (YEDAM)

Yeşilay Danışma Merkezi (YEDAM), Yeşilay bünyesinde, alkol, madde ya da davranış bağımlılığı olan veya bağımlı durumda olmamasına karşın alkol ya da madde kullanım sorunu olan kişilere, hayata tekrar kazandırılmaları ve temiz bir yaşam sürmeleri için uzmanlar aracılığıyla psikolojik ve sosyal destek veren bir danışma merkezidir. Randevu sistemi ile ayaktan tedavi ve danışmanlık hizmeti veren YEDAM’ın tüm uygulamaları gizlilik esasına dayalı ve ücretsiz olup, yatarak tedavi hizmeti bulunmamaktadır. YEDAM’ın vermekte olduğu hizmetler şu şekilde sıralanabilmektedir (YEDAM):

- Bağımlı olan ya da bağımlı olma eğilimi gösteren kişilerin bağımlılık düzeyini saptamak,
- Bağımlılık yapıcı madde veya davranışı terk etme ve yeniden başlamama konusunda psikolojik destek vermek,
- Bağımlılık davranışına eşlik eden ruhsal sorunlar (kaygı, öfke kontrolsüzlüğü vb.), bunların giderilmesi için psikolojik destek vermek,
- Bireysel görüşmelerin yanı sıra grup çalışmaları yapmak,
- Danışanları evlerinde ziyaret etmek ve aileleriyle görüşmek suretiyle süreci takip etmek ve aileyi süreç hakkında bilgilendirmek,
- Danışanların sosyal yaşama uyumunu artırmak amacıyla sağlık güvencesi, işsizlik, boş zamanları değerlendirme gibi sorunlarının giderilmesine yönelik ilgili kurumlarla iş birliği içinde olma ve YEDAM Atölye’de meslek edindirme kursları vermek.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELE POLİTİKALARI VE YASAMA FAALİYETLERİ

ABD'nin madde bağımlılığıyla mücadele hususunda yapmış olduğu sistematik araştırmaların ve buna bağlı olarak federal yasalaşmanın 19. yüzyılın sonuna kadar başlamadığı; 19. yüzyılın giderek büyüyen kentlerinde afyon, morfin ve eroin kullanımının yaygınlaşması sonucunda bu tür maddelerin zararlarının farkına varılarak, kullanımının kısıtlanması gerekliliğinin ortaya çıktığı bilinmektedir (Courtwright, 2001; Heath, 2004; Shahidullah, 2008; Musto, 2013; Sacco, 2014). Her eyaletin kendi federal yasalarının ve kendi uyuşturucu kontrol politikalarının olması nedeniyle ulusal uyuşturucu kontrolüne daha koordineli bir şekilde yaklaşılması gerekliliği duyulmuş ve bu nedenle 1970'lerin başında Başkan Nixon döneminde modern uyuşturucuyla mücadele hareketinin temelleri atılmıştır. Böylece ABD'de uyuşturucu ile mücadele hareketi bir yandan tüm eyalet ve bölgelerde yürütülürken, diğer yandan federal hükümet tarafından yürütülen bir hareket haline gelmiştir (Goldberg, 1980; Erlen ve Spillane, 2004; Shahidullah, 2008).

ABD uyuşturucu politikası “suç” kavramı çerçevesinde şekillenmiş bir politika olup; hazırlanan politika paketlerinde yalnızca uyuşturucu madde bağımlılığı eğitimi, tedavi ve önleme konularına değil, aynı zamanda suç ve ceza kavramlarına da yer verilmektedir. Bir başka ifadeyle, ABD'nin uyuşturucuyla mücadele politikalarında düzenlemeyle ilgili hükümler bulunmasına rağmen, hâkim paradigma suçtur. Uyuşturucuyla mücadele alanında yürütülen politikaların bu denli suçla ilişkili olması “*kriminalizasyon (criminalization)*” kavramıyla ifade edilmekte ve bu ilişkiye dayanak olarak birtakım argümanlar bulunmaktadır (Shahidullah, 2008, ss. 84-89):

Sonuçsalıcı argüman: Uyuşturucu maddelerin beyin hücrelerinin işlevlerini önemli ölçüde azaltması ve beynin kimyasal işlevlerini yerine getirememesi nedeniyle; uyuşturucu madde kullanımı ile depresyon, kaygı, agresif davranış, bağımlılık, cinsel işlev bozuklukları ve depresif bilişsel işlevler arasında doğrudan ya da dolaylı bir ilişki

olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte uyuşturucu madde kullanımı suç ve şiddetle ilgili olup; evlilik, aile, iş ve eğitim hayatını da olumsuz yönde etkilemekte; ekonomik açıdan hem kişiye hem de içinde bulunduğu topluma zarar vermekte; ayrıca AIDS, Hepatit B ve C, tüberküloz gibi ciddi bulaşıcı hastalıkların yayılmasına da neden olmaktadır. Yasa dışı uyuşturucu kullananların hepsinin suç içeren eylemlerde bulunmamasına karşın; suç içeren eylemlerin çoğunun yasa dışı madde kullanımıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda madde kullanımı ve suç arasında bir sebep-sonuç ilişkisi olduğu ve suçun madde kullanımının bir sonucu olduğu görüşü, sonuçsalcı argümanın temel dayanak noktasıdır.

Faydacı argüman: Faydacı filozof John Stuart Mill'in 1859 yılında yayınlanan "*Liberty*" adlı eserinde ortaya koyduğu "*zarar ilkesi*" teorisinden yola çıkarak geliştirilen bu argüman hükümetin, vatandaşlarının hak ve özgürlüklerini sınırlandırmaya yönelik politik gücünün, bu haklar ve özgürlüklerin sosyal olarak zararlı eylemlere yol açması durumunda meşru olduğunu; başkalarına zarar vermediği ya da haklarını ihlal etmediği sürece kişilerin istedikleri eylemleri yapmakta özgür olduğunu ileri süren bir düşünceyi temel almaktadır. Bu düşünceye göre, uyuşturucu madde kullanımı başkalarına zarar vermediği sürece hak olarak kabul edilmektedir ki bu da uyuşturucu politikası alanında, yasadışı uyuşturucuların sosyal olarak zararlı olup olmadığı sorusuna yol açmaktadır. Ancak yapılan pek çok çalışma ve araştırma, uyuşturucu madde kullanımının yalnızca bireye değil, aynı zamanda topluma zarar verdiğini ortaya koymuş; bu da uyuşturucu madde kullanımıyla ilişkili her tür eylemin suç kabul edilmesini, Mill'in zarar ilkesi bağlamında da haklı olduğunu göstermektedir.

Ahlak politikası argümanı: ABD uyuşturucu politikası, özellikle de 1970'lerde Amerikan siyasetinde gözlenen kültürel ve ahlaki savaştan etkilenmiştir. Bu savaşın bir tarafında, Amerikan toplumunda uyuşturucu ve şiddet başta olmak üzere, giderek artan toplumsal sorunlarının temel sebebi olarak Tanrı inancı eksikliğini ve geleneksel ahlak erdemlerinin gitgide yok olmasını gerekçe gösterenler; diğer tarafında ise Amerika'nın giderek büyüyen toplumsal sorunlarının kökeninde, bazı ırk, grup ve sosyal sınıflar için eşit olmayan toplumsal düzenlemelerin olduğunu düşünenler yer almaktadır. Bununla birlikte gerek tutucu gerekse liberal kesimden politikacılar, uyuşturucu maddelerle ilgili kanunlarının uygulanması hakkında farklı görüşlere sahip olsalar da, uyuşturucu kullanımıyla ilişkili suç politikasının geliştirilmesi üzerinde hemfikir olmuşlardır.

Akılcı seçim argümanı: Uyuşturucu madde suçlarıyla ilgili kanunları ihlal eden kişilere uygulanacak cezai yaptırımların haklılığını akılcı seçim argümanı ile destekleyen görüş, özgür irade ile donatılmış rasyonel bir varlık olan insanın eylemlerinde zevkle acı arasında bir maliyet/fayda analizi yaparak, uyuşturucu madde kullanma zevki ile sonucunda maruz kalacağı ceza arasında rasyonel bir tercih yapabileceği düşüncesine dayanmaktadır. İnsanoğlu yapısı gereği acıdan kaçınma eğilimindedir, bu durumda hapis cezası gibi acı verici bir baskıdan kaçınmak için madde kullanma davranışından kaçınmayı tercih etmeleri beklenmektedir ki bu durum cezai yaptırımları haklı göstermektedir.

ABD’de 19. yüzyılın sonlarına kadar bağımlılık yapıcı ilaçların ve uyuşturucu maddelerin kullanımı ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme ya da kısıtlama bulunmamaktadır. Ancak iç savaşta yaralanan askerlere morfinin ağrı kesici olarak reçete edilmesi; San Francisco’daki demiryolu inşaatında çalışan Çinli işçilerin rahatlamak amacıyla “*afyon tekkesi (opium den)*” adı verilen mekânlarda açıkça afyon kullanması; New Orleans, New York, Boston ve Chicago gibi şehirlerde marihuananın çay pedleri içinde egzotik bir rahatlama yolu olarak kullanımının yaygın hale gelmesi; kokainin 1929 yılına kadar Coca Cola’nın halka açık bir bileşeni olarak kullanılması gibi pek çok neden bağımlılık yapıcı maddelerin zararlı kullanımına dikkat çekerek federal önlemler almayı zorunlu hale getirmiştir (Shahidullah, 2008, s.90).

3.1. ABD’de Madde Bağımlılığıyla Mücadele Politikaları

ABD, afyon başta olmak üzere yasadışı uyuşturucuların tıbbi amacı dışında ve kötüye kullanımı uzun zamandır biliniyor olmasına karşın; federal kontrolünün sağlanması ve federal uyuşturucu politikasının uygulanması için 1887’de afyon ithalatını yasaklayan ilk yasal düzenlemeden, 1970’lerde modern uyuşturucuyla mücadele politikasının başlamasına kadar geçen 50 yıllık sürede pek çok yasal düzenleme yapmıştır. Bunlardan önemli olan bazıları şunlardır (Harrison, Backenheimer ve Inciardi, 1996, ss. 237-239):

- 1909 İçilen Afyon Dışlama Yasası (*Smoking Opium Exclusion Act*)
- 1915 Harrison Yasası (*Harrison Act of 1915*):
- 1922 Jones-Miller Yasası (*Jones-Miller Act of 1922*)
- 1937 Esrar Yasası (*Marijuana Act of 1937*)
- 1938 Gıda, İlaç ve Kozmetik Yasası (*Food, Drug and Cosmetic Act of 1938*)

- 1942 Afyon Haşhaş Yasası (*Opium Poppy Act of 1942*)
- 1956 Narkotik İlaç Yasası (*Narcotic Drug Act of 1956*)
- 1965 Uyuşturucu Madde Suistimali Kontrol Yasası (*Drug Abuse Control Act of 1965*).

- 1966 Narkotik Bağımlılığı Rehabilitasyon Yasası (*Narcotic Addict Rehabilitation Act - NARA*)

Uyuşturucu kullanımı ile ilgili ceza yasası, uygulanan cezai yaptırımlar, madde kullanımının önlenmesi ve tedavisi için ayrılan bütçeler ve uyuşturucu kaçakçılığı hakkında imzalanan uluslararası anlaşmalar ve 1970'lerden günümüze kadar uzanan yasal düzenlemelerin içerikleri hakkında daha fazla bilgiye ise aşağıda belirtilen yasa ve antlaşmalardan ulaşılabilmektedir:

- ABD Yasası (The U.S. Code)

- Model Devlet Uyuşturucu Yasaları için Ulusal İttifak (*National Alliance for Model State Drug Laws*) (NAMSDAL)

- 1970 Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme ve Kontrol Yasası (*Drug Abuse Prevention and Control Act*)

- 1972 Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Bürosu ve Tedavi Yasası (*Drug Abuse Office and Treatment Act*)

- 1984 Kapsamlı Suç Denetimi Yasası (*Comprehensive Crime Control Act*)

- 1986 Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımı Yasası (*Anti-Drug Abuse Act*)

- 1988 Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanım Yasası (*Anti-Drug Abuse Amendment Act*)

- 1992 Alkol, Uyuşturucu ve Mental Sağlık İdaresi Yasası (*Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Act*)

- 1996 Kapsamlı Metamfetamin Kontrol Yasası (*Comprehensive Methamphetamine Control Act*)

- 2000'in Ecstasy Çoğalma Yasası (*Ecstasy Proliferation Act*)

- 2013 Yasadışı Uyuşturucu Çoğalma Yasası (*Illicit Drug Proliferation Act*)

ve diğer uyuşturucu politikası yasaları...

ABD uyuşturucuyla mücadele politikası, ilk yasal düzenlemelerin başladığı 1870'ler ile 1970'lerde Nixon döneminde başlayan "uyuşturucuya karşı savaş" arasındaki dönem, 1970'ler ile "teröre karşı savaş"ın önplana çıktığı 2000'lere kadar olan dönem ve 2000'lerden günümüze kadar devam eden dönem olmak üzere temelde üç döneme ayrılarak ele alınmaktadır.

3.1.1. 1870-1970 Yılları Arasında Yasadışı Madde Politikası

Kokain ve afyon gibi uyuşturucu maddelerin hem tıbbi hem de eğlence amaçlı kullanımını 19. yüzyılda oldukça yaygın olmasına karşın, federal hükümet tarafından bunların kullanımını ya da dağıtımını hususunda uzunca bir süre herhangi bir kısıtlama ya da düzenleme yapılmamış; uyuşturucu maddelerin serbest dolaşımının kısıtlanması ile ilgili ilk yasal uygulama, afyon kötüye kullanımının artması nedeniyle 1887 yılında afyon ithalatını yasaklayan yasanın yürürlüğe girmesi ile olmuştur. Söz konusu yasa ilk zamanlarda yalnızca Çinli göçmenler için geçerliyken, 1915 yılında İspanyol-Amerikan savaşı sonrasında çıkan ikinci bir yasa ile Filipinler Amerikan kolonisinde de afyon ithalatı yasaklanmıştır. ABD, 1909 yılında Shanghai Uluslararası Afyon Komisyonu Kararı'nı (*Shanghai International Opium Commission Resolution*) kabul ederek küresel uyuşturucu ticaret kontrolüne katılması üzerine, aynı yıl Afyon Sigara İçilme Yasası'nı (*Smoking Opium Exclusion Act*) yürürlüğe koymuş; 1912 yılında ise yasadışı uyuşturucu kullanımına ve ticaretine karşı ilk uluslararası hukuk girişimi olan Uluslararası Afyon Sözleşmesi'nde (*Hague International Opium Convention*) lider ülke olarak yer almıştır (Shahidullah, 2008, s.91). Bununla birlikte 1915 Harrison Yasası (*Harrison Act of 1915*) ve 1937'de yürürlüğe giren Marijuana Yasası (*Marijuana Act of 1937*) ABD'de madde bağımlılığı ile mücadele anlamında ulusal bir stratejinin ortaya çıkmasında ilk adımlar olarak kabul edilmektedir (Harrison, Backenheimer ve Inciardi, 1996, s.242).

1915 Harrison Yasası, uyuşturucu olarak kabul edilen maddelerin federal hükümet tarafından vergilendirme yoluyla düzenlenmesi ve kontrol edilmesini; kokain ve afyon ithalatçılarının, üreticilerinin ve distribütörlerinin ABD Hazine Bakanlığı (*U.S. Department of the Treasury*)'na kaydolarak vergi ödemelerini, tıbbi amaçlı kullanılması gereken uyuşturucu maddelerin reçetelendirilmesi gerektiğini öngörmektedir (Cohen, 2004, s.89).

1922 Jones-Miller Yasası olarak bilinen “Narkotik Uyuşturucu İthalat ve İhracat Yasası (*Narcotic Drug Import and Export Act of 1922*)”, başta afyon ve kokain olmak üzere uyuşturucu maddelerin tıbbi kullanım dışında herhangi bir amaçla bulundurulmasını, kullanılmasını veya ithal edilmesini yasaklamış; bu yasanın uygulanmasını ve denetimini sağlamak için de kanun kapsamında “Federal Narkotik Kontrol Kurulu (*Federal Narcotics Control Board*)” kurulmuş ve ABD'den meşru amaçlarla narkotik ithal veya ihraç etmek isteyen yabancı ülkeler için ise sınırlamalar

getirilmiştir (Kleiman ve Hawdon, 2011, s.546).

1937 Marijuana Yasası ise esrar satışı için yüksek maliyetli bir transfer vergisi damgası gerektiren katı bir düzenleme getirmiş ve yasanın yürürlüğe girmesinden kısa bir süre sonra tüm eyaletler esrar bulundurmaya yasa dışı ilan etmiştir (Sacco, 2014, s.8).

1956 Narkotik İlaç Yasası (Narcotic Drug Act of 1956) ile uyuşturucu kanunu ihlalleri için cezai yaptırım uygulaması getirilmiş ve kanunu ihlal eden kişiler için para ve hapis cezaları öngörülmüştür.

1960'ların başından uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığı artmaya devam ederken, tıbbi meslekler ve halk sağlığı uzmanları arasında da bağımlılığın bir halk sağlığı sorunu olduğu görüşü yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu bağlamda 1966'da *Narkotik Bağımlılığı Rehabilitasyon Yasası (Narcotic Addict Rehabilitation Act - NARA)*'nin hayata geçirilmesi ile federal yasaları ihlal eden bağımlıların cezalarının, doktor gözetimi altında tedaviyi seçmeleri şartıyla askıya alınması ve 3 yıl içinde iyileşme gösterilirse cezasının düşürülmesi öngörülmüştür. İslah felsefesinin tıbbi olarak uygulanmasını temsil eden NARA birimleri, tahliye öncesi programlama ve bakım sonrası süpervizyon araştırmalarını teşvik etmesi bakımından önem arz etmesine karşın; mahkemeler tarafından kullanımı zaman içinde azalmış ve NARA biriminin varlığı 1978'de kendiliğinden sona ermiştir (Friedman, Horvat ve Levinson, 1982, s.101).

3.1.2. 1970-2006 Yılları Arasında Yasadışı Madde Politikası

Modern uyuşturucuyla mücadele hareketinin 1970'lerin başlarında Başkan Nixon döneminde başladığı bilinmektedir. 1969 yılında Nixon'ın, başsavcı John N. Mitchell'den kapsamlı bir uyuşturucu yasa tasarısı hazırlamasını ve mevcut federal yasaları tek bir yeni tüzükte birleştirerek uyuşturucu sorununa daha etkili ve daha kapsamlı bir önlem alınmasını istediği bilinmektedir. Nixon, Haziran 1971'de Kongre'ye gönderdiği bir mesajda "*ABD'de uyuşturucu tehdidini yok edemezsek, kesinlikle zamanla o bizi yok edecektir, bu alternatifini kabul etmeye hazır değilim*" diyerek uyuşturucu ile mücadele konusundaki kesin tavrını ortaya koymuştur (Goldberg, 1980). Modern uyuşturucuyla mücadele hareketi, 1970'lerin başlarında federal hükümet için önemli bir suç politikası gündemi haline geldiğinde, eyaletler için de aynı öneme sahip olmuştur.

1970 Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme ve Kontrol Yasası (*Drug Abuse*

Prevention and Control Act) son yıllarda çıkarılmış olan uyuşturucu kanunlarının ve yasalarının daha kapsamlı bir versiyonu olması bakımından önem taşımaktadır. Bu yasa ile zararlı maddeler tıbbi kullanımları olup olmadığına ve zarar derecelerine göre beş grupta sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmanın ABD Yasası Başlık 21, Kısım 812, Bölüm 13, Altbölüm 1 ve Parça B (*U.S. Code Title 21, Section 812, Chapter 13, Subchapter 1 and Part B*)’de, “kontrollü maddeler (*controlled substances*)” olarak güncellenmiş hali şu şekildedir: (DEA.e):

Çizelge I: Bu çizelgede yer alan madde ve/veya kimyasallar, şu anda kabul edilmiş tıbbi kullanımı olmayan ve kötüye kullanım potansiyeli yüksek maddeler olarak tanımlanmaktadır. Eroin, liserjik asit dietilamid (LSD), esrar (esrar), 3,4-metilendioksümetamfetamin (ecstasy), metakalon ve peyote bu çizelgeye örnek teşkil etmektedir.

Çizelge II: Bu çizelgede yer alan maddeler ve/veya ilaçlar, kullanımı potansiyel olarak ciddi psikolojik veya fiziksel bağımlılığa yol açan, kötüye kullanım potansiyeli yüksek maddeler olarak tanımlanmaktadır. Kokain, metamfetamin, metadon, hidromorfon (Dilaudid), meperidin (Demerol), oksikodon (OxyContin), fentanil, Dexedrine, Adderall ve Ritalin gibi bazı ilaçlar bu çizelgeye örnek gösterilebilmektedir.

Çizelge III: Bu çizelgede yer alan maddeler fiziksel ve psikolojik bağımlılık için orta ila düşük potansiyele sahip olup; kötüye kullanma potansiyeli Çizelge I ve Çizelge II’de yer alan maddelerden daha az, ancak Çizelge IV’ten daha fazladır. Bazı örnekler şunlardır: dozaj birimi başına 90 miligramdan az kodein (kodeinli Tylenol), ketamin, anabolik steroidler, testosteron içeren ürünler.

Çizelge IV: Bu çizelgedeki ilaçlar, maddeler veya kimyasallar, suistimal potansiyeli düşük ve bağımlılık riski düşük ilaçlar olarak tanımlanır. Çizelge IV ilaçlarına bazı örnekler şunlardır: Xanax, Soma, Darvon, Darvocet, Valium, Ativan, Talwin, Ambien, Tramadol.

Çizelge V: Bu çizelgede yer alan ilaçlar ve maddeler, Çizelge IV’ten daha düşük suistimal potansiyeli olan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır ve narkotik kapsamında yer alan bazı maddeleri sınırlı miktarlarda içermektedirler. Ayrıca bu ilaçlar genellikle antidiyareik, antitussif ve analjezik amaçlar için kullanılmaktadır. Bazı örnekler şunlardır: 200 miligramdan az kodein veya 100 mililitre (Robitussin AC) içeren öksürük preparatları, Lomotil, Motofen, Lyrica, Parepectolin.

Sınıflar	Çizelgeye Dahil Olma Kriterleri	Kontrollü Maddeler İçin Örnekler
Sınıflama I	Yüksek kötüye kullanım potansiyeli Kabul edilen tıbbi kullanım yok Güvenlik eksikliği	Eroin, esrar, morfin, MDMA, PCP ve MDA
Sınıflama II	Suistimal potansiyeli yüksek Kısıtlı tıbbi kullanım Büyük ölçüde bağımlılık yapıcı	Afyon özleri, Afyon haşhaşı, Toz afyon, Kokain, Haşhaş Samanı ve Metamfetamin
Sınıflama III	Kabul edilen tıbbi kullanım Psikolojik olarak bağımlılık	Anabolik steroidler, Kodein, Testosteron ve Liserjik asit
Sınıflama IV	Düşük kötüye kullanım potansiyeli Kabul edilen tıbbi kullanım Sınırlı bağımlılık	Xanax, Valium, Cathine ve Barbitol
Sınıflama V	Sınırlı kötüye kullanım potansiyeli Kabul edilen tıbbi kullanım Düşük bağımlılık	Kodein müstahzarları, Afyon müstahzarları ve Difenoksin müstahzarları

Tablo 3.1: Uyuşturucu maddelerin ABD Yasası'nda yer alan sınıflandırılması ve sınıflandırmaya dahil olma kriterlerini gösteren tablo (U.S. Code).

1970 Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme ve Kontrol Yasası (*Drug Abuse Prevention and Control Act*) ile getirilen bir diğer önemli kurumsal yenilik ise uyuşturucu politikasının Adalet Bakanlığı'nda merkezileştirilmesi olarak görülmektedir. Bu yasa ile “*Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu (Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs – BNDD)*” kaldırmış ve yerine 1973'te “*Uyuşturucuyla Mücadele Dairesi (Drug Enforcement Administration - DEA)*” oluşturulmuştur.

1972 Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Bürosu ve Tedavi Yasası (*Drug Abuse Office and Treatment Act*)'nın yürürlüğe girmesiyle ise arz ve talep yaklaşımı kabul edilmiş ve yasadışı uyuşturucu kullanımı önleme ve kontrolü için devlet ve yerel hükümetlerin de ulusal bir politika geliştirmesi için yeni federal girişimler başlatmış; ayrıca federal ilaç tedavisi ve önleme faaliyetlerini geliştirmek, organize etmek ve denetlemek amacıyla “*Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse - NIDA)*” kurulmuştur. 1972'de ise Nixon yönetimi tarafından yeni bir Beyaz Saray ofisi olan “*Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme Özel Eylem Bürosu (Special Action Office for Drug Abuse Prevention - SAODAP)*” kurulmuş; 1970'lerin ortalarında, yaklaşık 135 adet federal uyuşturucu tedavi programı varken, SAODAP'ın kurulmasından sonra, ilk müdürü Jerome Jaffe'nin önderliğinde eroin bağımlılığı için metadon tedavisi başta olmak üzere tedavi programları sayısı 394'e yükselmiştir (Goldberg, 1980, s.11).

1980'lerde, ABD'nin uyuşturucu politikası Kongre tarafından çıkarılan üç önemli kanunun yürürlüğe girmesiyle gelişmiş ve genişlemiştir: 1984 Kapsamlı Suç Denetimi Yasası (*Comprehensive Crime Control Act*), 1986 Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımı Yasası (*Anti-Drug Abuse Act*), 1988 Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanım Yasası (*Anti-Drug Abuse Amendment Act*). 1980'lerin başından itibaren kefalet verilmesi, gözetim altında tutulmanın rolü ve hapisanelerin şiddet suçlarını iyileştirme kapasitelerinin belirsizliği gibi konulara şüpheyile yaklaşan Kongre 1984 Kapsamlı Suç Denetimi Yasası ile uyuşturucuya bağlı suçlar ve şiddet suçları için kapsamlı bir zorunlu ceza sistemi geliştirmiştir. 1986 Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımı Yasası ise talebin azaltılması için önemli hükümler getirmiş ve federal ilaç araştırma altyapısını yeniden düzenlenmiştir. Bundan iki yıl sonra 100. Kongre, talep azaltma konusunu daha da ileri götürmek için yalnızca yasadışı uyuşturucuları satan kişinin değil, aynı zamanda satın alan kişinin de adli işlem görmesine hükmetmiştir (DEA, 2003, s.8).

1992 Alkol, Uyuşturucu ve Mental Sağlık İdaresi Yasası (*Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Act*) ile 1972 yılında 'yı madde kötüye kullanımı ve zihinsel sağlık alanında araştırma yapmak amacıyla bir federal kurum olarak kurulan ADAMHA kapatılmış ve yerine Ulusal Sağlık Enstitüleri (*National Institutes of Health - NIH*) ve “Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi “(Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA)” 1992 yılındaki Reorganizasyon Planında, Kongre ADAMHA'yı kaldırarak iki yapı oluşturdu; Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) ve Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi (SAMHSA). 1996'da ise Kongre tarafından, metamfetamin yayılımını kontrol etmek için Kapsamlı Metamfetamin Kontrol Yasası (*Comprehensive Methamphetamine Control Act*) yürürlüğe konmuştur. Bu yasa ile metamfetamini üretmek, kaçakçılığını yapmak ve metamfetamin imalinde kullanılan ekipman ve laboratuvar malzemelerine sahip olmak gibi eylemlere cezai yaptırıma tabi tutulmuştur (Shahidullah, 2008, ss.100-101).

3.1.3. 2000'den Günümüze Yasadışı Madde Politikası

ABD'nin uyuşturucuyla mücadelesinde bu döneme ait en önemli gelişmeler 2000 Ecstasy Çoğalma Yasası (*Ecstasy Proliferation Act*) ve 2013 Yasadışı Uyuşturucu Çoğalma Yasası (*Illicit Drug Proliferation Act*) olarak kabul edilmektedir. Bu yasalar kapsamında ekstazi ve metamfetamin gibi maddelerin kullanımı ve satışına

yönelik cezai yaptırımların artırılmasının yanı sıra; maddelerin üretimi, kullanımı, dağıtımını ve satışından kâr elde eden yönetici, işveren, mekân sahibi gibi kişilerin müşterilerinin uyuşturucu kullanmasını önlemeleri, önlemeyi başaramamaları halinde adli kovuşturma yapılacağı hükümleri getirilmiştir. Uyuşturucu Kontrol Politikası Ofisi, 2005).

ABD'nin 2000'li yılların başından bugüne uyuşturucuyla mücadele politikalarının ve bu amaçla gerçekleştirilen projelerin temelinde “2007 Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası (National Drug Control Strategy)” bulunmaktadır. Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası talebin azaltılması, zarar azaltma ve arzın azaltılması olmak üzere üç temel stratejiye dayanmakta ve bu stratejilerin her biri çok sayıda program ve proje içermektedir.

Temel Stratejiler	Temel Programlar	Uyuşturucu Bütçesi 2016
Talep Azaltma	Öğrenci Uyuşturucu Testi	4,804.4 milyon dolar
	İşyeri Uyuşturucu Testi	
	Okul Temelli Programlar	
	İnanç temelli Girişimler	
	Topluluk Koalisyonu Programı	
	Uyuşturucu Karşıtı Uyarı Kampı	
	Uyuşturucusuz Topluluk Programı	
Zarar Azaltma	Kurtarma Girişimine Erişim	1.862,6 milyon dolar
	Uyuşturucu Mahkemeleri Aracılığıyla Kalıtsızlık	(Bu talep azaltımındaki
	SBIRT Programı	4.804.4 milyon doların dışında)
	Reçeteli Uyuşturucu Güvenliği Programı	
Tedarik Azaltma	Öncelikli Hedefleme Girişimi	8,194.8 milyon dolar
	İlaç Uygulama Görev Gücü	
	Andean Uyuşturucu Girişimi	
	Taşıyıcı Ağlara Saldırı	
	Karşı İlaç İstihbarat Programı	
	Sentetik İlaçları Hedefleme	
	Afganistan'da demokrasi	
Orta / Güneybatı Asya Operasyonları		

Tablo 3.2: 2007 Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası (ONDCP, 2007).

ONDCP tarafından “*Başlamadan Önce Kullanımın Durdurulması (Stopping Use Before It Starts)*” olarak adlandırılan *talep azaltma stratejisi*, yasadışı uyuşturucuların ebeveynlerin, okulların, toplum kuruluşlarının, inanç temelli organizasyonların ve medyanın katılımıyla uyuşturucu madde kullanımının azaltılmasını amaçlamaktadır. *Zarar azaltma stratejisi*, uyuşturucu mahkemeleri, hastaneler ve hatta inanç temelli kuruluşlar gibi kanallar yoluyla “*İyileşen Amerika'nın Uyuşturucu Kullanıcıları (Healing America's Drug Users)*” adlı proje kapsamında bağımlılık tedavileri yapılmasını sağlamaktır. *Tedarik azaltma stratejisi* ise uyuşturucu pazarının genişlemesini kontrol etmek ve hem yurtiçi hem de yurtdışında tedarik etmek ve uyuşturucu kaçakçılığının ekonomik tabanına saldırmayı hedeflemektedir (ONDCP, 2007).

3.2. ABD'nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Organları

Amerika Birleşik Devletleri'nin suçla mücadele politikalarının federalleşmesinde "*uyuşturucuyla savaş (war on drugs)*" hareketinin büyük katkısı olduğu ve madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında özellikle son 30 yıl içinde ülke çapında çok sayıda yeni kurum ve kuruluş oluşturularak, milyarlarca dolarlık bir bütçenin bu kurum ve kuruluşlara ayrılmıştır. 1981 yılında madde bağımlılığı kontrol programlarına yönelik toplam federal harcamanın yaklaşık 1,5 milyar dolar olduğu bilinirken; 2000 yılında, madde bağımlılığı kontrol programlarına yönelik federal harcamaların yaklaşık 18,4 milyar dolara yükseldiği; 2006 yılında ise bu tutarın yaklaşık 12,5 milyar dolar olduğu bilinmektedir. Geçmişte bağımlılık yapıcı etkisi bulunan maddelerin tıbbi amaçlı kullanılmış ve suistimal edilmiş olmasına karşın, ABD'de madde bağımlılığı üzerine yapılan sistematik araştırmaların 1970'lerden sonra başladığı bilinmektedir. Günümüzde ise ABD'de uyuşturucu kullanımıyla ilgili ampirik veriler ABD tarafından yetkilendirilen bazı kurum ve ofisler tarafından toplanarak halka sunulmaktadır (Shahidullah, 2008, s.80). Bu kurum ve ofisler:

- Adalet Bakanlığı Adalet İstatistikleri Bürosu (*Bureau of Justice Statistics of the Department of Justice*) (BJS)
- Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası Beyaz Saray Ofisi (*White House Office of the National Drug Control Policy*) (ONDCP)
- Uyuşturucu Bağımlılığı Yasası Ofisi (*Office of Drug Abuse Law Enforcement*) (ODALE)

- Uyuşturucu Bağımlılığı Politikası Ofisi (*Office of Drug Abuse Policy*) (ODAP)
- Uyuşturucuyla Mücadele Dairesi (*Drug Enforcement Administration*) (DEA)
- Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (*National Institute on Drug Abuse*) (NIDA)
- Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu (*Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs*) (BNDD)
- Alkolizm ve Alkol Bağımlılığı Ulusal Enstitüsü (*National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*) (NIAAA)
- Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi (*Center for Substance Abuse Prevention*) (CSAP)
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (*Center for Substance Abuse Treatment*) (CSAT)
- Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) (SAMHSA)
- Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme Özel Eylem Bürosu (*Special Action Office for Drug Abuse Prevention*) (SAODAP)
- A.B.D. Gümrük ve Sınır Güvenliği (*U.S. Customs and Border Protection*) (CBP)
- ABD Halk Sağlığı Hizmeti Hastaneleri (*U.S. Public Health Service Hospitals*) (USPHS) olarak sıralanabilmektedir.

ABD’de bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımına dair güvenilir verilerin ise, özellikle federal hükümet tarafından finanse edilen ve aşağıda listelenen organize anketler ve programlar tarafından toplandığı bilinmektedir:

- Ulusal Gençlik Riskli Davranış Anketi (*National Youth Risk Behavior Survey*) (YRBS)
- Gelecek İzleme Anketi (*Monitoring the Future Survey*) (MTF)
- Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Hanehalkı Anketi (*National Household Survey on Drug Abuse*) (NHSDA)
- Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (*National Survey on Drug Use and Health*) (NSDUH)
- Tutuklu Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Programı (*Arrestee Drug Abuse Monitoring Program*) (ADAM)
- Narkotik Bağımlılık Rehabilitasyon Yasası (*Narcotic Addiction Rehabilitation Act*)

3.2.1. Amerika Birleşik Devletleri Yüksek Mahkemesi (Supreme Court of the United States)

ABD Yüksek Mahkemesi (*Supreme Court of the United States*), ülkenin yargı sisteminin en üst kurumu olarak tanımlanmaktadır. ABD anayasası ile kurulan Yüksek Mahkeme, 1789 Yargı Yasası (*Judiciary Act of 1789*)'nın kabul edilmesiyle şekillenmeye başlamış ve 1790'da ilk toplantısını 1 Şubat 1790'da New York City'deki Exchange Building'de gerçekleştirmiştir. Eyalet mahkemelerinin çözemediği ihtilafları çözmek üzere bir üst mahkemenin ve bir federal yargı sisteminin gerekliliği üzerine ABD Senatosu tarafından sunulan ilk yasa tasarısı, 1789 tarihli Yargı Yasası olmuş; bu yasa ile ülke 13 adli bölgeye ayrılmış ve bu bölgeler de Doğu, Orta ve Güney olmak üzere üç devre halinde organize edilmiştir. ABD Yüksek Mahkemesi'nde görev yapan yargıçlar, konfederasyon kuralları uyarınca, görevden alınmadıkları sürece ömür boyu anlamına gelen "*iyi halden*" hizmet etmektedirler. Yargıçların seçilmiş kişiler olmayıp, iyi halden görevlerine devam ediyor olması nedeniyle tarih boyunca örgütlü çıkar gruplarının tümü, Mahkeme'nin yargı yetkisini, oluşumunu ve karar verme sürecini etkilemeye çalışmışlar; bu durum da mahkemenin tarafsızlığının sorgulanmasına neden olmuştur (Supreme Court).

3.2.2. Adalet Bakanlığı Adalet İstatistikleri Bürosu (Bureau of Justice Statistics of the Department of Justice – BJS)

Amerika Birleşik Devletleri Adalet Bakanlığı'nın temel istatistik kurumu olan Adalet İstatistikleri Bürosu (*Bureau of Justice Statistics – BJS*)'nun, 1968 tarihli "*Omnibus Suç Denetimi ve Güvenli Sokaklar Yasası Kamu Hukuku 90-351 (Omnibus Crime Control and Safe Streets Act of 1968 – PL 90-351)*"in iyileştirilmiş hali olan 1979 tarihli "*Adalet Sistemleri İyileştirme Yasası Kamu Hukuku 96-157 (Justice System Improvement Act of 1979 – PL 36-157)*" kapsamında, 27 Aralık 1979'da kurulduğu bilinmektedir (BJS). Genel olarak suç, suçlu, suç mağduru istatistiklerini ve adalet sistemlerinin işleyişini tüm hükümet düzeylerinde toplamak, analiz etmek, yayınlamak ve yaymakla görevli olan birim; bu sayede hükümete, yargıya ve kamuoyuna suç hakkında objektif verilerle istatistiksel bilgiyi sağlamayı amaçlamaktadır. BJS ayrıca eyalet ve bölge yönetimlerine, istatistik yöntemlerini ve suç tarihi kayıtlarının kalitesini ve geliştirmek için mali ve teknik destek de sağlamaktadır (Office of Justice Programs).

Adalet İstatistikleri Bürosu, veri toplanması ve istatistiki bilgilerin yayımı hususundaki ilke ve prensiplerini; görevin açıkça tanımlanması, güçlü bir bağımsızlık sergilenmesi, yararlı verinin sürekli gelişimi, verilerin kaynak ve sınırlamaları hakkında açıklık, geniş veri aktarımı, veri sağlayıcıların adil davranması, veri kullanıcıları ile iş birliği içinde olma, kaliteye ve mesleki standartlara bağlılık, aktif araştırma programları, personelin profesyonel gelişimi ve diğer istatistik kurumları ile işbirliği içinde olma şeklinde sıralamaktadır (BJS).

3.2.3. Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası Beyaz Saray Ofisi (White House Office of the National Drug Control Policy – ONDCP)

“Başkanlık İcra Ofisi (*Executive Office of the President*)”ne bağlı olarak hizmet veren “Ulusal Uyuşturucu Kontrol Politikası Beyaz Saray Ofisi (*Office of the National Drug Control Policy - ONDCP*)”, 1988 Uyuşturucuyla Mücadele Yasası (*Anti-Drug Abuse Act of 1988*) kapsamında oluşturulmuş bir birim olarak görev yapmaktadır. ONDCP'nin öncelikli amacı, ABD’de uyuşturucu piyasasının ve kullanımının kontrolü için hedef uygulamaları ve politikaları belirlemektir. Her yıl ABD’deki yasadışı madde kullanımını, üretimini, madde kullanımına bağlı suç ve şiddeti, madde kullanımı nedeniyle sağlık sorunlarını ve insan ticaretini azaltmaya yönelik çalışmaların stratejik bir planı niteliğindeki yıllık Ulusal Uyuşturucu Kontrol Stratejisi’ni hazırlamakla görevli olan ONDCP; aynı zamanda her yıl 16 federal departman ve ajansın ilgili fonlarını koordine ederek, federal uyuşturucu kontrol bütçesinin geliştirilmesine öncülük etmektedir (White House).

Yasa gereği, ONDCP yöneticisi, yürütme organı olan kurumların madde bağımlılığı ile mücadele hususunda hem uluslararası hem de yerel çalışmalarını değerlendirmekte, koordine etmekte, denetlemekte ve faaliyetlerin sürdürülmesini ve tamamlanmasını sağlamaktadır. ONDCP yöneticisi, aynı zamanda madde bağımlılığı ile mücadele konularında Başkan’ın baş danışmanı olarak yer almakta olup; halkın madde bağımlılıyla mücadele çabalarını etkileyebilecek organizasyon, yönetim, bütçeleme gibi faaliyetleri ve bu faaliyetlerin federal ajansın stratejik yükümlülüklerine uygunluğu ile ilgili Başkan’ı bilgilendirmekle görevlidir (New England HIDTA).

ONDCP tarafından, federal koordinasyon mekanizmaları ve üst düzey yönetim komitelerini de kapsayan bir madde bağımlılığı kontrol yönetimi stratejisi oluşturulduğu bilinmektedir. “Yıllık Ulusal Uyuşturucu Kontrol Stratejisi (*The Annual*

National Drug Control Startegy)” olarak adlandırılan bu organizasyon, özellikle üç temel soruna odaklanmıştır. Bunlar; başlamadan önce kullanıma engel olma, ABD’nin madde kullanıcılarına müdahale ederek iyileştirme ve pazarı bozma olarak gruplandırılmıştır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, ss.265-266);

i. Başlamadan önce kullanıma engel olma: ONDCP, ABD’li gençlerin bağımlılık yapıcı madde kullanımına başlamasını önlemek için tasarladığı eğitim ve sosyal yardım çabaları için önemli bir bütçe ayırarak, birtakım programlar yürütmektedir. Bu programlardan bazıları “*Güvenli ve Uyuşturucusuz Okul ve Topluluklar (Safe and Drug-Free Schools and Communities)*”, “*Ulusal Gençlik Uyuşturucu Karşıtı Medya Kampanyası (National Youth Anti-Drug Media Campaign)*”, “*Uyuşturucusuz Topluluklar (Drug-Free Communities)*” ve “*Öğrenci Uyuşturucu Testi (Student Drug Testing)*” olarak adlandırılmaktadır.

ii. ABD'nin madde kullanıcılarını tedavi etmek ve iyileştirmek: ONDCP’nin, madde kullanımı ile ilgili müdahaleler ve tedavi programları için 3 milyar dolardan fazla bütçesi ayırdığı kaydedilmiştir. “*Tarama, Kısa Müdahale, Yönlendirme ve Tedavi (Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment - SBIRT)*” faaliyetleri olarak tanımlanan bu uygulamalar, sağlık çalışanlarının madde kötüye kullanımı için kişileri taramasını ve toplum sağlığı merkezleri ve acil servisler gibi tıbbi ortamlarda değerlendirmesini içeren hibe programları olarak bilinmektedir. Bu programlar kapsamında kullanıcı olduğu tespit edilen kişilere kısa müdahalelerde bulunmakta ve gerektiğinde daha yüksek düzeyde bir tedavi programına sevk edilmesi sağlanmaktadır. “*Sağlık Ortak Prosedür Kodlama Sistemi (Healthcare Common Procedure Coding System - HCPCS)*” adı verilen uygulama kapsamında iki kod oluşturulmuştur. SBI olarak tanımlanan “*Tarama ve Kısa Müdahale (Screening and Brief Intervention)*” koduna göre SBI programları ödemeleri eyalet tarafından karşılanacaktır. ATR olarak tanımlanan “*İyileştirme Erişimi (Access to Recovery)*” programları ise madde bağımlılığı mahkemeleri tarafından hapsedilmeye alternatif olarak hibe temelli, topluluk çalışması veya inanç tabanlı programlar olup, kendi imkânlarıyla yardım alamayacak kişiler için bir ödeme aracı olarak fiş sistemleri kullanılmaktadır.

iii. Pazarın bozulması: Afganistan'da meydana gelen operasyonlar gibi acil durum göstergelerinde veya dünya çapında yasadışı madde ticaretini bozmak amacıyla tasarlanan diğer birçok program için kullanılan ve toplamda 8 milyar doların üzerinde olan fonları ifade etmektedir. Bu fonlar, ulusal sınırlardaki müdahale işlemleri için ve

uyuşturucu üretimi ve ticaretinin tespit edilmesi, izlenmesi ve durdurulması için mekanizmaların geliştirilmesi için kullanılmaktadır.

ONDCP'nin Ar-Ge çalışmaları, ONDCP yöneticisi tarafından yönetilen ve tüm federal ilaç kontrol kurumlarının araştırma ve geliştirme faaliyetleri için politika rehberliği yapan üç komite tarafından sağlanmaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, ss.266). Bu komiteler:

- **Veri komitesi:** Madde bağımlılığıyla ilgili veri toplama, araştırma çalışmaları, talep ve tedarikle ilgili verilerin değerlendirilmesini sağlamak, bilgilerin güncelliğini ve kullanılabilirliğini geliştirmekle görevlendirilmiştir.

- **Tıbbi araştırma komitesi:** Federal ilaç kontrol kurumları tarafından yürütülen tıbbi araştırma politikalarını koordine ederek, genel hedeflerini ortaya koymakta ve araştırma bulgularının yayılmasını desteklemektedir.

- **Bilim ve teknoloji komitesi:** ONDCP başuzmanı tarafından yönetilen komite, federal hükümet genelinde karşı ilaç araştırmalarının ve geliştirilmesinin denetiminden sorumludur.

ONDCP kapsamında madde bağımlılığı ile mücadele alanında yürütülmekte olan ayrıca iki hibe programı bulunmaktadır: “*Yüksek Yoğunluklu Uyuşturucu Kaçakçılığı Alanları (High Intensity Drug Trafficking Areas - HIDTA)*” ve “*Uyuşturucusuz Toplumlar (Drug-Free Communities - DFC)*”. HIDTA programı, 50 eyalette, Kolombiya Bölgesi'nde, Porto Riko'da ve ABD Virgin Adaları'nda kolluk kuvvetlerini destekleyerek, ABD'nin kritik yasadışı madde kaçakçılığı bölgeleri olduğu belirlenen bölgelerde faaliyet gösteren federal yasaların, eyalet yasalarının, yerel ve kabile yasalarının uygulanmasına yardımcı olmaktadır. DFC programı ise, gençlerde madde kullanımını azaltmak ve çalışmaların sürekliliğini sağlayabilmek için yerel ortaklar arasındaki altyapıyı güçlendirmek için sivil toplum örgütlerine ve gönüllü kuruluşlarına bağışlar sağlamaktadır. Günümüzde ABD çapında 731 adet DFC destekli örgüt ve kuruluş olduğu bilinmektedir (White House).

3.2.4. Uyuşturucu Bağımlılığı Yasası Ofisi

(Office of Drug Abuse Law Enforcement – ODALE)

ABD Adalet Bakanlığı bünyesinde bulunan “*Uyuşturucu Bağımlılığı Yasası Ofisi (Office of Drug Abuse Law Enforcement - ODALE)*”nin, Başkan Richard M. Nixon tarafından Ocak 1972'de 11641 sayılı İcra Emri ile kurulduğu bilinmektedir. Yasadışı madde kaçakçılarına yönelik üst düzey federal çabaları desteklemek amacıyla

kurulan ODALE, yasadışı maddelerin bulunabilirliğini azaltmak için, sokak düzeyinde eroin dağıtım sistemine saldırmakla görevlendirilmiştir. “*Adalet Bakanlığı'nın Organize Suç Grev Kuvvetleri (Justice Department's Organized Crime Strike Forces)*”nden sonra oluşturulan ODALE programının federal, eyalet ve yerel düzeyde görev alan memur ve avukatların, yasanın uygulanmasına yönelik görev güçlerini meydana getirdiği bilinmektedir (Erlen ve Spillane, 2004, s.214).

1972 yılında, ODALE kapsamında otuz dört şehirde görev güçleri kurulduğu ve bu güçlerin vatandaşları yasadışı madde kanunu ihlallerine dair iddia edilen bilgileri güvenilir bir şekilde rapor etmeleri için teşvik etmekle görevlendirildiği bilinmektedir. Bu çalışma kapsamında görev alan memurların fazla mesai ücretleri ile işletme masraflarının federal hükümet tarafından karşılandığı kaydedilmiştir. ODALE'nin, 17 aylık operasyon süresi içinde %90'dan fazla mahkûmiyet oranıyla, 8.000'den fazla narkotik tutuklaması kaydettiği; buna karşılık, ODALE ajanlarının özel mülkiyetlere izinsiz ve zorla girerek gerçekleştirdikleri uyuşturucu baskınları sırasında kendilerini hukuk görevlisi olarak tanımlamadaki başarısızlıkları nedeniyle eleştirildikleri dikkati çekmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.263).

ODALE, 1 Temmuz 1973 tarihinde, “*Başkanlık Yeniden Yapılanma Planı (Presidential Reorganization Plan)*” kapsamında kaldırılmış ve yerel makamlarla iş birliği yaparak sokak seviyesindeki narkotik trafiğine saldırmak üzere tasarlanan “*Uyuşturucuyla Mücadele Dairesi (Drug Enforcement Administration - DEA)*”ne aktarılmıştır. ODALE programının, DEA'nın “devlet ve yerel görev gücü” programı olarak yeniden tasarlandığı ve ODALE Genel Müdür Yardımcısı John R. Bartels Jr.'ın, DEA'nın ilk yöneticisi olarak atandığı bilinmektedir (Erlen ve Spillane, 2004, s.214).

3.2.5. Uyuşturucu Bağımlılığı Politikası Ofisi (Office of Drug Abuse Policy – ODAP)

1976 yılının mart ayında Başkanlık Yürütme Bürosu'na bağlı olarak kurulan “*Uyuşturucu Bağımlılığı Politikası Ofisi (Office of Drug Abuse Policy - ODAP)*”, tüm federal madde bağımlılığı/taciz konuları hakkında geniş kapsamlı yetkilere sahip olmasının yanı sıra; uluslararası madde bağımlılığıyla mücadele politikasının yasalaşması ve uygulanması, tedavi ve önleme programları arasında eşgüdüm sağlanması gibi konularda tutarlı ve etkili bir strateji sağlamayı amaçlamıştır. BM narkotik örgütleriyle birlikte pek çok uluslararası çalışma yürüten ODAP'ın, federal yasadışı madde faaliyetlerini koordine ederken; başlıca ilaç şirketlerinin temsilcileri

ile düzenli görüşmeler yaparak politikaların belirlenmesi hususunda kooperatif kurum çalışmaları gerçekleştirdiği kaydedilmiştir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.263).

Sınır yönetimi, yasadışı madde kanununun uygulanması, uluslararası yasadışı madde trafiği kontrolü, narkotik istihbarat, talep azaltma ve silahlı kuvvetlerde yasadışı madde kullanımı gibi konularda gösterdiği bir yıllık başarılı bir operasyondan sonra ODAP'ın, 1 Mart 1977'de yürürlüğe giren Yeniden Düzenleme Planı ile yürürlükten kaldırıldığı bilinmektedir (Havemann, 1978).

3.2.6. Uyuşturucuyla Mücadele Dairesi (Drug Enforcement Administration – DEA)

“*Uyuşturucuyla Mücadele İdaresi (Drug Enforcement Administration - DEA)*”, kontrollü maddelerin¹⁸ yetiştirilmesi, üretimi, dağıtımı, yasadışı ticaretinin yapılması, yetkili kurum ve kuruluşların denetlenmesi ve yasadışı madde kullanımını azaltmaya yönelik programların desteklenmesi gibi konularda ABD'nin belirlemiş olduğu yasa ve yönetmelikleri uygulamak ve cezai adalet sistemine sunmak amacıyla 1973 yılında kurulmuştur (DEA.e).

Amerika Birleşik Devletleri'nin kontrollü maddeler yasa ve yönetmeliklerinin uygulanmasından sorumlu kurum olan DEA'nın başlıca görevleri şu şekilde sıralanmaktadır (DEA.f):

- Ulusal ve uluslararası düzeydeki kontrollü madde yasalarının önemli ihlallerini saptamak ve yargı için soruşturma yapmak,
- Toplumda şiddet uygulayarak vatandaşları korkutan ve terörize eden uyuşturucu çetelerinin yargılanmasına yönelik soruşturma yapmak,
- Stratejik ve operasyonel yasadışı madde istihbarat bilgilerini toplamak, analiz etmek ve yaymak için yerli ve yabancı, federal yetkililerle ve eyalet yetkilileriyle iş birliği içinde bir ulusal yasadışı madde istihbarat programı yürütmek,

¹⁸ Kontrollü maddeler (*controlled substances*); uluslararası ilaç kontrol anlaşmaları kapsamında denetlenen ve başta narkotik ilaçlar ile psikotropik maddeler olmak üzere, çok çeşitli tıbbi kullanım alanlarına sahip olan maddelerdir. Bu maddelerin bir kısmı (kodein, morfin gibi opiyat analjezikler ile lorazepam ve fenobarbital gibi antiepileptikler) WHO tarafından temel ilaçlar olarak kabul edilmektedir. Ancak kontrollü maddelerin terapötik değerinin yanı sıra bağımlılık yapıcı etkisi bulunmaktadır ve üretim ve dağıtımını denetlenmediği takdirde kötüye kullanımının arttığı görülmektedir. Buna karşın, birçok ülkede ekonomik ve toplumsal gelişimin alt seviyelerde olması veya söz konusu maddelerin üretimi, reçetesi ve dağıtımına yönelik kanun ve yönetmeliklerin aşırı sınırlayıcı olması nedeniyle kontrollü maddelere tıbbi amaçla ulaşım yetersiz düzeydedir ve hastaların söz konusu maddelerle tıbbi tedaviye erişmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle devletler, uluslararası ilaç kontrol anlaşmaları yaparak, bir yandan kontrollü maddelerin kötüye kullanımını engellenmesini, diğer yandan yasal kullanımlar için bulunabilirliklerinin sağlanmasını amaçlamaktadır (WHO, 2011: 6).

- Yasadışı madde kaçakçılığını önlemek amacıyla, izlenebilir yasadışı malların ele geçirilmesi ve imha edilmesi,

- Yasal olarak üretilen kontrollü maddelerin üretimi, dağıtımı ve pazarlanması ile ilgili olarak Kontrollü Maddeler Yasası hükümlerinin uygulanması,

- Federal, eyalet ve yerel düzeydeki yasal uygulamaların yanı sıra, uluslararası düzeyde bir koordinasyon ve iş birliği sağlayarak, madde bağımlılığıyla mücadele çabalarının artırılması,

- Maddenin yasadışı üretiminin engellenmesi, kötüye kullanımının azaltılması ve ABD pazarında serbest dolaşımını engellemek için tasarlanmış programların desteklenmesi ve yabancı personelin bu konuda eğitilmesi,

- Uluslararası uyuşturucu kontrol programlarının uygulanması hususunda Dışişleri Bakanlığı ve ABD Büyükelçilerinin yanı sıra BM, Interpol ve diğer kuruluşlarla irtibat sağlamak.

3.2.7. Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü

(National Institute on Drug Abuse – NIDA)

“Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse - NIDA)”nın, “ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı (U.S. Department of Health and Human Services – DHHS)”na bağlı “Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes of Health – NIH)” bünyesindeki 27 federal bilimsel araştırma enstitüsü ve merkezden biri olarak 1974 yılında kurulduğu bilinmektedir. NIDA'nın görevi, madde kullanımı ve bağımlılığının nedenleri ve sonuçları konusunda yapılan bilimsel çalışmaları iletirmek ve bu çalışmalardan elde edilen bilgiyi halk sağlığını iyileştirmek için uygulamaktır (NIDA.e). NIDA'nın iki temel görev amacı olarak geniş bir disiplin yelpazesinde araştırmaların stratejik desteğinin ve yürütülmesinin sağlanması ve bu araştırmaların sonuçlarının hızlı ve etkili bir şekilde iyileştirilmesini, yayılmasını ve kullanılmasını sağlamak olarak belirtilmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.261).

Yasadışı madde kullanımı ve bağımlılığı araştırmaları konusunda dünyanın en büyük destekçisi olduğu ifade edilen NIDA, sigara dâhil her türlü bağımlılık yapıcı madde kullanımının nörobiyolojik, davranışsal ve sosyal nedenleri ile sonuçlarının saptanması için çalışmalar yürütmektedir. Bu bağlamda, NIDA, ortaya çıkan yasadışı madde kullanma eğilimlerini tespit etmek, kullanılan maddenin beyin ve vücutta nasıl bir etki yarattığını anlamak ve tedavi ve önleme konusunda yeni yaklaşımları geliştirmek için yürütülen klinik çalışmaları stratejik olarak desteklemektedir

(NIDA.e). NIDA kapsamlı araştırma portföyü, madde bağımlılığı ve madde bağımlılığının biyolojik, sosyal, davranışsal ve nörobilimsel temellerine yönelik önleme ve tedavi odaklı sebep ve sonuçlara ilişkin çalışmaları içermektedir. 2008 yılından bu yana madde bağımlılığı ve madde bağımlılığı – halk sağlığı ilişkisi konularında öncü bir araştırma enstitüsü konumuna sahip olan NIDA'nın, metamfetamin ve ecstasy gibi yeni gelişmekte olan maddelere yönelik çalışmaları desteklemesinin yanı sıra; madde bağımlılığının önemli bir tetikleyici durumda olduğu HIV/AIDS ve benzeri hastalıklarla mücadele konusunda da ciddi yatırımlar yaptığı kaydedilmiştir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.261). NIDA aynı zamanda Intramural Araştırma Programı (Intramural Research Program) aracılığıyla, hibe ve sözleşmeler yoluyla ülke çapında ve yurtdışındaki araştırmalara destek vererek; madde kullanımına bağlı davranışsal ve fizyolojik bozuklukların önlenmesi, bağımlılığın bir davranış bozukluğu olarak bilinirliğinin artırılması, tedavi yöntemlerinin iyileştirilmesi için bilimsel araştırma bulgularının etkili bir şekilde uygulanması ve tercüme edilerek yaygınlaştırılması için çalışmaktadır (NIH).

NIDA'nın yürüttüğü en önemli çalışmalardan biri, “*Gelecek İzleme Anketi (Monitoring the Future - MTF)*” yoluyla ortaokul öğrencileri ve genç yetişkinler arasında madde kullanım bozuklukları hakkındaki verilerin toplanmasıdır. NIDA ayrıca, büyük metropol alanlarında yasadışı madde kullanma biçimlerini, sınır şehirleri ve yoğunluklu bölgeler dahilinde izleyen bir araştırmacılar ağı olan “*Ulusal Uyuşturucu Erken Uyarı Sistemi (National Drug Early Warning System – NDEWS)*”ni de desteklemektedir (NIDA.e).

NIDA, hem yasadışı madde talebini aşmak için gerekli olan önleme ve tedavi yaklaşımlarını geliştirmek, hem de etkin talep azaltma politikalarını güçlendirmek için, madde kullanımına karşı yetersiz durumdaki biyolojik, davranışsal, sosyal ve çevresel faktörlerin çeşitliliğine odaklanmaktadır. Araştırmalar, tedavinin, bağımlılık döngüsünün kırılmasına yardımcı olmada etkili bir araç olabileceğini gösterdiğinden, NIDA, tedavinin etkinliğini artırmanın yollarını araştırmakta ve süreklilik oranlarını arttırıp, nüks oranlarını azaltmak için çalışmalar yürütmektedir. Bağımlılık yapıcı maddelerin beyin üzerindeki etkilerinin anlaşılması için, kokain ve eroin gibi belirli maddelerin ürettiği toksiklerin, beyin ve diğer organlar üzerindeki etkilerini araştıran ve daha etkili tedaviler geliştirmek için çalışan NIDA, madde bağımlısı hamile ve

postpartum¹⁹ kadınların tedavileri için de çaba sarfetmektedir. Ayrıca madde bağımlısı ebeveynlerin çocuklarına yönelik tacizleri ile HIV/AIDS gibi hastalıklar ve ruhsal bozukluklar da dahil olmak üzere, bağımlılık ve diğer hastalıklar arasındaki bağları incelemek için de çalışmalar ortaya koymaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.261).

NIDA biyomedikal ve davranış bilimlerindeki uyuşturucu kullanımı araştırma programlarının geliştirilmesi amacıyla, eğitimli bilim adamlarının sürekli tedarikini sağlamak için tıp okullarında, üniversitelerde ve diğer yüksek öğretim kurumlarında yürütülen temel, klinik, davranışsal ve epidemiyolojik araştırmaları ve ön ve post-doktora eğitimini de desteklemektedir. Bilim insanlarına, uygulayıcılara, politika yapıcılara ve kamuoyuna hızlı bir şekilde araştırma temelli bilgi sağlamak için kapsamlı bir sosyal yardım ve halk eğitim programına sahip olan NIDA personeli, ülke çapında madde bağımlılığını önlemek ve tedavi etmek için çalışanlara seminerler ve konferanslar verilmesini içeren toplantılar düzenleyerek, yerel topluluk tabanlı ağlarla yakın bir şekilde çalışmaktadır. NIDA ayrıca, K-12 öğrencileri ve öğretmenleri ile genel halk için materyaller geliştirmekte ve eğitimci ve bilim insanlarıyla program, materyal ve müze sergilerinin geliştirilmesi için bağışlar sağlamaktadır. NIDA'nın temel prensipleri arasında madde kullanımını ortadan kaldırmak, bağımlı kişileri tedavi etmek, retansiyonu ve relapsları azaltmak, tüm Amerikan ailelerinin ve toplumlarının sağlığını ve refahını iyileştirmek gibi hedefler bulunmaktadır (NIDA.e).

3.2.8. Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu

(Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs – BNDD)

“*Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu (Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs - BNDD)*”, ABD Adalet Bakanlığı'nın 1 No.lu Başkanlık Yeniden Düzenleme Planı kapsamında, 1968 tarihinde, Hazine Bakanlığı'na bağlı “*Narkotik Federal Bürosu (Federal Bureau of Narcotics – FBN)*” ile “*Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı'na bağlı Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration - FDA)*”nin bir birleşimi olarak kurulmuştur. BNDD'nin, esasında bu iki kurumun yasadışı madde yasasını uygulamak konusunda uzun süredir devam eden anlaşmazlıklarını sonlandırmak ve işlevlerini farklı bir kabin departmanında sürdürmek amacıyla kurulduğu ifade edilmektedir (Bonafede, 1970, ss.750-751).

¹⁹ Postpartum: doğum sonrası, lohusa.

BNDD'nin görevi; yasal ilaçların kontrolünü sağlamak, yerel yasadışı madde ağlarını etkisiz kılmak, yasadışı madde ticaretini engellemek, uluslararası yasadışı madde trafiğine müdahale etmek, bu alanda çalışan devlet kurum ve personeline geniş bir teknik destek ve eğitim sağlamak ve yasadışı madde davalarını yürütmektir. Bir dönem, yasadışı madde kaçakçılığının önlenmesinden sorumlu olan “*Gümrük Bürosu (The Bureau of Customs)*”nun sınırlara ve giriş limanlarına müdahale ederek Gümrük özel ajanları ile Gümrük müfettişlerinin yasadışı madde vakalarını araştırmasının, BNDD ve Gümrük arasında iş birliği eksikliğinden ve istihbaratın birbirleriyle paylaşılmamasından dolayı çatışmalara neden olduğu bilinmektedir. Bu çatışmayı çözmek amacıyla, 1970’lerin başlarında Richard M. Nixon başkanlığındaki Beyaz Saray ile “*Yönetim ve Bütçe Dairesi (Office of Management and Budget – OMB)*” önemli bir iş birliğine imza atmış; Gümrük Bürosu’nun yetkilerini sınır operasyonları ile sınırlayarak, BNDD’ye hem ABD’de hem de denizlerde uyuşturucu operasyonları konusunda tam yetki vermiştir (Bonafede, 1970, s.1532).

Başkan Nixon tarafından 1972 yılında “*Adalet Departmanı (Department of Justice)*” altında “*Uyuşturucu Bağımlılığı Yasası Ofisi (Office of Drug Abuse Law Enforcement – ODALE)*” ve “*Ulusal Narkotik İstihbarat Dairesi (Office of National Narcotics Intelligence - ONNI)*” adıyla iki yeni yasadışı madde kontrol ajansı kurulmuştur. ODALE’nin yerel uyuşturucu satıcılarına yönelik yasal uygulamalara operasyonel katılımı, BNDD’nin yüksek düzeyde insan tacirlerine odaklanmasını sağlamayı amaçlamasına karşın; BNDD’nin 200’den fazla maddeyi içeren yetkilerini ODALE’ye vermek durumunda kalması, BNDD ve Gümrük Bürosu arasındaki anlaşmazlığın daha da artmasına neden olmuştur. Başkan Nixon Gümrük Bürosu ve BNDD’nin, uyuşturucu kaçakçılığı soruşturma ve istihbarat sorumluluklarını tek bir yeni kurumda birleştirmenin, soruna kalıcı bir son vermenin tek yolu olduğunu belirtmiştir. Bunun üzerine; 1973 yılı başlarında Kongre’ye sunulan Başkanlık “*Yeniden Yapılanma Planı No.2 (Reorganization Plan No.2)*” çerçevesinde BNDD, ODALE ve ONNI, tüm kaynakları, işlevleri ve daha önce yasadışı madde araştırmalarında yer almış 500 özel ajanı ile “*Uyuşturucuyla Mücadele İdaresi (Drug Enforcement Administration - DEA)*” çatısı altında bir araya gelmiştir (Moore, 1978).

3.2.9. Alkolizm ve Alkol Bağımlılığı Ulusal Enstitüsü

(National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse – NIAAA)

“Alkolizm ve Alkol Bağımlılığı Ulusal Enstitüsü (*National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse – NIAAA*)”, alkol ile ilgili sorunların nedenleri, sonuçları, tedavisi ve önlenmesi üzerine araştırmalar yapmakla görevli başlıca federal kurum olarak görev yapmaktadır. NIAAA, hem biyolojik hem de davranışsal araştırma, eğitim ve sağlık meslekleri geliştirme programları ile alkolle ilgili kamu politikaları üzerine yürütülen araştırmaları desteklemektedir. “ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı (*U.S. Department of Health and Human Services - DHHS*)” bünyesinde görev yapan ve “Ulusal Sağlık Enstitüsü (*National Institute of Health - NIH*)” olarak adlandırılan 27 araştırma enstitüsünden biri olan NIAAA'nın misyonu, halkın alkol sorunlarının azaltılması için yürütülen genetik, nörobilim, epidemiyoloji, sağlık riski yönetimi, tedavi ve önleme gibi geniş çaplı bilimsel araştırma programlarını kapsayan çabaların yürütülmesinde ülkeye liderlik etmektir. Hem ABD’de alkolle ilgili diğer özel, eyalet ve federal tesisler, kuruluşlar, programlar ve ajanslarla yürüttüğü araştırmalarla; hem de yurtdışındaki iş birliği ve eşgüdüm içerisinde yürüttüğü tedavi ve önleme programlarıyla elde edilen sonuç ve bulguların kamuoyuna, bilimsel araştırma topluluklarına ve yasa koyuculara iletilmesinden sorumludur (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.257).

Alkol kullanımı bağlamında normal ve anormal davranış ve biyolojinin anlaşılmasını arttırmak, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının etkin teşhisi, tedavisi, önlenmesi ve erken müdahalesini kolaylaştırmak ve sürekli sağlık bakım kalitesini iyileştirmek NIAAA'nın çalışmalarının üç ana amacını oluşturmaktadır. NIAAA faaliyetlerini yöneten ve koordine eden üç ana ofis ve beş bölüm bulunmaktadır (NIAAA):

- 1- Ekstramural Faaliyetler Ofisi (*Office of Extramural Activities*)
- 2- Bilim Politikası ve İletişim Ofisi (*Office of Science Policy and Communication*)
- 3- Kaynak Yönetimi Ofisi (*Office of Resource Management*)
 - i. İnamural Klinik ve Biyolojik Araştırma Anabilim Dalı (*Division of Intramural Clinical and Biological Research – DICBR*)
 - ii. Epidemiyoloji ve Önleme Araştırmaları Anabilim Dalı (*Division of Epidemiology and Prevention Research - DEPR*)

- iii. Metabolizma ve Sağlık Etkileri Anabilim Dalı (*Division of Metabolism and Health Effects - DMHE*)
- iv. Nörobilim ve Davranış Anabilim Dalı (*Division of Neuroscience and Behavior - DNB*)
- v. Tedavi ve İyileştirme Araştırmaları Anabilim Dalı (*Division of Treatment and Recovery - DTR*)

i. İntamural Klinik ve Biyolojik Araştırmalar Anabilim Dalı: NIAAA, temel olarak ABD'nin önde gelen araştırma kurumlarında bilim adamlarına verilen ve NIAAA'nın kendi intramural personeli tarafından yürütülen araştırmalar yoluyla araştırmaları desteklemektedir. Intramural araştırmalar, “*Intramural Klinik ve Biyolojik Araştırma Bölümü (Division of Intramural Clinical and Biological Research – DICBR)*”nün himayesi altında yürütülmektedir. NIAAA “*Intramural Araştırma Programı (Intramural Research Program - IRP)*”ndaki bilim adamları, yoğun ve uzun vadeli çalışmaların yanı sıra yeni bulgulara yanıt olarak araştırma önceliklerini ayarlama esnekliğine olanak sağlayan araştırma fırsatlarına odaklanmaktadır. Klinik ve laboratuvar çalışmaları bir arada sürdürüldüğü için, yeni temel araştırmalardan elde edilen bulgular, uygun test ve uygulamalardan geçerek, klinik hipotezlerin doğrulanması için laboratuvar bilim adamlarına sevk edilmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, ss.257-258).

NIAAA'nın intramural çalışma alanları şunlardır: Alkolizm yatkınlığı için genetik ve çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, alkolün beyin aktivitesini ve davranışını nasıl değiştirdiği dahil olmak üzere, alkolün merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri, alkolün vücudun çeşitli organları ve sistemleri üzerindeki metabolik ve biyokimyasal etkileri, beyin yapısının invazif olmayan görüntülenmesi ve alkol kullanımına bağlı aktivite; alkolizm hayvan modellerinin geliştirilmesi ve alkolizm ve ilişkili hastalıkların teşhisi, önlenmesi ve tedavisi (NIAAA, 1996, ss.1-2). NIAAA hedefler doğrultusunda temel araştırma bulguları ve klinik uygulamalar arasında koordineli bir etkileşim sağlayan klinik ve temel araştırma olanaklarının bir kombinasyonunu kullanmaktadır. Ayrıca Bethesda, Maryland'de 12 yataklı bir hastane ve geniş programlı bir rehabilitasyon biriminin bulunduğu bir tedavi merkezi (*NIH Clinical Center*) de bulunmaktadır (NIAAA).

Intramural araştırma programının temel amacı, alkol zehirlenmesinin, bağımlılığın ve hayati organlara verilen fizyolojik hasarın ortaya çıktığı ve etkili olduğu, davranışsal ve biyolojik etkilere müdahale ve önleme stratejilerinin

geliştirildiği araçları açıkça tanımlamak ve anlamaktır. Intramural araştırma için mevcut odak noktalarından bazıları şunlardır: Alkol kullanım bozukluklarına ve bağımlılığa genetik zaafiyeti arttırarak alkol kullanım bozukluklarıyla ilgili genleri tanımlamak için tasarlanmış genetik çalışmalar, alkolle ilişkili karaciğer hastalığının temellerinin belirlenmesi, alkolle ilişkili kullanım, istismar ve bağımlılığın yaygınlığı üzerine epidemik çalışmalar, alkol tüketme isteğini teşvik eden nörofizyoloji ve davranış mekanizmalarına yönelik araştırmalar, alkol kullanımı veya bağımlılığına öncülük eden çevresel risk faktörlerinin belirlenmesi, alkol kullanımının merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri, alkol kullanımının beyindeki etkilerinin görüntülenmesi, hayvan modellerinde insan alkolü kullanım bozukluklarının test edilmesi ve alkol bağımlılığını önleme ve gelişmiş erken müdahale stratejilerinin oluşturulmasını amaçlayan araştırmalar (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.258).

ii. Epidemiyoloji ve Önleme Araştırmaları Anabilim Dalı: Dış araştırmalar, ABD genelinde son teknoloji araştırma tesislerine hibe ve destek sağlayan dört ektramural bölüm tarafından desteklenmektedir. “*Epidemiyoloji ve Önleme Araştırmaları Bölümü (Division of Epidemiology and Prevention Research - DEPR)*”, epidemiyolojik ve önleme çalışmalarının kullanılması yoluyla alkolle ilişkili bozuklukların, ölüm oranının ve morbiditenin²⁰ azaltılmasına odaklanmakta ve araştırmalar, bilimsel yayınlar, eğitim ve mesleki ve bilimsel işgücü geliştirme fonları ve desteklemektedir. NIAAA destekli epidemiyoloji araştırması alkol ile ilgili sorunlara yol açan bağlamı, hacmi ve spesifik içme modellerini incelemektedir. Bu araştırma programı nüfusun sağlığını izlemek, gelişimini sağlamak ve alkol sorunları için önleme ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesi ve alkolle ilgili sosyal politikaların oluşturulmasının yanı sıra; yaş, cinsiyet, ırk veya etnik köken ve diğer sosyodemografik faktörler ile genetik, çevresel ve yaralanma veya hastalık oluşumunu etkileyen diğer faktörlerin etkisini de inceler (NIAAA).

iii. Metabolizma ve Sağlık Etkileri Anabilim Dalı: Yüksek miktarda alkolün kronik tüketimi zamanla çok büyük fizyolojik etkilere sahiptir. Hamilelik sırasında “*alkol kullanım bozuklukları (alcohol use disorders – AUD)*”, “*fetal alkol spektrum bozukluklarından (fetal alcohol spektrum disorder - FASD)*” birine neden olabilmektedir. Bir yaşam süresi boyunca, kronik alkol kullanımı karaciğer

²⁰ Morbidite: Morbidite oranı veya morbidite hızı, istatistiksel bir ölçüm terimi, belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısının sağlıklı kalmış nüfusa oranıdır. Morbidite kelimesi ise yalnız olarak hastalık, hastalık hali anlamına gelmektedir.

hastalıklarına, pankreatite, kardiyomiyopatiye ve bozulmuş bağışıklık ve metabolik sisteme yol açabilmektedir. AUD'lerle ilişkili ortaya çıkan bozukluklar tip 2 diyabet, Hepatit C, obezite, osteoporoz, dejeneratif nörolojik sendromlar veya demans ve çeşitli kanser türleri olarak bilinmektedir. “*Metabolizma ve Sağlık Etkileri Bölümü (Division of Metabolism and Health Effects - DMHE)*” tarafından desteklenen araştırma, yukarıda belirtilen bozukluklara neden olan ve ilerleyen AUD'lere katkıda bulunan ve bunlardan kaynaklanan genetik, metabolizma ve immünolojiyi incelemektedir. DMHE araştırmasının merkezi hedefi, AUD'lerin tedavisinde ve önlenmesinde amaçlanan ilaçların geliştirilmesine yönelik mekanizmaların ortaya çıkarılmasıdır. Genetik araştırma, kronik AUD'lerin neden olduğu doku ve organ hasarının onarımı için mekanizmaların yaratılmasını amaçlamaktadır. Alkol kullanımının olumsuz etkilerini araştırmaya ek olarak DMHE, alkol tüketiminin diyabet üzerindeki olası etkileri, bazı enflamatuar süreçler ve kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki araştırmaları desteklemektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.259).

iv. Nörobilim ve Davranış Anabilim Dalı: Alkol kullanımı ile ilişkili davranışların birçoğu, alkolün beyindeki etkilerinin sonucudur. NIAAA araştırması, bu etkilerin alkol kötüye kullanımı ve alkolizm gelişimini nasıl etkilediğini öğrenmek için tasarlanmıştır. Transgenik hayvanların kullanımı dahil olmak üzere, moleküler biyoloji ve genetik teknikler, bu araştırmanın ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. Ek olarak, yaygın olmayan, fonksiyonel görüntüleme teknikleri, alkolden etkilenen sinirsel devreleri tanımlamak için hayvan ve insan çalışmalarında kullanılmaktadır. “*Nörobilim ve Davranış Bölümü (Division of Neuroscience and Behavior - DNB)*” özellikle hamilelik sırasında alkol kullanımı sonucu oluşan fetal alkol spektrumu bozukluğunun gelişmesine ve alkol kullanımının hızla gelişen ergen beyindeki uzun süreli etkilerine odaklanmaktadır (NIAAA).

v. Tedavi ve İyileştirme Araştırmaları Anabilim Dalı: Bu bölümün amacı alkol kullanımının, AUD spektrumunda ağır içme kaynaklı ilerlemesini ve alkol kullanım davranışındaki değişiklikleri etkileyen faktörleri, fiziksel sağlık, iş veya akademik başarısızlık, motorlu taşıt kazaları gibi içme ile ilgili doğal sonuçlar olup olmadıklarını; kendi kendine, on iki aşamalı programlar veya topluluk tedavi merkezleri gibi karşılıklı yardım gruplarında veya hastane ve rehabilitasyon tesisleri gibi profesyonel ortamlarda incelemektedir (NIAAA).

“*Tedavi ve İyileştirme Araştırmaları Anabilim Dalı (Division of Treatment and Recovery - DTR)*”, alkol kötüye kullanımının ve alkolün tedavisinin iyileştirilmesine

yönelik araştırmalara vurgu yapmaya devam etmekte ve tedavilerinin klinik çalışmalarını, hasta tedavi uyum çalışmalarını ve davranışsal veya farmakolojik tedavi yaklaşımlarını içeren bir dizi tedavi veya klinik çalışmayı desteklemektedir. Önleme araştırması ayrıca alkolle ilişkili hastalıkların azaltılmasına yönelik etkili önlemlerin geliştirilmesini amaçlamaktadır. Büyük Őehirlerdeki yüksek riskli mahalleleri hedef alan NIAAA, yeni metodolojiler ışığında alkolle ilişkili kasıtlı ve kasıtsız yaralanma, alkolle ilişkili Şiddet, işyerindeki alkol, içme ve caydırıcılık ve alkol mevcudiyeti arasındaki ilişkiyi önleyici araştırmaları sürdürmektedir (NIAAA).

NIAAA tarafından desteklenen birkaç çok disiplinli program bulunmaktadır. 1996 yılında bir tıp enstitüsü raporuna yanıt olarak oluşturulan ve NIAAA tarafından yönetilen “*Fetal Alkol Sendromu Kurumlararası Koordinasyon Komitesi (Interagency Coordinating Committee on Fetal Alcohol Syndrome - ICCFAS)*” hamilelik sırasında alkol kullanımının, potansiyel olarak fetal alkol spektrum bozukluklarından birine yol açtığını ve gelişmekte olan fetusu etkilediğini ortaya koyan önemli aktivitelerden biridir. NIAAA tarafından 2003 yılında başlatılan “*Fetal Alkol Spektrum Bozuklukları Ortak Enstitüsü (Collaborative Initiative on Fetal Alcohol Spectrum Disorders - CIFASD)*”, hem tanısal doğruluğu iyileştirmeyi hem de tüm FASD spektrumunda iyileştirilmiş tedavi protokolleri geliştirmeyi amaçlayan bir iş birliği anlaşması programı olarak bilinmektedir. Ayrıca NIAAA, ani bebek ölümleri ve ölü doğum nedenlerini ayırt etmek ve her iki sendromda da doğum öncesi alkol kullanımının rolünü tespit etmek için “*Ani Bebek Ölüm Sendromu (Sudden Infant Death Syndrome - SIDS) ve Ölü Doğum (Stillbirth - PASS)’da Doğum Öncesi Alkol Ağı (Prenatal Alcohol in SIDS and PASS Network)*”nı oluşturarak; 2003 yılında “*Ulusal ocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü (National Institute of Child Health and Human Development – NICHD)*” protokolünü imzaladığı bilinmektedir (NICHD).

Aşırını içki tüketimi, alkol kötüye kullanımı ve alkolizm küresel problemler olarak ele alınmaktadır ve NIAAA bu alanlarda çeşitli işbirlikçi ve iş birliğine dayalı uluslararası araştırma programlarına katılım sağlamaktadır. Disiplinlerarası programlar arasında “*intramural ve ektramural araştırma vurgusu*” ve “*kaynak geliştirme ekipleri*” yer almaktadır. Disiplinlerarası ekipler için mevcut ilgi alanlarının başında genetik ve çevresel risk etiyolojisi, davranış değişikliği mekanizmaları, ilaç geliştirme ve reşit olmayan içiciliğin, özellikle de ergenlikte içki içmenin sebepleri, sonuçları ve önlenmesi üzerine yapılan araştırmalar gelmektedir (NIAAA).

3.2.10. Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi (Center for Substance Abuse Prevention – CSAP)

“*Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi (Center for Substance Abuse Prevention - CSAP)*”, ilk olarak “*Madde Bağımlılığı Önleme Ofisi (Office for Substance Abuse Prevention – OSAP)*” olarak kurulmuştur. 1986 Uyuşturucu Madde Kötüye Kullanımı Yasası, ABD vatandaşları arasında alkol ve diğer uyuşturucu sorunlarının önlenmesini ve yüksek riskli ortamlarda yaşayan gençlere ve ailelere özel bir vurgu yapmayı amaçlamıştır. Bu amaçtan yola çıkarak 1986'dan 1992'ye kadar ABD DHHS bünyesinde yer alan sekiz “*Halk Sağlığı Hizmeti (Public Health Service)*” ajansından biri olan “*Alkol, Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı İdaresi (Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration – ADAMHA)*”nin bir birimi olarak hizmet veren OSAP; ADAMHA'nın 1992 yılında, 102–321 sayılı Kamu Hukuku kapsamında “*Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA)*” olarak yeniden örgütlenmesi ile CSAP adını almıştır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.254).

Federal düzeyde ülkenin alkol, tütün ve uyuşturucu kullanım sorunlarını ortadan kaldırma çabalarına liderlik etmekle görevlendirilmiş olan CSAP, ulusal düzeyde sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen ve “*Stratejik Planlama Çerçevesi (Strategic Planning Framework - SPF)*” olarak adlandırılan toplum temelli, yapısal bir önleme yaklaşımını benimsemektedir. SPF, ABD'deki eyaletler, bölgeler ve yerel topluluklar tarafından kolayca istihdam edilebilen ve çoğaltılabilen, geniş tabanlı bir önleme çerçevesi çalışması oluşturmak için eğitim, araç ve teknikler sağlamak üzere tasarlanmıştır. SPF'nin amacı gençlerin olumsuz seçimler yapmasını önlemenin bir yolu olarak, risk azaltma konusunda eğitim sağlamak ve mevcut güçlü yönleri, becerileri ve esnekliği geliştirmek ve böylece riskli davranışlara daha sağlıklı alternatifler sunmaktır. Bunların yanında, yüksek riskli ortamlarda bulunan belirli grupları ve bireyleri hedef alan projeler yürütmek, uzun vadeli ve kapsamlı alkol ve uyuşturucu madde kullanımı önleme ve erken müdahale programları geliştirilmesine yardımcı olmak, “*Ulusal Eğitim Sistemi (National Training System)*” vasıtasıyla önleme ve tedavi hizmetleri hakkında geliştirilen yayınlara destek ve erişim sağlamak, kamu bilgilendirme ve eğitim medya kampanyaları oluşturmak ve SAMHSA'nın yerel toplum önleme programlarının başarılı sonuçlara ulaşmasını sağlamak için hedeflenen web tabanlı sistemini işletmek, CSAP'ın işlevleri arasında gösterilebilmektedir

(DHHS, 2008). Ayrıca kurumlar arası iş birliğini geliştirmek ve ortaklaşa yürütülen önleme faaliyetlerini kolaylaştırmak için, CSAP personeli, Savunma, Adalet, Eğitim, Ulaştırma, Çalışma, Konut ve Kentsel Gelişim departmanları da dahil olmak üzere çeşitli federal organizasyonlarla rutin olarak toplantılar gerçekleştirmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.254).

(CSAP), uyuşturucu ve alkol bağımlılığı ve tütün kullanımını önlemek için etkili stratejilerin tanımlanması, tanıtılması ve yaygınlaştırılması için odak noktası olarak yer almaktadır. CSAP programları, hedeflenen aile ve toplum güçlendirme gibi önleme stratejilerini, madde bağımlılığı riski altındaki belirli topluluklar için en iyi şekilde belirlemektedir. Program yaklaşımları hem kültürel önemi hem de yeterliliği vurgulamaktadır. Merkez, federal uyuşturucu test programlarının yanı sıra 18 yaşın altındaki gençlerin tütün satın almasını yasaklayan Synar Amendment'in²¹ devlet uygulamasını da denetlemektedir. Buna ek olarak, CSAP, madde üzerindeki en büyük bilgi kaynağı olan “*Alkol ve Madde Bilgisi Ulusal Takas Merkezi'ni (National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information - NCADI)*” desteklemektedir. CSAP ayrıca ülkede kötüye kullanım araştırması, tedavisi ve önlenmesi için dört hibe programı (Devlet Teşviki, Uyuşturucu Madde Dışı Topluluk, HIV ve Metamfetamin) yönetmektedir (DHHS, 1997, s.138).

3.2.11. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi

(Center for Substance Abuse Treatment – CSAT)

“*Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (Center for Substance Abuse Treatment- CSAT)*” Ocak 1990'da DHHS'e bağlı ADAMHA “*Tedavi İyileştirme Ofisi (Office for Treatment Improvement - OTI)*” adıyla kurulmuş ve Doktor Beny J. Primm ilk yönetici olarak atanmıştır. ADAMHA'nın 1992 yılında yeniden düzenlenmesinin ardından ajans yeniden adlandırılmış ve şimdi ADAMHA'nın yerini alan SAMHSA'nın bir parçası olmuştur (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.255).

²¹ Synar Değişikliği (*Synar Amendment*): Kongre tarafından Temmuz 1992'de Alkol, Uyuşturucu Suistimali ve Ruh Sağlığı İdaresi Yeniden Düzenleme Yasası (*Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Reorganization Act - PL 102-321*) gençlerin tütüne erişimini kısıtlamayı öngören bir değişikliğin de yer aldığı bölüm (*section 1926*) ile birlikte kabul edilmiştir. Adını sponsoru olan Oklahoma'lı Kongre Üyesi Mike Synar'dan alan bu yasal değişiklik ile tüm eyaletlerde 18 yaşın altındaki kişilere tütün ürünlerinin satışı veya dağıtımı yasaklanmıştır. Ayrıca tüm eyaletler Madde Suistimalini Önleme ve Tedavi Engelleme Hibesi (*Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant - SABG*) ödüllerinin tamamını alabilmek için Synar Değişikliği'ne uymak zorundadır. 20 Aralık 2019'da imzalanan 116-94 sayılı Kamu Kanunu (*Public Law 116-94*) ise bu mevzuatın yerini almış ve tütün satışları için asgari yaş 18'den 21'e çıkarılmıştır (SAMHSA).

CSAT'ın kongre görevi, uyuşturucu ve alkol sorunları olan kişiler için etkili tedavi ve kurtarma hizmetlerinin kullanılabilirliğini arttırmaktır. Hedeflerinden biri, bağımlılık tedavisi altyapısı sunan yeni tedavi teknolojisinin, devlet ve yerel yönetim kurumları sistemi ve bağımlılık tedavi hizmetleri sunan kamu ve özel tedavi programları tarafından kullanılmasını sağlamaktır. Bu sorumluluğu yerine getirirken, CSAT devletlerin, toplulukların ve tedavi sağlayıcılarının, tedavi kalitesini ve etkinliğini arttırmak ve uyuşturucu tedavi sağlayıcıları arasında koordinasyonu geliştirmek için insan hizmetleri, eğitim ve meslek hizmetleri, ceza adalet sistemi ve çeşitli ilgili kurumlar ile iş birliği yapmaktadır. CSAT ayrıca azınlık olan ırksal ve etnik gruplara, çocuklara ve ergenlere, evsiz ve yerinden edilmiş kişilere, hamile veya çocuklu kadınlara, sınırda ya da kırsal bölgelerde yaşayanlara yardım etmeye odaklanarak, hedeflenen coğrafi bölgelere ve hasta popülasyonlarına finansal ve teknik yardım sağlamaktadır (CSAT, 2007).

CSAT devlet ve yerel yönetimlerin yanı sıra, etkili tedavi yöntemlerinin kullanımını teşvik etmek ve tedavi standartlarını geliştirmek için NIDA, NIAAA, CSAP gibi diğer devlet kurumlarıyla da iş birliği yapmaktadır. CSAT, Sağlık ve insan hizmetleri, eğitim ve mesleki eğitimin koordinasyonunu geliştirmek için tasarlanmış Çalışma ve Eğitim Bakanlığı ile kurumlar arası anlaşmalara da sahiptir. CSAT ayrıca, alkol, uyuşturucu kullanımı ve zihinsel sağlık tedavisinin temel sağlık hizmeti sistemine yaygınlaştırılmasını teşvik etmektedir ve “Madde Kötüye Kullanımını Önleme ve Tedavi Blok Hibe Programı (*Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant – SAPT*)” uygulanmasından sorumludur (Hughes, Sathe ve Spagnola, 2008).

Kimyasal bağımlılığın doğası ile ruh sağlığı bozukluğu ilişkisi üzerine araştırmalar yapan CSAT'ın elde ettiği 3 temel bulgu, tedavi felsefesinin temelini oluşturmuştur. Birincisi, bağımlılık karmaşık bir olgudur ve bağımlı olan kişilerin temel sağlık, ruh sağlığı veya sosyoekonomik açıklarını ele almadan tedavi edilemez. İkincisi, bağımlılık sıklıkla kronik, tekrarlayan bir bozukluktur ve tedavi sırasında kazanılan kazançlar, bir kişinin topluma geri dönüşünü takiben sıklıkla kaybolur. CSAT bu nedenle, kimyasal bağımlılık için tedavi edilenleri bir devamlılık boyunca müdahaleler dizisini içeren programları teşvik etmeye çalışmıştır. Bu iki gözlem, tüm destek programları ve teknik yardım girişimlerinin bir parçası olan CSAT'ın Kapsamlı Tedavi Modeli'nin temelini oluşturmuştur. CSAT'ın genel yaklaşımının temelinde, tedavinin işe yaradığı inancı, üçüncü anahtar bulgudur. Tedavi, yasadışı uyuşturucu ve

alkol kullanımının azaltılmasında, istihdam oranlarının artırılmasında, HIV serokonversiyon oranlarının azaltılmasında, suç aktivitesinin azaltılmasında ve tüm hasta morbiditesinin azaltılmasında etkili olmuştur (CSAT, 2007).

SAPT Blok Hibe Programına ek olarak, CSAT çeşitli tanıtım ve hizmet programları için hibe almaya hak kazanmıştır. “*İyileştirmeye Erişim (Access to Recovery - ATR)*” üç yıllık SAMHSA tarafından finanse edilen bir hibedir. ATR, tüketicilere madde kötüye kullanımı bozuklukları için klinik tedavi ve iyileşme desteğini sürdürmek için kullanılacak kuponlar sunmaktadır. ATR, finanse edilen hizmet sağlayıcıların kapasitesini genişletmek ve böylece tüketici seçimini arttırmak için tasarlanmıştır. “*Kurtarma Ortakları (Partners for Recovery - PFR)*”, madde bağımlılığı önleme ve tedavi hizmetlerinin sağlayıcılarına yardım ve teknik destek sağlar. “*Bilgi Uygulama Programı (Knowledge Application Programı - KAP)*” madde bağımlılığı tüketicileri ve tedavi sağlayıcıları için yazılı ve elektronik medya üretmektedir. “*Tedavi İyileştirme Protokolü (Treatment Improvement Protocol - TIPs)*” serisi ve “*Teknik Destek Yayını (Technical Assistance Publication - TAPs)*”, KAP'ın himayesinde, tüketici hedefli aydınlatılmış bir anket oluşturmakta ve dağıtmaktadır. Ayrıca, sağlayıcılar için teknik ve eğitim kılavuzları ve rehberler de bulunmaktadır. “*Madde Bağımlılığı ve Çocuk Refahı Ulusal Merkezi (National Center on Substance Abuse and Child Welfare – NCSACW)*” yerel, eyalet ve aşiret yargılarıyla iş birliği yaparak çocuk refahı ve yargı sistemlerine dahil olan ailelerin geleceğini artırmayı amaçlamaktadır. “*İlaç Yardımlı Tedavi (Medication-Assisted Treatment - MAT)*”, iyileşmeyi kolaylaştırmak için ilaçların doğru kullanımı ile geleneksel davranışsal madde kötüye kullanımı tedavi modellerini artırır. “*Kurtarma Toplum Hizmetleri Programı (Recovery Community Services Program - RCSP)*”, bireylerin madde kötüye kullanmama bozukluklarından kurtarılmasında yardımcı olan bir eşler arası kurtarma destek modeli kullanmaktadır. Tarama, kısaca Müdahale ve Tedaviye Yönlendirme (SBIRT) programı, erken müdahale için kapsamlı, bütünlük, çok disiplinli bir halk sağlığı modelidir. 1990'ların ortasından bu yana, CSAT'ın hibe programı, yalnızca en çok ihtiyaç duyulan nüfuslara yönelik hizmetlerin iyileştirilmesini değil, aynı zamanda uyuşturucu kullanan nüfusun farklı alt grupları için tedavinin etkinliği hakkında bir bilgi tabanı geliştirmeyi de kapsamaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.256).

3.2.12. Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA)

“*Madde Bağımlılığı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA)*”, madde bağımlılığının ve buna bağlı olarak ortaya çıkan akıl hastalıklarının Amerikan toplumuna olan etkisini azaltmak ve bu alandaki hizmet ve araştırmaları daha erişilebilir kılmak amacıyla 1992 yılında ABD DHHS bünyesinde kurulan bir kamu kuruluşudur (SAMHSA.a).

Davranış bozukluklarına neden olan etkenlerin giderilmesine yönelik önleme, tedavi ve kurtarma destek hizmetleri, toplum sağlığı hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturur. Beden ve ruh sağlığının korunması veya iyileştirilmesi maliyetleri için en aza indirmek bu hizmetlerin başında yer almaktadır. Bununla birlikte, madde kullanımı veya ruhsal rahatsızlıklardan ya da her ikisinden de muzdarip olan insanlar, genellikle mevcut sağlık hizmetleri sisteminden çıkarılarak "*kamu güvenliği ağı (public safety net)*" programlarına tabi olmak durumdadır. Madde bağımlılığı veya akıl sağlığı tedavisine ihtiyaç duyan kişilere gerekli hizmetin sağlanmaması durumunda, toplumun sağlığı ve mutluluğu tehlike altına girmekte ve maliyetlerde dalgalanma etkisine neden olmaktadır. Bu nedenle SAMHSA, davranış sağlığının korunması ve olası bağımlılık ve davranış bozukluklarını önleme ve tedavi çalışmaları konularında ABD hükümetinin bilgi sahibi olmasına yardımcı olmak için programları ve hizmetleri destekler, veriler, sözleşmeler ve hibeler de dahil olmak üzere tüm kaynaklarını kullanmaktadır (SAMHSA.a).

1 Ekim 1992'de Kongre tarafından 102-321 sayılı Kamu Hukuku kapsamında kurulan SAMHSA, devlet, topluluklar ve örgütlerle birlikte çalışarak maddenin kötüye kullanımını ve bağımlılığı önleme konusunda ulusal kapasiteyi güçlendirmektedir. SAMHSA 2009 mali yılında yaklaşık 3.2 milyar dolar bütçe ile yaklaşık 550 kişilik bir kadro istihdam etmiş; “*Uygulamalı Çalışmalar Ofisi*”, “*Politika Dairesi*” ve “*Program Hizmetleri Ofisi*” olarak adlandırılan üç ofis ve “*Ruh Sağlığı Hizmetleri Merkezi (Center for Mental Health Services – CMHS)*”, “*Madde Bağımlılığı Önleme Merkezi (Center for Substance Abuse Prevention – CSAP)*” ve “*Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (Center for Substance Abuse Treatment – CSAT)*” olarak adlandırılan üç program merkezi şeklinde örgütlenmiştir. SAMHSA CMHS, ulusal çapta toplum tabanlı bir akıl sağlığı hizmeti altyapısı oluşturarak akıl hastalıkları veya akıl hastalığı riski taşıyan kişiler için yüksek kaliteli bakımın erişilebilirliğini iyileştirmek için

çalışmaktadır. Merkezin yıllık bütçesinin en büyük kısmını “*Topluluk Ruh Sağlığı Hizmetleri Blok Hibe Programı (Community Mental Health Services Block Grant Program)*” oluştururken, CMHS ayrıca ciddi ruhsal hastalıkları olan yetişkinlere ve ciddi duygusal sorunları olan çocuklara da hizmet etmek için tasarlanmıştır (SAMHSA.b). SAMHSA'nın temel amacı, ABD genelinde ruh sağlığı, madde kötüye kullanımı önleme ve tedavi ve davranış sağlığı (kombine ruh sağlığı ve madde bağımlılığı) hizmetlerinin kalitesini ve kullanılabilirliğini sürekli olarak genişletmek ve iyileştirmek olduğundan, organizasyon hibe finansmanı, hem blok hem de isteğe bağlı hibeleri içerecek şekilde geliştirilmiştir. (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.270). SAMHSA'nın Yönetici Ofisi (*Office of the Administrator*) ve Program Hizmetleri Ofisi (*Office of Program Services*) yönetimindeki “*Uygulamalı Çalışmalar Ofisi (Office of Applied Studies – OAS)*” – ofisin güncel adı “*Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı Sekreter Yardımcısı Ofisi (Office of the Assistant Secretary for Mental Health and Substance Use – OAS)*” olarak karşımıza çıkmaktadır (SAMHSA.c) – ABD'deki madde bağımlılığı uygulamalarına ilişkin verileri toplama, analiz etme ve yayma programına sahiptir. OAS, bunların yanı sıra yıllık “*Uyuşturucu Kötüye Kullanımı Ulusal Hanehalkı Araştırması (National Household Survey on Drug Abuse - NHSDA)*”, “*Uyuşturucu Bağımlılığı Uyarı Ağı (Drug Abuse Warning Network – DAWN)*” ve “*Uyuşturucu ve Alkol Hizmetleri Bilgi Sistemi (Drug and Alcohol Services Information System – DASIS)*” gibi uygulamaları yönetir. Bu çalışmalar yoluyla, SAMHSA madde bağımlılığı ve zihinsel sağlık bakımındaki eğilimleri belirlemektedir. Diğer SAMHSA girişimleri arasında 15 yaş üzeri için “*Dinlemek İçin Zaman Ayır, Konuşmak İçin Zaman Al*” (*Make Time to Listen... Take Time to Talk*), “*Yaşınıza Göre Halk Eğitim Kampanyası (As You Age)*”, “*Sağlıklı Bir Gelecek İçin Yapı Taşları (Building Blocks for a Healthy Future)*” erken önleme programı, “*Fetal Alkol Spektrum Bozuklukları (Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD)*” Merkezi, First Lady Laura Bush tarafından ülke çapında başlatılan “*Amerika'nın Gençliğine Yardım (Helping America's Youth)*” hareketi, “*Akıl Sağlığı Hizmetleri (Mental Health Services Locator)*” arama dizini, “*Ulusal İntihar Önleme Stratejisi (National Strategy for Suicide Prevention – NSSP)*”, “*Yaşlı Amerikalılar Teknik Yardım Merkezi (Older Americans Technical Assistance Center)*”, “*Kurtarma Ortakları (Partners for Recovery – PFR)*” desteği ve teknik kaynak sistemi, evsizlikten normal hayata geçiş sürecini desteklemeyi amaçlayan “*Projects for Assistance in Transition from Homelessness (PATH)*” projelerinin hibe desteği, “*Kurtarma Topluluğu Hizmetleri*

Programı (Recovery Community Services Program – RCSP)”, eşler arası kurtarma destek hizmetleri, Kurtarma Ayı programları, “*Güvenli Okullar/Sağlıklı Öğrenciler Girişimi (Safe Schools/Healthy Students Initiative – SS/HS)*”, “*Bakım Sistemi (System of Care)*” hibeleri ve hibeleri ve yerel programları ve “*Bilgi Uygulamaları Programı (Knowledge Application Program – KAP)*” girişimi de yer almaktadır. SAMHSA programları, toplum temelli önleme, kimlik ve zihinsel ve madde bağımlılığı bozuklukları için tedavi programlarına yeni bir bilim tabanlı bilgi getirmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.271).

3.2.13. Uyuşturucu Bağımlılığı Önleme Özel Eylem Bürosu (Special Action Office for Drug Abuse Prevention – SAODAP)

“*Uyuşturucu Bağımlılığını Önleme Özel Eylem Bürosu (Special Action Office for Drug Abuse Prevention - SAODAP)*”, 7 Haziran 1971 tarihinde, uyuşturucu önleme çabaları arasındaki mevcut pragmatik karmaşaya bir düzen getirmek amacıyla, Başkan Richard M. Nixon’ın özel emri ile kurulmuştur. 21 Mart 1972 tarihinde Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Bürosu ve “*Tedavi Yasası (Drug Abuse Office and Treatment Act)*” ile geniş bir yetki alanına sahip olan SAODAP’ın başlıca sorumlulukları arasında ulusal hedefleri tanımlamak, uyuşturucuyla mücadele alanında ulusal bir strateji tasarlayarak bu stratejinin uygulanmasını ve koordine edilmesini sağlamak, ilaç kontrolü, sınır kontrolü, etkin koruma ve tedavi programlarının oluşturulması ve geliştirilmesi, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin desteklenmesi gibi görevler yer almaktadır (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.267; National Commission on Marijuana and Drug Abuse, 1973, s.70).

ABD hükümeti bünyesindeki yirmiden fazla kurum, ofis ve büronun uyuşturucu madde sorunlarıyla ilgili çalışıyor olmasına karşın, Başkan dışında belirli bir otorite ve Kongre’den önce başvurulacak bir kurumun olmaması, Beyaz Saray’ı SAODAP’a, planlama, tedavi, önleme, eğitim ve araştırma alanlarında eşi görülmemiş bir yetki vermeye teşvik etmiştir. Başlıca görevi, uyuşturucu bağımlılığının önlenmesi için “*resmi, yazılı, ulusal bir strateji*” geliştirmek olan SAODAP’ın duyurulduğu basın toplantısında, öncelikli hedefin “*hiçbir bağımlınının tedavi edilemediği için suç işlediğini söyleyemeyeceği kadar tedaviyi sağlamak*” olduğu belirtilmiştir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.268).

SAODAP’ın görevlerini daha etkin bir şekilde yerine getirmek ve program faaliyetlerini geliştirmek amacıyla SAODAP bünyesinde bir değerlendirme ofisi

(office of evaluation) kurulmuştur. Değerlendirme görevini yerine getirmede ilk adım olarak ofisin “*mevcut değerlendirme çalışmalarının tanımı*” ve “*planan veya gelecekteki değerlendirme çalışmalarının tanımı*” şeklinde iki bölümden oluşan “*Kurumun Değerlendirme Planlarının Durumu*” başlıklı bir rapor hazırlaması istenmiş; böylece uyuşturucu bağımlılığı programlarının ve mevcut çalışmaların net bir tablosu görülmek istenmiştir. Bunun yanı sıra SAODAP, uyuşturucu bağımlılığı program değerlendirmeleri üzerinde çalışan tüm federal ve diğer kurumların koordinasyonu için \$25.000 değerinde bütçe ile bir çalışma başlatmış; bu çalışma ile kurumlar arası bir standardizasyon sağlanarak araştırmalarda tekrarların engellenmesini ve metodolojik kriterlerin tanımlanarak ulusal bir sistemin koordine edilmesini amaçlamıştır. Savunma Bakanlığı dışında 6 ajans bu koordinasyon çalışmasına olumlu yanıt vermiş, gerek birbirleriyle gerekse SAODAP yetkilileri ile iletişim halinde değerlendirme raporlarını sunmaya ve koordinasyona katkı sağlamaya çalışmışlardır (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973, s.70).

Narkotik ve Tehlikeli İlaçlar Bürosu (BNDD) Birleşik Devletler'de yaklaşık yarım milyon eroin kullanıcısı olduğunu tahmin etse de, 1971 ortalarında uyuşturucu bağımlılığı sorununun gerçek boyutu bilinmemekteydi. 1970'lerde ve sonrasında geliştirilen programlar henüz mevcut değildi. Ancak, bazı büyük şehirlerde binlerce bağımlı insanın tedavi bekliyor olması ve madde bağımlılığına dayalı ölümlerin artmasının yanı sıra; Vietnam'daki ABD birliklerinde yer alan asker arasında da aşırı doz (*overdose - OD*) ölümlerinin artması da eroin bağımlılığı ile mücadele çalışmalarının artırılmasını gerekli kılmıştır. Bu bağlamda SAODAP'a uyuşturucu bağımlılığı faaliyetlerinin tekrarlanmasını en aza indirmek ve tedavi faaliyetlerini artırmak amacıyla faaliyetleri koordine etmek görevlerinin yanı sıra; Vietnam uyuşturucu bağımlılığı müdahalesinin desteklenmesi, ulusal politikanın etkinliğini artıracak bir veri sistemi oluşturulması, tedavi ve önleme yollarının geliştirilmesi ve tüm bunların gerçekleşmesini sağlayacak resmi ve yazılı bir Ulusal Strateji geliştirmesi görevleri verilmiştir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.268).

SAODAP'ın temel hedefi, sadece program sayısını değil, aynı zamanda gerçek kapasitelerini ve coğrafi dağılımını da arttırarak, tedavi kapasitesinin genişletilmesi olarak belirtilmiştir. SAODAP'ın başlattığı, finanse ettiği veya yürüttüğü diğer bazı projeler ise şöyledir: Vietnam uyuşturucu müdahalesi ve takip çalışması, tedavi görmek isteyen hastaların tıbbi kayıtlarını korumak için gizlilik düzenlemelerinin geliştirilmesi, ilaç bağımlılığına yönelik yeni farmakolojik tedaviler hakkında klinik

araştırmalar, hali hazırda 20.000'den fazla kişiye uygulanan metadon tedavisini bir deneyden öteye taşıyıp meşrulaştırmak, “*Sokak Suçlarına Karşı Tedavi Alternatifleri (Treatment Alternatives to Street Crime – TASC)*”, tıp fakültesi müfredatına madde bağımlılığı konularının eklenmesini içeren “*Kariyer Öğretmenleri (Career Teachers)*” programı ve Ulusal Eğitim Merkezi gibi diğerkurumlarla birlikte yürütölen projeler, idrar test tesisleri için laboratuvar standartları geliştirmek, NHSDA, DAWN, “*Lise Son Sınıf Anketi (High School Senior Survey)*” gibi epidemiyolojik araçların geliştirilmesi ve işbirliğıne katılan diğerkurumlar tarafından uygulanması... SAODAP ayrıca, “*Uyuşturucu Bağımlılığı ve Uyuşturucu Trafiğini Önleme Federal Stratejisi (Federal Strategy for Drug Abuse and Drug Traffic Prevention)*” başlıklı ilk yazılı ulusal stratejiyi de hazırlamıştır. SAODAP'ın faaliyetlerinin ilk 18 ayında, destekli uyuşturucu desteğı programlarıyla beslenen toplumların sayısı 54'den 214'e ve program sayısının neredeyse 400'e çıktığı; SAODAP'ın iki yıl içinde geliştirdiğı federal destekli tedavi kapasitesinin önceki elli yılın üzerine çıktığı bilinmektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, ss.268-269).

3.2.14. A.B.D. Gümrük ve Sınır Güvenliğı (U.S. Customs and Border Protection – CBP)

ABD'nin ölkesınırlarının ve girişlimanlarının bütönlüğünü korumaya odaklı ilk kapsamlı sınır güvenlik ajansı olan ABD “*Gümrük ve Sınır Güvenliğı (U.S. Customs and Border Protection – CBP)*”, 1 Mart 2003'te kurulmuştur. Ancak kurumun tarihi bundan çok daha eskiye dayanmaktadır. Sayısız büro ve ajansa öncölük etmiş olan “*Gümrük İdaresi (U.S. Customs Service)*” görevini başarıyla yerine getirmiş; ancak, 31 Temmuz 1789 tarihinde gümrük tarifelerinin yönetilmesi ve görevlerin tek elde toplanması hususunda gerçekleştirilen Kongre'den çıkan karar sonucu, gümrük yasalarının idaresi 2 Eylül 1789 tarihinde Hazine Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu durum 3 Mart 1849 tarihli bir yasa oluşturulan “*gümrük komiserliğı*” görevinin ortaya çıkışına kadar devam etmiş, komiserlere yöneticilerden daha fazla hesap denetleme yetkisi verilmiştir. 3 Mart 1875 tarihinde Hazine Bakanlığı'na bağılı “*Gümrük Birimi (Division of Customs)*”nin kurulmasıyla gümrük komiserliğı görevi de kaldırılmıştır. Gümrük Birimi'nin oluşturulmasından 53 yıl sonra 1927'de mevcut birim ile “*Hazine Bakanlığı Özel Ajan Hizmetleri (Special Agency Service of the Treasury Department)*” birimi “*Gümrük Bürosu (Bureau of Customs)*” adı altında birleştirilmiştir. 1973'te ABD Gümrük Servisi (U.S. Custom Service) olarak yeniden adlandırılan kurum, son

olarak 2003 yılında, eski görevlerinin ve sorumluluklarının çoğunu üstlenerek yeni oluşturulan “Gümrük ve Sınır Koruma Bürosu (*Bureau of Customs and Border Protection*)” halini almıştır (CBP).

İç Güvenlik Bakanlığı bünyesinde yer alan CBP, tüm ABD sınır ve limanlarına ilaveten, Kaliforniya kıyıları ve Florida’yı çevreleyen sular ile Kanada ve Meksika arasındaki 7.000 millik sınırdaki da insan ve uyuşturucu kaçakçılığında, terörizmden ve yasadışı göçten ulusal ve uluslararası alanda denetlenmesinden sorumludur. CBP'nin 44.000'den fazla çalışanı bulunmaktadır; bunun 13.000'den fazlası sınır devriyesi veya CBP hava ve deniz ajanları, 20.000'den fazlası ise CBP memurları ve tarım uzmanları olarak görev yapmaktadır. Ayrıca CBP Amerika Birleşik Devletleri'nde en büyük sayıda köpek devriye ekibi istihdamına sahip olan kurumdur. “*CBP Station*” adı verilen ülkeye resmi giriş noktalarına yerleştirilen resmi sınır görevlileri, kaçak mal ve kişiler ile yasadışı yüksek teknoloji ürün ihracatını engellemeye yönelik yasal ve düzenleyici faaliyetler yürütmektedir. Bir başka ifadeyle, ABD Gümrük ve Sınır Koruma, ülkenin sınırlarını korumaktan sorumlu tek bir ajans olarak hizmet vermektedir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.272).

CBP'nin denetim ve kontrol işlevi, uyuşturucu ve yasadışı malların girişini durdurmaya ve aynı zamanda Birleşik Devletler'e kara, deniz ve hava yoluyla giren bireyleri, taşıtları, postaları ve kargoları incelemeye yöneliktir. Yıllık federal bütçenin 9,2 milyar dolardan fazlası, yasadışı uyuşturucu ticaretini kesintiye uğratmak için tahsis edilmiştir. Orta Amerika, Meksika ve Amerika Birleşik Devletleri arasındaki iş birliğini genişletmek için tasarlanan ve Şubat 2008'de kurulan Merida Girişimi, 1.4 milyar dolarlık çok yıllık bir program olarak; sınır ötesi uyuşturucu kaçakçılığı ve diğer uluslararası suçların sıklığını belirgin bir şekilde azaltmayı amaçlamaktadır. 2008 mali yılında, 385,1 milyon dolar özellikle uyuşturucuyla ilgili faaliyetleri hedef almış; 2009 mali yılında bütçe, özellikle Meksika ve Orta Amerika ile çalışmaya yönelik hedefle 550 milyon dolara yükseltilmiştir. 1993 CBP bütçesinin yaklaşık 570 milyon \$ 'lık kısmı uyuşturucuyla mücadele operasyonları ile ilgilidir (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.272).

Ajansın çalışmaları öncelikli olarak kimyasallardaki yasadışı trafiği engellemek, yasaklama yetkisini geliştirmek ve özel olarak özellikle güneybatı sınırında olmak üzere yüksek yoğunluklu icra işlemleri yürütmek üzerine yoğunlaşmıştır (ONDCP, 2007). 2006 verilerine göre CBP bir günde ortalama bir milyon yolcu ve yaya, 327.000 özel araç, 71.000 konteyner ve 85.000 mal ve kargo sevkıyatı işlenmiş; giriş

noktalarında 60'tan fazla kişi tutuklanmış ve ülkeye yasadışı yoldan girmeye çalışan yaklaşık 3.000 kişi yakalanmıştır. Ayrıca sınır geçişlerinde, günde ortalama 1,800 librelilik²² ve yasal sınır geçiş bölgeleri arasında yaklaşık 4000 librelilik narkotik ile yasadışı veya beyan edilmemiş para birimi cinsinden 150.000 dolardan fazla ve sınır giriş noktalarında dolandırıcı ticari ürünlerde yaklaşık 650.000 dolarlık uyuşturucu madde ele geçirilmiştir. CBP, bu amaca ulaşmak için yaklaşık 1.250 insan köpek çifti, 6.000 araç, 260 uçak, 200 deniz aracı ve 200 binicilik devriyesi kullanmıştır (ONDCP, 2006).

Büyük ve çok amaçlı bir sınır kontrol ajansı olan CBP, sorumluluklarını yerine getirmek için en etkili araçları belirlemede önemli bir esnekliğe sahiptir. Herhangi bir terör tehdidi oluşturabilecek kişilerin tespit edilmesini kolaylaştırmak için geliştirilen bilgi sistemleri, “İleri Yolcu Bilgi Sistemi (*Advance Passenger Information System – APIS*)”, “Öğrenci ve Değişim Ziyaretçi Sistemi (*Student and Exchange Visitor System – SEVIS*)” ve “ABD Ziyaretçi ve Göçmenlik Durum Endikasyon Teknolojisi (*U.S. Visitor and Immigrant Status Indication Technology – US-VISIT*)” bunlardan bazılarıdır. 2002 “Ticaret Kanunu'nun (*Trade Act of 2002*)” bir parçası olan “İleri Düzey Elektronik Bilgi Düzenlemeleri” olarak belirtilen “Otomatik Hedefleme Sistemi (*Automated Targeting System – ATS*)” ve “Otomatik Dışa Aktarma Sistemi (*Automated Export System – AES*)” ise bir tehdit oluşturabilecek mal veya malların tanımlanmasını kolaylaştırmaktadır. Bunların yanı sıra CBP, 11 Eylül 2001'deki terörist saldırılarının ardından İç Güvenlik Bakanlığı'nın bir parçası haline gelerek ve istihbarat işleme, sentezleme ve iyileştirme yeteneklerini artırmak için “İstihbarat Bürosu (*Office of Intelligent*)” ve “Ulusal Hedef Merkezini (*National Targeting Center – NTC*)” kullanmaktadır. CBP ayrıca, ABD Sahil Güvenlik ve ABD askeri güçleri ile hava ve deniz yoluyla uyuşturucu kaçakçılığına karşı gözetim, kesişme ve caydırıcılık sağlamak için yakın bir şekilde çalışmakta; sınırlar boyunca yasal seyahat ve ticaret faaliyetlerinin sorunsuz akışını kolaylaştırmak ve kaçakçılık, silah, uyuşturucu ve insan kaçakçılığını önleme için Meksika ve Kanada ile işbirlikçi çabalarını yoğunlaştırmaktadır. (Kranzler ve Korsmeyer, 2009, s.273)

²² 1 libre = 453,59 gr olarak hesaplanmaktadır.

3.2.15. ABD Halk Sağlığı Hizmeti Hastaneleri (U.S. Public Health Service Hospitals – USPHS)

ABD’de hükümete karşı suçtan hüküm giyen madde bağımlısı kişileri sınırlandırmak ve tedavi etmek amacıyla biri 1935'te Lexington, Kentucky'de; diğeri ise 1938'de Fort Worth, Texas'ta açılan ve “*ABD Halk Sağlığı Hizmeti Hastaneleri (U.S. Public Health Service Hospitals – USPHS)*” olarak adlandırılan iki kurum, suçluların yanı sıra herhangi bir suçtan mahkûm edilmemiş olan bağımlıların gönüllü olarak kabul edilmesini ve tedavi edilmesini de öngörmüştür. Kuruldukları günden itibaren sadece fiziksel bağımlılığı değil, aynı zamanda bağımlılıkla ilişkili olduğu düşünölen zihinsel ve duygusal sorunları da tedavi edecek şekilde tasarlanmış olan iki kurumdan, Lexington hastanesinin araştırma bölümü 1948 yılında idari olarak hastaneden ayrılmış ve “*Bağımlılığ Araştırma Merkezi (Addiction Research Center - ARC)*” olarak hizmet vermeye başlamıştır. Aynı yıl ARC, opiyat yoksunluğunun tedavisinde kullanılmak üzere “metadon (methadone)” denilen yeni bir ilacın etkili olduğunu bildirmiş; bir süre sonra metadon morfin ve eroin yoksunluğunun giderilmesinde standart tedavi olmuştur. Ancak 1966 yılında yürürlüğe giren *Narkotik Bağımlılığı Rehabilitasyon Yasası (Narcotic Addict Rehabilitation Act - NARA)*, bir mahkûmiyet veya herhangi bir suçlama olmaksızın ilaç tedavisi yapılmasının taahhüdünü sağlamış, bu nedenle NARA programı Fort Worth Merkezi 1971'de ve Lexington Center 1974'te olmak üzere iki merkezin kapanmasına yol açmıştır (USPHS).

3.3. ABD’nin Madde Bağımlılığıyla Mücadele Programları

3.3.1. Ulusal Gençlik Riskli Davranış Anketi (National Youth Risk Behavior Survey – YRBS)

YRBS, “*Hastalık Kontrolü ve Korunması Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention – CDC)*” tarafından düzenlenen bir proje olan “*Gençlik Riskli Davranış Gözetim Sistemi (Youth Risk Behavior Surveillance System – YRBSS)*”nin bir parçası olarak, ülkenin dört bir yanındaki lise öğrencileri arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleri kabul edilen kasıtsız yaralanmalara ve şiddete eğilimli davranışlar, istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili cinsel eylemler, alkol ve diğer madde kullanımları, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel

aktivite gibi sağlıkla ilgili riskli davranışları tespit etmek amacıyla 1991 yılından beri her yıl düzenli olarak gerçekleştirilen anket uygulamasıdır (CDC).

3.3.2. Gelecek İzleme Anketi

(Monitoring the Future Survey – MTF)

“*Gelecekteki Anketi İzleme (MTF)*” olarak adlandırılan çalışma, 1975 yılından beri “*Ulusal Uyuşturucu İstismarı Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse – NIDA)*” desteği ile Michigan Üniversitesi Araştırma Merkezi tarafından organize edilmekte ve yürütölmektedir. Her yıl Amerika’nın çeşitli bölgelerinden 50.000 lise öğrencisi üzerinde yapılan araştırmanın amacı, uyuşturucu madde kullanımının yaygınlığını ve uyuşturucu madde kullanımına neden olan değer ve tutumları tespit etmektir (NIDA.f).

3.3.3. Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Hanehalkı Anketi

(National Household Survey on Drug Abuse – NHSDA)

“*Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Hanehalkı Araştırması (National Household Survey on Drug Abuse - NHSDA)*” anketi, ABD DHHS bünyesindeki SAMHSA tarafından finanse edilerek, 1971 yılından beri uygulanan ve Amerika Birleşik Devletleri’deki yasadışı uyuşturucu kullanımı hakkında istatistikî bilgilerin ana kaynağını oluşturan, daha sonra ismi “*Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (National Survey on Drug Use and Health – NSDUH)*” olarak değiştirilen çalışmadır (SAMHSA.d).

3.3.4. Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi

(National Survey on Drug Use and Health – NSDUH)

ABD DHHS’nin 2003 yılında yayınladığı, daha önce “*Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Hanehalkı Araştırması (National Household Survey on Drug Abuse - NHSDA)*” olarak adlandırılan ve güncel ismi “*Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi (National Survey on Drug Use and Health – NSDUH)*” olan anket çalışmasıdır. Bu çalışma, 50 eyaletin tamamını karşılayan ve 70.000’in üzerinde bireyden oluşan örnekleme, ikamet yerlerinde yüz yüze uygulanan anket şeklinde gerçekleştirilmektedir (SAMHSA.d).

3.3.5. Tutuklu Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Programı (Arrestee Drug Abuse Monitoring Program – ADAM)

“Tutuklu Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Programı (Arrestee Drug Abuse Monitoring Program – ADAM)”, “Ulusal Adalet Enstitüsü (National Institute of Justice - NIJ)”nün bir araştırma programı olup; ABD şehirlerinde uyuşturucu kullanımı ve tutukluların diğer özellikleri hakkında program planlaması ve politika bilgisi sağlamaktadır. ADAM'ın biri eğitimli bir uzman görüşmeci tarafından tutukluya uygulanan bir anket ve diğeri tutuklunun son uyuşturucu kullanımını saptamak için tutukludan idrar örneği toplamak suretiyle yapılan uyuşturucu testi olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Bu iki teknik sayesinde yerel madde kötüye kullanımı sorunlarının boyutlarını değerlendirmek, suç oranı yüksek topluluklara hizmet eden veya onları hedefleyen programları tespit edebilmek ve bu popülasyonlar için uygun politika müdahalelerini planlamak amaçlanmaktadır (NIJ).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİ VE REHABİLİTASYON PROGRAMLARI

Maddenin kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı, özellikle ergen ve yetişkin grupları arasında oldukça yaygın olması, madde kullanım sayısı artarken kullanım yaşının gitgide düşüyor olması ve madde bağımlılığının toplumların geleceğini tehdit ediyor olması gibi nedenlerle, tüm toplumların mücadele ettiği en önemli hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle madde bağımlılığını önlemeye ve madde bağımlılığı tedavisi için uygulanan programların geliştirilmesine yönelik çalışmalara gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde önem verilmektedir (Özbay vd., 2017, s.82).

Önleme denildiğinde anlaşılması gereken ilk şey, bireyleri ve sistemleri yaşam olaylarının ve belirli geçiş dönemlerinin zorluklarına karşı güçlendirmek, sağlıklı davranış ve yaşam biçimleri kazandırmak olmalıdır. Bu bağlamda madde bağımlılığının önlenmesi, bireylerin madde kullanmasını ve bağımlı hale gelmesini engelleme amaçlı geliştirilen koruyucu sağlık hizmetlerini ve yasal uygulamaları kapsamaktadır. Alkol kullanımını yasal yaş sınırına çekerek azaltmak, reçeteli ve reçetesiz satılan ilaçların yalnızca medikal amacına uygun olarak kullanılmasını sağlamak, bağımlılık yapıcı özelliği bulunan diğer maddelerin yalnızca üretim amacına uygun olarak kullanılmasını sağlamak ve yasadışı maddelere erişimi engellemek madde bağımlılığının önlenmesinde uygulanması gereken öncelikli uygulamalar olarak sıralanabilmektedir (CSAP, 2006).

Madde kullanım bozukluklarının, bağımlılık tablosu oluşmadan ve sabit davranış kalıpları ortaya çıkmadan teşhis edilmesi, tedavi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi ve tam bir rehabilitasyon sağlanabilmesi açısından önem arz etmektedir. Madde bağımlılığı sorunu olan kişilerde kolların ön yüzü ve dirsek çukurlarında görülebilen iğne izleri, toplardamar trombozları, deri apseleri ve yaralar gibi doğrudan gözlenebilen semptomlar izlenebilmekte; ancak bir bireyin madde bağımlılığı sorunu olduğunu anlamak için başka davranışlarının da izlenmesi gerekebilmektedir. Okula veya işe gitmemek, performans kaybı, bakımsız dış görünüş, içe kapanıklık, kollarda

oluşan izleri kapatabilmek için sıcak havalarda dahi sürekli uzun kollu kıyafetler giymek, arkadaş çevresinin aniden değişmesi ve madde alt kültürüne üye arkadaşlardan yeni bir çevre edinilmesi, konuşma tarzında değişiklik, kronik burun akıntısı ve karın ağrısı, alışılmışın üzerinde harçlık istemek, hırsızlık ve fuhuş yapmaya başlamak gibi davranış değişiklikleri, bağımlılık sorunu olan kişilerde gözlenebilen başlıca davranış değişikliklerine örnek olarak gösterilebilmektedir (Tosun, 2008, s.212).

Madde bağımlılığı, kişinin kendi çabalarıyla tedavi edilebilecek bir hastalık olmayıp; beraberinde getirdiği yoksunluk semptomları, fizyolojik ve psikolojik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, anksiyete ve kaygı bozuklukları gibi diğer pek çok sorunla birlikte çözülmesi gereken komplike bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle madde bağımlılığından kurtulmak isteyen kişiler uzman müdahalesine ve bu süreçte aile ve yakın çevresinin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bunun yanı sıra, bağımlılık tedavisi gören kişinin bağımlılığının nüksetmesine neden olan psikolojik faktörleri ortadan kaldırılması, sorun çözme ve stresle baş edebilme becerilerinin geliştirilmesi, alkol ve madde kullanımına başvurmadan yaşamını mutlu bir şekilde idame ettirebilmesi için arındırma tedavilerinin yanı sıra psikoterapi alması gerekmektedir. Bu unsurlar göz önünde bulundurulduğunda, madde bağımlılığı tedavisinin uzun ve meşakkatli bir süreç olduğu söylenebilmektedir.

4.1. Madde Bağımlılığı Tedavi İlkeleri

Alkol ve madde bağımlılığı genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkisiyle gelişen, kronik nörobiyolojik bir hastalık olarak kabul görmesine karşın uzun yıllar yalnızca sosyal ve davranışsal yaklaşımlar ile tedavi edilmeye çalışılmış, bu nedenle bağımlılık psikofarmakolojisindeki gelişmeler psikiyatrinin diğer alanlarına göre daha yavaş bir ilerleme kaydetmiştir. Son 50 yılda depresyon, şizofreni gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan onlarca ilacın piyasaya sürülmesine karşın; yirminci yüzyılın sonuna kadar madde bağımlılığı tedavisinde onay alabilen tek ilaç disülfiram olmuş, son yıllarda ise naltrekson, akamprosot, metadon, buprenorfin gibi diğer ilaçların kullanımına da izin verilmiştir (Uğurlu, Şengül ve Şengül, 2012, s.38).

Arındırma (detoksifikasyon), madde bağımlılığı tedavisinin ilk adımı olup, madde kullanımının durdurulmasından itibaren ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin tedavisini amaçlamaktadır. Ancak arındırma tedavisinin yanında hastalarda sıklıkla

görülebilen depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve psikoz gibi durumların tedavisi için antidepresan, antipsikotik veya duygudurum düzenleyici ilaç tedavisi de uygulanabilmektedir. Ayrıca eroin ve kokain gibi damar içi madde kullanıcıları olan hastalar başta olmak üzere pek çok bağımlı hastada HIV/AIDS, hepatit, tüberküloz ve zührevi hastalıklar görülebilmektedir. Tedavi sırasında bu tür hastalıkları bulunan kişilere tıbbi tedavinin yanı sıra kendileri ve başkaları için tehdit oluşturabilecek durumları engellemek amacıyla danışmanlık desteği verilmelidir (Dilbaz, 2012, s.48-49).

NIDA tarafından (2014) yayınlanan “*Madde Bağımlılığı Tedavi İlkeleri (Principles of Drug Addiction Treatment)*” adlı kitapta bağımlılığın ödül ve motivasyon, öğrenme, hafıza ve davranış üzerinde engelleyici unsurları da dahil olmak üzere birden fazla beyin devresini etkilediği, bu nedenle bir beyin hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği ifade edilmekte; bağımlılık tedavisinin, bireyin uyuşturucu kullanmayı bırakmasını sağlamanın yanı sıra uyuşturucudan uzak bir yaşam tarzı sürdürmesine ve ailede, işte ve toplumda üretken bir işlevsellik kazanmasına yardımcı olmak üzere çok yönlü bir biçimde yapılandırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, etkili bir tedavide göz önünde bulundurulması gereken ilkeler aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (NIDA, 2014, ss.2-3):

- *Bağımlılık, beyin işlevini ve davranışını etkileyen karmaşık ama tedavi edilebilir bir hastalıktır.* Kötüye kullanılan maddeler, beynin yapısını ve işlevini değiştirerek, kullanımı bırakıldıktan çok sonra dahi devam eden değişikliklere neden olabilmekte, bu durum da potansiyel yıkıcı sonuçlarına rağmen nüksetme riskinin nedenini açıklamaktadır.

- *Herkes için uygulanabilecek tek bir tedavi yöntemi yoktur.* Tedavi, uygulanacak ilacın türüne ve hastaların özelliklerine göre değişiklik göstermekte; tedavi ortamını, yapılacak müdahaleleri ve uygulanacak destek hizmetlerini bireyin ihtiyaçlarına göre belirlemek, kişinin aile, iş yeri ve toplumdaki üretken işleyişine geri dönebilmesi için kritik öneme sahiptir.

- *Tedavinin uygulamaya hazır olması gerekmektedir.* Madde bağımlısı bireyler tedaviye başlama konusunda her zaman kararlı davranmayabilirler. Bu durumda tedavi mevcut ya da kolay erişilebilir değilse potansiyel hasta kaybedilebilir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, bağımlılık sürecinde de tedavi ne kadar erken sunulursa, olumlu sonuç alma olasılığı o kadar artmaktadır.

- *Etkili tedavi, bireyin yalnızca madde bağımlılığına değil, birden çok ihtiyacına yönelik olmalıdır.* Bağımlılık sürecinde uygulanacak tedavinin etkili olabilmesi için, bireyin yalnızca madde kullanımına yönelik değil; beraberinde ortaya çıkan tıbbi, psikolojik, sosyal, mesleki ve yasal sorunlarına da yönelik olması gerekir. Ayrıca uygulanması planlanan tedavinin sürdürülebilir olması için bireyin yaşına, cinsiyetine, etnik kökenine ve kültürüne de uygun olması gerekmektedir.

- *Yeterli bir süre boyunca tedaviye devam etmek çok önemlidir.* Tedavi için uygun görülen süre hastanın problemlerinin ve ihtiyaçlarının tipine ve derecesine bağlıdır. Madde bağımlılığından kurtulmak uzun bir süreçtir ve diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, madde kullanımında da nüksetmeler meydana gelebilmektedir. Bu durumda tedavinin yeniden başlatılması veya yeniden planlanması gerekebilir.

- *Davranışsal terapiler (bireysel, aile veya grup danışmanlığı da dahil olmak üzere) uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin en sık kullanılan biçimleridir.* Davranışsal terapilerin odak noktaları kişiye göre farklılık gösterebilmekte olup; hastanın değişme motivasyonunu ele almayı, yoksunluk için teşvik sağlamayı, uyuşturucu kullanımına direnme becerileri geliştirmeyi, uyuşturucu kullanma faaliyetlerini yapıcı ve ödüllendirici faaliyetlerle değiştirmeyi, problem çözme becerilerini geliştirmeyi ve daha iyi kişilerarası ilişkileri kolaylaştırmayı içerebilmektedir.

- *Bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçlar, özellikle danışmanlık ve diğer davranışsal terapilerle birleştirildiğinde tedavinin önemli bir unsurudur.* Örneğin, metadon, buprenorfin ve naltrekson eroin veya diğer opiyatlara bağımlı bireylerin yaşamlarını stabilize etmelerine ve yasa dışı uyuşturucu kullanımlarını azaltmalarına yardımcı olmada etkili olup; akamprosot, disülfiram ve naltrekson, alkol bağımlılığını tedavi etmek için onaylanmış ilaçlardır.

- *Kişiye uygulanan tedavi planı sürekli olarak değerlendirilmeli ve kişinin değişen ihtiyaçlarına yönelik olarak gerektiğinde uygulanan tedavi şekli de değiştirilmelidir.* Danışmanlık veya psikoterapiye ek olarak, bir hasta ilaca, tıbbi hizmetlere, aile terapisine, ebeveynlik eğitimine, mesleki rehabilitasyona ve/veya sosyal ve yasal hizmetlere ihtiyaç duyabilir. Böyle durumlarda hastanın değişen ihtiyaçlarına göre değişen tedavi yoğunluğu sağlanmalıdır.

- *Madde bağımlısı birçok kişinin başka ruhsal bozuklukları da vardır.* Her ikisi de ruhsal bozukluk olarak kabul edilen “*madde bağımlılığı*” ve “*akıl hastalıkları*”

sıklıkla birlikte ortaya çıkmakta; bu nedenle biri için tedaviye başvuran hastalar diğersleri açısından değerlendirilmelidir.

- *İlaç destekli detoksifikasyon (arındırma), bağımlılık tedavisinin yalnızca ilk aşamasıdır.* İlaç destekli detoksifikasyon, yoksunluğun akut fiziksel semptomlarını güvenli bir şekilde yönetebilmesine rağmen, bağımlı bireylerin uzun süreli olarak madde kullanımından uzak durmasını sağlamak için tek başına yeterli değildir. Bu nedenle hastalar detoksifikasyondan sonra ilaç tedavisine devam etmeleri için teşvik edilmelidir.

- *Tedavinin etkili olması için hastanın gönüllü olması şart değildir.* Aileden, istihdam ortamlarından ve/veya ceza adalet sisteminden gelen yaptırımlar da tedaviye başlamayı, alıkoyma oranlarını ve bağımlılık tedavisi müdahalelerinin nihai başarısını önemli ölçüde artırabilmektedir.

- *Bağımlılık tedavisi sırasında atlamalar olabileceğinden, ilaç kullanımı sürekli olarak izlenmelidir.* İzlendiğini bilmek, hastalar için güçlü bir teşvik olabilmekte, madde kullanma dürtülerine dayanmalarına yardımcı olabilmekte ve aynı zamanda, uyuşturucu kullanımına dönüşün erken bir göstergesini sağlayabilmektedir.

- *Tedavi programları, hastaları HIV/AIDS, hepatit B ve C, tüberküloz ve diğer enfeksiyöz hastalıkların varlığı açısından test etmeli ve gerekirse hastaları tedaviyle yönlendirmelidir.* Danışmanlık hizmeti, zaten enfekte olanların hastaların hastalıklarını yönetmelerine yardımcı olabileceği gibi; hastaları tesis dışı testlere yönlendirmek yerine yerinde, hızlı HIV testi sağlayarak “yüksek düzeyde aktif antiretroviral tedavi (*highly active antiretroviral therapy - HAART*)”nin HIV ile mücadelede etkili olduğu konusunda bilgilendirmeli ve test sonucu pozitif çıkarsa HIV tedavisi görmeleri için gerek yönlendirmeleri yapabilmelidir.



Şekil 4.1: Her bir hastanın ihtiyaçlarını karşılamak üzere oluşturulacak ideal tedavinin, terapi ve diğer hizmetlerin kombinasyonu ile mümkün olduğunu gösteren görsel (NIDA, 2014, s.8).

Bağımlılık tedavisinde kullanılacak yöntem ve teknikler bir yandan hastanın motivasyonunu artırmayı ve madde kullanma isteğine duyduğu direnci geliştirmesini hedeflerken; diğer yandan yoksunluk belirtilerini azaltmaya, uzun süreli madde kullanımına bağlı olarak gelişen fiziksel hasarları onarmaya ve bağımlılığın beraberinde getirdiği ruhsal hastalıkları da tedavi etmeye yönelik olmalıdır. Bu nedenle bağımlılık tedavisi, kişinin gereksinimlerine uygun olarak planlanmalı ve yalnızca kişinin madde kullanımına yönelik değil, aynı zamanda ilgili tıbbi, psikolojik, sosyal ve yasal sorunlarına yönelik girişimleri de kapsamalıdır.

4.2. Madde Bağımlılığının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Madde bağımlılığı tedavisi, bağımlı bireylerin kompulsif madde arama ve kullanma davranışını bırakmasına yardımcı olmayı amaçlayan bir tedavi olup; birçok farklı biçimde ve farklı sürelerde uygulanabilmektedir. Madde bağımlılığı nökslerle karakterize kronik bir hastalık olduğundan, kısa süreli, tek seferlik bir tedavi genellikle yeterli gelmemekte; çoğu zaman ilaç tedavisi, davranış terapisi (bilişsel-davranışçı terapi) veya bunların kombinasyonları gibi çoklu müdahaleleri ve düzenli izlemeyi içeren uzun vadeli bir süreci kapsamaktadır. Davranış terapileri, bağımlı kişileri arındırma ve idame tedavilerine katılma konusunda motive etmeye yardımcı olabilir,

madde kullanımından kaçınma ve nüksetmeyi önlemenin yolları konusunda yol gösterici olabilirler. Ancak fiziksel bağımlılıktan kurtulmak, vücudu bağımlı olunan maddeden arındırmak ve yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmak için farmakolojik desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, opiyat bağımlısı bireyler için “metadon”, “buprenorfin” ve “naltrekson” tedavileri tercih edilirken; tütün bağımlıları için “tütün müstahzarları (bantlar, sakız, pastiller ve burun spreyi)” ve “bupropion” ilaçları tavsiye edilmektedir. “Disülfiram” ve “akamprosaf” gibi ilaçlar ise daha çok alkol bağımlılığını tedavi etmekte kullanılmaktadırlar (NIDA, 2014, s.9).

4.2.1. Metadon (Methadone)

“Metadon (methadone)”, İkinci Dünya Savaşı sırasında morfine alternatif bir analjezik olarak sentezlenmiş olup; etkileri bakımından morfine benzer ancak etki süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir. FDA²³ tarafından ise 1947 yılında analjezik ve antitussif olarak kullanımı için onaylanan metadonun, afyon bağımlılığı tedavisinde etkili olduğu gözlenmiş ve 1972'nin sonlarında FDA tarafından afyon bağımlılığı tedavisi için de onaylanarak kullanılan birincil araç haline gelmiştir. 40 yılı aşkın bir süredir eroin başta olmak üzere opiyat bağımlılığı olan hastaların detoksifikasyon ve idame tedavisinde kullanılan metadon; madde kullanma isteğini azaltarak, eroin veya diğer tehlikeli opiyatlara tekrar kaymalarını engellemesi, hastaların tolerans geliştirmelerine neden olmadan yoksunluk belirtilerini hafifletmesi ve buna bağlı olarak doz artırma gereği olmadan hastaya günlük uygulanabilir olması bakımından tercih edilmektedir (Alpay, 1996, s.5; WHO, 2012, s.3; Çakıcı, Araz, Aksoy ve Gökyiğit, 2019, s.195).

Metadon kullanılarak uygulanan idame tedavisinde amaç; afyon bağımlısı olan hastalara uzun süreli metadon hidroklorür verilerek, yüksek morbidite ve mortalite riski taşıyan yasadışı eroin kullanımını yerine, uzun yarılanma ömrüne sahip yasal, oral bir afyon olan metadonu ikame etmek ve böylece eroine duyulan yoksunluğu ortadan kaldırmaktır. 85 mg'lık bir doz eroinin, yaklaşık olarak 20 mg oral metadona eşdeğer kabul edilmektedir. İdame tedavisinde 10-20 mg metadon ile başlandığı, yoksunluk belirtileri kontrol altına alınana kadar 10 mg'lık artışlarla devam ettiği, çoğu hastada

²³ FDA: Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (United States Food and Drug Administration), ABD Sağlık Bakanlığı'na bağlı gıda ürünleri, diyet eklentileri, insan ve veteriner ilaçları, kozmetikler, biyolojik medikal ürünler, tıbbi cihazlar ve radyasyon yayan aletlerin güvenilirliğinden ve bunların kullanımına bağlı halk sağlığından sorumlu bürodur (FDA: <https://www.fda.gov/about-fda/what-we-do>, Erişim Tarihi: 02.12.2021).

yoksunluk semptomlarını kontrol etmek için günde 40 mg ile idame ettirildiği bilinmekte; ancak yoksunluk semptomlarını etkili biçimde ortadan kaldırmak için daha yüksek dozlarda metadon uygulanması gerektiği öne sürülmektedir. Strain ve diğerlerinin (1999) yaptığı araştırma, günde 80 ila 100 mg metadon dozu verilen hastaların idame tedavisi sırasında gizli eroin kullanımının, günde 40 ila 50 mg metadon dozu verilen hastalara göre çok daha düşük olduğunu; aynı şekilde, Caplehorn ve diğerlerinin (1993) yaptığı araştırma ise, metadon idame tedavisi alan hastalardan 40 mg uygulanan programa kayıt olanların gizli eroin kullanma olasılığının günde 80 mg alan hastalardan 2,2 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Ayrıca yapılan araştırmalar metadon idamesinin yasadışı eroin kullanımını azaltmakla birlikte, ölüm riskini, HIV ve Hepatit gibi bulaşıcı hastalık riskini ve suç içeren eylemleri azalttığını ve sosyal açıdan iyileşme sağladığını göstermiştir (Anderson ve Kearney, 2000, s.43).

4.2.2. Buprenorfin (Buprenorphine)

“*Buprenorfin*”, 1960’larda opiyat bağımlılığının tedavisinde kullanılmaya başlanmış hem arındırma hem de idame tedavisinde kullanılabilen bir analjezik olarak ifade edilmektedir. Tebainden elde edilen yarı sentetik bir opiyat olan buprenorfin, analjezik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda morfinden 25-50 kat daha etkili olarak bilinmektedir. 2002 yılında FDA tarafından opiyat bağımlılığı tedavisinde kullanılmak üzere onaylanan buprenorfin, Avrupa’da birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan opiyat bağımlılığı tedavilerinde, metadona alternatif olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Her ikisinin de bağımlı kişilerin madde kullanma isteğini ve yoksunluk semptomlarını düşürdüğü ve uzun süreli etki sağladığı görülmüş; bu nedenle aşırı dozdan ölüm riskini engellemede güvenli birer ajan oldukları kabul edilmiştir. Buprenorfin opiyat bağımlılığı tedavisinde tek başına kullanılabilceği gibi ¼ oranında naloksonla kombine ederek de kullanılabilir. Buprenorfinin de diğer opiyat türleriyle benzer şekilde sedasyon, bulantı, kusma, sersemlik, terleme ve baş ağrısı gibi yan etkileri bulunmakta; uzun süreli kullanımı aniden kesildiği takdirde morfin benzeri yoksunluk semptomları gözlenebilmektedir (Kaya, Kaya ve Paltun, 2018, s.23; Çakıcı, Araz, Aksoy ve Gökyiğit, 2019, s.196).

4.2.3. Disülfiram (Disulfiram)

1951 yılında FDA tarafından onaylanan ve alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılan “*disülfiram (disulfiram)*”, asetaldehid sendromu adı verilen toksik bir durumun ortaya çıkmasını sağlayarak kişiyi alkol almaktan caydırmayı sağlamaktadır. Disülfiram tedavisine başlayacak olan hastanın en az 12 saattir alkol almamış olması gerekmektedir; disülfiram kullanmakta olan ve vücudunda asetaldehid biriken alkol bağımlısı kişi, alkol aldığı takdirde 5-10 dakika içinde taşikardi, hipotansiyon, bulantı ve kusma, aşırı terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, kızarma, uyuşukluk hali ve karın ağrısı gibi belirtiler göstermeye başlamaktadır. Disülfiramın vücuttan atılımının yavaş olması nedeniyle alındıktan 1-2 hafta sonra bile hastanın reaksiyon göstermesine neden olabilmektedir. (Youick ve Faiman, 1991; Chick, 1999; Fuller ve Gordis, 2004; Uluğ, 2007; İnanlı ve Eren, 2007; Uğurlu, Şengül ve Şengül, 2012; Dilbaz, 2012; Uzbay, 2015; SAMHSA, 2015).

Disülfiramın alkol bağımlılığı nüksünü önlemede etkili olduğunu savunan araştırmacılar sıklıkla uygulandığı koşulların önemini vurgulamaktadır. Tedavi için motive olmuş, yoksunluktan kurtulmak isteyen, tıbbi olarak uygun olan, denetimli doz alabilen ve disülfiram alırken alkol almanın ciddi sonuçları olabileceğini anlayıp kabul eden hastalar disulfiram tedavisi için uygun kabul edilmektedir. Disülfiram tedavisinde hastanın bağımlılıktan kurtulmak istemesi esastır ve ilaç hastanın onayı alınmak suretiyle verilmelidir. Tedavi sürecinde hekim gözetiminde hastaya belli aralıklarla az miktarda alkol verilerek, alkol kullandığı takdirde oluşacak belirtiler kendisine gösterilmekte ve böylece hasta koşullandırılmaktadır. Bununla birlikte hastaya bilişsel davranış terapisi ve uyumu teşvik etmeye yönelik sosyal ve yasal destek verilerek disulfiram tedavisinin etkinliği artırılabilir (Brewer, Myers ve Johnsen, 2000; Martin, Clapp, Alfors ve Beresford, 2004; Laaksonen, Koski-Jannes, Salapuro, Ahtinen ve Alho, 2008; Uzbay, 2015; SAMHSA, 2015).

4.2.4. Akamprosate (Acamprosate)

Alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılmak üzere 2004 yılında FDA tarafından onaylanmış olan “*akamprosate (acamprosate)*”, yapısı gereği kan-beyin bariyerini kolayca geçebilen ve beyinde taurin nörotransmitterine benzer bir inhibitör özellik gösteren bir sentetik glutamat reseptör antagonisti olarak tanımlanmaktadır. Uzun süreli alkol kullanımı beyinde glutamaterjik etkinliği arttırmakta ve GABAerjik

etkinliği azaltmaktadır. Akamprosot ise GABAerjik etkinliği arttırarak, glutamatın NMDA reseptörleri üzerinde ki etkisini düşürmektedir. Bu sayede akamprosot, glutamaterjik dizgedeki bozukluğu tolere etmek suretiyle alkol alma isteğinin baskılanmasına yardımcı olmaktadır (Su Topbaş, 2020, s.30).

Alkol tedavisi gören kişilerde akamprosot uygulaması 333 mg'lık tabletlerden günde 3 kez oral yolla alınmasını öngörmektedir. Uygun doz kişilerin kilosuna göre değişiklik göstermekle birlikte, 60 kilogram üstü kişilerin günde 6 tablet (sabah 2- öğlen 2- akşam 2 tablet) , 60 kilogram altındaki kişileri ise günde 4 tablet (sabah 2- öğlen 1- akşam 1 tablet) kullanması önerilmektedir. Akamprosotın insan vücudundaki yarılanma ömrü ise 20-33 saat arasında değişmekte ve insan vücudu tarafından metabolize edilmesi mümkün olmayan ilaç neredeyse hiç değişmeden böbrekler yardımıyla vücuttan atılmaktadır. Ayrıca yapılan araştırmalar akamprosotın antiinflamatuvar özellikler taşıdığını, beyin hasarlarında hafifletici etki gösterdiğini ve anksiyete semptomlarının düşürülmesine yardımcı olduğunu göstermiştir (Küsen, 2022, ss.56-57).

4.2.5. Naltrekson (Naltrexone)

FDA tarafından 1994 yılında onaylanan ve alkol bağımlılığının tedavisinde kullanılan “*naltrekson hidroklorür*”, uzun etkili bir opiyat antagonistidir. Alkolün keyif verici özelliğinden kaynaklanan olumlu pekiştirici etkiyi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan alkol alma isteğini, endorfin reseptörlerini bloke ederek azalttığı buna karşılık tiksindirici bir etki yaratarak olumsuz pekiştireç özelliği gösterdiğini bilinmektedir (Uğurlu, Şengül ve Şengül, 2012, s.39). Başlangıçta oral yoldan uygulanan naltrekson tedavisinin vücutta düşük alıkonma ve tutunma oranına sahip olduğunun görölmesi sonucunda, 2006 yılında FDA onayıyla enjekte edilebilir formölasyonu da geliştirilmiştir (CSAT, 2009). Naltrekson tedavisinin ayakta tedavi sürecindeki ve alkolden kaçınabilen hastalarda etkili olduğu, tedaviye başlamadan önceki birkaç gün alkol almamış olan hastalarda en yüksek faydanın sağlandığını bilinmektedir. Oral naltrekson 50 mg'lık tabletlerden oluşan günlük dozlar halinde uygulanırken (NIAAA, 2007; Fishman, Mee-Lee, Shulman, Kolodner ve Wilford, 2010); uzatılmış salımlı enjekte edilebilir naltrekson 4 haftada bir 380 mg'lık aylık dozlar halinde uygulanmakta, kas içi gluteal enjeksiyon ile uygulanan naltrekson enjeksiyon bölgesinde tutularak 4 hafta boyunca tutarlı bir şekilde salınmaktadır

(FDA, 2010). Yapılan çalışmalar (O'Malley, 1996; Kiefer ve Wiedemann, 2004; Bouza, Angeles, Munoz ve Amate, 2004; Srisurapanont ve Jarusuraisin, 2005; Wright ve Myrick, 2006; Snyder ve Bowers, 2008) oral naltrekson tedavisinin özellikle psikososyal tedavilerle desteklendiği takdirde alkol bağımlılığı nüksünü azalttığını, uzatılmış salımlı enjekte edilebilir naltrekson tedavisinin ise tedaviye başlamadan birkaç gün önce içmekten kaçınabilen hastalarda plasebo alan hastalara oranla yüzde 25 daha etkili olduğunu göstermektedir (Garbutt, Kranzler, O'Malley, Gastfriend, Pettinati, Silverman, Loewy ve Ehrich, 2005; O'Malley, Garbutt, Gastfriend, Dong ve Kranzler, 2007).

4.3. Madde Bağımlılığı Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetlerine Yönelik Alan Araştırması

Madde kötüye kullanımının ve madde bağımlılığının sebep olduğu zararları en aza indirebilmek için öncelikle bağımlılığın ne olduğunu, bağımlılık yapıcı maddelerin ve bu maddelerin etken özelliklerinin neler olduğunu, ulusal ve uluslararası düzeyde madde bağımlılığı sorununun boyutlarını, madde bağımlılığıyla mücadele alanında geliştirilebilecek politikaları ve önleme çalışmalarını iyi analiz etmek gerekmektedir. Bireylerin madde bağımlılığından korunması kadar, bağımlı durumdaki kişilerin tedavi edilmeleri ve sağlıklı bir şekilde sosyal yaşama uyum sağlamaları da önem arz etmektedir. Bu bağlamda, madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon merkezleri ile bu merkezlerde uygulanacak tedavi ve rehabilitasyon programlarının geliştiricisi konumundaki kişi ve makamlara büyük görev düşmektedir.

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmaları, tedavi ve rehabilitasyon programlarının etkinliğini ve bu programların uygulandığı sağlık kuruluşlarının fiziki yeterliliklerini, 1970'lerden itibaren madde bağımlılığıyla gerek yasal gerek finansal gerekse sosyal anlamda en etkin mücadele eden ülkelerden biri olan ABD'yi model alarak, mümkün olduğu kadar karşılaştırma esaslı, doktora tezi kapsamı ile sınırlı kalmak şartı ile bir saha araştırması gerçekleştirilmiştir. Saha çalışması hem ABD hem de Türkiye'de madde bağımlılığı tedavisi alanında görev yapan uzman personelle gönüllü olarak gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmeleri kapsamaktadır.

4.3.1. Araştırmanın Konusu

Madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonunu üstlenen kurum ve kuruluşların fiziki yapısı, kabul ve katılım şartları, kurumlar arası standardizasyon, takip sistemi, bütçe ve yasal sınırlılıklar ile kurumlarda uygulanan tedavi ve rehabilitasyon programlarının içeriği, süresi, etkinliği gibi kurum ve programlar hakkındaki bilgiler ile; bu alanda çalışan uzman personelin, madde bağımlılarının tedavi ve rehabilitasyon sürecinde edinmiş oldukları kişisel deneyimler, yaşadıkları zorluklar, programların eksik ve dezavantajlı yönleri hakkındaki düşünceleri gibi unsurlar bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

4.3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Doktora tezi olarak hazırlanmış olan bu çalışmada, Türkiye’de yürütülen madde bağımlılığıyla mücadele politikaları, yasama faaliyetleri, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları; madde bağımlılığının en çok görüldüğü ve özellikle 1970’lerden itibaren madde bağımlılığıyla gerek yasal gerek finansal gerekse sosyal anlamda en etkin mücadele eden ülkelerden biri olan Amerika Birleşik Devletleri’nde yürütülen politika ve faaliyetler model alınarak değerlendirilmeye çalışılacaktır. Bu sayede, madde bağımlılığı ile mücadeleye farklı bir bakış açısı kazandırmak ve ülkemizde yürütülen madde bağımlılığıyla mücadele politikalarını daha iyi bir seviyeye taşımak amaçlanmaktadır. Bu araştırma, ülkemizde gittikçe artan madde bağımlılığına karşı geliştirilen ve yasal olarak desteklenen madde bağımlılığı ile mücadele politikalarının yanı sıra önleme, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının incelenmesi, etkinliğinin tartışılması, geliştirilmesine katkı sağlanması ve bu alanda öncü durumdaki ülkelerle benzer bir seviyede madde bağımlılığı ile mücadele edilebilmesi açısından önem taşımaktadır.

4.3.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın büyük bir kısmı literatür taramasına dayalı olarak hazırlanmış olup, madde bağımlılığının açıklanmasına ilişkin tanım ve teorilerin yanı sıra, ele alınan her iki ülkenin de madde bağımlılığıyla mücadelesinde hangi kurum ve kuruluşların görev aldığı, geçmişten bugüne ne tür yasal düzenlemelerin yapıldığı, madde bağımlılığının tedavisinde hangi güncel tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerinin uygulandığı konularına teorik kısımda yer verilmiştir.

Saha araştırması kapsamında ise, “*TÜBİTAK 2214/A Yurt Dışı Doktora Sırası Araştırma Burs Programı*” kapsamında “*misafir araştırmacı (visiting researcher)*” olarak bulunduğum University of Minnesota – Department of Sociology’de yürütmüş olduğum araştırmanın bir parçası olarak ABD’nin Minnesota eyaletinde bulunan Minneapolis ve St. Paul kentlerinin oluşturduğu Twin Cities bölgesindeki rehabilitasyon merkezleri ile iletişime geçilmiş, görüşme talebini kabul eden 4 farklı kurum ziyaret edilerek, bu kurumlarda farklı ünvanlarla görev yapan 5 gönüllü ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

ABD’de uygulanan görüşme formu, Türkiye’deki AMATEM’e bağlı kurumlarda çalışan uzman personele de uygulanmak istenmiş; ancak bürokratik engeller nedeniyle görüşmeler kısıtlı olarak gerçekleştirilebilmiştir. “*Devlet hastanesi*” statüsündeki AMATEM birimleriyle yapılacak her türlü akademik çalışma Sağlık Bakanlığı iznine tabi olduğundan, Etik Kurul kararı saha araştırması için yeterli olmamış; görüşme yapılmak istenen dönemin tüm dünyayı etkisi altına alan “*pandemi*”nin hemen sonrasına denk gelmesi ve Sağlık Bakanlığı’nın pandemi koşullarında kurum dışından araştırmacı kabul etmemesi nedeniyle kurum ziyaretleri gerçekleştirilememiştir. Buna karşın, AMATEM sertifikalı olup, “*özel sağlık kuruluşu*” statüsündeki farklı kurumlarda uzman psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı, hemşire gibi ünvanlarla görev yapan 10 gönüllü ile görüşme gerçekleştirilebilmiştir.

Görüşme kapsamında katılımcılara İngilizce ve Türkçe dilinde hazırlanmış soru formlarında yer alan; 5 ana başlık altında 22 adet soru yöneltilmiş ve cevaplar yazılı ve/veya sesli kayıt altına alınmıştır. Hem İngilizce hem de Türkçe formatında görüşme formu örnekleri Ek-2 ve Ek-3’te sunulmuştur.

4.3.4. Araştırma Bulguları

Doktora tezi kapsamında yapılan saha araştırmasının ABD’de gerçekleştirilen kısmı, “*TÜBİTAK 2214/A Yurt Dışı Doktora Sırası Araştırma Burs Programı*” kapsamında “*misafir araştırmacı (visiting researcher)*” olarak bulunduğum University of Minnesota – Department of Sociology’de yürütmüş olduğum araştırmanın bir parçası olarak; 2018 yılının Şubat ve Nisan ayları arasında ABD’nin Minnesota eyaletinde bulunan Minneapolis ve St. Paul kentlerinin oluşturduğu Twin Cities bölgesinde yer alan “*RS Eden Drug & Alcohol Abuse Treatment*”, “*Mn Adult & Teen Challenge*”, “*Park Avenue Center*” ve “*Hazelden Betty Ford Foundation*” adlı tedavi

ve rehabilitasyon merkezlerinde klinik danışman, kabul müdürü, Sosyal Yardım Yöneticisi, PsyD, LADC ve CPP ünvanları ile görev yapan gönüllü 5 uzman personel ile yarı yapılandırılmış görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir.²⁴

Aynı araştırma Türkiye’de de gerçekleştirilmek istenmiş ancak devlet hastanesi statüsündeki AMATEM klinikleri, Sağlık Bakanlığı’ndan izin alınmadığı için ziyaret edilememiş; AMATEM sertifikalı özel sağlık kuruluşları ise pandemi koşulları, yoğun mesai ortamı ya da hasta yakını olmayan kişilerin ziyaretinin yasak olması gibi gerekçelerle ziyaret kabul etmemiştir. Bu nedenle, madde bağımlılığı alanında farklı kurumlarda uzman psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı, hemşire gibi ünvanlarla görev yapmış ya da yapmakta olan 10 gönüllü ile çalıştıkları kurum dışından iletişime geçilerek bir kısmı 16-20 Mart 2022 tarihleri arasında, bir kısmı ise 12-15 Nisan 2022 tarihleri arasında olmak üzere görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle soru formunda yer alan ve kurumların fiziki şartları ile organizasyon yapılmasına dair sorulara görüşmeye katılan kişilerin konu hakkında detaylı bilgisinin olmaması ya da kurum hakkında bilgi vermekten çekinmeleri gibi nedenlerle kısıtlı cevaplar alınabilmiştir. Aynı kurumda ya da benzer kurumlarda çalışan ve dolayısıyla sorulara aynı cevabı veren kişiler için genellemeler yapılmış ya da yalnızca birinin cevabına yer verilmiştir.

Çalışma kapsamındaki katılımcıların isim ve görev ünvanlarının gizli tutulması gerektiği için her bir katılımcı için bir harf kodu verilmiş; ABD’de görüşme yapılan 5 katılımcı “A, B, C, D, E” ve Türkiye’de görüşme yapılan 10 kişi ise “F, G, H, I, J, K, L, M, N, O” harfleriyle sembolize edilmiştir. Ayrıca görüşme formu hazırlanırken kurumların “*tedavi ve rehabilitasyon*” hizmeti verdikleri varsayılmış, bu nedenle de söz konusu tüm programlardan “*rehabilitasyon*” şeklinde söz edilmiştir. Bu nedenle sorularda geçen “*rehabilitasyon*” kelimesi ile tüm “*tedavi, terapi ve rehabilitasyon*” hizmetleri kastedilmiş ve verilen cevaplar bu bağlamda değerlendirilmiştir. Yapılan görüşmelerden elde edilen veriler görüşme formunda yer alan başlık ve soru numaralarına göre sıralı olarak verilerek değerlendirilmiştir.

²⁴ Yukarıda bahsi geçen ve özel sağlık kuruluşu statüsünde bulunan bu kuruluşların yanı sıra, ABD’nin Minnesota eyaletinin Red Wing kasabasında yer alan ve Adalet Bakanlığı bünyesinde hizmet veren bir çocuk ıslahevi olan “*Minnesota Correctional Facility – Redwing*” de ziyaret edilmiş; burada görev yapmakta olan 2 uzman psikolog ile görüşülerek, tesiste bulunan tutuklu ya da hükümlü durumdaki madde bağımlısı çocuk ve gençlere uygulanan tedavi ve rehabilitasyon programları hakkında genel bilgi alınmış; ancak Adalet Bakanlığı’ndan alınmış resmi bir izin olmadan tesisin fiziki özellikleri ya da uygulanan programların içerikleri hakkında detaylı bir bilgi verilemeyeceği ve yapılan görüşmenin herhangi bir şekilde kayıt altına alınmayacağı ifade edilmiştir. Bu nedenle, Minnesota Correctional Facility’ye yapılan bu ziyaret ve yapılan görüşmeler saha araştırması kapsamına alınmamıştır.

Bölüm I - Organizasyon hakkında genel bilgiler:

1- Görüşme gerçekleştirilen katılımcılara “*Kuruluşun yapısı ve kapasitesi nedir?*” sorusu sorulmuştur. ABD’deki kurumlarda görev yapan katılımcılar bu soruya kendi genel olarak tedavinin yataklı ya da ayaktan olması, yoğunluk düzeyi, konaklama içerip içermemesi gibi durumlara göre farklı tedavi programları olduğunu ve kurumun fiziki yapısına göre bu programlara kabul edilebilecek hasta kapasitesinin değiştiğini ifade etmişlerdir. Örneğin, A: “*Kadın programının yatılı ve konaklamalı ayaktan tedavi olmak üzere iki ana bölümü vardır. Bu bölümler içinde orta yoğunlukta yatılı, orta yoğunlukta konaklamalı ayaktan tedavi, orta yoğunlukta konaklamasız ayaktan tedavi ve düşük yoğunluk gibi farklı bakım düzeyleri vardır.. Kadın-Yatılı programı 13 yatak kapasitesine sahiptir. Pansiyonlu Kadın Poliklinik ise ayaktan tedavi programı kapsamında, kadın ve 13 yaş altı çocuklarını barındıran 15 üniteli bir apartmana sahiptir.*” şeklinde bu soruyu yanıtlarken; farklı lokasyonlarda birden fazla şubesi olan başka bir merkezde görev yapan E: “*Merkezimiz ülke genelinde yatılı tedavi, konaklamalı ayaktan tedavi, ara bakım yoğun ayakta tedavi ve ayakta tedavi arasında değişen 17 farklı tedavi programı ve konumundan oluşmaktadır.*” şeklinde yanıt vermiştir. Yataklı tedavi hizmeti vermeyen ve sadece ayaktan tedavi programları bulunan bir kurumda görev yapan “D” ise, yaklaşık 320 hastaya ayaktan tedavi hizmeti verdiklerini, uygulanan tedavi programının cinsiyete, risk düzeyine göre (düşük yoğunluktan yüksek yoğunluğa doğru), akıl sağlığına ve kullanılan maddenin ne olduğuna göre bireysel farklılıklar gösterdiğini ifade etmiştir. Kurumların hasta ve yatak kapasiteleri ise fiziki yapılarına göre değişiklik gösterebilmektedir.

Türkiye’de AMATEM’e bağlı olarak hizmet veren tedavi merkezlerinde ise genel olarak alkol bağımlılarına ve diğer madde bağımlılarına yönelik olmak üzere iki ana program olup, bazı kurumlarda yalnızca madde bağımlılığı klinikleri kadın ve erkek olmak üzere ayrılırken; bazılarında hem alkol hem de madde bağımlılığı klinikleri kadın ve erkek olarak ayrılmaktadır. Ayaktan tedavi hizmeti bulunmayan bir kurumda görev yapmakta olan “F”, kadın madde bağımlıları, erkek madde bağımlıları ve alkol bağımlıları için 3 ayrı servisi bulunan kurumun 222 yatak kapasiteli olduğunu ve görüşme yapıldığı esnada yaklaşık 100 hastaya hizmet verdiklerini belirtmiştir. Bir başka kurumda görev yapan “J” ise, 15 kişilik genel madde bağımlıları ve 15 kişilik eroin bağımlıları için ayrılmış, toplam 30 kişi kapasiteli bir tesise sahip olduklarını; ayaktan tedaviler ise poliklinik hizmeti şeklinde yürütüldüğü için konaklama sağlamadıklarını ifade etmiştir.

2- Katılımcılara “*Kurumun birlikte çalıştığı grubun yaş aralığı ve cinsiyeti nedir?*” sorusu sorulmuştur. Katılımcıların çok büyük bir kısmı, çalıştıkları hastaların 18 yaş üzeri olduklarını ifade ederken, ABD’deki kurumlardan çocuk ve gençlik grupları için de özel tesisleri bulunan kurumlarda görev yapan “C”: “*Buffalo’daki 12-19 yaş arası erkek yatılı ve Minneapolis’teki 16 yaş ve üzeri erkek ve kız çocuk kliniklerimize ilaveten 18 yaş üzeri kadın ve erkekler*” şeklinde bu soruyu yanıtlarken; “E” ise bu soruya: “E: “*Her yaşta insanla çalışıyoruz ancak Plymouth’taki tesisimiz 12-25 yaş arası ergenlere ve genç yetişkinlere hizmet vermektedir*” şeklinde yanıt vermiştir. Bu soruyu cinsiyet yönünden ele alan “D” ise: “*Kendilerini erkek, kadın veya LGBTQIA spektrumunda herhangi bir yerde tanımlayan tüm yetişkinlere hizmet vermekteyiz; ancak, hizmetlerimiz geleneksel cinsiyet tanımlamasına (erkek/kadın) göre bölünmüştür*” ifadelerini kullanmıştır.

Türkiye’deki AMATEM birimlerinde ise 18 yaş zorunlu alt limit olarak kabul edilmekte; bunun nedeni olarak tedavi programlarının kişinin rızası ile katılması koşulunun olduğu, rızasının alınabilmesi için de reşit olması gerektiği gösterilmektedir. Bu nedenle AMATEM birimlerinde tedavi gören hastalar 18 yaş üstü kadın ve erkeklerden oluşmaktadır. Ancak katılımcılardan “N” çalıştığı kurumda istisnai durumlarda, 14 yaşına kadar hasta yatışı sağladıklarını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra genel hasta popülasyonunda erkek çoğunluğunun dikkat çekmesine karşın, “J”: “*Son bir aylık dönemde kadın hasta sayısında ciddi bir artış olmaya başladı, şu an için erkek hastalarla kadın hastalar neredeyse yarı yarıya diyebilirim*” ifadelerini kullanarak, kadın madde bağımlısı sayısındaki artışa dikkat çekmek istemiştir. Bağımlılık tedavisi gören hastaların yaş grupları göz önünde alındığında ise “O”: “*madde bağımlılığında yaş aralığı 20-30 civarında görünüyor; alkolde ise 30 üstü, 40-50 belki...*” diyerek alkol bağımlılarının yaş ortalamasının, diğer madde bağımlılarının yaş ortalamasından daha yüksek olmasına vurgu yapmış; “J” de: “*madde kullanım bozukluğu olan hastalar ergen gruptan 40 yaşa kadar uzanan bir aralıkta, alkol kullanım bozukluğu olan hastalar ise biraz daha 35 üstü*” diyerek onu desteklemiştir.

3/4- “*Rehabilitasyon programlarının maliyeti kim tarafından karşılanmaktadır?*” ve “*Devlet rehabilitasyon programlarının ne kadar karşılıyor? Bunun için yetkili merci neresidir?*” sorularına genellikle birlikte cevap verildiği için bu iki soru beraber ele alınmıştır. Bu soruya ABD’deki kurumlarda görev yapan katılımcılar büyük oranda benzer cevaplar vermişlerdir. Katılımcıların çoğu tedavi masraflarının büyük oranda kişinin kendisi ya da ailesi tarafından karşılandığını ifade

ederken; alternatif finans kaynakları için “A”: *“Tedavi maliyeti, müşterinin sigorta durumuna bağlı olarak özel sigorta, ön ödemeli tıbbi yardım programı (Medicaid, Medicare) ya da özel ödeme tarafından karşılanabilir. Ayakta tedavi programı için konaklama ise Hennepin County (ilçe yönetimi) tarafından karşılanmaktadır.”* demiştir.

Türkiye’de ise madde bağımlılığı tedavi hizmetleri büyük oranda kişinin kendisi ya da ailesi tarafından karşılanırken; sosyal güvencesi bulunan hastaların tedavi masraflarının küçük bir bölümü, eğer kurumun SGK ile anlaşması varsa SGK tarafından karşılanmaktadır. Ancak hem SGK tarafından yapılan ödemenin, tedavinin çok küçük bir bölümünü kapsıyor olması hem de SGK kayıtlarında madde bağımlılığı tedavisi ibaresinin görüneceği endişesiyle hastaların bu seçeneği pek tercih etmedikleri ifade edilmiştir.

5- Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde uygulanan tedavi ve rehabilitasyon programları için kabul edilmiş ortak standart bir uygulama olup olmadığını öğrenmek için sorulan *“Rehabilitasyon hizmeti veren kuruluşlar arasında uygulanan bir standardizasyon var mıdır?”* sorusuna ABD’deki kurumlarda görev yapan katılımcılar, uygulanan tedavi ve rehabilitasyon programlarının hükümet ve eyalet yönergelerine göre belirlendiğini, bu uygulamaların sıkı bir şekilde denetlendiğini, bu nedenle de belirlenen standartlara uygun hizmet vermeye dikkat edildiğini ifade etmişlerdir. Bununla ilgili olarak “A”: *Kurumumuz İnsan Hizmetleri Departmanı tarafından ‘245G Minnesota Tüzüğü (Minnesota Statutes Chapter 245G)’ kapsamında lisanslanmıştır. Bunlar, personel, dokümantasyon ve tüm müşteri hizmetleri dahil olmak üzere tedavi hizmetlerinin gereksinimlerini yönetir ve standartlaştırır”* ifadelerini kullanırken, “B” ise: *“İnsan Hizmetleri Departmanı ve Minnesota Sağlık Departmanı tarafından yönetilen lisanslı bir tesisiz. Minnesota eyaletindeki tüm programların kanun ve prosedürlere uygun olarak yürütüldüğünden ve bu kanun ve prosedürlerle uyumlu olduğumuzdan emin olmak için periyodik saha denetimleri gerçekleştirilmektedir”* sözleriyle uygulanan tedavi programlarının belirlenen standartlara uygunluğunun hükümet tarafından titizlikle denetlendiğine dikkati çekmektedir.

Türkiye’deki kurumlarda ise DSM-5 madde bağımlılığı tanı kriterlerine, Sağlık Bakanlığı *“Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği”* kapsamında belirtilen koşullara ve dünya genelinde kabul görmüş yöntemlerine uygun olarak standart arındırma (detoksifikasyon) tedavisi uygulanmakta, rehabilitasyon programları ise

kurumun kendi imkanlarına göre şekillenmektedir. Bir başka ifadeyle; madde bağımlılığı tedavisi hizmeti veren tüm AMATEM birimlerinde aynı tedavi yöntemleri uygulanmakta olup; kurumların birbiri ile koordinasyonu bulunmamaktadır. Bunu “F” şu sözlerle ifade etmiştir: *“Tüm AMATEM birimlerinde uygulanan tedavi süreci aynı, arındırma tedavisi uygulanıyor. Bizim diğer AMATEM birimleriyle aramızda bir koordinasyon yok ama uyguladığımız prosedür standart”*.

Bölüm II - Programlar hakkında genel bilgiler:

6- Madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon programlarına kabul edilme şartlarını belirlemek amacıyla *“Rehabilitasyon programına dahil edilecek kişinin asgari şartları nelerdir?”* şeklinde yöneltilen bu soruya hem ABD’deki hem de Türkiye’deki kurumlarda görev yapan katılımcılar birbirleriyle neredeyse aynı cevapları vererek; tedavi programına dahil olacak kişilerin öncelikle madde bağımlılığı tanı kriterlerini taşıyor olmaları, 18 yaşını doldurmuş olmaları (özel şartlar ve istisnalar hariç), tedavi olmaya gönüllü olmaları, uygulanacak ilaç tedavisinin gerektirdiği fiziksel koşullara uygun olmaları gerekmektedir. Bunun dışındaki şartlar ise kişinin bağımlı olduğu maddenin ne olduğu, eşlik eden hastalık veya davranış bozukluğunun olup olmadığı, bağımlılık düzeyi ve risk/ihtiyaç potansiyeli açısından yapılacak olan testler sonucunda belirlenmektedir.

Katılımcılardan “J”, tedavi programına dahil olan kişinin programa katılmadan önceki değil, katıldıktan sonraki şartlarının uygun olmasının daha önemli olduğuna dikkati çekerek *“Örneğin, pandemi şartları için konuşursak “Covid-19” testini yaptırmış olması, en az üç gün telefon, laptop ve herhangi bir şekilde internet erişiminin olmayacağını kabul etmesi, madde tarama testine izin vermesi gibi bazı şartları sağlaması gerekiyor. Bu şartları kabul ettikten sonra bağımlılık kriterlerini sağlıyorsa ve daha önce kurumda tedavi görüp bu süreçte “kara liste”ye alınmamışsa yatış verilerek tedavi programına alınmasında herhangi bir sakınca yok”* demiştir.

7- Madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon programlarının içeriği hakkındaki *“Kaç tür rehabilitasyon programınız var ve program ne kadar sürüyor?”* sorusuna ABD’deki kurumların uyguladığı standart programlar hakkında en genel cevabı “A” ve “B” vermiştir: A ve B: *“Kadınlara yönelik hizmet veren kurumumuzda 4 farklı bakım düzeyinde programımız var:*

3.1 - Orta Yoğunlukta Konaklama, haftada en az 15 saat grup/bireysel danışmanlık gerektirir. Bu bakım seviyesinde kalış süresi, müşteri ihtiyaçlarına bağlıdır. Çoğu müşteri 30-90 gün boyunca bu bakım seviyesindedir.

2.5 - Orta Yoğunlukta Konaklamalı Ayakta Tedavi, haftada en az 20 saat grup/bireysel danışmanlık gerektirir. Bu bakım seviyesinde kalış süresi, müşteri ihtiyaçlarına bağlıdır. Ortalama kalış süresi 90-210 gündür.

2.1 - Orta Yoğunluklu Ayakta Tedavi, haftada 9-19 saat grup/bireysel danışmanlık gerektirir. Bu bakım seviyesinde kalış süresi 30-120 gündür.

1 - Düşük Yoğunluklu Ayakta Tedavi, haftada 9 saatten az grup/bireysel danışmanlık gerektirir. Bu bakım seviyesinde kalış süresi 30-120 gündür.”

“D” ise standart prosedürde uygulanan bu programlara ilaveten, hastaların eşlik eden psikozlarına yönelik “Karmaşık Eşlik Eden Tedavi (Complex Co-occurring Treatment)” ile Afrikalı Amerikalı vatandaşlar için kültüre özgü bir program da sunduklarını ifade etmiştir.

Türkiye’de bulunan madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde ise genel olarak alkol bağımlılarına ve uyuşturucu madde bağımlılarına yönelik olmak üzere iki ana program olup, bazı kurumlarda yalnızca madde bağımlılığı klinikleri kadın ve erkek hastalar için ayrılırken; bazılarında hem alkol hem de madde bağımlılığı klinikleri kadın ve erkek hastalar için ayrılmaktadır. Madde bağımlıları arasında ise eroin bağımlılarının, diğer madde bağımlılarından genellikle ayrı tutulduğu dikkati çekmektedir. Bunun sebebini “F”: “Eroin hastaları diğer madde bağımlılarından ayrı tutuluyor çünkü kriz anlarını farklı yaşıyorlar, bilinçleri gidiyor, kendilerini kaybediyorlar ve daha saldırgan olabiliyorlar” şeklinde açıklarken; “N” ise: “Genel madde bağımlıları için standart arındırma tedavisi programı 1 hafta ile 15 gün arasında değişen ve çoğunlukla benzodiazepin grubu ilaçlar ve gerekli görülmesi halinde uygulanan diğer semptomatik ilaçlarla sürdürülmektedir. Ancak eroin bağımlılarına, genel madde bağımlılarından farklı olarak 4 gece 5 gün süren yoğun bir arındırma tedavisi ve ardından Naltrexon implantı uygulanmaktadır” şeklinde ifade etmiştir.

8- “Kimin hangi programa dahil edileceğine kim tarafından ve nasıl karar veriliyor?” sorusuna ABD’deki kurumlarda görev yapan katılımcıların çoğu, hastaların hangi programlara dahil edileceğine, madde kullanım bozukluklarını taramakta kullanılan ve Minnesota yasalarına göre değerlendirilen “Kural 25 Değerlendirmesi (Rule 25 Assessment)” adlı ölçek ile; ASAM (American Society of Addiction Medicine) tarafından geliştirilen ve madde bağımlılığı ve eşlik eden durumları olan hastaların tedavi merkezlerine yerleştirilmesi, tedaviye devam etmesi, nakledilmesi veya taburcu edilmesi gibi durumlar için en kapsamlı ve en yaygın

kılavuz olan “*ASAM Kriterleri (ASAM Criteria)*” kapsamında karar verdiklerini ifade etmişlerdir.

Türkiye’deki kurumlarda görev yapan katılımcıların ise neredeyse tamamı hastaların hangi programlara dahil edileceğine, DSM-5 tanı klavuzu çerçevesinde kurum hekimlerinin karar verdiğini belirtmişlerdir. Bununla ilgili olarak bir katılımcı “*Hekimler, kişinin bağımlılık şiddetine, hastalık yapısına, farkındalık düzeyine, içgörüsüne, tıbbi durumuna, aile yapısına göre, kişinin hastalık durumuna göre, farkındalık düzeyine, içgörü ve tıbbi durumuna göre hangi tedavi programına dahil edileceğine karar verirler. Örneğin, orta şiddetli bir bağımlılığı olan hasta ortalama 2-3 hafta bir yatış ile programa dahil olurken; psikoza olan hastanın tedavisi bir ay ya da daha uzun sürebilmektedir. Bu durum tamamen hastanın programla uyum ve iş birliğine bağlı...*” ifadelerini kullanmıştır.

9- “*Bağımlı bir kişi hangi durumlarda programa kabul edilmez?*” sorusuna ise neredeyse tüm katılımcılar bağımlılık tanı kriterlerine uymayan, ağır psikoza veya intihar eğilimi olan, kendine ya da bir başkasına zarar verme tehlikesi bulunan kişilerin programlara kabul edilemeyeceğini; bunların dışında, ilk etapta 6. sorunun cevabında belirtilen asgari şartları karşılayan herkesin tedavi programlarına kabul edileceğini fakat tedavi sürecinde “*disiplinsizlik*” ve “*şiddet*” içeren davranışlarda bulunan hastaların programdan çıkarılacağını ifade etmişlerdir. Bununla ilgili olarak “O”: “*Tedavi programına dahil edilen bir hasta, tedavi sürecinde kurum çalışanlarına ya da başka bir hastaya zarar verecek düzeyde saldırgan davranışlar sergilerse, tedavi programından çıkarılarak “kara liste”ye alınır. Bu da devam eden 6 ay boyunca kuruma hasta olarak yeniden giriş yapamayacağı anlamına gelir*” şeklinde durumu ifade etmiştir.

10- Madde bağımlılığı tedavisinde uygulanan yöntemleri ve süreci anlayabilmek için katılımcılara “*Rehabilitasyon süreci farmakolojik olarak da destekleniyor mu?*” diye sorulmuştur. Alınan cevaplar gösteriyor ki gerek ABD’deki gerek ise de ülkemizdeki tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan madde bağımlılığı tedavisi farmakolojik olarak benzerlik göstermekte ve hemen hemen aynı tür ilaçlar kullanılmakta; kötüye kullanım ihtimali olan ilaçlar ise kullanılmamakta ya da hastanın yalnızca hekim kontrolünde alması sağlanmaktadır. Buna göre, arındırma tedavisinin ilk aşamasında yoksunluk semptomlarını azaltmaya yönelik benzodiazepinler (Diazem), ikinci aşamada ise istekle başa çıkabilmeleri için naltrexon hidroklorür (Ethylex) ya da disülfiram (Antabus) içeren ilaçlar ile; esrar

bağımlılarında kullanılan Nalmafen Costa, kokain ve taş bağımlılarında kullanılan Vanoxerine Costa gibi enjeksiyonlar ve eroin bağımlılarında arındırma tedavisi bitiminde kullanılan naltrexon implantları gibi ilaç türleri ve kişinin eşlik eden psikolojik ya da psikiyatrik bozukluklarına yönelik psikiyatrik ilaçlar, psikotrop ilaçlar, antidepresan ilaçlar vb. kullanılmaktadır.

Bölüm III - Verilen istatistikler:

11- Katılımcılara, kurumların başarı istatistikleri hakkında bilgi edinebilmek amacıyla “*Kurumun son yıl verileri ve uyguladığı programlardaki başarı oranı nedir?*” diye sorulmuştur. Ancak tüm katılımcılar, bunun kurum yönetimi tarafından kaydedilmesi gereken bir istatistiki bilgi olduğunu ve bu bilgiye sahip olmadıklarını belirterek bu soruyu yanıt vermekten çekindikleri dikkati çekmiştir.

12- “Başarı oranı nasıl belirlenmektedir?” şeklinde sorulan bir diğer soruya ise katılımcılar, kurumların anketler ya da yıllık hasta sayıları ve bu hastaların kayma (relapse) oranları gibi sayısal veriler ile bir başarı yüzdesi belirleyebildiklerini ifade etmişlerdir. Ancak, tedavi programlarının pragmatik başarılarının, hastaların tedavi sonrası süreçleri ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Örneğin “A” bununla ilgili olarak “Programın başarılı bir şekilde tamamlanması, her hasta için tasarlanmış bireysel tedavi planındaki hedeflere doğru ilerlemeye bağlıdır. Programı başarıyla tamamlanmış saymak için sorunların çözülmesi ve hedeflere ulaşılması gerekir” demiştir. “G” ve “O” ise hastanın gösterdiği başarı durumunun, tedaviden sonraki ayıklık/temizlik süresi ile doğru orantılı olduğunu; 1 yıl ayık/temiz kalmaya en çok yaklaşan veya bu süre içinde en az kayma yaşayan (ya da yaşamayan) hastaların başarıya o kadar yaklaştığını ifade etmişlerdir. “J” de bu yaklaşımı eroin bağımlıları özelinde şu sözlerle açıklamıştır: “*Eroin kullanan kişilerde tedaviden sonraki ilk üç ay maddesiz ya da alkolsüz hayata adapte olmakta en çok zorlandıkları ve bu nedenle kayma riskinin ve özlemin en yüksek olduğu dönem olarak kabul ediliyor. Bağımlılık tedavisi nükslerle devam eden bir süreç, zaman zaman düşüşler ve kaymalar olabilir, bu doğaldır ancak ve önemli olan kişiyi erken kayma sürecinde yakalamak ve tekrar kaldığımız yerden devam edebilmek. Hedef ömür boyu temizlik bu nedenle de hasta ne kadar uzun süre temiz kalabilirse tedavi o kadar başarılı olmuş sayılıyor*”.

13- Madde bağımlılığının suç ile ilişkisini ortaya koymaya yönelik olarak katılımcılara “*Rehabilitasyon programında kaç tane suç geçmişi bulunan hasta bulunmaktadır?*” şeklinde bir soru yöneltilmiştir. Katılımcıların hiçbirinin görev yaptığı kurumda adli psikiyatri kliniği olmadığı, bu nedenle halihazırda mahkemece

ceza öngörölmüş kişilerin bu kurumlara sevkinin olmadığı öğrenilmiştir. Bununla birlikte, çoğu katılımcı tedavi programına dahil edilen hastaların çoğunda geçmiş suç kaydına rastlanabileceğini, bu konuda sayısal bilgiye sahip olmadıklarını ancak birlikte çalıştıkları vakaların geçmiş kayıtlarından oransal bir çıkarım yapabildiklerini ifade etmişlerdir. Örneğin ABD’de yer alan bir kurumda görev yapan “A”: *“Şu anda kesin istatistiklere sahip değilim, ancak programımızdaki hastaların %75’inden fazlasının sabıka geçmişi olduğunu tahmin ediyorum”* sözleriyle durumu ifade ederken; “G” ve “F” de *“Zaman zaman geçmişte suç işleyip ceza almış ya da cezası devam edip denetimli serbestliği olan hastalar bize gelebiliyor. Kesin bir sayı vermek zor ama hastaların neredeyse yarısında suç geçmişi olabiliyor”* ifadeleriyle onu desteklemişlerdir.

14- Suçla ilişkili bir diğer soru olarak katılımcılara *“Suç geçmişi bulunan hastalarda genelde hangi suç türlerine rastlanmaktadır?”* diye sorulmuştur. Katılımcıların neredeyse tamamı suç geçmişi bulunan hastaların suç türlerinin çoğunlukla madde bulundurma/üzerinde yakalanma, aracılık etme, torbacılık gibi uyuşturucu madde suçlarıyla ilintili olduğunu; bununla birlikte hırsızlık, gasp, yaralama, saldırı, zarar verme gibi adi suçlar ile çekte sahtecilik, silah kaçakçılığı, dolandırıcılık gibi suçların da sıklıkla görülebilen suç türleri olduğunu ifade etmişlerdir. Görüşme esnasında bir katılımcıya yöneltilen *“Eroin bağımlıları ile diğer madde bağımlıları arasında suç türleri bakımından fark var mı?”* sorusuna ise *“Eroin bağımlılığında yoksunluk semptomları o kadar şiddetli oluyor ki maddeyi elde edebilmek için her şeyi yapabilecek potansiyelde oluyorlar. Agresyon düzeyi çok yüksek olduğu için eroin bağımlılarının kavga, gasp, hırsızlık, yaralama gibi şiddet içeren suçlara daha çok eğilimli olduğu söylenebilir”* şeklinde yanıt alınmıştır.

Bölüm IV - İzleme ve geri bildirim sistemi:

15- Hastaların tedavi sonrası süreci hakkında bilgi alabilmek için *“Online destek, takip ve geri bildirim sistemi nasıl çalışmaktadır?”* sorusu sorulmuştur. ABD’deki kurumlarda görev yapan katılımcılardan 4’ü böyle bir takip ve geri bildirim sistemleri olmadığını ifade ederken, “E”: *“Hastaların akıllı telefonlarından ulaşabilecekleri bir uygulama üzerinden online destek veriyoruz. Uygulama içinde etkinliklerimiz, kitaplarımız, günlük taahhütlerimiz ve günlük meditasyonlarımız var”* şeklinde yanıt vererek online takip sistemi ile hastaların tedavi sonrası süreçlerini takip ettiklerini ve psikolojik destek sağlamaya devam ettiklerini ifade etmiştir.

Türkiye’deki kurumlarda görev yapan katılımcıların da çoğu böyle bir online takip ve geri bildirim sistemleri olmadığını ifade etmiştir. Ancak “J”, “N” ve “O” görev yaptıkları kurumlarda hastanın yatarak tedavisi bittikten ve taburcu olduktan sonra belirli bir süre daha kliniğe gelerek ayaktan tedavisine ve terapi seanslarına devam etmesini beklediklerini; şehir dışında ya da yurt dışında ikamet eden ya da gelemeyecek durumda olan hastalara ise online görüşme sağladıklarını söylemişlerdir. Bununla ilgili olarak “N”: *“Tedavi süreci bittikten sonraki sürece ilişkin iki şekilde takip sistemimiz var ve hangisinin sürdürüleceği kişinin tercihinine bağlı. Eğer kliniğe gelebilecek durumdaysa online takibi teklif dahi etmiyoruz çünkü gelmesini tercih ediyoruz. Ancak gelemeyecek durumdaysa o zaman online destek sağlıyoruz ama yine belli aralıklarla fiziken de görmek istiyoruz”* demiştir.

16- Kayma durumundaki hastanın tedavi süreci hakkında bilgi almak amacıyla katılımcılara *“Rehabilite edilen bir hasta geri gelirse nasıl bir program/prosedür uygulanmaktadır?”* diye sorulmuştur. Bu soruya gerek ABD’deki gerekse Türkiye’deki kurumlarda görev yapan tüm katılımcılar kayma durumu için farklı bir tedavi süreci uygulanmadığını; gerekli test ve taramalar yapıldıktan sonra arınma programının baştan başladığını ancak psikoterapi seanslarında görüşülen konuların kaymaya sebep olan nedenlerin anlaşılmasına yönelik olarak değiştiğini ifade etmişlerdir. Bununla ilgili olarak “O”: *“Eğer tedavisi bitmiş bir hasta bir süre sonra gelip ‘ben kaydım ve yeniden kullandım’ derse, öncelikle ne kadar süredir bu durumun var olduğunu ve buna sebep olan faktörleri sorgulamak lazım. Sonrasında ise yeniden bir önlem mekanizması oluşturup, ayaktan arındırma tedavisi sürecini başlatmak gerekiyor. Baktık ki kendine hakim olamıyor, o zaman ikinci ihtimal olan yatışı değerlendiriyoruz”* şeklinde görüşünü ortaya koymuştur.

17- Katılımcılara *“Cezaevlerinde bulunan bağımlı kişiler için mobil hizmet veriyor musunuz?”* şeklinde bir soru yöneltilmiş, Türkiye’deki kurumlarda görev yapan katılımcıların tamamı bu soruya *“hayır”* şeklinde yanıt vermiştir. ABD’deki kurumlarda görev yapan katılımcılardan ise yalnız “C”: *“Evet, mobil kimyasal sağlık değerlendirmeleri yapıyoruz”* ve “D”: *“Evet, genellikle hapsedilmeden tedaviye sevk edildiğimiz için yerel ilçe hapsanelerinden ulaşım hizmeti sunuyoruz”* ifadelerini kullanmışlardır.

Bölüm V - Kişisel görüş:

18- Katılımcıların madde bağımlılığı tedavisi alanında görev yaptıkları süre boyunca edindikleri deneyimlerden yararlanmak adına kendilerine yöneltilen sorulardan biri “*Şu ana kadar sizin için en zor çalışma grubu hangisi oldu?*” sorusudur. Bu soruya katılımcılardan oldukça farklı cevaplar alınmıştır:

“A”: “*Tedavide zor zamanlar geçirme eğiliminde olan hastalar madde kullanmayı bırakmaya hazır olmayan veya tedaviyi sokaklara dönüp yeniden kullanmaya başlamadan önce bir “dinlenme” zamanı olarak kullanan kişilerdir.*”

“C”: “*En zor derken, kayma ile geri dönmelerini veya ayık kalmak için mücadele etmelerini kastediyorsanız: kronik alkolikler ve kapsamlı sabıka geçmişi olan hastalar diyebilirim.*”

“F”: “*Eroin bağımlıları.*”

“G”: “*Genellikle sentetik madde bağımlıları sıkıntıya sokuyor.*”

“H”: “*Eroin; çünkü kayma riski çok yüksek ve eroine kadar düştüyse bu genelde sosyal destek çok düşük olduğu için oluyor. Esrar ve alkol toplumda daha kabul gören bir durumken, eroin çok daha ağır bir bağımlılık türü olduğu için toplumdan çok marjinalize oluyorlar.*”

“I”: “*Yaş grubu olarak ergenler; hem yaşla hem de ergenliğin getirdiği zorluklarla alakalı olarak tedaviye en az yanaşan, söylenenleri en az dinleyen, tedavi durumu en bozuk grup ergenler. Madde türü olarak ise tiner, çakmak gazı vs. uçucu bağımlıları çok zordur. Kapalı yerde uzun süre duramazlar, yoksunluk semptomları yoğundur, o yüzden uzun süre tedavide tutmak çok zordur.*”

“J”: “*Patolojik olarak narsisistik kişilerle çalışmakta çok zorlanıyorum.*”

“K”: “*Maddeyi bırakmak istemeyen hastalarla çalışmak çok zor; yeniden iç görü sağlamak, zarar anlatmak, destekleyici terapi yapmak...*”

“L”: “*Alkol bağımlılığı hastaları genellikle şımarık ve lakayt bir tutum içinde oluyorlar ve bağımlı olduklarını kabul etmiyorlar. Söz dinlemiyorlar, yönlendirmeye çalışıyorlar, ilgi istiyorlar...*”

“M”: “*Kristal meth – bonzai gibi sentetikleri kullananlar en zorları...*”

“N”: “*Travmanın eşlik ettiği vakalar ile borderline, narsisistik kişilik, histerik kişilik gibi kişilik bozukluğunun eşlik ettiği gruplar çok zorlayıcı oluyor.*”

“O”: “*Eroin; çünkü ayaktan tedaviye devamlılık sağlayamıyorlar, daha manipülatif oluyorlar. Ayrıca 4 gece 5 gün gibi kısa bir tedavi süreçleri olduğu ve*

kullandıkları ilaçların ağır olması nedeniyle genellikle sedatize ya da konfüze durumda oldukları için iletişim kuramıyoruz.”

Verilen cevaplar göz önüne alındığında katılımcıların en çok eroin bağımlılılarıyla çalışırken zorluk yaşadıkları; bunu sentetik madde bağımlıları ile kişilik bozukluğu bulunan hastaların takip ettiği görülmektedir.

19- Katılımcıların görev yaptıkları alandaki mesleki değerlendirmelerini öğrenmek amacıyla kendilerine “*Size göre kurum, organizasyon veya programların eksik yönleri nelerdir?*” şeklinde bir soru sorulmuştur. Bu soruya verilen cevaplar da birbirinden farklılık göstermektedir:

“A”: “*Hastalar için tedavi programını tamamladıktan sonra kalabilecekleri uygun fiyatlı ve güvenli konut desteği verilmeli; burada verilen hizmetlerin sonunda daha fazla destek hizmeti, tedaviye episodik bir yaklaşım yerine sürekli bir bakım yaklaşımına doğru ilerleme sağlanmalı.”*

“B”: “*Hastalar için tutarlılık sağlayabilmek adına personelin elde tutulması.”*

“C”: “*Bir detoks (detoksifikasyon) veya triyaj uygulamamız olsa iyi olurdu.”*

“E”: “*Medicare ve Medicaid gibi tıbbi yardım paketlerini destekleyerek, tüm popülasyonlara hizmet verebilmek iyi olurdu.”*

“G”: “*Yetişmiş eleman azlığı, hasta yükünün fazla olması ve hastaların bu anlayışa sahip olmaması.”*

“H”: “*Kurum bazında bağımlılık tedavisi hizmeti sunan hastanelerde bulunan tv, yatak vb. şeylerin kalitesinin artırılması gerektiğini düşünüyorum. Özel hastaneler kendi imkanları ölçüsünde bunu yapıyor olabilir ancak devlet hastaneleri kötü durumda.”*

“I”: “*Kurumda tedavinin bir ikinci basamağı yok, biz sadece detoksifikasyon yapıyoruz. Rehabilitasyona yönelik, uzun vadeli psikoeğitimlere yönelik ikinci basamağın çalışmaya başlaması lazım.”*

“J”: “*Zaman içinde çok geliştiğini, en azından gelen hastaya verilen hizmet anlamında iyi gittiğini düşünüyorum ancak hala bazı eksikleri olabiliyor. Örneğin, hastayı taburcu ettikten sonra takip kısmında bocaladığımız durumlar olabiliyor. Sorumlu olduğumuz o kadar fazla hasta var ki, zaman zaman ciddi bir karışıklık oluyor ve takibini yapmak zorlayıcı olabiliyor. O yüzden burada daha farklı bir sistem uygulanabilir.”*

“K”: “*Hastanın tedavi programından çıktıktan sonra takibinin yapılamaması...”*

“M”: *“Hastane oldukça eski, hastaları boş zamanlarında oyalayacak bir şey yok, buzdolabı, klima gibi imkanlar yok.”*

“N”: *“Genel olarak iyi bir hizmet verdiğimizizi düşünüyorum ama daha yapılandırılmış ve sosyal açıdan daha destekleyici bir program olabilir. Hastaların yoğun terapi saatleri dışında çok boş vakitleri oluyor, sıkıldıklarını söylüyorlar. Bu boş vakitlerin eğitimsel değil de, film saati oyun saati gibi daha eğlenceye yönelik bir şeylerle doldurulması sağlanabilir.”*

“O”: *“Cezaevlerine online destek sağlanabilir. Eroin bağımlılarının ise ayaktan tedaviye devam etmelerini sağlamak için bir çözüm bulunabilir.”*

Verilen cevaplar çoğunlukla kurumlarda uygulanan arındırma tedavisinin devamında bir rehabilitasyon hizmetinin olmamasıyla ya da kurumun fiziki yetersizlikleriyle ilgili olup; rehabilitasyon hizmeti veren kurumlarda çalışan kişilerin ise daha çok programların geliştirilmesine yönelik cevaplar verdiği dikkati çekmektedir.

20- Madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon programlarının kalite ve etkinliğini artırmak için katılımcılara *“Programların iyileştirilmesine yönelik önerileriniz nelerdir?”* diye sorulmuştur. Hem ABD’deki hem de Türkiye’deki kurumlarda uygulanan programların iyileştirilmesine yönelik sunulan tavsiyeler şöyledir:

“A”: *“Tedavi sürecini tamamlayan hastaların uygun fiyatlı konutlara daha fazla erişime sahip olmaları gerekiyor. Genellikle evsiz ve işsiz olarak tedaviye giriyorlar ancak tedaviyi tamamladıklarında artık çoğu ayık olmasına karşın destekleyici konut için kriterleri karşılamıyorlar. Kadınlar, kendileri ve çocukları için barınak sağlamak amacıyla evsizler sığınma evlerine gitmek zorunda kalıyor.”*

“F”: *“Çalıştığım kurumda arındırma tedavisi biten hastaya yönelik eğitim, bilinçlendirme, farkındalık geliştirme, rehabilitasyon hizmetlerinin olmaması; hasta yakınlarının süreç hakkında bilinçlendirilmemesi büyük eksiklik.”*

“G”: *“Yetişmiş eleman sayısını artırmak.”*

“H”: *“Hastanın buradaki arındırma tedavisi bittikten sonra ayaktan rehabilitasyon grupları, dayanışma grupları, ayıklık grupları gibi grup terapilerinin olması iyi olurdu. Alkol için bu sistem zaten var ve oldukça faydalı oluyor ancak eroin ve diğer madde bağımlılıklarında bu yok maalesef.”*

“T”: *“Tedavi merkezlerinin sayısının son yıllarda artmış olmasına rağmen; alkol ve madde bağımlılığı hastalarının daha tehlikeli ve daha kriminal bir grup olması ve*

aynı zamanda tedavi başarı oranı düşük, emek isteyen bir grup olması nedeniyle doktorlar ve sağlık çalışanları bu grupla çalışmak istemiyor, bu nedenle rotasyon sistemi uygulanıyor ancak psikiyatrik tedavide süreklilik önem arz ettiği için bu durum tedavilerin seyrini etkiliyor ve başarı oranının düşmesine neden oluyor. Bu nedenle ücret politikaları ya da mesai saatleri yeniden düzenlenerek, özellikle AMATEM ve ÇEMATEM’de görev yapan doktorlar ve sağlık çalışanları teşvik edilmelidir.”

“J”: “Kurumlardaki sosyal aktivite sayısı artırılabilir. Sonuçta burası izole bir yer, ancak buradan çıktıkları zaman hayat tekrar onları bekliyor. O yüzden biraz daha hastaları sosyal yaşama katmaya yönelik aktivitelerle, gerçek yaşama uyum sağlamaları konusunda bir yönlendirme faydalı olabilir.”

“L”: “Arındırma tedavisi biten hastaların rehabilite olmaları için kurumda daha uzun süre kalmaları lazım ancak hastaların maddi imkânı buna elvermiyor. Ayrıca kurumda oyun ve rehabilitasyon alanı yok; alkol ve kokain bağımlılığında içgörü tedavisine devam ediliyor ancak eroin bağımlıları arındırma tedavisi olup gidiyor, bu yeterli değil.”

“M”: “Programların kısıtlı olması, hastanın zorla yatırılmaması ve istediği zaman programdan çıkabilmesi tedavinin etkinliğini olumsuz etkiliyor.”

21- Madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon programlarının kalite ve etkinliğinin yanı sıra uygulanabilirliği de artırmak amacıyla katılımcılara “Programların en yüksek fayda düzeyinde uygulanabilirliği için önerileriniz nelerdir?” diye sorulmuştur. ABD’deki kurumlarda görev alan çoğu katılımcı bu sorunun, bir önceki soruyla çok yakın olmasından dolayı soruyu anlayamadığını ifade etmiş ve cevap vermemiştir. Türkiye’deki kurumlarda uygulanan programların en yüksek fayda düzeyinde uygulanabilirliğine yönelik sunulan tavsiyeler ise şöyledir:

“G”: “Alanda çalışacak nitelikli eleman yetiştirmek ve programları finansal olarak desteklemek. Bağımlılık tedavi programları dünyanın her yerinde sponsorlarla ayakta kalmaktadır. Burada hastanın kendi parasıyla tedaviyi karşılamak zorunda olması, sürecin kısa tutulmasına sebep oluyor ve tesisin kendi imkanlarıyla ayakta kalması ister istemez imkanları kısıtlıyor. Kişisel gayret ve özveriyle birşeyler yapılmaya çalışılıyor ancak bunun devlet bazında, politika olarak geliştirilip uygulanması gerekir.”

“F”: “Tedavi merkezlerinde rehabilitasyon sisteminin olması şart ancak ücretsiz olması gerekiyor, böylece nükslerin bir nebze de olsa önüne geçilebilir.”

“J”: “Tedavi programlarının süresi uzatılabilir. Bir de, bazı kurumlarda ödül/ceza ya da puanlama sistemi var; ayın hastası, haftanın hastası gibi... Benim çalıştığım kurumda böyle bir uygulama yok; burada psikoegitime katılmak isterse katılıyor, istemezse zorlamıyoruz ama zorunlu tutmak belki işlevselliğini artırmak için faydalı olabilir.”

“M”: “Alanda çalışmak üzere nitelikli personel alınması gerek, randevu sistemi olmadığı için uzmanlar çok yoğun çalışıyor.”

22. Görüşme sonunda katılımcılara sorulan sorular dışında eklemek istedikleri bir şey olup olmadığı sorulmuş, ancak katılımcılar herhangi bir ilave yapmamıştır.

4.4. Madde Bağımlılığı Bulunan Suçluların Denetimli Serbestlik Sistemi Kapsamında Tedavisi

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı, yalnızca kullanan kişinin sağlığını ve sosyal yaşamını olumsuz etkilemekle kalmayıp; sosyal, ekonomik, yasal ve siyasal açıdan pek çok toplumsal soruna da sebebiyet verebilmektedir. Madde kullanımı ile suç arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır; madde tesiri altında işlenen suçlarda madde, kişiyi suça yönelten bir araç olabileceği gibi, madde temin edebilmek amacıyla kişi bilinçli olarak da suç içeren eylemlerde bulunabilmektedir. Günümüzde hapseden suçun tekrarlanmasını önlemede yeterli bir yaptırım olmadığı; bunun yerine kişinin rehabilite edilerek suça neden olan davranışının düzeltilmesi ve tekrar suçlu davranışta bulunmasının önüne geçilmesi gerektiği pek çok toplum ve disiplin tarafından kabul edilmektedir. Bu bağlamda ülkemizde cezaevi sistemine alternatif bir sistem olarak, başta uyuşturucu madde suçları olmak üzere belirli suçlar hakkında öngörülen cezaların şartlı olarak geri bırakılmasını, bununla birlikte suçlu olan kişinin ise cezalandırılmak yerine iyileştirilerek suçluluğunun azaltılması ve topluma yeniden kazandırılması amacıyla kontrollü olarak rehabilitasyonunun sağlanmasını öngören “denetimli serbestlik” sistemi bulunmaktadır (Fırat ve Erk, 2019, s.319).

Suç işleyen kişinin uzun süre hapsedilmesi durumunu ifade eden cezaevi sisteminde, kişinin (özellikle ağır olmayan bir suç işlemiş olması halinde) uzun süre hapis olması, pişmanlık yerine haksızlığa uğradığı duygusuna sebep olabilmekte; benzer suçlardan ceza almış diğer kişilerle uzun süre etkileşim halinde olması, cezaevini bir suç okuluna dönüştürebilmekte; uzun süre hapsedilmek kişide uyarıcı

yoksunluğuna neden olabileceği için kişinin bilişsel işlevlerine zarar verebilmektedir. Böylece kişi, cezaevinden çıktıktan sonra kendini ifade etmede, sağlıklı iletişim kurabilmede ve sosyal yaşama yeniden uyum sağlamada güçlük yaşayabilmekte; kişinin “suçlu” olarak damgalanarak sosyal statüsünün aşağı çekilmesine ve bu nedenle toplumdan dışlanmasına neden olabilmektedir. Bu durum ise damgalanan ve sosyal yaşama uyum sağlamada güçlük yaşayan kişinin tekrar suç işleyip yeniden cezaevine girmesini kolaylaştırmaktadır. Bu sebepler göz önüne alındığında, denetimli serbestlik uygulamasının hem birey hem de toplum açısından büyük bir öneme sahip olduğu; bir yandan kişinin sosyal yaşamdan kopmadan suç davranışından uzaklaşmasına ve rehabilite edilerek sağlıklı bir biçimde yaşamına devam etmesine imkân tanırken, diğer yandan cezaevlerindeki aşırı kalabalıklaşmaya engel olmaya ve kişiyi cezaevinin risklerinden korumaya yardımcı olduğu söylenebilmektedir (İmir, 2019, s.33). Denetimlik serbestlik sisteminin başlıca amacı, suçlu bireyi cezaevi yaşantısının neden olduğu fiziksel ve psikolojik olumsuzluklara maruz bırakmadan, infaz süresi boyunca eğitsel ve sağaltıcı programlara entegre ederek iyileştirmek; yapmış olduğu eylemin zararları konusunda bilinçlendirmek ve topluma ve/veya mağdura verilen zararın onarılarak, toplumu suç içeren eylemlerden korumaktır (Polat, Koparal, Okumuş ve Hoccoğlu, 2021, s.79).

Ülkemizde 1 Haziran 2005 tarihi itibariyle yürürlüğe giren ve nispeten yeni bir uygulama olan denetimli serbestlik sisteminin, günümüzde 40 civarında ülkede uzun zamandır uygulanmakta olduğu bilinmektedir (CEP)²⁵. Bazı ülkelerde uygulanan denetimli serbestlik uygulamalarına örnekler aşağıdaki gibidir:

İngiltere’de Denetimli Serbestlik: İngiltere’de denetimli serbestlikle ilgili ilk yasal düzenlemenin 1879 yılında yürürlüğe giren “*Basit Suçlara İlişkin Yargılama Kanunu (Prosecution of Offences Act)*” olduğu; ancak 1907 yılında yürürlüğe giren “*Hükümlüler İçin Denetimli Serbestlik Kanunu (Probation of Offenders Act)*” ile ülke genelinde yaygınlaştırılmıştır. İngiltere – Galler’de denetimli serbestlik uygulamaları 2007 yılına kadar İçişleri Bakanlığı’na bağlı “*Ulusal Suçlu Yönetim Servisi (The National Offender Management Service - NOMS)*” tarafından yürütülürken, 2007 yılı itibariyle Adalet Bakanlığı’na bağlı “*Ulusal Denetimli Serbestlik Servisi (National Probation Service - NPS)*” tarafından yürütülmeye başlandığı bilinmektedir.

²⁵ Avrupa Konseyi’ne üye ülkeler arasında denetimli serbestlik uygulamasına sahip olanların listesine ve uygulamalar hakkında detaylı bilgiye Avrupa Denetimli Serbestlik Konfederasyonu (Confederation of European Probation – CEP) internet sayfasından ulaşılabilmektedir.

Türkiye’deki denetimli serbestlik sistemi, İngiltere modeli baz alınarak geliştirilmiştir (Eryalçın ve Birinci, 2021, s.176).

Uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanan veya bulunduran kişilere müdahale etmek amacıyla İngiltere hükümeti, yerel yönetimler içinde “*Uyuşturucu ve Alkol Timi*” oluşturmuş ve bu timlerde güvenlik güçlerinin yanı sıra yerel yönetim temsilcileri ile denetimli serbestlik görevlilerinin de yer almasını sağlamıştır. Uygulama kapsamında, ciddi suçlardan yakalanan suçlular uyuşturucu testine tabi tutulmakta; yapılan testin pozitif çıkması halinde kişi mahkemeye çıkarılacağı tarihe kadar uyuşturucu müdahale programına alınmakta, mahkeme sonucunda alınan karara göre de programa devam etmesi gerekebilmektedir. Denetimli serbestlik sistemi kapsamında yürütülen temel uyuşturucu müdahale programı, hükümlünün ilk 16 hafta boyunca haftada üç kez denetimli serbestlik merkezine gelerek biyolojik (kan, idrar vb.) test vermesini ve test sonuçlarının denetimli serbestlik merkezlerince hazırlanan rapor çerçevesinde kişinin bağımlılık derecesinin mahkemece değerlendirilmesini ön görmektedir. Ancak İngiltere’de denetimli serbestlik kapsamında uygulanan tedavi programları farklı kategorilere ayrılarak tanımlanmaktadır. Uyuşturucu bağımlılığından kurtarmaya yönelik giriş müdahalesi olarak da tanımlanan “*ikinci düzey*” tedavilerin masrafları mahalli idarelerce karşılanmakta, bu düzeyde tedavi konusunda belirli bir standart bulunmayıp tedavinin şekli bölgeden bölgeye değişmektedir. Nispeten iyi organize edilmiş, planlı ve 11-12 haftalık ayaktan tedavi sürecini ifade eden “*üçüncü düzey*” tedavilerde hükümlüye arındırma tedavisinin yanı sıra iyileştirme programları da uygulanmaktadır. Mahkemelerin en çok karar verdiği “*dördüncü düzey*” tedaviler ise 12 hafta süren ve hükümlünün bir sağlık kuruluşunda kalmasını öngören yataklı tedavilerdir. Denetimli serbestlik kararının uygulanması sırasında, kişiye uygulanacak programın düzeyi denetimli serbestlik görevlisinin önerisi doğrultusunda belirlenmekte, hükümlüye denetim planına uyması tavsiye edilmekte, aksi taktirde ceza infaz kurumuna alınacağı ifade edilmektedir (Kamer, 2008, ss.276-278).

Almanya’da Denetimli Serbestlik: Almanya’da 20. yüzyılın başlarına kadar dini temelli insani yardım olarak yürütülen ve “*straffälligenhilfe*” olarak adlandırılan denetimli serbestlik hizmetleri, 1945 yılı itibariyle kamunun denetimi altında bulunan ancak özel kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen bir iyileştirme sistemi haline gelmiştir. 16 eyaletten oluşan Almanya federal devletinin her eyaletinin kendi bakanlıkları ve meclisi bulunması nedeniyle, hükümlülerin toplum içerisinde

gözetim, denetim, takip ve iyileştirilmesini ifade eden denetimli serbestlik sistemi uygulamalarında tam anlamıyla bir bütünlükten söz edilememektedir (Eryalçın ve Birinci, 2021, s.174). Bununla birlikte, denetimli serbestlik kararı eyalet hakimleri tarafından 2 yıldan 5 yıla kadar olan hapis cezaları yerine verilebilmekte; hükümlünün madde kullanımı ya da madde bağımlılığı gibi bir istenmeyen bir durumunun tespit edilmesi halinde, ilgili sağlık kuruluşuna yatırılarak madde bağımlılığı tedavisinin başlatılması, bununla birlikte hükümlünün uyuşturucu madde kullanımına eşlik eden davranış bozuklukları olduğunun tespit edilmesi halinde ruhsal bozukluğunun değerlendirilmesi için ruh ve sinir hastalıkları hastanesine yatırılması yönünde karar verilebilmektedir. Hükümlülerin denetimli serbestlik tedbiri süresince uygun görülen tedavi ve programlara uyup uymamama durumlarına göre cezaları en az ya da en çok ceza süresine çevrilebilmektedir (Fırat ve Erk, 2019, s.322-324).

Hollanda’da Denetimli Serbestlik: Hollanda’da denetimli serbestlik hizmetlerinin 1910’lu yıllara kadar “*Hükümlü Moral Gelişim Derneği*” tarafından yürütüldüğü, ancak 1910 yılında yürürlüğe giren “*Denetimli Serbestlik ve Salıverilme Sonrası Yardım Kanunu*” ile birlikte Güvenlik ve Adalet Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlandığı bilinmektedir (Eryalçın ve Birinci, 2021, s.176). Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıcılarının tedavi ve rehabilitasyonu içinse bir vakıf olarak örgütlenmiş olan ancak bir sağlık kuruluşu olarak hizmet veren “*Bouman Bağımlılık Merkezi*” bulunmakta; hem denetimli serbestlik tedbiri altında olan hükümlülere hem de merkeze başvuran bağımlı kişilere ya da bağımlı olduğu tespit edilerek merkeze getirilen madde kullanıcılarına tedavi hizmeti vermektedir. Güvenlik güçleri tarafından gözaltına alınan uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanıcıları mahkemeden önce denetimli serbestlik merkezine sevk edilmekte; denetimli serbestlik uzmanı tarafından kişiyi madde kullanımına iten nedenler üzerine gerçekleştirilen görüşme neticesinde hazırlanan rapor mahkemeye iletilmekte ve hüküm verilmeden önce hâkime sunulmaktadır. Bouman Bağımlılık Merkezi, denetimli serbestlik tedbiri altındaki kişilerin iş, kalacak yer, borçların ödenmesi gibi sorunlarına yardımcı olmak amacıyla kâr amacı gütmeyen bir vakıfla iş birliği yaparak, iki yıllık bir tedavi ve rehabilitasyon programı uygulamaktadır (Kamer, 2008, ss.278-280).

4.4.1. Türkiye’de Madde Bağımlısı Suçluların Denetimli Serbestlik Sistemi Kapsamında Tedavisi

Ülkemizde uyuşturucu madde kullanımıyla ilişkili suçlar 1 Haziran 2005 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren 26 Eylül 2004 tarih ve 5237 sayılı TCK'nın "*Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar*" başlıklı üçüncü bölümünde yer alan 188-192. maddelerde belirtilmiştir. 188-190. maddelerde ruhsatsız ve yasadışı uyuşturucu madde imal etmek, ithalat ve ihracatını yapmak, ticaretini yapmak, kullanılmasını kolaylaştırmak için malzeme ya da yer temin etmek gibi tüm eylemlerin hapis ya da para cezası ile cezalandırılacağı hükümleri yer alırken; 191. maddede kullanmak amacıyla uyuşturucu madde satın alan, kabul eden, bulunduran ya da uyuşturucu madde etkisi yaratacak bitkiler yetiştiren kişilerin de aynı şekilde hapis ya da para cezası ile cezalandırılacağı hükümleri yer almaktadır (Resmî Gazete, 12 Ekim 2004, sayı: 25611). Ancak 29 Haziran 2005 tarih ve 5377 sayılı kanun ile TCK'nın 191. maddesinin ikinci fıkrası "*uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine; kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında, denetimli serbestlik tedbirine hükmolunur*" şeklinde yeniden düzenlenmiş ve maddenin ilk düzenlemesinde yer almayan, uyuşturucu veya uyarıcı madde bulundurmamak suçlarının yaptırımı olarak ise "*sadece denetimli serbestlik tedbiri*" öngörülmüştür (Resmî Gazete, 8 Temmuz 2005, sayı: 25869). TCK'nın 191. maddesinde 6 Aralık 2006 tarih ve 5560 sayılı kanunla yapılan değişiklik kapsamında ise birinci fıkrada yer alan "*kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak*" fiilleri suç olarak tanımlanmış; ancak ikinci fıkrada yer alan "*uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak*" fiili suç sayılmayıp, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin tedaviye ihtiyaç duyduğu varsayılmıştır. Bu nedenle maddenin diğer fıkralarında kişinin tedavi olmayı kabul etmesi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranması halinde cezaya hükmolunmayacağı; kişinin uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığının, kullanmakta ise tedaviye ihtiyacının olup olmadığının tıbbi olarak belirlenmesi halinde tedavinin gereklerine uygun davranmakla yükümlü olacağı; uygulanan tedavinin veya denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmaması halinde ise 191. maddenin birinci fıkrasında yer alan cezai yaptırımlara tabi tutulacağı hükümleri yer almaktadır (Resmî Gazete, 19 Aralık 2006, sayı: 26831; Kamer, 2008, ss.290-291).

Denetimli serbestlik hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar 3 Temmuz 2005 tarih ve 5402 sayılı "*Denetimli Serbestlik Hizmetleri Kanunu*" kapsamında düzenlenmiştir. Kanunun "*Temel İlkeler ve Yükümlülükler*" başlıklı ikinci bölümünde yer alan 4.

Madde’de denetimli serbestlik sisteminin temel ilkeleri Şu Şekilde sıralanmaktadır (Resmî Gazete, 20 Temmuz 2005, sayı: 25881):

“(1) Denetimli serbestlik ve yardım ile koruma hizmetlerinde aşağıdaki ilkeler dikkate alınır:

a) İnsan onuruna saygı ve dürüstlük: Bu Kanunun uygulanmasında görev alanlar; insan haklarına saygı, dürüstlük ve kararlılık çerçevesinde hareket eder; görevlerini yerine getirirken aŐağılayıcı, onur kırıcı veya küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz.

b) Gizlilik: Bu Kanunun uygulanmasında görev alanlar; suçtan zarar gören, Şüpheli veya sanık, hükümlü ya da bunların ailesi hakkında öğrenmiŐ olduğu bilgilerin gizliliğini korumak zorundadır. Bu bilgiler kanunun zorunlu kıldığı hâller dışında hiçbir kurum ve kişiye verilemez.

c) Tarafsızlık: Bu Kanunun uygulanmasında görev alanlar; görevleri ile ilgili belgeleri inceleyebilir; ancak buradan elde ettiği bilgilerle ilgili olarak soruşturmanın gizliliği ilkesine uymak, tarafsızlığına gölge düşürecek davranış ve iliŐkilerden kaçınmak ve davanın taraflarına eşit uzaklıkta olmak zorundadır.”

Kanunun 3. maddesinde denetimli serbestlik sistemini oluşturan başlıca organlar Adalet Bakanlığı, Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı, Denetimli Serbestlik Hizmetleri Danışma Kurulu, Denetimli Serbestlik Müdürlüğü ve Adli Yargı İlk Derece Mahkemesi Adalet Komisyonu olarak belirtilmektedir. Kanunda yer alan diğer maddeler ise denetimli serbestlik ve koruma kurullarının kuruluş, görev ve çalışma esas ve usulleri ile bu kurullar tarafından gerçekleştirilecek yardım ve infaz iŐlemlerinde görev alan kişilerin görev, yetki, hak ve yükümlülüklerini içermektedir.

Ölkemizde 2005 yılında yürürlüğe konulan denetimli serbestlik sistemi, Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Denetimli Serbestlik Daire Başkanlığı ve 139 merkezde oluşturulan denetimli serbestlik müdürlükleri ve koruma kurulları tarafından yürütölmektedir. Hükümlöler hakkında denetimli serbestlik kararı mahkemeler tarafından alınmakta ve Cumhuriyet savcılıkları tarafından kontrol edilerek “Ulusal Yargı Ağı (UYAP)” aracılığıyla denetimli serbestlik müdürlüklerine bildirilmektedir. Haklarında “denetimli serbestlik tedbiri” kararı verilen hükümlöler, 10 günlük kanuni süre içerisinde denetimli serbestlik müdürlüklerine başvurarak süreci baŐlatmakla yükümlüdür. Sağlık kuruluşunda psikiyatrik değerlendirmesi ve muayenesi ile alınan idrar, kan, tükürük, ter, kıl vb. numuneler üzerinde yapılan uyuşturucu ve uyarıcı madde testleri sonucunda uygun tedavi programı oluŐturulmaktadır. Hükümlöler, denetimli serbestlik bürolarında kayda alındıktan sonra, mahkemece belirlenen aralıklarla denetimli serbestliğin ilgili bölümlerine giderek sürece uymak ve uygun görölen tedavi, psiko-eğitim ve sosyal programlara katılım sağlamak zorundadırlar (Fırat ve Erk, 2019, ss.328-329). Madde kötüye kullanımı ve/veya madde bağımlılığı bulunan ve denetimli serbestlik sistemine tabi

olan suçluların tedavisi hakkında Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2006/19 ve 2009/82 sayılı genelgeleri düzenlenmiş, denetimli serbestlik ve yardım merkezi şubeleri/büroları tarafından sağlık kurumlarına sevk edilen kişiler hakkında yürütülecek işlemler genelgede sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı):

- Denetimli serbestlik ve yardım merkezi şubeleri/büroları tarafından sağlık kurumlarına sevk edilen kişiler, öncelikli olarak ikamet ettikleri bölgede bünyesinde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile psikolog bulunan devlet hastanelerine müracaat etmeleri gerekmektedir.

- Denetimli serbestlik tedbiri uygulamaları kapsamında devlet hastanelerine sevk edilen vakalar, 10–15 günlük aralıklarla klinik ve laboratuvar bulgularıyla değerlendirildikten sonra raporları Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri Şube Müdürlüğü'ne gönderilmelidir.

- Raporlar üzerinde yapılan ilk değerlendirmenin ardından altı haftalık “Denetimli Serbestlik Tedbiri Madde Bağımlılığı Programı”na alınanların ileri tetkik ve tedavisi madde bağımlılığı tedavi merkezine veya madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin içinde bulunduğu psikiyatri servislerine sevk edilenlere ilgili dosya hazırlanmalı; bu dosya üzerinden hasta takibi ve istatistikî değerlendirmeler yapılmalıdır.

- Klinik muayene ve değerlendirmeler için alınması gerekli görülebilecek idrar numuneleri, hemşire denetimi ve yardımcı personel gözetiminde başhekimlikçe uygun görülen bir ortamda alınmalı, tahlil işlemleri yapılarak sonuçları saklanmalıdır.

- Denetimli Serbestlik Tedbiri Madde Bağımlılığı Programı süreklilik arz edeceğinden hastalar, hastaneye başvurdukları dönemde yürütülen programa dâhil olmalıdır.

- Altı hafta boyunca uygulanan tedavi sonunda, kişinin programa uyumu ve ileri düzeyde tedavisinin gerekli olup olmadığı hususlarında değerlendirme yapılarak dosyasına işlenmeli ve Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri Şube Müdürlüğü'ne gönderilmek suretiyle kişiye ait işlemler sonlandırılmalıdır.

Denetimli serbestlik sistemi uygulaması üç ya da altı başvuru programlar halinde uygulanmakta ve ikişer hafta aralıklarla gerçekleştirilen her başvuruda kişiden idrar örneği alınarak madde değerlendirmesi yapılmaktadır. İlk üç idrar testi negatif çıkan kişinin klinik tedaviye devam etmesine gerek olmadığına karar verilmekte ve tedbir takibi denetimli serbestlik müdürlüğü tarafından sürdürülmektedir. Üç idrar

sonucundan en az biri pozitif çıkan kişiler ise denetimli serbestlik sistemi kapsamında bir yandan düzenli olarak idrar analizine tabi tutulurken, diğer yandan madde bağımlılığı eğitim programına alınmaktadır. Madde bağımlılığı eğitim programı kapsamında hükümlülerle gerçekleştirilen bireysel görüşmeler, grup çalışmaları ve serbest zamanların değerlendirilmesi (rekreasyon) gibi iyileştirme ve eğitime yönelik hizmetlerin yanı sıra; hükümlünün ruhsal, sosyal ve benzeri durumlarına göre özel gereksinimleri dikkate alınarak yerleştirilmekte olduğu “*Öfke Kontrolü Programı*”, “*Hayat İçin Değişim Programı*” gibi programlar da uygulanmakta ve böylece kişinin denetimli serbestlik süreci içerisinde tedavi ve rehabilitasyonları gerçekleştirilerek sağlıklı bir şekilde topluma entegrasyonları sağlanmaya çalışılmaktadır. Altı başvuru programına düzenli devam ederek uyumlu davranışlar sergileyen ve son üç idrar testi negatif çıkan vakalar, denetimli serbestlik müdürlüğüne olumlu olarak bildirilirken; programa düzenli olarak devam etmeyen, uyumsuz davranışlar sergileyen ya da son üç idrar analizinden herhangi birisi pozitif olan kişiler AMATEM’e sevk edilmektedir (Fırat ve Erk, 2019, s.330; Sehlikoğlu, Özkan, Sehlikoğlu, Eğilmez ve Kafadar, 2022, s.43). AMATEM’e bağlı olarak hizmet veren madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde ise bağımlılık derecesine göre ayaktan ya da yataklı olarak gerçekleştirilebilen ve kişinin madde kullanımını terk etmesi, yoksunluk semptomlarının ortadan kaldırılması, tekrar madde kullanımının önlenmesi amaçlarını taşıyan “arındırma tedavisi” ve bununla birlikte kişinin sosyal hayattan kopmadan iletişim becerilerini güçlendirmesi, hayat amacını belirlemesi ve sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için psiko-sosyal eğitimler ve destekleyici terapiler uygulanmaktadır (Kamer, 2008, s.293).

4.4.2. Amerika Birleşik Devletleri’nde Madde Bağımlısı Suçluların Denetimli Serbestlik Sistemi Kapsamında Tedavisi

ABD’de 1878 yılında Massachusetts’te başlayarak, birçok eyalette denetimli serbestlikle ilgili çalışmalar ve yasal düzenlemeler yapılmış olmasına karşın federal düzeyde bir denetimli serbestlik sisteminin 1925 yılına kadar hayata geçirilmediği bilinmektedir. Uzun yıllar boyunca federal mahkemeler belirli şartlar altında işlenmiş suçlar hakkında hükmedilen cezaları ertelemek suretiyle bir tür denetimli serbestlik biçimi kullanmış olmalarına karşın; 1916 yılında Yüksek Mahkeme (*Supreme Court*) tarafından alınan ve “*Killits Kararı (Killits Decision)*” olarak bilinen karar ile federal mahkemelerin cezayı süresiz olarak erteleme yetkisi olmadığına hükmedilmiştir. Bu durum, alternatif bir çözüm olarak denetimli serbestlik sisteminin oluşturulmasının

yolunu açmış ve ilk kez 1909 yılında Kongre'ye sunulan denetimli serbestlik yasa tasarısı 1925 tarihinde “*Denetimli Serbestlik Yasası (Probation Act of 1925)*” adıyla kabul edilerek hayata geçirilmiştir. Bu yasa ile mahkemelere, cezanın infazını askıya alma ve sanıkları uygun görülen süre boyunca ve belirlenen koşullarda denetimli serbestliğe tabi tutma yetkisi vermiştir (U.S. Courts).

ABD denetimli serbestlik (*probation*) sistemi, eyaletlerin kendi yasaları ve ceza adalet sistemleri olması nedeniyle ülke genelinde standart bir uygulamaya tabi olmayan, ancak yeniden suç işleme (*recidivism*) davranışını önleme konusunda ortak ilke ve prensiplerle hareket eden bir sistem olarak ifade edilebilmektedir. Hakkında denetimli serbestlik kararı verilen hükümlü, bulunduğu eyaletteki “*Yetişkin Denetimli Serbestlik Departmanı (Adult Probation Department)*”na başvurarak kendisine denetimli serbestlik tedbiri süresince danışmanlık yapmakla görevlendirilen denetimli serbestlik uzmanı ile iletişime geçmekle ve haftada bir kez danışmanı ile görüşme gerçekleştirmekle yükümlüdür. Denetimli serbestlik tedbiri altındaki hükümlünün uyuşturucu ya da uyarıcı madde kullanması veya madde tesiri altında suç teşkil eden herhangi bir davranışta bulunması halinde hükümlü adli toksikoloji analizlerine tabi tutulmaktadır. Bununla birlikte mahkeme tarafından hükümlünün psikolojik ya da psikiyatrik tedaviye ihtiyaç olduğuna ve bu nedenle ruh sağlığı programlarına katılmasına karar verilmesi halinde, hükümlü ilgili tedavi kuruluşlarına sevk edilerek gerekli desteği alması sağlanmaktadır. Hükümlünün denetimli serbestlik tedbirine uygun davranmaması, adli toksikoloji analizini reddetmesi, ateşli silah bulundurması ya da hükmedilen programlara katılım sağlamaması gibi durumlarda mahkeme denetimli serbestlik kararının iptalini isteyerek hükümlüyü cezaevine gönderebilmektedir (Fırat ve Erk, 2019, ss.320-322).

ABD Ulusal Uyuşturucu Bağımlılığı Enstitüsü (National Institute on Drug Abuse – NIDA) tarafından 2014 yılında yayınlanan ve madde bağımlısı suçluların tedavisi hususunda dikkat edilmesi gereken hususları konu alan “*Ceza Adaleti Popülasyonları İçin Uyuşturucu Bağımlılığı Tedavisinin İlkeleri - Araştırmaya Dayalı Bir Kılavuz (Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations – A Research-Based Guide)*” adlı rehber kitapta, madde bağımlısı suçluların tedavisinde temel alınması gereken ilkeler şu şekilde sıralanmaktadır (NIDA, 2014):

1. Uyuşturucu bağımlılığının, beynin anatomisini ve kimyasını değiştirerek davranışları etkileyen ve beyinde meydana gelen bu değişikliklerin, kişinin uyuşturucu

kullanmayı bıraktıktan sonra bile aylarca veya yıllarca sürebilmesine neden olabilen bir beyin hastalığı olduğu unutulmamalıdır.

2. Uyuşturucu bağımlılığından kurtulmak ve yoksunluğu sürdürmeyi öğrenmelerine yardımcı olmak için hükümlülere etkili bir terapötik tedavi süreci uygulanması ve ardından kişinin sürekli izlenerek tedaviye etkin katılımının sağlanması gerekmektedir.

3. Tedavi süreci, bağımlı kişinin eski düşünce ve davranış kalıplarından kurtularak, uyuşturucu kullanımından ve suç teşkil eden davranışlardan kaçınmak için yeni beceriler kazanmasını sağlayacak biçimde yapılandırılmalıdır.

4. Kişilik bozuklukları ve diğer akıl sağlığı sorunları, suçlu kişilerde sıklıkla görülebilmektedir. Bu nedenle, kişinin uyuşturucu veya alkol kullanım öyküsü, iyileşmeyi etkileyebilecek fiziksel ya da psikolojik başka rahatsızlıklarının olup olmadığı gibi unsurlar belirlenerek uygun tedavi programı planlanmalıdır.

5. Tedavi sürecinde uygulanacak hizmetlerin bireyin ihtiyaçlarına göre uyarlanması, ceza adaleti toplulukları için etkili uyuşturucu tedavisinin önemli bir parçasıdır. Bireyler yaş, cinsiyet, etnik köken ve kültür, sorunun ciddiyeti, iyileşme aşaması ve ihtiyaç duyulan denetim düzeyi açısından farklılık gösterebilmekte ya da farklı tedavi yaklaşımlarına farklı tepkiler verebilmektedir. Bu nedenle kişiye özel tedavi müdahaleleri ile hem sağlıklı kişilerarası ilişkilerin gelişimi sağlanmakta, hem de hükümlünün ailesi, akranları ve toplumdaki diğer kişilerle etkileşim kurma becerisi geliştirebilmektedir.

6. Uyuşturucu bağımlılığından kurtulmaya çalışan bireyler, bir nüksetme yaşayabilmekte ve uyuşturucu kullanımına geri dönebilmektedir. Bu nedenle tedavi sırasında idrar tahlili veya diğer nesnel yöntemlerle madde kullanımı dikkatle izlenmeli, tespit edilen bir kullanım durumunda terapötik müdahale sağlanmalı ve ilerleme durumuna göre gerekirse tedavi planı değiştirilmelidir.

7. “Suçlu düşünme (*criminal thinking*)”, suçlu bir yaşam tarzını ve suç davranışını destekleyen tutum ve inançları (kişinin her şeyi kendi bildiği gibi yapma hakkına sahip olduğu duygusu, suç davranışında haklı olduğu düşüncesi, eylemlerinin sorumluluğunu kabul etmemesi vb.) ifade etmektedir. Bu nedenle tedavi, suç davranışıyla ilişkili faktörleri hedeflemeli ve bireylerin uyuşturucu kullanımına ve suç işlemesine yol açan muhakeme hatalarını fark etmeleri için özel bilişsel beceri eğitimi sağlamalıdır.

8. Tedavi sağlayıcılar, her bir kişinin tedavi planını değerlendirirken ve bunun ıslah gözetimi gereksinimlerinin yanı sıra, o kişinin barınma ve çocuk bakımını içerebilecek tıbbi, psikiyatrik ve sosyal destek hizmetleri, mesleki ve istihdam yardımı gibi ihtiyaçlarını karşılamak için ceza adaleti personeli ile iş birliği yapmalıdır. Uyuşturucu kullanımı sorunları olan suçlular için yapılan planlama, toplum temelli tedaviye geçişi ve uygun salıverme sonrası hizmetlerle olan bağlantıları da içermelidir.

9. Topluma yeniden kazandırılan uyuşturucu bağımlıları için bakımın sürekliliği esastır. Uyuşturucu tedavisine devam etmek, yakın zamanda salıverilen suçlunun, salıverildikten sonra nüksetmeye yol açabilecek durumlarla başa çıkmayı öğrenmek, toplum içinde uyuşturucusuz yaşamayı öğrenmek ve uyuşturucudan arınmış bir akran destek ağı geliştirmek gibi önemli sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır.

10. Bir ödül ve yaptırım dengesi, tedaviye katılımı teşvik etmektedir. Bu nedenle bağımlılık tedavisine katılan bireylerde olumlu davranışları pekiştirmek önemlidir. İlerlemenin tanınması veya samimi çaba gibi parasal olmayan “sosyal pekiştiriciler” etkili olabildiği gibi; tutarlı, öngörülebilir ve uyumsuz davranışlara verilen net yaptırımlar da etkili olabilmektedir. Ödüller ve yaptırımlar, adil olarak algılandıklarında ve hedeflenen davranışı hızla takip ettiklerinde istenen etkiyi yaratabilmektedirler.

11. Uyuşturucu kullanımına eşlik eden akıl sağlığı sorunları olan suçlular, genellikle entegre bir tedavi yaklaşımını gerektirmektedir. Uyuşturucu bağımlılığı tedavisi bazen depresyon, kaygı ve diğer akıl sağlığı sorunlarını ele alabilmekte ancak kişilik, bilişsel ve diğer ciddi zihinsel bozuklukların tedavisi ilaç tedavisinin aksamasına neden olabilmektedir. Birlikte ortaya çıkan bozuklukların varlığı, uyuşturucu tedavisini ilaç kullanımı da dahil olmak üzere psikiyatrik tedavi ile birleştiren entegre bir yaklaşımı gerektirebilmekte; bu durumda bir madde kötüye kullanımı veya ruh sağlığı sorunu olan bireyler, diğerinin varlığı da göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidirler.

12. Bağımlılık tedavisinde kullanılan ilaçlar, birçok uyuşturucu bağımlısı suçlu için tedavinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Metadon, buprenorfin ve uzatılmış salımlı naltrekson gibi ilaçların eroin kullanımını azalttığı bilinmektedir ve bu ilaçların etkili kullanımı, aynı zamanda ruhsal sağlık sorunları olan kişilerin toplumda başarılı bir şekilde işlev görmesini sağlamada da etkili olabilmektedir.

13. Madde bağımlısı olan suçlulara uygulanacak tedavi planlaması, HIV/AIDS, hepatit B ve C ve tüberküloz gibi ciddi, kronik tıbbi durumları önleme ve tedavi etme

stratejilerini de içermelidir. Bulaşıcı hastalıklar sadece suçluyu değil, aynı zamanda ceza adalet sistemini ve daha geniş toplumu da etkilemektedir. Bu nedenle, federal ve eyalet yasalarına uygun olarak, uyuşturucuya bulaşmış suçlulara bulaşıcı hastalıklar için test önerilmeli ve sağlık durumları ve riskli davranışları değiştirme yolları hakkında danışmanlık almaları sağlanmalıdır. Ciddi tıbbi durumları olan suçluları izleyen denetimli serbestlik ve şartlı tahliye görevlileri, kişileri uygun sağlık hizmetleriyle ilişkilendirmeli, tıbbi tedaviye uyulmasını teşvik etmeli ve cezaevinden veya tahliyeden önce halk sağlığı hizmetlerine uygunluklarını yeniden sağlamalıdır.

Genel olarak bakıldığında, ABD’de denetimli serbestlik süreci, her ne kadar eyaletler bazındaki işleyiş anlamında değişiklikler gösterse de mahkemeler tarafından haklarında “*tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri*” kararı verilmiş hükümlülerin tedavi, rehabilitasyon ve sosyal uyumları bakımından federal düzeyde belirli standartlara sahip olduğu söylenebilmektedir.

SONUÇ

Madde kötüye kullanımının ve madde bağımlılığının bilişsel, fiziksel, sosyal, ekonomik, yasal ve siyasal pek çok soruna sebebiyet verdiği ve bu nedenle yalnızca bireysel değil, toplumsal ve hatta küresel bir sorun olarak ele alınması gerektiği pek çok çalışma ile ortaya konulmuş bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde kullanım sıklığının cinsiyet, yaş, sınıf ayırt etmeksizin hızla artması ve madde bağımlılığının hızla yayılması tüm toplumları gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde önlemler almaya zorlamaktadır. Bununla birlikte her geçen gün yeni bir sentetik uyuşturucu türünün ortaya çıkması ve kısa sürede popüler hale gelmesi de bilimsel çalışmaların yeni çıkan maddeler üzerine odaklanarak ampirik veriler sunması, alanda çalışan personelin düzenli olarak bu veriler hakkında bilgilendirilmesi, önleyici politikaların sürekli olarak güncellenmesi gibi zorunluluklar doğurmaktadır.

Devletler bir yandan halk arasında madde bağımlılığının yaygın hale gelmesini önlemeye yönelik projeler, eğitim programları, sağlık taramaları, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, reklam kısıtlamaları gibi çalışmalar yürütürken; bağımlılık yapıcı etkisi olan maddelerin üretimi, satışı, dağıtımını ile ilgili sınırlılıkları ve bu sınırların aşılması halinde uygulanacak yaptırımları belirlemeye yönelik yasal düzenlemeler yapmakla yükümlüdür. Ancak bu yasal düzenlemelerin yalnızca arzı engellemeye yönelik olması; bir başka ifadeyle sadece üretim, satış, dağıtım aşamaların rol alan kişilerin yakalanarak cezai yaptırıma tabi tutulmaları madde bağımlılığıyla mücadele hususunda önemlidir fakat tek başına yeterli değildir. Madde bağımlılığıyla etkin bir mücadele için talebi de azaltmak gerekmektedir ki bu da ancak madde bağımlıların tedavi ve rehabilite edilmesi ile mümkündür. Bunların yanı sıra yasadışı maddelerin ülkeye girişini ve ülkenin yasadışı madde pazarına açık hale gelmesini önlemek amacıyla sınır kontrollerini artırmak ve diğer devletler ile koordineli bir biçimde yasadışı madde akışını en aza indirmek için çoğu devlet, uluslararası antlaşmalar içinde yer almaktadır. Türkiye Afganistan'dan Avrupa'ya uzanan eroin hattının ve Latin Amerika'dan Avrupa'ya uzanan kokain hattının üzerinde bulunan bir transit ülke konumundadır. Bu durum Türkiye'yi hem uyuşturucu madde kaçakçılığına hedef bir ülke durumuna getirmekte, hem de ülkeye sürekli madde girişi olması nedeniyle kullanıcı potansiyeli açısından da tehlike arz etmektedir.

ABD'nin madde bağımlılığıyla mücadele politikaları ile ülkemizde yürütülen politikaların karşılaştırmalı olarak ele alındığı bu çalışmada dikkati çeken en önemli unsurlardan birisi ABD'nin, başta afyon olmak üzere uyuşturucu ya da uyarıcı maddelerin kötüye kullanımının yayıldığını ve bunun önüne geçilebilmesi için uluslararası bir çaba gerektiğini ilk fark eden ülke olduğudur. Çin'den gelen afyonun kötüye kullanımının ülke sınırları içinde hızla yayılması nedeniyle hem ulusal tedbirler almak hem de afyon ithalat ve ihracatı konusunda diğer ülkelerle antlaşmalar yapmak ihtiyacı duyan ABD, uyuşturucu madde bağımlılığıyla uluslararası mücadeledenin öncüsü kabul edilmektedir. Türkiye ise aynı yıllarda afyon ihracatı konusunda dünya pazarında önemli bir konuma sahip olması ve bu tür kısıtlayıcı antlaşmaların ülke ekonomisine büyük bir darbe vuracağı endişesiyle antlaşmalara katılmayı reddetmiş; ancak ülkemizde de afyonun kötüye kullanımı, yasa dışı ticareti ve bağımlılık sorununun artması sonucunda ABD'nin önyak olduğu, önce MC'nin devamında ise BM'nin yürütücü olduğu söz konusu antlaşmalara neredeyse 30 yıl sonra taraf olmak zorunda kalmıştır.

ABD'nin madde bağımlılığıyla mücadele edebilmek için yapmış olduğu yasal düzenlemeler, bu alanda çalışmak üzere oluşturmuş olduğu kurum ya da birimler, yürüttüğü projeler ve bu projeler için ayrılan finansal bütçe ve madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonu hususunda sağladığı imkanlar karşısında; Türkiye'de yürütülen politika, çalışma, proje ve hizmetler nispeten zayıf görünse de tüm bu çabalar, BM ve WHO tarafından, üye ülkeler arasında en çok çaba gösteren ve en çok olumlu dönüş alan ülke olması nedeniyle taktirle karşılanmakta ve desteklenmektedir.

Gerek ABD gerekse Türkiye açısından madde bağımlılığıyla mücadele hususunda alınan önlemler göz önüne alındığında, sık sık güncellenen yasal düzenlemeler, düzenli ve sıkı denetimler, yüksek bütçeli kampanya ve projeler, yapılan antlaşmalar ve katı yaptırımlar her ne kadar madde kullanım istatistiklerinin olumlu yönde değişmesine katkı sağlıyor olsa da; bir kez bağımlı hale gelmiş bireylerin tedavi edildikten sonra topluma temiz ve sağlıklı bir birey olarak dönmesi ve hayatının geri kalanını bu şekilde idame ettirmesi her zaman mümkün olamamaktadır. Madde bağımlılığı bir hastalıktır; ancak ne yazık ki tedavisi olmasına rağmen nükseden bir hastalıktır ve tedavi edildikten sonra tekrar etme ihtimali yüksektir. Bu nedenle tedavi hizmetlerine verilen önemin, tedavi sonrası rehabilitasyon hizmetlerine de verilmesi gerekmektedir.

Madde bağımlılığı ile suç teşkil eden davranışlar arasında doğrudan bir ilişki

olduğu yapılan pek çok araştırma ile kanıtlanmıştır. Madde bağımlısı olan bireyin kimi zaman kullandığı maddenin neden olduğu agresyon, saldırgan davranışlar, düşük muhakeme kabiliyeti, halüsinasyon gibi etkiler neticesinde bilinçsiz biçimde suç teşkil eden davranışlarda (şiddet, kavga, yaralama, öldürme vb.) bulunabildiği; kimi zaman ise (özellikle yoksunluk durumunda) madde temin edebilmek ya da maddeyi satın almak için gerekli parayı temin edebilmek amacıyla bilinçli olarak suç teşkil eden davranışlarda (hırsızlık, gasp, yağma vb.) bulunabildiği bilinmektedir. Bu tür davranışlarda bulunan bağımlı kişilerin yalnızca işledikleri suçtan dolayı cezalandırılarak hapsedilmeleri, suçun tekrarını önlemede yeterli olmayıp; kişinin madde kullanımından uzaklaştırılarak bağımlılığının tedavi edilmesi ve madde kullanımının sebep olduğu olumsuz sonuçları idrak ederek yeniden madde kullanmaktan kaçınmasının sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ağır olmayan bazı suçlarla yargılanan suçlu kişilerin rehabilite edilerek topluma yeniden kazandırılabilmesi için ceza infaz kurumlarına alternatif bir sistem olarak denetimli serbestlik sistemi bulunmaktadır.

Denetimli serbestlik sistemi yalnızca bir yaptırım şekli ya da bir infaz biçimi olmayıp; suç işleyen kişilerin suça neden olan davranışlarından uzaklaşmasını ve toplumsal yaşama sağlıklı ve üretken bir birey olarak yeniden kazandırılmasını amaçlayan rehberlik faaliyetlerini içeren bir kurum olarak tanımlanmaktadır. Özellikle madde bağımlılığı bulunan ve uyuşturucu ile ilişkili suçlarla hükmedilen suçluların, bağımlılıklarının giderilmesi suçlu davranışını terk etmesinde önemli ölçüde fayda sağlamaktadır. Bu nedenle madde bağımlılığı bulunan suçluların cezaevlerinde hapsedilmek yerine, denetimli serbestlik sistemi kapsamında madde bağımlılığı tedavi hizmetleri sunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi; bir yandan bağımlılığının beraberinde oluşabilecek yoksunluk semptomlarının giderilmesine yönelik arındırma tedavisinin yapılması, bir yandan da sosyal hizmet mekanizmalarını sürece dahil ederek hükümlülerin rehabilite edilmesi ve böylece dezavantajlı durumlarını en aza indirip yeniden suç işleme risklerinin azaltılması gerekmektedir.

Yapılan görüşmelerden elde edilen veriler gösteriyor ki ülkemizde özellikle devlet hastanelerine bağlı AMATEM birimlerinde yürütülen tedavi hizmetleri büyük oranda arındırma tedavisi ile sınırlı olup, bu merkezler rehabilitasyon konusunda yetersiz kalmaktadır. Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde çalışan ve görüşme gerçekleştirilen katılımcılardan çalıştığı birimde rehabilitasyon hizmeti olmayan katılımcıların çoğu, bunun önemli bir eksiklik olduğunu vurgulamıştır. Özel hastaneler

veya özel tedavi kliniklerinde çalışan katılımcılar ise çalıştıkları kurumun kendi imkanları çerçevesinde oluşturduğu rehabilitasyon imkanlarının hastaların nüks oranlarında olumlu bir değişim sağladığını; arındırma tedavisi biten hastaların rehabilitasyon programlarına tabi tutulmalarının kendilerine bir yaşam amacı belirlemek, gelecekle ilgili plânlar yapmak, sağlıklı bir birey olarak topluma katılım sağlamak gibi hedefler edindiklerini ve bu sayede temiz kalmaya daha istekli olduklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler göz önüne alındığı söylenebilmektedir ki belirli bir süredir kronik olarak madde kullanan ve bağımlı durumdaki bireyin, bağımlılık hastalığından kurtularak sağlıklı bir birey olarak sosyal yaşamına geri dönebilmesi için arındırma (detoksifikasyon) tedavisinin yanı sıra; kendisine farkındalık ve içgörü kazandırmak, stresle başa çıkabilme becerisi kazandırmak, hayat amaçlarını belirlemesi ve bu amaçlar doğrultusunda kendisine hedefler koyması yönünde yol gösterici olmak, ailesiyle ve çevresiyle sağlıklı iletişim kurabilmesi için iletişim becerilerini geliştirmesine yardımcı olmak ve en önemlisi bağımlılığın bir hastalık olduğu ve yeniden aynı sürece girdiği takdirde daha yıkıcı sonuçlarla karşılaşabileceği konusunda bilinçlendirmek gerekmektedir.

Madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon sürecinde, bağımlı olan kişinin kendisinin bilinçlendirilmesi ve sosyal yaşama sağlıklı biçimde dönebilmesi için desteklenmesinin yanı sıra, aileye yönelik eğitim ve destek programlarının da oluşturulması gerekmektedir. Bağımlılıktan kurtulma sürecinde yaşanabilecek yoksunluk semptomları, iletişim ve uyum sorunları, psikolojik rahatsızlıklar gibi durumların yanı sıra; tedavi gören kişinin düzenli olarak kullanması gereken ilaçlar ve bu ilaçların uygun dozları, ayaktan tedavinin sürdürülmesi, psikoterapi ve grup terapisi seanslarına devam etmesinin önemi ve bundan sonraki süreçte bağımlı çevreden uzak kalabilmesi gibi konularda ailenin bilinçlendirilmesi ve gerekirse aile bireylerine de psikolojik destek verilmesi sürecin olumlu bir şekilde ilerlemesi için oldukça önemlidir.

Madde bağımlılığı tedavisi hem maliyetli hem de psikolojik olarak zorlu bir süreçtir. ABD’de yer alan tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde uygulanan madde bağımlılığı tedavilerinin maliyeti büyük oranda kişinin kendisi ya da ailesi tarafından karşılanırsa da, bunu karşılayamayacak durumda olan ancak bağımlılık durumundan kurtulmakta istekli olan kişilere özel sağlık sigortaları, tıbbi yardım programları, bağış fonları gibi çeşitli ödeme yöntemleri sunulurken; ülkemizde uygulanan madde bağımlılığı tedavilerinin tamamı kişinin kendisi ya da ailesi tarafından karşılanmakta,

yalnızca sosyal güvencesi olan bazı kişilerin tedavi masraflarının çok küçük bir kısmı SGK tarafından desteklenmektedir. Tedavi sürecinin yüksek maliyetli olması nedeniyle hastalar kurumda uzun süre kalamamakta; arındırma tedavisi için gerekli olan asgari süreyi tamamladıktan sonra kurumdan ayrılarak sosyal yaşantılarına geri dönmekte ve bu sürede rehabilite olmadıkları için kısa sürede kayma yaşayarak yeniden madde kullanma eğilimi göstermektedirler. Bu nedenle madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde aynı zamanda rehabilitasyon hizmeti de verilmesi; psikoterapi eğitimleri, grup terapileri, aile terapileri ve takip destek programları uygulanarak kişinin fiziksel bağımlılığının yanı sıra psikolojik bağımlılığının da sonlandırılması gerekmekte ve tüm hizmetlerin ücretsiz bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için devlet bazında bütçe çalışmaları ve politikalar geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Madde bağımlılığı tedavi merkezleri ile ilgili bir diğer sorun ise yetişmiş eleman yetersizliği olarak görülmektedir. Bu alanda hizmet veren sağlık merkezlerinin her şehirde olamaması ve sayıca da yetersiz olmasının yanı sıra; uzman personel sayısının az olması da her bir hastaya ayrılan sürenin kısıtlı olmasına, tedavisi biten hastanın tedavi sonrası takibinin yapılamamasına ya da sınırlı bir süre için yapılabilmesine; psikolojik olarak bu denli zorlu bir alanda yoğun mesai saatleri içinde çalışılması ve buna karşılık alınan ücretin yeterli gelmemesi gibi nedenler ise alanda çalışabilecek nitelikli personelin farklı alanlarda çalışmayı tercih etmesi ve bu nedenle madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde uzman personel yetersizliği yaşanmasına neden olmaktadır.

Bu bağlamda söyleyebiliriz ki her devlet madde bağımlılığıyla mücadele konusunda kendi yasal düzenlemelerini yapmak, diğer devletler ile koordineli bir şekilde yasadışı madde pazar ağlarını kontrol altında tutmak, halkı madde bağımlılığına karşı bilinçlendirmek, gerekli eğitim, önleme ve denetleme çalışmalarını sürdürmek, tedavi ve rehabilitasyon imkanlarını sağlamak için bütçe ayırmak ve gerekirse yeni kurumlar oluşturarak ve personel yetiştirerek bu alanda büyük bir çaba harcamak zorundadır. Aksi takdirde bağımlılık sorunu gittikçe büyüyen ve her kesimden bireyi toplumdaki soyutlayarak büyük kayıplar yaşanmasına neden olan önemli bir hastalık olarak varlığını sürdürmeye devam edecektir.

KAYNAKLAR

- Abel, E., Hendris, S., McNeeley, S., Johnson, K., Rosenberg, C., Mossavar-Rahmani, Y., Vitolins, M., Kruger, M. (2007). Daily Coffee Consumption and Prevalence of Nonmelanoma Skin Cancer in Caucasian White Women. *European Journal of Cancer Prevention*, 16, 446-452.
- Adler, I. A. (1912). *Primary Malignant Growths of the Lung and Bronchi: A Pathological and Clinical Study*. New York, NY: Longmans, Green and Company.
- Adolphs, R. (2010). What Does The Amygdala Contribute to Social Cognition?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191 (The Year in Cognitive Neuroscience 2010), 42-61.
- Advokat, C., Comaty, J., Julien, R. (2014). *Julien's Primer of Drug Action (13th Edition)*. New York, NY: Worth Publishers.
- Ağar, O. T. (2019). Cannabis'e Tarihsel Bir Bakış. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 43-44, 7-11.
- Akgül, A., Şahinli, K. (2014). Türkiye'nin Taraf Olduğu Birleşmiş Milletler Anlaşmalarının Meclis Onay Süreci: 1961, 1971 ve 1988 Uyuşturucu Konvansiyonlarının İncelenmesi. *Uluslararası Hukuk ve Politika*, 38(10), 1-31.
- Akvardar, Y. (2012). Halüsinojenler (İçinde: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, 181-185). Ankara: Pozitif Matbaa.
- Akyol, M. C. (1994). Hukukumuzda Uyuşturucu Madde Suçları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü*, İstanbul.
- Aldemir, E., Döğner, R., Aydoğdu, M., Akyel, B., Havaçeliği Atlam, D., Annette Akgür, S., Yüncü, Z. (2020). Kannabis, Tıbbi Kullanımı ve İlişkili Politikaların Toplumda Yansımaları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 204-213.
- Algın, A., Hökenek, N. M., Yıldırım, Ç. (2019). Travma Hastalarında Ketamin Kullanımı. *Ankara Medical Journal*, 19(4), 776-783.
- Alpay, N. (1996). Methadon. *Düşünen Adam*, 9(3), 4-9.
- Alpay, N., Karamustafaoğlu, N. ve Kükürt, R. (1995). Madde Bağımlılarında Suç. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 8, 16-17.
- Altan, S. (2019). Cenevre Afyon Konferansları ve Türkiye'nin Tutumu. *Çanakkale Araştırmaları Türk Yıllığı*, 17(26), 45-70.
- Altıntaş, A. (1998). Cumhuriyetin İlk Yıllarındaki Sağlık Teşkilatımız, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 29(1), 51-65.

Altuner, D., Engin, N., Güreler, C., Akyay, İ. ve Akgül, A., (2009). Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 87-94.

Amir, M. (1971). *Patterns in Forcible Rape*, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Amornyotin, S. (2014). Ketamine: Pharmacology Revisited. *International Journal of Anesthesiology Research*, 2, 42-44.

Anderson, I. B., Kearney, T. (2000). Use of Methadone. *Western Journal of Medicine*, 172(1), 43-6.

Andreasen, N. C., Nopoulos, P., Magnotta, V., Pierson, R., Ziebell, S., Ho, B. (2011). Progressive Brain Change in Schizophrenia: A Prospective Longitudinal Study of Firstepisode Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 70(7), 672-679.

Arabacı, L. B., Taş, G., Dikeç, G. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Madde Kullanımı, Suça Yönelme, Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 135-144.

Arıkan, Z. (2012). Kafein ve Başka Uyarıcıların Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar (İçinde: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, 169-179). Ankara: Pozitif Matbaa.

Arpacık, Y. (2019). Atık Suda Kafein Analizi İçin Sıvı Kromatografisi – Ardışık Kütle Spektrometresi İle Yöntem Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

Arslan, G., Çolak, A., Güreler, C., Pamukçu, Z., Çevik, B., Arıkan, Z. (2000). Çocuk Hastaların Premedikasyonunda Midazolam + Ketaminin Uygulama Yollarının Karşılaştırılması. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, XI(3), 903-906.

Ascheiro, A., Zhang, S. M., Hernan, M. A., Kawachi, I., Colditz, G. A., Speizer, F. E., Willett, W. C. (2001). Prospective Study of Caffeine Consumption and Risk of Parkinson's Disease in Men and Women. *Annals of Neurology*, 50, 56-63.

Asnis, S. ve Smith, R. (1978). Amphetamine Abuse and Violence. *Journal of Psychedelic Drugs*, 10(4), 317-377.

Ateş, N. (2016). Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanma Suçu (TCK M. 191). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

Auerbach, O., Petrick, T. G., Stout, A. P., Statsinger, A. L., Muehsam, G. E., Forman, J. B., Gere, J. B. (1956). The Anatomical Approach to the Study of Smoking and Bronchogenic Carcinoma; A Preliminary Report of Forty-one Cases. *Cancer*, 9(1), 76-83.

Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., Yang, X. (2005). Parental and Peer Influences on the Risk of Adolescent Drug Use. *The Journal of Primary Prevention*, 26(6), 529-551.

Bailey, T. Brand, B. L. (2017). Traumatic Dissociation: Theory, Research, and Treatment. *Clinical Psychology Science and Practice*, 24(1), 170-185.

Balcı, M. (2009). *Türk Ceza Kanunu'nda Uyuşturucu Madde Ticareti Suçları*, Ankara: Adalet Yayınevi.

Ballard, T. L. P., Halaweish, F. T., Stevermer, C. L., Agrawal, P., Vukovich, M. D. (2006). Naringin Does Not Alter Caffeine Pharmacokinetics, Energy Expenditure or Cardiovascular Haemodynamics in Humans Following Caffeine Consumption. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 33, 310-314.

Barop, H. (2015). Building the “Opium Evil” Consensus – The International Opium Commission of Shanghai. *Journal of Modern European History*, 13(1), 115-137.

Bayraktar, F., Taşkiran, A. (2019). Kafein Tüketimi ve Atletik Performans. *Journal of Health and Sport Sciences*, 2(2), 24-33.

Bennett, T., Holloway, K., Farrington, D. (2008). The Statistical Association Between Drug Misuse and Crime: A Meta Analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107-118.

Benzenhöfer, U., Passie, T. (2006). The Early History of “Ecstasy”. *Der Nervenarzt*, 77, 95-99.

Berman, R. M., Cappiello, A., Anand, A., Oren, D. A., Heninger, G. R., Charney, D. S., Krystal, J. H. (2000). Antidepressant Effects of Ketamine in Depressed Patients. *Biological Psychiatry*, 47(4), 351-354.

Bey, T., Patel, A. (2007). Intoxication and Adverse Effects: A Clinical and Pharmacological Review of an Illicit Drug. *The California Journal of Emergency Medicine*, VIII(1), 9-14.

Blandini, F., Nappi, G., Tassorelli, C., Martignoni, E. (2000). Functional Changes of the Basal Ganglia Circuitry in Parkinson's Disease. *Experimental Neurobiology*, 62, 63-88.

Bloodgood, J. C. (1921). Cancer of the Tongue; A Preventable Disease. *The Journal of the American Medical Association*, 77(18), 1381-1387.

Blum, R. H. (1969). Drugs and Violence (İçinde: National Commission on the Causes and Prevention of Violence). *Crimes of Violence*, 13(32), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Boksa, P. (2012). Abnormal Synaptic Pruning in Schizophrenia: Urban Myth or Reality?. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 37, 75-77.

Bonafede, D. (1970). Nixon Approves Drug Guidelines, Gives Role to Narcotic Bureau. *National Journal*, 2(29), 1532-1534.

Bonafede, D. (1970). Nixon Seeks to Heal Top-Level Feud Between Customs, Narcotics Units. *National Journal*, 2(15), 750-751.

Bonson, K. R. (2001). Hallucinogenic Drugs, (İçinde: *Encyclopedia of Life Sciences*, April 2001, 1-7), John Wiley & Sons.

Booth, M. (1996). *Haşhaşdan Eroine Uyuşturucunun 6000 Yıllık Öyküsü* (Çev: Özden Arıkan). İstanbul: Sabah Kitapçılık.

Bouza, C., Angeles, M., Muñoz, A., Amate, J. M. (2004). Efficacy and Safety of Naltrexone and Acamprosate in the Treatment of Alcohol Dependence: A Systematic Review. *Addiction*, 99(7), 811-828.

Boztaş, M. H., Arısoy, Ö. (2010). Uçucu Madde Bağımlılığı ve Tıbbi Sonuçları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.

Bölek, S. (2013). Opiyat Bağımlılığı Tedavisinin Madde Kullanımı, Yaşam Kalitesi ve İşlevsellik Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi*, İstanbul.

Branstetter, S. A., Furman, W., Cottrell, L. (2009). The Influence of Representations of Attachment, Maternal-Adolescent Relationship Quality and Maternal Monitoring on Adolescent Substance Use: A 2-year Longitudinal Examination. *Child Development*, 80, 1448-1462.

Brewer, C., Myers, R. J., Johnsen, J. (2000). Does Disulfiram Help to Prevent Relapse in Alcohol Abuse? *CNS Drugs*, 14, 329-341.

Brito-da-Costa, A. M., Dias-da-Silva, D., Gomes, N. G. M., Dinis-Oliveira, R. J., Madureira-Carvalho, Á. (2021). Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Salvinorin A and Salvia Divinorum: Clinical and Forensic Aspects. *Pharmaceuticals*, 14(2), 116.

Brook, J. S., Brook, D. W., Arencibia-Mireles, O., Richter, L., Whiteman, M. (2001). Risk Factors for Adolescent Marijuana Use Across Cultures and Across Time. *Journal of Genetic Psychology*, 162(3), 357-374.

Caplehorn, J. R., Bell, J., Kleinbaum, D. G., Gebiski, V. J. (1993). Methadone Dose and Heroin Use During Maintenance Treatment. *Addiction*, 88, 119-124.

Carvalho, M., Carmo, H., Costa, V. M., Capela, J. P., Pontes, H., Remião, F., Carvalho, F., Bastos, M. (2012). Toxicity of Amphetamines: An Update. *Archives of Toxicology*, 86, 1167-1231.

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (2006). *Prevention Works! Substance Abuse Prevention Handbook*, Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) & National Prevention Network (NPN).

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2007). Addressing Co-occurring Disorders in Non-traditional Service Settings. *COCE Overview Paper 4*, Rockville, MD: DHHS Publication No: (SMA) 07-4277.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2007). The Epidemiology of Co-occurring Substance Use and Mental Disorders. *COCE Overview Paper 8*, Rockville, MD: DHHS Publication No: (SMA) 07-4308.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (2009). *Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice - Treatment Improvement Protocol 49*. Rockville, MD: HHS Publication No: (SMA) 12-4389.

Chabrol, H., Chauchard, E., Mabila, J. D., Mantoulan, R., Adele, A., Rousseau, A. (2006). Contributions of Social Influences and Expectations of Use to Cannabis Use in High-School Students. *Addictive Behaviors*, 31, 2116-2119.

Chick J. (1999). Safety Issues Concerning the Use of Disulfiram in Treating Alcohol Dependence. *Drug Safety*, 20(5), 427-435.

Clausen, J. A. (1963). Drug Use (İçinde: Merton, R. K., Nisbet, R., *Contemporary Social Problems*), New York, NY: Harcourt Brace Jsvanovich Inc.

Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R., Patton, G. C. (2000). Initiation and Progression of Cannabis Use in a Population-based Australian Adolescent Longitudinal Study. *Addiction*, 95(11), 1679-1690.

Coşkun, S. (2006). Uçucu Madde Kullanan Ergenlerde Bilinçlendirme Eğitiminin Etkinliği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

Courtwright, D. T. (2001). *Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Crosby, D. M., McLaughlin, J. L. (1973). Cactus Alkaloids. XIX. Crystallization of Mescaline HCl and 3-Methoxytyramine HCl From *Trichocereus Pachanoi*. *Lloydia*, 36(4), 416-418.

Csiernik, R. (2011). *Substance Use and Abuse*. Toronto: Canadian Scholars Press.

Cushman, P. (1974). Relationship Between Narcotic Addiction and Crime. *Federal Probation*, 38, 38-43.

Cysneiros, R. M., Farkas, D., Harmatz, J. S., Von Moltke, L. L., Greenblatt, D. J. (2007). Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Interactions Between Zolpidem and Caffeine. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 82, 54-62.

Çağlayan, M. (1965). Uyuşturucu Madde (Beyaz Zehirler) Üzerine Bir İnceleme. *Türk İdare Dergisi*, 297, 13-36.

Çakıcı, M., Araz, D., Aksoy, E., Gökyiğit, A. (2019). Opioid Bağımlılığının Tedavisinde Metadon ve Buprenorfin'in Etkinliği: Hangisini Kullanımı? *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 194-99.

Çakır, G. (2021). Cumhuriyet Döneminde İçtimâî Bir Yara: Alkol, Propagandalar, Politikalar (1920-1950). *Çanakkale Araştırmaları Türk Yılığ*, 17(30), 199-228.

Çakır, G. (2021). Türkiye'de Uyuşturucu Maddelere Yönelik Geliştirilen Politikalar (1920-1950). *Akademik Tarih ve Araştırmalar Dergisi*, 5, 105-137.

Çakmak, D. ve Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, İstanbul: Özgül Matbaacılık.

Çalikoğlu, E. O., Köyceğiz, E. (2019). Tobacco Control Policies in Turkey in Terms of MPOWER, *The Eurasian Journal of Medicine*, 51(1), 80-84.

Çalışkan, S., Metintaş, S. (2018). Dünyada Tütün Kontrol Uygulamalarının Küresel Ölçekte Değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1), 32-41.

Çelik, F. Sarıkaya, M. (2021). Şanlıurfa AMATEM ve ÇEMATEM Kampüsünde Peyzaj Tasarımının Güvenlik Algısı ve Suç Korkusuna Etkisi, *Kent Akademisi*, 14(3), 644-658.

Çelik, H. (2017). Türkiye'de Uyuşturucu ile Mücadele Çalışmaları. *Güncel Bağımlılık Araştırmaları*, 1(1):13-15.

Çıtır, B. (2015). Uluslararası Afyon Anlaşmalarında Osmanlı İmparatorluğu. *Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 17-47.

Çoban, S. (2014). Bazı Sosyal Etkenlerin Çocuk Suçluluğu İle İlişkisi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 31(2), 77-95.

Çolak, F. (2013). "Anadolu'da Afyon Ziraatı ve Ticaretine Dair İzlenimler", *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6(1), 513-529.

Çöpür, M., Eryılmaz, A. ve Çakmak, D. (2014). Alkol, Madde Kullanımı ve Yasal Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30, 84-88.

d'Orban, P. T. (1976). Barburate Abuse. *Journal of Medical Ethics*, 2, 63-67.

Dai, B. (1937). *Opium Addiction in Chicago*, Montclair, NJ: Patterson Smith.

Dell, P. F. (2006). A New Model of Dissociative Identity Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 1-26.

Demirbilek, S. (2012). Tek Parti Döneminde İnhisarlar (1923-1946). *Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi*, 12(24), 203-232.

Department of Health and Human Services (DHHS) (1997). Fiscal Year 1998 – Justification of Estimates for Appropriations Committees (İçinde: Subcommittee on the Departments of Labor, Health and Human Services, Education and Related Agencies, *Hearings Before a Subcommittee of the Committee on Appropriations House of Representatives – One Hundred Fifth Congress First Session*, 867-1111), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Diazgranados, N., Ibrahim, L., Brutsche, N., Newberg, A., Kronstein, P., Khalife, S., Kammerer, W. A., Quezado, Z., Luckenbaugh, D. A., Salvatore, G., Machado-Vieira, R., Manji, H. K., Zarate, C. A. (2010). A Randomized Add-on Trial of an N-Methyl-D-Aspartate Antagonist in Treatment-Resistant Bipolar Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 793-802.

Dilbaz, N. (2012). Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri (İçinde: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, 47-51). Ankara: Pozitif Matbaa.

Doğan, B. Y. (2001). Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Aile ve Toplum Eğitim – Kültür ve Araştırma Dergisi*, 4(1), 79-86.

Doherty, M., Smith, P. M. (2004). Effects of Caffeine Ingestion on Exercise Testing: A Meta-Analysis. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 14, 626–46.

Doll, R., Hill, A. B. (1950). Smoking and Carcinoma of the Lung: Preliminary Report. *British Medical Journal*, 2(4682), 739–748.

Domino, E. F. (2010). Taming the Ketamine Tiger. *Anesthesiology*, 113, 678-686.

Douglas, J. E., Burgess, A. W., Burgess, A. G. ve Ressler, R. K. (2006). *Crime Classification Manual*, San Francisco, CA: John Wiley & Sons.

Dönmezer, S. (1987). Hukuk ve Uyuşturucu, Alışkanlık Yapıcı Maddeler. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 43, 457-474.

Drug Enforcement Administration, (1992). *Opium Poppy Cultivation and Heroin Processing in South Asia*. Washington, DC: DEA.

Drug Enforcement Administration, (2003). *Speaking Out Against Drug Legalization*. Washington, DC: DEA.

Dülger, S. (2008). Amfetamin Türevleri İçeren Yasa Dışı Üretilmiş Tabletlerin Kromatografik ve Spektroskopik Yöntemlerle Analizleri, Yayımlanmamış Doktora Tezi, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

EGM (2021). *2021 Performans Programı*. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü.

EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (1998). *Uyuşturucu Madde Olayları Genel Değerlendirmesi*. Ankara: Evren Yayıncılık.

EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2007). *Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Kitapçığı*, Ankara: KOM Yayınları.

EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2015). *Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele 2014 Raporu*. EGM Katalog No: 650, Ankara: KOM Yayınları.

EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2020). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2020 – Eğilimler ve Gelişmeler*. EGM Yayın Katalog No: 712, Ankara: NDB Yayınları.

EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2021). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2021 – Eğilimler ve Gelişmeler*. EGM Yayın Katalog No: 736, Ankara: NDB Yayınları.

Ellinswood, E. (1971). Assault and Homicide Associated with Amphetamine Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1170-1175.

El-Seedi, H. R., De Smet, P. A. G. M., Beck, O. Possnert, G., Bruhn, J. G. (2005). Prehistoric Peyote Use: Alkaloid Analysis and Radiocarbon Dating of Archaeological Specimens of Lophophora From Texas. *Journal of Ethnopharmacology*, 101(1-3), 238-242.

Ergül, E. (1997). *Hukukî, Adli, Tıbbî, Kriminolojik, Aktüel Boyutları ve İlgili Mevzuatıyla Uyuşturucu Maddeler ve Suçları*. Ankara: Yetkin Yayınları.

Erlen, J., Spillane, J. F. (2004). *Federal Drug Control Policy: The Evolution of Policy and Practice*. New York, NY: Pharmaceutical Products Press.

Erman, S. (1981). Uyuşturucu Maddelere İlişkin Ceza Hükümleri, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 45(1-4), 1061-1080.

Eryalçın, T., Birinci, M. (2021). Türkiye ve Avrupa’da Denetimli Serbestlik Sisteminin Yönetim Yapısı. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 5(2), 171-182.

Evren, C., Bozkurt, M. (2018). Metamfetamin Güncellemesi: Son Zamanlarda Karşılaştığımız Eski Bir Problem. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1), 1-10.

Eydemir, H. U. (2014). Uluslararası ve Bölgesel Yasa Dışı Uyuşturucu Ticareti ile Mücadele Anlaşmalarının Türkiye’deki Mücadeleye Etkileri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

Feldman, H., Agar, M. H. ve Beschner, G. M. (1979). *Angel Dust: An Ethnographic Study of PCP Users*, Lexington, MA: Lexington Books.

Felix-Ortiz, M., Fernandez, A., Newcomb, M. D. (1998). The Role of Intergenerational Discrepancy of Cultural Orientation in Drug Use Among Latina Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 33, 967-994.

Fırat, S., Erk, M. A. (2019). Uyuşturucu Bağımlılığı ile Mücadelede Tedavi ve Denetimli Serbestlik Uygulamaları: Türkiye, Birleşik Devletler, Almanya ve İrlanda Örnekleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 318-337.

Finestone, H. (1967). Narcotics and Criminality. *Law and Contemporary Problems*, 22, 60-85.

Fiore, M. C., Keller, P. A., Curry, S. J. (2007). Health System Changes to Facilitate the Delivery of Tobacco-Dependence Treatment. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(6), 349-356.

Fishman, M. J., Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Kolodner, G., Wilford, B. B. (2010). *ASAM Patient Placement Criteria: Supplement on Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorders*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Fitzpatrick, J. P. (1974). Drugs, Alcohol and Violent Crime. *Addictive Diseases*, 1, 353-367.

Flory, C. M. (1941). The Production of Tumors by Tobacco Tars. *Cancer Research*, 1(4), 262-276.

Food and Drug Administration (FDA) (2010). *Vivitrol (naltrexone for extended-release injectable suspension: NDA 21-897C)—briefing document/background package*. Rockville, MD: FDA Pharmacologic Drugs Advisory Committee Meeting.

Freudenmann, R. W., Öxler, F., Bernschneider-Reif, S. (2006). The Origin of MDMA (Ecstasy) Revisited: The True Story Reconstructed from the Original Documents. *Addiction*, 101(9), 1241-1245.

Friedman, S. B., Horvat, G. L., Levinson, R. B. (1982). Narcotic Addict Rehabilitation Act - Its Impact on Federal Prisons. *Contemporary Drug Problems*, 11(1), 101-111.

Fujioka, K., Greenway, F., Sheard, J., Ying, Y. (2006). The Effects of Grapefruit on Weight and Insulin Resistance: Relationship to the Metabolic Syndrome. *Journal of Medicinal Food*, 9, 49-54.

Fuller, R. K., Gordis, E. (2004). Does Disulfiram Have A Role in Alcoholism Treatment Today? *Addiction*, 99(1), 21-24.

Garbutt, J. C., Kranzler, H. R., O'Malley, S. S., Gastfriend, D. R., Pettinati, H. M., Silverman, B. L., Loewy, J. W., Ehrich, E. W. (2005). Efficacy and Tolerability of Long-acting Injectable Naltrexone for Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 293(13), 1617-1625.

Gatti, U., Tremblay, R. E., Vitaro, F. ve McDuff, P. (2005). Youth gangs, delinquency and drug use: A test of the selection, facilitation, and enhancement hypotheses. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(11), 221-225.

Gautam, M., Prabhakar, D. (2018). Stimulant Formulations for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 20(6), 18r02345.

GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724.

Gerson, L. W. ve Preston, D. A. (1979). Alcohol Consumption and the Incidence of Violent Crime. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 307-312.

Glaser, D. (1974). Interlocking Dualities in Drug Use, Drug Control and Crime (İçinde: Inciardi, J. A., Chambers, C., *Drugs and the Criminal Justice System*, 39-56). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Goldberg, P. (1980). The Federal Government's Response to Illicit Drugs, 1969-1978 (İçinde: Drug Abuse Council, *The Facts About "Drug Abuse"*, 20-62). New York, NY: Free Press.

Goldstein, P. J. (1979). *Prostitution and Drugs*, Lexington, MA: Lexington Books.

Goldstein, P. J. (1981). Getting Over: Economic Alternatives to Predatory Crime among Street Drug Users (İçinde: Inciardi, J. A., *The Drugs-Crime Connection*, 67-84). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.

Goldstein, P. J. ve Duchaine, N. (1979). Daily Criminal Activities of Street Drug Users. *31st Annual Meeting of the American Society of Criminology*, Sheraton Hotel, Philadelphia PA, 7-10 November.

Gould, L. (1974). Crime and the Addict: Beyond Common Sense (İçinde: Inciardi, J. A. ve Chambers, C., *Drugs and the Criminal Justice System*, 57-75). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Gökbulut, A. (2019). Cannabis Yetiştiriciliği ve Kontrolü. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 43-44, 12-16.

Göksu, S., Öner, Ü., Tahtacı, N., Göğüş, D., Güngör, G. (1997). Pediatrik Anesteziye Oral Midazolam ve Ketamin Premedikasyonunun Karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 29(3), 495-499.

Green, S. M., Roback, M. G., Kennedy, R. M., Krauss, B. (2011). Clinical Practice Guideline for Emergency Department Ketamine Dissociative Sedation: 2011 Update. *Annals of Emergency Medicine*, 57(5), 449-461.

Greenberg, S. ve Adler, F. (1974). Crime and Addiction: An Empirical Analysis of the Literature, 1920-1973. *Contemporary Drug Problems*, 3, 221-270.

Grundmann, O., Phipps, S. M., Zadezensky, I., Butterweck, V. (2007). Salvia Divinorum and Salvinorin A: An Update on Pharmacology and Analytical Methodology. *Planta Medica*, 71(10), 1039-1040.

Gundlach, A. L., Largent, B. L., Snyder, S. H. (1986). Characterization of Phencyclidine and Sigma Receptor-Binding Sites in Brain (İçinde: D. H. Clouet (Ed.), *Phencyclidine: An Update*, 1-13). NIDA Research Monograph Series No:64, Rockville, MD: DHHS Publication No: (ADM) 87-1443.

Güngör, Ş., Kınacı, A. (2001). (*Öğreti ve Uygulama Boyutu ile*) *Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerle İlgili Suçlar*. Ankara: Yetkin Yayınları.

Haggård-Grenn, U., Hallqvist, J., Långström, N. ve Möller, J. (2006). The Role of Alcohol and Drugs in Triggering Criminal Violence: A Case-Crossover Study. *Addiction*, 101(1), 100-108.

Hakim, I. A., Harris, R. B., Weisgerber, U. M. (2000). Tea Intake and Squamous Cell Carcinoma of the Skin: Influence of Type of Tea Beverages. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 9, 727-731.

Harrison, L. D., Backenheimer, M., Inciardi, J. A. (1996). Cannabis Use In The United States: Implications For Policy (İçinde: P. Cohen, A. Sas (Ed.), *Cannabisbeleid in Duitsland - Frankrijk en de Verenigde Staten*, 179-276). Amsterdam: Centrum voor Drugsonderzoek.

Havemann, J. (1978). *Congress and the Budget*. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Heal, D. J., Smith, S. L., Gosden, J., Nutt, D. J. (2013). Amphetamine, Past and Present – A Pharmacological and Clinical Perspective. *Journal of Psychopharmacology*, 27(6), 479-496.

Heath, W. J. (2004). America's First Drug Regulation Regime: The Rise and Fall of the Import Drug Act of 1848, *Food and Drug Law Journal*, 59(1), 169-199.

Heckman, M. A., Weil, J., Gonzales de Mejia, E. (2010). Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in Foods: A Comprehensive Review on Consumption, Functionality, Safety and Regulatory Matters. *Journal of Food Science*, 75(3), 77-87.

Henden, E., Melberg, H. O. ve Røgeberg, O. J. (2013). Addiction: Choice or Compulsion?. *Frontiers in Psychiatry*, 4(77).

Herden, L., Weissert, R. (2018). The Impact of Coffee and Caffeine on Multiple Sclerosis Compared to Other Neurodegenerative Diseases. *Frontiers in Nutrition*, 5(133), 1-12.

Herr, H. W. (2011). Percivall Pott, The Environment and Cancer. *British Journal of Urology International*, 108(4), 479-481.

Hino, A., Adachi, H., Enomoto, M., Furuki, K., Shigetoh, Y., Ohtsuka, M., Kumagae, S. I., Hirai, Y., Jalaldin, A., Satoh, A., Imaizumi, T. (2007). Habitual Coffee but Not Green Tea Consumption is Inversely Associated with Metabolic Syndrome An Epidemiological Study in A General Japanese Population. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 383-389.

Hoffman, F. C. (1924). The Causation of Cancer (İçinde: Proceedings of the American Association for Cancer Research, Seventeenth Annual Meeting, 17 Nisan 1924, Boston, MA). *The Journal of Cancer Research*, 8, 528-531.

Hollander, J. M., Mechanick, J. I. (2008). Complementary and Alternative Medicine and the Management of the Metabolic Syndrome. *Journal of the American Dietetic Association*, 108, 495-509.

Hughes, A., Sathe, N. ve Spagnola, K. (2008). State Estimates of Substance Use From the 2005-2006 National Surveys on Drug Use and Health. *OAS Series H-33*, Rockville, MD: DHHS Publication No: (SMA) 08-4311.

Inciardi, J. A. Ve Chambers, C. (1972). Unreported Criminal Involvement of Narcotic Addicts. *Journal of Drug Issues*, 2, 57-64.

Işık, E. (2009). Erişkinlerde Klinik Psikofarmakoloji (İçinde: Işık, E., Uzbay, T., *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji*, 337-359). İstanbul: Golden Medya Baskı.

İmir, H. (2019). Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Madde Bağımlısı Bireylerin Aile ve Sosyal Çevreleri ile Olan İlişkileri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

Jentsch, J. D., Ashenhurst, J. R., Cervantes, M. C., Groman, S. M., James, A. S. ve Pennington, Z. T. (2014). Dissecting Impulsivity and its Relationships to Drug Addictions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327(1), 1-26.

Johnson, B. D., Goldstein, P. J., Preble, E., Schmeidler, J., Lipton, S., Spunt, B. ve Miller, T. (1985). *Taking Care of Business: The Economics of Crime by Heroin Abusers*, Lexington, MA: Lexington Books.

Johnson, B., Gibson, L. ve Linden, R. (1976). Alcohol and Rape in Winnepeg: 1966-1975. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 1887-1894.

Kalant, H. (2001). The Pharmacology and Toxicology of "Ecstasy" (MDMA) and Related Drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 165(7), 917-928.

Kalkınma Bakanlığı (2018). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Kamer, V. K. (2008), Madde Bağımlılarının Rehabilitasyonunda Yeni Dönem Denetimli Serbestlik, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 79, 275-308.

Kaplan, G. B., Greenblatt, D. J., Ehrenberg, B. L., Goddard, J. E., Cotreau, M. M., Harmatz, J. S., Shader, R. I. (1997). Dose Dependent Pharmacokinetics and Psychomotor Effects of Caffeine in Humans. *Journal of Clinical Pharmacology*, 37, 693–703.

Karacaer, F. (2015). Ketamin: Yeni Bir Antidepresan? *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 30-40.

Kaya, G., Toker, S. (2019). Kahve Tüketim Alışkanlıklarının İncelenmesi: İstanbul Örneği. *International Journal of Economics, Politics, Humanities & Social Sciences*, 2(3), 146-164.

Kaya, H., Kaya, Ö. B., Paltun, S. C. (2018). Buprenorfin ve Benzodiazepin Beraber Kullanımı ile Ortaya Çıkan Solunum Depresyonu. *Current Addiction Research*, 2(1), 22-26.

Kennaway, E. L. (1924). The Formation of A Cancer-producing Substance from Isoprene (2-methyl-butadiene). *The Journal of Pathology and Bacteriology*, 27, 233-238.

Kerzendorfer, C., O'Driscoll, M. (2009). UVB and Caffeine: Inhibiting the DNA Damage Response to Protect Against the Adverse Effects of UVB. *Journal of Investigative Dermatology*, 129, 1611–1613.

Kleiman, M. A., Hawdon, J. E. (2011). Narcotic Drug Import and Export Act (İçinde: *Encyclopedia of drug policy*, Vol. 1, 546-547). SAGE Publications, Inc.

Kline, N. S. (1959). Psychopharmaceuticals: Effects and Side Effects. *Bulletin of the World Health Organization*, 21, 397-410.

Koç, Z. (2021). Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçlarında Kişisel Kullanım Amacının Belirlenmesi (TCK M. 188/3 - TCK M. 191). *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 23(2), 1143-1191.

Kolb, L. (1925). Drug Addiction and It's Relation to Crime. *Mental Hygiene*, 9, 74-89.

Koob, G. F., Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of Addiction: A Neurocircuitry Analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.

Kozel, N., Dupont, R. ve Brown, B. (1972). A Study of Narcotic Involvement in an Offender Population. *International Journal of the Addictions*, 7, 443-450.

Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık – Alkol ve Madde Bağımlılığı*, İstanbul: Altın Kitaplar.

Kramer, J. C. (1976). From Demon To Ally – How Mythology Has and May Yet Alter National Drug Policy. *Journal of Drug Issues*, 6, 390-406.

Kuntsche, E. N., Silbereisen, R. K. (2004). Parental Closeness and Adolescent Substance Use in Single and Two-Parent Families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63, 85-92.

Kurt, Ş., Kurt, E. (2007). *Uygulamada Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları ve İlgili Mevzuat*, Ankara: Adalet Yayınevi.

Küsen, H. (2022). Alkol Bağımlısı Ratlarda Akamprosot Kullanımının İnce Bağırsaklar Üzerinde Oluşturduğu Fizyopatolojik Etkilerin İzole Organ Banyosu Aracılığıyla Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Konya.

Laaksonen, E., Koski-Jännes, A., Salaspuro, M., Ahtinen H., Alho, H. (2008). A Randomized, Multicenter, Open-Label, Comparative Trial of Disulfiram, Naltrexone and Acamprosate in the Treatment of Alcohol Dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 53-61.

Laing, R. R., Beyerstein, B. L., Siegel, J. A. (2003). Forms of the Drug (İçinde: Laing, R. R. *Hallucinogens: A Forensic Drug Handbook*, 39-41). London: Academic Press.

Lange, J. E., Reed, M. B., Ketchie Croff, J. M., Clapp, J. D. (2008). College Student Use of Salvia Divinorum. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 263-266.

Larkin, G. L., Beautrais, A. L. (2011). A Preliminary Naturalistic Study of Low-dose Ketamine for Depression and Suicide Ideation in the Emergency Department. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(8), 1127-1131.

Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., Plant, M. (2002). Family Structure, Parent-child Relationships and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 52-60.

Levin, M. L., Goldstein, H., Gerhardt, P. R. (1950). Cancer and Tobacco Smoking: A Preliminary Report. *The Journal of the American Medical Association*, 143(4), 336-338.

Lewin, L. (1924). *Phantastica: Die betäubenden und erregenden Genussmittel - Für Ärzte und Nichtärzte*. Berlin: Verlag von Georg Stilke.

Lorenz, E., Stewart, H. L., Daniel, J. H., Nelson, C. V. (1943). The Effects of Breathing Tobacco Smoke on Strain A Mice. *Cancer Research*, 3, 122-124.

Lorist, M., Tops, M. M. (2003). Caffeine, Fatigue and Cognition. *Brain and Cognition*, 53, 82-94.

Macit, R. (2021). Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ile Mücadelede Suç Teorilerinin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(1), 1-10.

Mandara, J., Murray, C. B. (2006). Father's Absence and African American Adolescent Drug Use. *Journal of Divorce & Remarriage*, 46, 1-12.

Martin, B. K., Clapp, L., Alfors, J., Beresford, T. P. (2004). Adherence to Court-ordered Disulfiram at Fifteen Months: A Naturalistic Study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 233-236.

Martin, D., Le, J. K. (2022). *Amphetamine*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
Martindale, D. (1959). Sociological Theory and the Ideal Type (İçinde: Gross, L., *Symposium on Sociological Theory*, 57-91), New York, NY: Harper and Row.

McAllister, W. B. (2000). *Drug Diplomacy in the Twentieth Century*, London: Routledge.

Mert Toprakkıran, N. (2010). İçeceklerde Kafein İçin Yeni Bir Biyosensör Hazırlanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, Edirne.

Milhorn, H. T. (1991). Diagnosis and Management of Phencyclidine Intoxication. *American Family Physician*, 43(4), 1293-1302.

Miller, N. S., Gold, M. S. (1989). Sedative-Hypnotics: Pharmacology and Use. *The Journal of Family Practice*, 29(6), 665-670.

Mjaland, K. (2014). A Culture of Sharing: Drug Exchange in a Norwegian Prison. *Punishment & Society*, 16(3), 336–352.

Monforte, J. R. ve Spitz, W. U. (1975). Narcotic Abuse Among Homicides in Detroit. *Journal of Forensic Sciences*, 20, 186-190.

Moore, M. H. (1978). Reorganization Plan #2 Reviewed: Problems in Implementing A Strategy to Reduce the Supply of Drugs to Illicit Markets in the United States. *Public Policy*, 26(2), 229-262.

Mumyakmaz, H. G. (2020). Yeşilay Cemiyeti ve Faaliyetleri: Bağımlılıkla Mücadele, Sağlıklı ve Ahlaklı Nesiller Yetiştirme. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 55(1), 368-387.

Murrough, J. W., Iosifescu, D. V., Chang, L. C., Al Jurdi, R. K., Green, C. E., Perez, A. M., Iqbal, S., Pillemer, S., Foulkes, A., Shah, A., Charney, D. S., Mathew, S. J. (2013) Antidepressant Efficacy of Ketamine in Treatment – Resistant Major Depression : A Two-Site Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1134-1142.

Musto, D. F. (2013). The American Experience with Stimulant and Opiates (İçinde: L. Gaines ve J. Kremling, *Drugs, Crime and Justice: Contemporary Perspectives*, 32-49), Long Grove, IL: Waveland Press, Inc.

National Commission on Marihuana and Drug Abuse (1973). Drug Use in America: Problem in Perspective. *The Technical Papers of the Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse - Vol. II: Social Responses to Drug Use*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1996). *State Trends In Alcohol Problems 1979–92. U.S. Alcohol Epidemiologic Data Reference Manual Vol. 5*, Rockville, MD: NIH Publication No: 96-4174.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2007). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, Updated 2005 Edition*. Bethesda, MD: NIH Publication No: 07-3769.

National Institute on Drug Abuse (2014). *Principles of Drug Addiction Treatment (A Research-Based Guide)*. NIH Publication No. 12–4180.

National Institute on Drug Abuse (2015). *Hallucinogens and Dissociative Drugs Research Report*, NIDA Research Report Series.

National Institute on Drug Abuse (2016). *Cocaine Research Report*, NIDA Research Report Series.

Nevayî A. Ş. (1996). *Muhakemet'ül Lugateyn (İki Dilin Muhakemesi)*, Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.

New York City Police Department (1983). *Homicide Analysis: New York City 1981*, Washington, DC: U.S. Department of Justice.

O'Malley, S. S. (1996). Opioid Antagonists in the Treatment of Alcohol Dependence: Clinical Efficacy and Prevention of Relapse. *Alcohol and Alcoholism*, 31(1), 77-81.

O'Malley, S. S., Garbutt, J. C., Gastfriend, D. R., Dong, Q., Kranzler, H. R. (2007). Efficacy of Extended-Release Naltrexone in Alcohol Dependent Patients Who Are Abstinent Before Treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(5), 507-512.

O'Shea, B. (2000). Phencyclidine, Ketamine and Khat Phencyclidine (PCP, DOA, 'Angel Dust', 'Crystal', 'Hog'). *Irish Medical Journal*, 93(6), 185.

Office of National Drug Control Policy (2007). *National Southwest Border Counternarcotics Strategy: Unclassified Summary*, Washington, DC: U.S. Executive Office of President.

Office of National Drug Control Policy (2007). *The President's National Drug Control Strategy*. Washington, DC: U.S. Executive Office of President.

Office of National Drug Control Policy (2008). *Cocaine Smuggling in 2006*, Washington, DC: U.S. Executive Office of President.

Ogunbodede, O., McCombs, D., Trout, K., Daley, P., Terry, M. (2010). New Mescaline Concentrations from 14 Taxa/Cultivars of *Echinopsis* Spp. (Cactaceae) ("San Pedro") and Their Relevance to Shamanic Practice. *Journal of Ethnopharmacology*, 131(2), 356-362.

Oschner, A., DeBakey, M. (1939). Primary Pulmonary Malignancy: Treatment by Total Pneumonectomy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 68, 435-451.

Ögel, K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*, İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K. ve Aksoy, A. (2007). Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*, 8(1), 11-17.

Ögel, K., Koç, C., Aksoy, A., Başabak, A., Evren, C. (2012). *Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA)*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Koç, C., Karalar, B., Başabak, A., Aksoy, A., İşmen, M., Yeroham, R. (2011). SAMBA İsimli Bir Bağımlılık Tedavi Programının Etkinlik Çalışması. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(Suppl.2), 150-151.

Öner, M. Z. (2010). Türk Ceza Hukukunda Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde İmal ve Ticareti Suçları. Yayınlanmamış Doktora Tezi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.

Örsel, O. (2016). Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri (MPOWER 2015). *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1), 13-21.

Özbay, Y., Yılmaz, S., Büyüköztürk, Ş., Aliyev, R., Tomar, İ. H., Eşici, H., Yancar, C. ve Akyılmaz, F. D. (2017). Madde Bağımlılığı: Temiz Bir Yaşam İçin Bireyin Güçlendirilmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5, 81-130.

Özmen, Ö. (2009). Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Suçları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

Özşeker, P., Dip, A., Dağlıoğlu, N., Gülmen, M. K. (2017). Sentetik Kannabinoidler: Yeni Nesil Esrar. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 21(1), 34-40.

Öztürk, S. Sarıkaya, N. (2020). Sigara, Alkol, Madde Bağımlılığı Tedavi Programının (Samba) Problem Çözme Becerileri Üzerine Etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 140-147.

Palamar, J. J. (2017). There's Something About Molly: The Under-Researched yet Popular Powder Form of Ecstasy in the United States. *Substance Abuse*, 38(1), 15-17.

Parascandola, M. (2020). The Other Surgeon General's Report: History of the U.S. Public Health Response to Air Pollution, Cigarette Smoking and Lung Cancer. *Annals of Cancer Epidemiology*, 4(3), 1-9.

Passie, T., Seifert, J., Schneider, U., Emrich, H. M. (2002). The Pharmacology of Psilocybin. *Addiction Biology*, 7(4), 357-364.

Pedersen, W. (2009). Cannabis Use: Subcultural Opposition or Social Marginality?. *Acta Sociologica*, 52(2), 135-48.

Petit, A., Karila, L., Chalmin, F., Lejoyeux, M. (2012). Methamphetamine Addiction:

A Review of the Literature. *Journal of Addiction Research & Therapy*, S1, 1-6.

Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M. (2006). Cross-Cultural Parent–Child Relations: The Role of Parental Monitoring in Youth’s Substance Abuse Behaviors in Hungary and the United States. (İçinde: D. M. Devore (Ed.), *New Developments in Parent–Child Relations*, 129-146). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.

Polat, S., Koparal, B., Okumuş, B., Hocoğlu, Ç. (2021). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Denetimli Serbestlik Birimine Başvuran Olguların Madde Kullanım Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 10(2), 78-82.

Poyraz, R. (1999). Disiplinler Arası Adli Tıp Kimya ve Toksikoloji. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

Poznyak, V., Reed, G. M. ve Medina-Mora, M. E. (2018). Aligning the ICD-11 Classification of Disorders due to Substance Use with Global Service Needs. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 212–218.

Preble, E. (1980). El Barrio Revisited. *Annual Meeting of Society for Applied Anthropology*, Denver CO, 21 March.

Preble, E. ve Casey, J. (1969). Taking Care of Business: The Heroin Users Life on the Street. *International Journal of the Addictions*, 4, 1-24.

Price, R. B., Nock, M. K., Charney, D. S., Mathew, S. J. (2009). Effects of Intravenous Ketamine on Explicit and Implicit Measures of Suicidality in Treatment-Resistant Depression. *Biological Psychiatry*, 66(5), 522-526.

Puzzanchera, C., Stahl, A. L., Finnegan, T. A., Tierney, N., Snyder, H. N. (2003). *Juvenile Court Statistics 1998*, Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Rada, R. (1975). Alcoholism and Forcible Rape. *American Journal of Psychiatry*, 132, 444-446.

Rees, J. R., Stukel, T. A., Perry, A. E., Zens, M. S., Spencer, S. K., Karagas, M. R. (2007). Tea Consumption and Basal Cell and Squamous Cell Skin Cancer: Results of A Case Control Study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 56, 781-785.

Rivier, L., Lindgren, J. E. (1972). "Ayahuasca" the South American Hallucinogenic Drink: An Ethnobotanical and Chemical Investigation. *Economic Botany*, 26(2), 101-129.

Rodrigues, A. V. S. L. (2018). Dimethyltryptamine: Endogenous Role and Therapeutic Potential. Yüksek Lisans Tezi, *Faculdade de Medicina da Universidade Do Porto*, Porto.

Sacco, L. N. (2014). *Drug Enforcement in the United States: History, Policy and Trends*, Washington, DC: Congressional Research Service.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: Pozitif Matbaa.

Saiki, R., Scharf, S., Faloona, F., Mullis, K., Horn, G., Erlich, H., Arnheim, N. (1985). Enzymatic Amplification of Beta-globin Genomic Sequences and Restriction Site Analysis for Diagnosis of Sickle Cell Anemia. *Science*, 230(4732), 1350–1354.

Saint-Jean, G. (2010). Gender Differences in the Salience of Psychosocial Mediators of the Impact of Acculturation on Substance Abuse Among Hispanic Youth in Florida. *Journal of Immigrant Minority Health*, 12, 166-172.

Saka, R. (1948). *Uyuşturucu Maddeler (Afyon-Morfin-Eroin-Esrar-Kokain) Hakkında Milletler Arası Hukuki ve Sosyal Durum*. İstanbul: Cumhuriyet Matbaası.

Salmaner, H. (2003). *Suç Yeri İncelemesi*, Şanlıurfa: Elif Matbaacılık.

Sandberg, S. (2012). Cannabis Culture: A Stable Subculture in a Changing World. *Criminology and Criminal Justice*, 13(1), 63–79.

Sarıgüzel, M. (2021). Küresel Uyuşturucu Kontrol Sistemi ve Türkiye. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 7(40), 120-137.

Schatzman, M. (1975). Cocaine and the Drug Problem. *Journal of Psychedelic Drugs*, 7(1), 7-18.

Sehlikoğlu, K., Özkan, Ö. L., Sehlikoğlu, Ş., Eğilmez, O. B., Kafadar, H. (2022). Madde Kullanımı Nedeniyle Denetimli Serbestlik Tedbiri Olan Bireylerin Sosyodemografik, Klinik ve Suç Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 27(1), 42-51.

Sevdim, A. E. (2014). *Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde İmal ve Ticareti Suçu*, Ankara: Seçkin Yayınları.

Sevimli, H. Ö. (2019). Türk Ceza Hukukunda Kullanmak İçin Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Satın Almak, Kabul Etmek veya Bulundurmak ya da Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanmak Suçu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.

Sezer, İ. Ç. (2017). Yerleşik Yaşama Geçişin Tanığı Ev Faresi. *Bilim ve Teknik Aylık Popüler Bilim Dergisi*, 594, 10.

Shahidullah, S. M. (2008). *Crime Policy in America*. Lanham, MD: University Press of America Inc.

Shen, Y.-C., Chen, S.-F. (2010). Clinical Aspects of Inhalant Addiction (İçinde: B. A. Johnson (Ed.), *Addiction Medicine: Science and Practice - Volume 1*, 525-532), New York, NY: Springer.

Shupe, L. M. (1954). Alcohol and Crime: A Study of the Urine Alcohol Concentration Found in 882 Persons Arrested During or Immediately After the Commission of a Felony. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 44(5), 661-664.

Sickmund, M., Stahl A. L., Kang, W. (2011). *Easy Access to Juvenile Court Statistics: 1985-2008*, Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Simoes, C., Matos, M. G., Batista-Foguet, J. M. (2008). Juvenile Delinquency: Analysis of Risk and Protective Factors Using Quantitative and Qualitative Methods. *Cognition, Brain and Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 12(4), 389-408.

Singh, J., Gupta, P. (2017). Drug Addiction: Current Trends and Management. *The International Journal of Indian Psychology*, 5(1), 186-201.

Sinner, B., Graf, B. M. (2008). Ketamine (İçinde: J. Schüttler, H. Schwilden, Modern Anesthetics, *Handbook of Experimental Pharmacology Vol.182*, 313-333). Berlin: Springer.

Smit, H. J., Rogers, P. J. (2002). Effects of Energy Drinks on Mood and Mental Performance: Critical Methodology. *Food Quality and Preference*, 13, 317-326.

Smith, R. C. (1972). Speed and Violence: Compulsive Methamphetamine Abuse and Criminality in the Haight-Ashbury District (İçinde: Zarafonitis, C., *Drug Abuse: Proceedings of the International Conference*, 435-448). Pennsylvania, PA: Lea and Febiger.

Snyder, J. L., Bowers, T. G. (2008). The Efficacy of Acamprosate and Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence: A Relative Benefits Analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(4), 449-461.

Solgun, S. (2002). Uyuşturucu Madde Kaçakçılığı ve Alternatif Çözüm Önerileri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Muğla.

Solmaz, A., Okumuş, M. (2015). Yeni Bir Uyuşturucu Madde Olan Bonzai Haberlerinin İnternette Sunumu: www.milliyet.com.tr Örneği. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 8, 180-199.

Spronk, D. B., van Wel, J. H. P., Ramaekers, J. G., Verkes, R. J. (2013). Characterizing the Cognitive Effects of Cocaine: A Comprehensive Review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1838-1859.

Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N. (2005). Naltrexone for the Treatment of Alcoholism: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8(2), 267-280.

Stahl, M. S. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Application (Fourth Edition)*, Cambridge: Cambridge University Press.

Strain, E. C., Bigelow, G. E., Liebson, I. A., Stitzer, M. L. (1999). Moderate – vs High – Dose Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Randomized Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 1000-1005.

Su Topbaş, Z. (2020). Alkol/Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası İzlemlerinde Kullanılmak Üzere Telepsikiyatrik Hasta Takip Formunun Geliştirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015). *Medication for the Treatment of Alcohol Use Disorder: A Brief Guide*. Rockville, MD: HHS Publication No: (SMA) 15-4907.

Sutherland, R., Sindicich, N., Barrett, E., Whittaker, E., Peacock, A., Hickey, S. (2015). Motivations, Substance Use and Other Correlates Amongst Property and Violent Offenders Who Regularly Inject Drugs. *Addictive Behaviors*, 45, 207-213.

Swezey, R. (1973). Estimating Drug-Crime Relationships, *International Journal of the Addictions*, 8, 701-721.

Şahin, N. (2021). Ayahuasca: Ruhların Sarmaşığı. *Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 27, 234-259.

Şentürk, Z., Kuvaki, B., Arkan, A. (1997). Çocuklarda Oral Premedikasyonda Midazolam ve Midazolam-Ketamin Kombinasyonunun Solunumsal ve Hemodinamik Etkilerinin Karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 4(2), 21-29.

Taylor, A. H. (1969). *American Diplomacy and the Narcotics Traffic, 1900-1939: A Study in International Humanitarian Reform*. Durham, NC: Duke University Press.

Temple, J. L. (2009). Caffeine Use in Children: What We Know, What We Have Left to Learn and Why We Should Worry. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33, 793-806.

Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., Mericle, A. A. (2002). Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 1133-1143.

Thakurta, R. G., Das, R., Bhattacharya, A. K., Saha, D., Sen, S., Singh, O. P., Bisui, B. (2012). Rapid Response with Ketamine on Suicidal Cognition in Resistant Depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(2), 170-175.

Tinklenberg, J. (1973). Drugs and Crime (İçinde: National Commission on Marijuana and Drug Abuse, *Drug Use in America: Problems in Perspective – Volume I: Patterns and Consequences of Drug Use*), Washington, DC: United States Government Printing Office.

Tomanbay, İ. (2016). *Madde Bağımlılığı ve Sosyal Hizmet*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Sosyal Hizmetler Lisans Tamamlama Programı.

Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, (62), 201-220.

Trevitt, J., Kawa, K., Jalali, A., Larsen, C. (2009). Differential Effects of Adenosine Antagonists in Two Models of Parkinsonian Tremor. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 94, 24-29.

Tuncer, A. (2011). Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Ticareti ve Kullanılmasına İlişkin Suçlar. Yayımlanmamış Doktora Tezi, *İstanbul Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul.

Türkiye İstatistik Kurumu (2014). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013*, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

U.S. Department of Health and Human Services (2008). Highlights 2006: National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, *Treatment Episode Data Set (TEDS)*, DASIS Series: S-40, Rockville, MD: DHHS Publication No: (SMA) 08-4313.

Uğurlu, T., Şengül, C., Şengül, C. (2012). Bağımlılık Psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 37-50.

Uluğ B. (2007). Alkol Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar (İçinde: Güleç, C. ve Köroğlu, E., *Psikiyatri Temel Kitabı*, 161-172), Ankara: HYB Basım Yayın.

Uluğ, B., Gürel, Ş. C. (2012). Esrar (Kannabis) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar (İçinde: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, 141-145). Ankara: Pozitif Matbaa.

Uluğtuğ, N. (1941). Kımız. *Yücel Aylık Sanat ve Fikir Mecmuası*, 13(79), 130-132.

United Nations Office on Drugs and Crime (2017). *World Drug Report 2017: Part 1 – Executive Summary – Conclusions And Policy Implications*, Viyana: United Nations Publication.

United Nations Office on Drugs and Crime (2021). “*Cocaine: A Spectrum of Products*”, Cocaine Insights 2, Vienna: UNODC.

Uslu, M. (2019). Sigara Bağımlılığı: Nikotin ve Sigara (Tütün) Bağımlılığı (İçinde: A. Eryılmaz ve M. E. Deniz (Ed.), *Tüm Yönleriyle Bağımlılık*, 204-232). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Uzbay, T. İ. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 21, 5-15.

Uzbay, T. İ. (2015). *Madde Bağımlılığı: Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler*, İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi.

Uzbay, T. İ., Yüksel, N. (2003). Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı (İçinde: Yüksel, N. (Ed.) *Psikofarmakoloji*, 485-520), Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Üngüren, E. (2015). Beynin Nöroanatomik ve Nörokimsyal Yapısının Kişilik ve Davranış Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 7(1), 193-219.

Üstün, Ç. (2009). Eski Bir Türk İçeceği: Kımız (Koumiss), *Türklük Bilimi Araştırmaları*, 26, 247-255.

Üstün, D. (1997). Sürekli Etil Alkol Fermentasyonu Parametrelerinin İncelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *İstanbul Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

van der Kruit, P. J. J. (2007). Maritime Drug Interdiction in International Law. PhD, *Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie, Universiteit Utrecht*, Utrecht, Nederlands.

Varol, M. (2011). *Alkol Raporu*. İstanbul: Türkiye Yeşilay Cemiyeti.

Virkunen, M. (1974). Alcohol as a Factor Precipitating Aggression and Conflict Behaviour Leading to Homicide. *British Journal of the Addictions*, 69, 149-154.

Vohra, R., Seefeld, A., Cantrell, F. L., Clark, R. F. (2011). Salvia Divinorum: Exposures Reported to a Statewide Poison Control System Over 10 Years. *The Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 643-650.

Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G., Fowler, J. S., Franceschi, D., Sedler, M., Gatley, S. J., Miller, E., Hitzemann, R., Ding, Y., Logan, J. (2001). Loss of Dopamine Transporters in Methamphetamine Abusers Recovers with Protracted Abstinence. *Journal of Neuroscience*, 21(23), 9414-9418.

Vronsky, R. (2004). *Serial Killers: The Method and Madness of Monsters*, New York, NY: Berkley Books.

Vucina, T., Becirevic, I. Z. (2007). Risk Factors and Protective Factors for Adolescent Substance Use. *Review of Psychology*, 14, 59-72.

Weaver, M. F. (2015). Prescription Sedative Misuse and Abuse. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88, 247-256.

Westerterp-Plantenga, M., Diepvens, K., Joosen, A. M. C. P., Berube-Parent, S., Tremblay, A. (2006). Metabolic Effects of Spices, Teas and Caffeine. *Physiology & Behavior*, 89, 85-91.

Wick, J. Y. (2013). The History of Benzodiazepines. *The Consultant Pharmacist*, 28(9), 538-548.

Williams, L. C., Keyes, C. (2001). Psychoactive Drugs (İçinde: M. D. Ford, K. A. Delaney, L. J. Ling, T. Erickson (Ed.) *Clinical Toxicology*, 640-649). Pennsylvania, PA: W. B. Saunders.

Wipfli, H., Samet, J. M. (2016). One Hundred Years in the Making: The Global Tobacco Epidemic. *Annual Review of Public Health*, 37(1), 149-166.

Wolfgang, M. E. (1958). *Patterns in Criminal Homicide*, Pennsylvania, PA: University of Pennsylvania Press.

Woo, T. U. (2014). Neurobiology of Schizophrenia Onset. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 16, 267-295.

World Health Organization (2011). *Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: Guidance for Availability and Accessibility of Controlled Medicines*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2012). *Guidelines on Methadone Therapy and Treatment of Drug Dependence in Myanmar*. Myanmar: WHO Press.

World Health Organization (2015). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising Taxes on Tobacco*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO Press.

Wynder, E. L., Graham, E. A. (1950). Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchogenic Carcinoma: A Study of 684 Proved Cases. *The Journal of the American Medical Association*, 143(4), 329-333.

Yaşar, Y. (2012). *Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Temini ve Ticareti Suçları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yeşilay (2017). *Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı, "Sigara Vücudun Düşmanı" TBM Alan Kitaplığı Dizisi: 8*, İstanbul: Kültür Sanat Basımevi.

Yeşilbaş, O. (2017). Ağır Akut Bronşiyolitte Yardımcı Tedavi Olarak Ketamin İnfüzyonu ve Azitromisin Kullanımı. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi*, 4(3), 146-148.

Yokuş Sevük, H. (2007). *Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasına İlişkin Suçlar*, Ankara: Seçkin Yayınları.

Youick, J. J., Faiman, M. D. (1991). Disulfiram Metabolism as a Requirement for the Inhibition of Rat Liver Mitochondrial Low Km Aldehyde Dehydrogenase. *Biochemical Pharmacology*, 42(7), 1361-1366.

Zahn, M. A. (1975). The Female Homicide Victim. *Criminology*, 13(3), 400-415.

Zahn, M. A. (1980). Homicide in the Twentieth Century United States (İçinde: Inciardi, J. A., Faupel, C. E., *History and Crime*, 111-131), Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Zahn, M. A., Bencivengo, M. (1974). Violent Death: A Comparison Between Drug Users and Nondrug Users. *Addictive Diseases*, 1, 283-296.

Zarate, C. A., Brutsche, N., Ibrahim, L., Franco-Chaves, J., Diazgranados, N., Cravchik, A., Selter, J., Marquardt, C. A., Liberty, V., Luckenbaugh, D. A. (2012). Replication of Ketamine's Antidepressant Efficacy in Bipolar Depression: A Randomized Controlled Add-on Trial *Biological Psychiatry*, 71(11), 939-946.

Zarate, C. A., Singh, J. B., Carlson, P. J., Brutsche, N. E., Ameli, R., Luckenbaugh, D. A., Charney, D. S., Manji, H. K. (2006). A Randomized Trial of an N-Methyl-Daspartate Antagonist in Treatment-Resistant Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 856-864.

Zat, V. (1994). *Adabıyla Rakı ve Çilingir Sofrası*. İstanbul: İletişim yayınları.

Zehra, A., Burns, J., Kure Liu, C., Manza, P., Wiers, C. E., Volkow, N. D., Wang, G. (2018). Cannabis Addiction and the Brain: A Review. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 13(4), 438-452.

Ziyalar, A. (1991). Alkol Bağımlılığı, *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1(1), 29-33.

Online Kaynaklar

ACS Chemistry for Life (a), “Molecule of the Week Archive: LSD”, <https://www.acs.org/content/acs/en/molecule-of-the-week/archive/l/lsd.html>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

ACS Chemistry for Life (b), “Molecule of the Week Archive: N,N-Dimethyltryptamine”, <https://www.acs.org/content/acs/en/molecule-of-the-week/archive/d/dimethyltryptamine.html>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

Alamy, “Cocaine Ball and Stick Model”, <https://www.alamy.com/stock-photo-cocaine-ball-and-stick-model-illegal-psychoactive-drug-100699232.html>, Erişim Tarihi: 20/08/2022

Alcohol and Drug Foundation, “Opium”, <https://adf.org.au/drug-facts/opium/>, Erişim Tarihi: 16/08/2022

Alcohol Pharmacology Education Partnership (APEP), “What Is Alcohol?”, <https://sites.duke.edu/a pep/module-1-gender-matters/content/content-what-is-alcohol/>, Erişim Tarihi: 12/12/2020

Alsabah, A. S., “Sedative – Hypnotic Drugs”, https://www.researchgate.net/publication/344177409_Sedative_-Hypnotic_Drugs, Erişim Tarihi: 12/08/2022

AMATEM (a), “*Sigaranın İçindeki Kimyasal Zararlı Maddeler*”, <http://www.amatem.org/sigara/sigaranin-icinindeki-kimyasal-zararli-maddeler/>, Erişim Tarihi: 20/05/2022

American Psychiatric Association, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions>, Erişim Tarihi: 22/12/2020

ARK Behavioral Health, “*How Cocaine Is Made - From Plant To Brick*”, <https://www.arkbh.com/illicit-drugs/cocaine/made/>, Erişim Tarihi: 20/08/2022

Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu (a), “*2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı – 2018 Uyuşturucu ile Mücadele Faaliyet Raporu*”, <https://bmyk.gov.tr/Eklenti/38498/0/uyusturucu-ile-mucadele-ulusal-eylem-planı-2018-2023-2018-yili-faaliyet-raporupdf.pdf>, Erişim Tarihi: 10/12/2020

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (b), <https://bmyk.gov.tr/TR-67156/bmyk.html>, Erişim Tarihi: 10/12/2020

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (c), “*2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı*”, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/-birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/haberler/uyus-turucu_eylem_plani/2018-2023_Uyusturucu_ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi-_ve_Eylem_Planı.pdf, Erişim Tarihi: 10/12/2020

Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (d), “*Okulda Bağımlılığa Müdahale Eğitim Programı (OBM)*”, <https://bmyk.gov.tr/TR-69382/okulda-bagimlilikiga-mudahale-egitim-programi-obm.html>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

BBC, “*MDMA: Brexit and Covid Reduce Festival Drug Purity*”, <https://www.bbc.com/news/uk-wales-61734334>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

Bedrock Recovery Center, “*What are the Different Types of Meth?*”, <https://bedrockrecoverycenter.com/addiction/meth/types/>, Erişim Tarihi: 17/08/2022
Britannica, “*Opium Poppy*”, <https://www.britannica.com/plant/corn-poppy>, Erişim Tarihi: 16/08/2022

Bureau of Justice Statistics, <https://www.bjs.gov/index.cfm?ty=abu>, Erişim Tarihi: 21/11/2017

CadNav, “*Salvia Divinorum Plants 3D Model*”, <https://www.cadnav.com/3d-models/model-29716.html>, Erişim Tarihi: 13/08/2022

Centers for Disease Control and Prevention, “*Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)*” <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/-index.htm>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

ChemSpider (a), “*Phencyclidine*”, <http://www.chemspider.com/Chemical-Structure.-6224.html>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

ChemSpider (b), “Ketamine”, <http://www.chemspider.com/Chemical-Structure.-3689.html>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

Confederation of European Probation, “*Probation of Europe*”, <https://www.cep-probation.org/knowledgebases/probation-in-europe/>, Erişim Tarihi: 24/12/2022

ÇEMATEM, <https://bakirkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR-346325/cematem.-html>, Erişim Tarihi: 20/05/2022

Dışişleri Bakanlığı, “*Türkiye'nin Uyuşturucu ile Mücadelesi*”, https://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin-uyusturucu-ile-mucadelesi_.tr.mfa, Erişim Tarihi: 27/09/2022

Diversified Risk Management, “*Salvia Divinorum Drug Image*”, <https://diversifiedriskmanagement.com/salvia-divinorum-new-legal-drug-similar-marijuana/salvia-divinorum-drug-image/>, Erişim Tarihi: 13/08/2022

Drug Enforcement Administration (a), “*Drug Fact Sheet: Ketamine*”. <https://www.dea.gov/sites/default/files/2020-06/Ketamine-2020.pdf>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

Drug Enforcement Administration (b), “*Drug Fact Sheet: DXM*” <https://www.dea.gov/sites/default/files/2020-06/DXM-2020.pdf>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

Drug Enforcement Administration (c), “*Drug Fact Sheet: Stimulants*”, <https://www.dea.gov/sites/default/files/2020-06/Stimulants-2020.pdf>, Erişim Tarihi: 12/08/2022

Drug Enforcement Administration (d), “*Drug Fact Sheet: Amphetamines*”, https://www.dea.gov/sites/default/files/2020-06/Amphetamines-2020_0.pdf, Erişim Tarihi: 12/08/2022

Drug Enforcement Administration (e), “*Drug Scheduling*”, <https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

Drug Enforcement Administration (e), <https://www.dea.gov/history>, Erişim Tarihi: 20/11/2017

Drug Enforcement Administration (f), <https://www.dea.gov/mission>, Erişim Tarihi: 20/11/2017

DrugRehab, <https://www.drugrehab.com/addiction/signs-of-substance-abuse/-addiction-vs-dependence/>, Erişim Tarihi: 11/12/2019

Drugs, “*Adderall XR Pill Images*”, <https://www.drugs.com/image/adderall-xr-images.html>, Erişim Tarihi: 17/08/2022

EGM Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Başkanlığı, “*Tarihçe ve Tanıtım*”, <https://www.egm.gov.tr/kom/baskanligimiz-tarihce-ve-tanitim>, Erişim Tarihi: 12/12/2020

EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (a), “*Misyon, Vizyon ve Temel Değerler*”, <https://www.narkotik.pol.tr/vizyonumuz>, Erişim Tarihi: 12/12/2020

EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (b), “*Tarihçe*”, <https://www.narkotik.pol.tr/tarihce>, Erişim Tarihi: 12/12/2020

EGM Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (c), “*TUBİM Şube Müdürlüğü*”, <https://www.narkotik.pol.tr/gorevlerimiz>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

Emedz, “*Dextroamphetamine (Dexedrine) - Dose, Side effects, Warnings*”, <https://emedz.net/blog/dextroamphetamine-dexedrine>, Erişim Tarihi: 17/08/2022

HiTechGlitz, “*FDA, 30 yıldan fazla süredir depresyon için ilk yeni ilaç olan esketamine nasal spreyi onayladı*”, <https://hitechglitz.com/turkey/fda-30-yildan-fazla-suredir-depresyon-icin-ilk-yeni-ilac-olan-esketamine-nasal-spreyi-onayladi-techrunch/>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

HSC Public Health Agency, “*Stimulant Drugs Professional Guidance*”, https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/stimulants_users_factsheet_version_2.pdf, Erişim Tarihi: 12/08/2022

In-formed, “*Glues, Gases and Aerosols*”, <https://www.in-formed.org.uk/-solvents>, Erişim Tarihi: 16/08/2022

International Narcotics Control Board, <https://www.incb.org/incb/en/-about.html>, Erişim Tarihi: 07/05/2021

İçişleri Bakanlığı, “*Uyuma Projesi*”, <https://www.icisleri.gov.tr/uyuma-projesi>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

iStock Photo (a), “*Ayahuasca Resimler, Görseller ve Stok Fotoğraflar*”, <https://www.istockphoto.com/tr/search/2/image?phrase=ayahuasca>, Erişim Tarihi: 21/05/2022

iStock Photo (b), “*Peyote Cactus Resimler, Görseller ve Stok Fotoğraflar*”, <https://www.istockphoto.com/tr/search/2/image?phrase=peyote%20cactus>, Erişim Tarihi: 21/05/2022

Live Science, “*What is THC?*”, <https://www.livescience.com/24553-what-is-thc.html>, Erişim Tarihi: 20/05/2022

Mchem, B. B. (2021). “*Could Synthetic Mescaline Protect Declining Peyote Populations?*”. https://chacrana.net/synthetic_mescaline_protect_declining_peyote_populations/ Erişim Tarihi: 20/05/2022

Medikal Rehber, “*Xanax (alprazolam) nedir?*”, <https://medikalrehber.com/-xanax-alprazolam/>, Erişim Tarihi: 12/08/2022

Merit Pharmaceutical, “*Ketamine HCl*”, <https://www.meritpharm.com/-product/ketamine-hcl-500mg-10ml-injection-multiple-dose-vial-10-ml-box-10-ciii-00409205310-copy/>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

Missouri Poison Center, “*Inhalant Abuse*”, <https://missouripoisoncenter.org/-inhalant-abuse/>, Erişim Tarihi: 16/08/2022

National Drug Intelligence Center, “*Intelligence Bulletin: DXM (Dextromethorphan)*”, Document ID: 2004-L0424-029, <https://www.justice.gov/archive/ndic/pubs11/11563/index.htm>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

National Institute of Child Health and Human Development, <https://www.nichd.nih.gov/grants-contracts/contracts/contracts>, Erişim Tarihi: 22/11/2017

National Institute of Justice, “*Arrestee Drug Abuse Monitoring Program*” <https://www.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh241/files/archives/ncjrs/adam.pdf>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, <https://www.niaaa.nih.gov/our-work>, Erişim Tarihi: 22/11/2017

National Institute on Drug Abuse (a), “*Inhalants Research Report: What Are Inhalants?*”, <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/inhalants/what-are-inhalants>, Erişim Tarihi: 16/08/2022

National Institute on Drug Abuse (b), “*Prescription Opioids Drug Facts*” <https://nida.nih.gov/download/37633/prescription-opioids-drugfacts.pdf>, Erişim Tarihi: 16/08/2022

National Institute on Drug Abuse (c), “*Research Report Series: Methamphetamine*”, <https://nida.nih.gov/sites/default/files/methrrs.pdf>, Erişim Tarihi: 17/08/2022

National Institute on Drug Abuse (d), “*MDMA (Ecstasy/Molly) DrugFacts*”, <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/mdma-ecstasy-molly>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

National Institute on Drug Abuse (e), <https://www.drugabuse.gov/-aboutnida/frequently-asked-questions>, Erişim Tarihi: 21/11/2017

National Institute on Drug Abuse (f), “*Monitoring the Future*” <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/monitoring-future>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

National Institutes of Health, <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-drug-abuse-nida>, Erişim Tarihi: 21/11/2017

New England HIDTA, <http://www.nehidta.org/default.aspx/MenuItemID/145/-MenuGroup/ONDCP.htm>, Erişim Tarihi: 18/11/2017

Office of Justice Programs, <https://ojp.gov/about/offices/bjs.htm>, Erişim Tarihi: 21/11/2017

Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı, <https://obm.org.tr/>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

Özgürlük Araştırmaları Derneği, “2020 Yılı Türkiye Alkol Tüketim Verileri”, https://oad.org.tr/blog/turkiye-alkol-tuketim-verileri-2020-yili-281/#_ftn3, Erişim Tarihi: 08/12/2020

Pfizer, “Ketanest pakningsstørrelser”, <https://www.pfizer.no/helsepersonell/legemiddel/keanest/keanest-pakningsstorrelser>, Erişim Tarihi: 22/05/2022

Psychiatric Times, “Confronting the Methamphetamine Epidemic”, <https://www.psychiatristimes.com/view/confronting-methamphetamine-epidemic>, Erişim Tarihi: 17/08/2022

PubChem (a), “Salvinorin A”, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/-128563>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

PubChem (b), “Dextromethorphan”, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Dextromethorphan>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

Resmî Gazete, 11 Ağustos 2013, sayı: 28732, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130811-12.htm>, Erişim Tarihi: 24/09/2022

Resmî Gazete, 12 Ekim 2004, sayı: 25611: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>, Erişim Tarihi: 21/09/2022

Resmî Gazete, 12 Haziran 1930, sayı: 1518: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1518.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022

Resmî Gazete, 12 Haziran 1942, sayı: 5130, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/5130.pdf>, Erişim Tarihi: 24/09/2022

Resmî Gazete, 13 Kasım 2004, sayı: 25642, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/11/20041113.htm>, Erişim Tarihi: 21/09/2022

Resmî Gazete, 13 Mart 1926, sayı: 320, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/320.pdf>, Erişim Tarihi: 24/09/2022

Resmî Gazete, 15 Nisan 2008, sayı: 26848, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/04/20080415-1.htm>, Erişim Tarihi: 24/09/2022

Resmî Gazete, 19 Haziran 1986, sayı: 19139, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19139.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022

Resmî Gazete, 19 Aralık 2006, sayı: 26831, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/12/20061219-1.htm>, Erişim Tarihi: 25/12/2022

Resmî Gazete, 20 Temmuz 2005, sayı: 25881, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050720.htm>, Erişim Tarihi: 25/12/2022

Resmî Gazete, 21 Şubat 1948, sayı: 6838, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/6838.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022

- Resmî Gazete, 24 Aralık 1928, sayı: 1074: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1074.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022
- Resmî Gazete, 24 Haziran 1933, sayı: 2435: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/2435.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022
- Resmî Gazete, 3 Mart 2011, sayı: 27863, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/03/20110303-1.htm>, Erişim Tarihi: 24/09/2022
- Resmî Gazete, 3 Nisan 1926, sayı: 338, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/338.pdf>, Erişim Tarihi: 24/09/2022
- Resmî Gazete, 31 Mayıs 1937, sayı: 3618, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/3618.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022
- Resmî Gazete, 4 Mart 1950, sayı: 7448, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7448.pdf>, Erişim Tarihi: 21/09/2022
- Resmî Gazete, 6 Mayıs 1930, sayı: 1489, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf>, Erişim Tarihi: 24/09/2022
- Resmî Gazete, 7 Ocak 2011, sayı: 27808, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/01/20110107-2.htm>, Erişim Tarihi: 24/09/2022
- Resmî Gazete, 9 Ocak 2002, sayı: 24635, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2002/01/20020109.htm>, Erişim Tarihi: 24/09/2022
- Resmî Gazete, 8 Temmuz 2005, sayı: 25869, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050708-1.htm>, Erişim Tarihi: 25/12/2022
- Roche Pharma, “*Product Monograph: Valium*”, https://www.rochecanada.com/PMs/Valium/Valium_PM_E.pdf, Erişim Tarihi: 12/08/2022
- RoseCrance, “*Drug Fact Sheet: Cocaine and Crack*”, <https://rosecrance.org/wpcontent/uploads/2018/11/US-Crack-Cocaine-2016.pdf>, Erişim Tarihi: 20/08/2022
- Sağlık Bakanlığı, “*Denetimli Serbestlik Tedbirleri Uygulanan Kişilerin Tedavileri 2009/82*”, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11008/denetimli-serbestlik-tedbirleri-uygulanan-kisilerin-tedavileri-200982.html>
- Spores Lab, “*Magic Mushroom Anatomy*”, <https://www.sporeslab.io/resources>, Erişim Tarihi: 20/05/2022
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (a)*, <https://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are>, Erişim Tarihi: 19/11/2017
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (b)*, <https://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/offices-centers/cmhs>, Erişim Tarihi: 19/11/2017
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (c)*, <https://www.samhsa.gov/about-us/who-we-are/offices-centers/cmhs>

samhsa.gov/about-us/who-we-are/offices-centers/oas, Erişim Tarihi: 19/11/2017

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (d), “*National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*” <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

Succulent Shrub, “*Echinopsis Pachanoi vs Trichocereus Pachanoi*”, <https://succulentshrub.com/echinopsis-vs-trichocereus-succulentshrub/>, Erişim Tarihi: 20/05/2022

Sunrise House Treatment Center, “*Ecstasy (MDMA): Are There Safer Alternatives?*”, <https://sunrisehouse.com/ecstasy-abuse/safer-alternatives/>, Erişim Tarihi: 15/08/2022

Supreme Court, “*History and Traditions*”, <https://www.supremecourt.gov/about/historyandtraditions.aspx>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

The Crossroads Program, “*Cocaine Addiction Facts and Information*”, <https://www.thecrossroadsprogram.com/cocaine-addiction/>, Erişim Tarihi: 20/08/2022

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (a), “*Cannabis Drug Profile*”, https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/-cannabis_en, Erişim Tarihi: 20/05/2022

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (b), “*Cocaine and Crack Drug Profile*”, https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine_en, Erişim Tarihi: 20/08/2022

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (c), “*Amphetamine Drug Profile*”, https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/amphetamine_en, Erişim Tarihi: 17/08/2022

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (d), “*Methamphetamine Drug Profile*”, https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/-methamphetamine_en, Erişim Tarihi: 17/08/2022

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (e), “*MDMA (Ecstasy) Drug Profile*”, https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mdma_en, Erişim Tarihi: 15/08/2022

The Leaf Online, “*Differences Between Sativa and Indica Cultivars*”. <https://www.theleafonline.com/c/cultivation-2/2021/05/difference-between-sativa-and-indica-strains-of-weed/>, Erişim Tarihi: 20/05/2022

Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı, <https://tbm.org.tr/>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

Türkiye İstatistik Kurumu, “*Türkiye Sağlık Araştırması 2019*”, <https://data.tuik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 04/05/2021

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, “*Türkiye Uyuşturucu Raporu 2020*”, http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/-tubim/turkiye-uyusturucuraporu_26-haziran-final-_1_.pdf, Erişim Tarihi: 07/05/2021

U.S. Code (a), “*Opium Importation by Chinese Forbidden – Punishment*”, <https://uscode.house.gov/statviewer.htm?volume=24&page=409>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

U.S. Code (b), “*21 U.S.C. 812 - Schedules of controlled substances*”, <https://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title21/chapter13/subchapter1/partB&edition=prelim>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

U.S. Courts, “*Probation and Pretrial Services History*”, <https://www.uscourts.gov/services-forms/probation-and-pretrial-services/probation-and-pretrial-services-history>, Erişim Tarihi: 25/12/2022

U.S. Customs and Border Protection, <https://www.cbp.gov/about/history>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

U.S. Executive Office of President, Office of National Drug Control Policy, <https://www.whitehouse.gov/ondcp/>, Erişim Tarihi: 18/11/2017

U.S. Public Health Service Hospitals, <https://www.usphs.gov/about-us>, Erişim Tarihi: 24/11/2017

United Nations Office of Drugs and Crime (a), “*The Shanghai Opium Commission*”, https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_-1959-01-01_1_page006.html, Erişim Tarihi: 07/05/2021

United Nations Office on Drugs and Crime (b). “*The 1912 Hague International Opium Convention*”, <https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/the-1912-hague-international-opium-convention.html>, Erişim Tarihi: 07/05/2021

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu (a), “*Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu Faaliyet Raporu (Temmuz 2014 - Temmuz 2015)*”, https://www.necdet-unuvar.com.tr/FileUpload/bs445985/File/umk_faaliyet_raporu.pdf, Erişim Tarihi: 10/12/2020

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu (b), “*Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ve Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı, 2015*”, https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/1-stratej%c4%b0%20belges%c4%b0_eylem%20plani_%c4%b0%20kurullari_2015_tr.pdf, Erişim Tarihi: 10/12/2020

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu (c), “*Türkiye Cumhuriyeti Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı 2016-2018*”, https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/-Documents/-eylem%20plani_2016-2018_tr.pdf, Erişim Tarihi: 10/12/2020

World Health Organization (a), “ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision”, <https://icd.who.int/browse10/2019/en>, Erişim Tarihi: 22/12/2020

World Health Organization (b), “ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision), <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>, Erişim Tarihi: 22/12/2020

World Health Organization (c), “*MPOWER : A Policy Package to Reverse the Tobacco Epidemic*”, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43888>, Erişim Tarihi: 08/12/2020

World Health Organization (d), “*Turkey Marks Progress in Fight Against Noncommunicable Diseases*”, https://www.who.int/features/2012/ncd_tur-key/en/, Erişim Tarihi: 04/05/2021

Yeşilay (a), “*Yeşilay Tarihçesi*”, <https://www.yesilay.org.tr/tr/-kurumsal/tarihce>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

Yeşilay (b), “*Amacımız – Faaliyetlerimiz*”, <https://www.yesilay.org.tr/tr/-kurumsal/amacimiz-faaliyetlerimiz>, Erişim Tarihi: 27/09/2022

EK-1: Etik Kurul Raporu

T.C.

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU TOPLANTISI

KARAR TARİHİ : 16/08/2021

OTURUM NO : 08

TOPLANTI SAATİ : 12:30

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Mustafa ÖZEN başkanlığında gündemdeki maddeleri görüşmek üzere toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

GÜNDEM 1-Kırıkkale Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Dolunay ŞENOL'un danışmanı olduğu doktora öğrencisi Aybike DİNÇ tarafından yürütülen "Türkiye'deki Madde Bağımlılığı ile Mücadele Politikaları ve Rehabilitasyon Programlarına Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Çalışmaları Model Alarak Eleştirel Bir Yaklaşım" konulu proje başvurusunun görüşülmesi,

KARAR 1- Kırıkkale Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Dolunay ŞENOL'un danışmanı olduğu doktora öğrencisi Aybike DİNÇ tarafından yürütülen "Türkiye'deki Madde Bağımlılığı ile Mücadele Politikaları ve Rehabilitasyon Programlarına Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Çalışmaları Model Alarak Eleştirel Bir Yaklaşım" konulu proje incelenmiş olup, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İlkelerine uygun olduğuna karar verildi.

EK-2: Görüşme Formu Örneği (Türkçe)

Bu görüşme formunda yer alan sorular, "Türkiye'deki Madde Bağımlılığı ile Mücadele Politikaları ve Rehabilitasyon Programlarına Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Çalışmaları Model Alarak Eleştirel Bir Yaklaşım" adlı doktora tez araştırmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Sorulara doğru ve samimi cevaplar vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Görüşmelerden elde edilen verilen adı geçen çalışma dışında bir yerde kullanılmayacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Aybike Dinç
Sosyolog – Doktora Öğrencisi

Kuruluşun adı:

Katılımcının adı:

Katılımcının mesleki konumu:

Bölüm I - Organizasyon hakkında genel bilgiler:

1. Kuruluşun yapısı ve kapasitesi nedir?
2. Kurumun birlikte çalıştığı grubun yaş aralığı ve cinsiyeti nedir?
3. Rehabilitasyon programlarının maliyeti kim tarafından karşılanmaktadır?
4. Devlet rehabilitasyon programlarının ne kadar karşılıyor? Bunun için yetkili merci neresidir?
5. Rehabilitasyon hizmeti veren kuruluşlar arasında uygulanan bir standardizasyon var mıdır?

Bölüm II - Programlar hakkında genel bilgiler:

6. Rehabilitasyon programına dahil edilecek kişinin asgari şartları nelerdir?

7. Kaç tür rehabilitasyon programınız var ve program ne kadar sürüyor?

8. Kimin hangi programa dahil edileceğine kim tarafından ve nasıl karar veriliyor?

9. Bağımlı bir kişi hangi durumlarda programa kabul edilmez?

10. Rehabilitasyon süreci farmakolojik olarak da destekleniyor mu?

Bölüm III - Verilen istatistikler:

11. Kurumun son yıl verileri ve uyguladığı programlardaki başarı oranı nedir?

12. Başarı oranı nasıl belirlenmektedir?

13. Rehabilitasyon programında kaç tane suç geçmişi bulunan hasta bulunmaktadır?

14. Suç geçmişi bulunan hastalarda genelde hangi suç türlerine rastlanmaktadır?

Bölüm IV - İzleme ve geri bildirim sistemi:

15. Online destek, takip ve geri bildirim sistemi nasıl çalışmaktadır?

16. Rehabilite edilen bir hasta geri gelirse nasıl bir program/prosedür uygulanmaktadır?

17. Cezaevlerinde bulunan bağımlı kişiler için mobil hizmet veriyor musunuz?

Bölüm V - Kişisel görüş:

18. Şu ana kadar sizin için en zor çalışma grubu hangisi oldu?

19. Size göre kurum, organizasyon veya programların eksik yönleri nelerdir?

20. Programların iyileştirilmesine yönelik önerileriniz nelerdir?

21. Programların en yüksek fayda düzeyinde uygulanabilirliği için önerileriniz nelerdir?

22. Bunların dışında eklemek istediğiniz bir şey varsa lütfen belirtiniz.

EK-3: Görüşme Formu Örneği (İngilizce)

The following questions have been prepared to be used in the doctoral dissertation research called "A critical approach to the rehabilitation programs for drug addicted children in Turkey by taking model the programs in the United States of America". It is important for the reliability of the research that you give accurate and sincere answers to questions. Thank you in advance for your contributions.

Aybike DINC
Sociologist – Doctoral Student

Name of the organization:

Name of the participant:

Occupational position of the participant:

Part I - General information about the organization:

1. What is the structure and capacity of the organization?
2. What is the age range and gender of the group the organization is working with?
3. Who covers the cost of the programs (financier)?
4. How much does the government cover the programs? The authority for this?
5. Is there standardization between organizations?

Part II - General information about programs:

6. What are the minimum requirements for the person to be included in the rehabilitation program?

7. How many rehabilitation programs do you have and how long does the program last?

8. How is it decided who will go to which program?

9. In which cases are not accepted?

10. Is the rehab process pharmacologically supported?

Part III - Statistics given:

11. What are the last year data and success rate?

12. How is success determined?

13. How many criminal backgrounds are there in rehabilitation?

14. Which crime types are usually?

Part IV - Tracking and feedback system:

15. How does the online support, tracking and feedback system work?
16. What kind of program is applied if someone who is rehabilitated comes back?
17. Do you offer mobile service to prisons?

Part V - Personal opinion:

18. Which is the hardest working group for you so far?
19. What are the missing aspects of the organization or programs?
20. What are the recommendations for improvement of programs?
21. What are the recommendations for applicability of programs?
22. If there is something you want to add other than these, please write down below.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Aybike Dinç

Yabancı Dil : İngilizce

Eğitim Durumu:

Lisans : Kırıkkale Üniversitesi – Fen Edebiyat Fakültesi
Sosyoloji Anabilim Dalı Kırıkkale Üniversitesi, 2013

Yüksek Lisans : Gazi Üniversitesi – Eğitim Bilimleri Enstitüsü
Felsefe Grubu Öğretmenliği Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans : Kırıkkale Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı

Yayınlar:

Dinç, A. (2013). Çocuk Suçluluğunda Ailenin Rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Kırıkkale.

Şenol, D., Dinç, A. (2013). Çocuk Suçluluğunda Anne Faktörü (İçinde: *Aile ve Kadın Sempozyumu (16 Mayıs 2013) Bildiri Kitabı*, 119-131). Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.

Şenol, D., Dinç, A. (2013). Çocuk Suçluluğunda Ailenin Rolünü Ortaya Koymaya Yönelik Sosyolojik Bir Araştırma (İçinde: *Uluslararası Katılımlı 7. Ulusal Sosyoloji Kongresi (02-05 Ekim 2013) – Yeni Toplumsal Yapılanmalar: Geçişler, Kesişmeler, Sapmalar Bildiri Kitabı II*, 567 – 578). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.

Şenol, D., Dinç, A. (2014). Suçlu Çocuklarda Suç Bilinci ve Değer Kaybı (İçinde: *Uluslararası Gençlik ve Değerler Sempozyumu Bildiri Kitabı*, 105-112). Ankara: GESAK/Gençlik Stratejileri Araştırma Kurumu Derneği. .

Şenol, D., Kala, H. Dinç, A. (2014). Türkiye’de Öğrenim Gören Yabancı Öğrencilerin Demografik Özellikleri ve Gelecek Beklentileri Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme (İçinde: *12. Uluslararası Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi (30 Ağustos-6 Eylül 2014) Bildiriler Kitabı 2. Cilt*, 797 – 804). Kazan Federal Üniversitesi, Kazan/Tataristan.

Şenol, D., Kala, H., Yıldırım, D., Dinç, A. (2014). *Gençlik ve Değerler Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme – Türkiye Örneği ile* –. Ankara: GESAK/Gençlik Stratejileri Araştırma Kurumu Derneği Yayınları

Şenol, D., Üçok, A., Dinç, A. (2015). Kentlerde Kadın El Emegi -Ankara Örneği ile- (İçinde: *13. Uluslararası Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi (28-30 Ekim 2015) Bildiriler Kitabı*, 799 – 808). Azerbaycan Devlet İktisat Üniversitesi, Bakü/Azerbaycan.

Altun, N., Dinç, A. (2016). İpekyolu Türk Coğrafyasında Toplumsal Güven Düzeyi: Türkiye, Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Özbekistan (İçinde: *Uluslararası*

“İpek Yolu’nun Yükselişi ve Türk Dünyası” Bilgi Şöleni (3-5 Mart 2016) Yükselen İpek Yolu 2. Cilt: İpek Yolu’nda Bilgi ve Siyaset, 361 – 377). Milli Kütüphane, Ankara.

Şenol, D., Dinç, A. (2016). “Korunmaya Muhtaç Çocuk” Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (İçinde: 14. Uluslararası Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi (22-23 Ağustos 2016) Bildiriler Kitabı, 491 – 501). Uluslararası Vizyon Üniversitesi, Gostivar/Makedonya.

Şenol, D., Dinç, A. (2017). Türkiye'nin Suriyeli Çocuk Gelinleri: Sosyolojik Bir Değerlendirme (İçinde: Edt. A. Süleymanov, P. Sönmez, F. Demirbaş Ünver, S. M. Akbaba, *Uluslararası Göç ve Çocuklar*, 231 – 245). Londra: Transnational Press London.

Şenol, D., Dinç, A. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Suç Bilinci ve Suç İçeren Davranışlara Yönelik Algı ve Tutumları (Kırıkkale Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Örnekleme İle) (İçinde: 3. Uluslararası Felsefe, Eğitim, Sanat ve Bilim Tarihi Sempozyumu (10-13 Ekim 2018) Bildiriler Kitabı, 486 – 497). Giresun Üniversitesi, Giresun.

Şenol, D., Dinç, A. (2019). Kadınların Gözünden Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet (İçinde: 17. Uluslararası Türk Dünyası Sosyal Bilimler Kongresi (30 Ekim – 1 Kasım 2019) Bildiriler Kitabı, 343 – 350). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Dinç, A. (2020). Türkiye’de Çocuk Mahkemelerinin Çocuk Adalet Sistemindeki Yeri. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, 5, 62-79.

Dinç, A. (2022). Gündelik Hayat ve Bağımlılık (İçinde: Edt. D. Şenol, G. Yıldız, *Gündelik Hayat Sosyolojisi – Teoriden Uygulamaya*, 101-139). Ankara: Nobel Akademik.