

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
YÖNETİM ORGANİZASYON BİLİM DALI

**EROİN BAĞIMLILIĞI ile MÜCADELE YÖNTEMLERİNE  
YÖNELİK ALTERNATİF STRATEJİK ÖNERİLER**  
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Tezi Hazırlayan: **Ö. Sertan TOPKAYA**

İstanbul-2008

T.C.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI  
YÖNETİM ORGANİZASYON BİLİM DALI

**EROİN BAĞIMLILIĞI ile MÜCADELE YÖNTEMLERİNE  
YÖNELİK ALTERNATİF STRATEJİK ÖNERİLER**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Tezi Hazırlayan: **Ö. Sertan TOPKAYA**

Öğrenci No: 050744128

Danışman: **Doç. Dr. Şebnem ARIKBOĞA**

İstanbul-2008

## **YEMİN METNİ**

Sunduğum Yüksek Lisans Tezimi, Akademik Etik İlkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığına and içerim. 18/01/2008

(İmza)

Aday: Ö.Sertan Topkaya

T.C  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

# **EROİN BAĞIMLILIĞI ile MÜCADELE YÖNTEMLERİNE YÖNELİK ALTERNATİF STRATEJİK ÖNERİLER**

Tezi Hazırlayan : Ö. Sertan Topkaya

## **Özet**

Eroin bağımlılığı ve kaçakçılığı ile mücadelede başarılı olmayı hedefliyor isek, öncelikle bu sorunun dinamiklerini arz-talep mantığı üzerinden değerlendirmeliyiz. İkame tedavisi (metadon,buprenorfin), enjektör değişim programları ve eroin reçetelendirme gibi programların doğru kullanılabilmesi halinde başarılı sonuçların alınabileceğine yönelik somut veriler söz konusudur.

Temeli arz-talep denklemine dayalı bir pazardan ibaret olan bu düşmana karşı kazanmanın tek yolunun; bir şekilde talebi kontrol altına alarak, sistemin kendi kendini ticari açıdan yok etmeye zorlamaktan geçtiği, problemin tarihsel süreci incelendiğinde daha iyi anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eroin, bağımlılık, uyuşturucu, kaçakçılık, afyon, metadon, buprenorfin

# **ALTERNATIVE STRATEGIC SUGGESTIONS INTENDED FOR METHODS OF FIGHT AGAINST HEROIN ADDICTION**

Presented by: Ö. Sertan Topkaya

## **Abstract**

If we aim at success in the fight against heroin addiction, we should first evaluate the dynamics of this problem with the logic of supply and demand. There is concrete data showing that successful results can be achieved if programs such as substitution treatment (methadone, buprenorphine), syringe exchange and heroin prescribing are implemented properly.

Looking back at the past, one can understand better that the only way to defeat this enemy, which is merely a market based on supply and demand equation, is to force the system to destroy itself commercially by getting the demand under control in some way.

Key Words: Heroin, Addiction, Drugs, Smuggling, Opium, Methadone, Buprenorphine

## ***İÇİNDEKİLER***

Yemin Metni

Jüri Sayfası

Türkçe Özet ve Anahtar Kelimeler

İngilizce Özet ve Anahtar Kelimeler(Abstract)

<b>Şekil listesi</b>	<b>IV</b>
<b><i>GİRİŞ</i></b>	<b>1</b>
<b><i>BİRİNCİ BÖLÜM</i></b>	<b>2</b>
<b>UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI SORUNUNA GENEL BAKIŞ</b>	<b>2</b>
1.1. Uyuşturucu Madde Kavramı, Tarihçesi Ve Sınıflandırılması	3
1.1.1. Uyuşturucu Madde Kavramı ve ilişkili tanımlar	3
1.1.1.1. Madde	4
1.1.1.2. Bağımlılık	4
1.1.1.3. Madde Bağımlılığı (Toksikomani)	5
1.1.1.4. Yoksunluk Sendromu Gelişimi	6
1.2. Uyuşturucu Maddelerin Suistimalinin Tarihçesi	6
1.2.1. Dünyadaki Gelişimi	7
1.2.2. Türkiye’deki Gelişimi	10
1.3. Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırılması	11
1.3.1. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar ( Depresantlar)	12
1.3.1.1. Tabii Uyuşturucular	12
1.3.1.1.1. Afyon	12
1.3.1.1.2. Morfin	15
1.3.1.1.3. Eroin (Diacetylmorphine):	16
1.3.1.1.4. Kodein:	18
1.3.1.2. Sentetik Uyuşturucular:	19
1.3.1.2.1 Barbitüratlar:	19
1.3.1.2.2. Trankilizanlar:	20
1.3.1.2.3. Sedatifler:	20
1.3.2. Merkezi Sinir Sitemini Uyarımlar( Stimülanlar)	20
1.3.2.1. Koka Bitkisi:	20
1.3.2.2. Kokain:	21
1.3.2.3. Crack:	21
1.3.2.4. Sentetik Uyuşturucular ( Amfetaminler, Captagon, Extacy)	22
1.3.2.4.1. Amfetaminler	22
1.3.2.4.2. Captagon	23
1.3.2.4.3. Extacy	23
1.3.3. Halisinojenler (Hayal Gösterenler):	24
1.3.3.1 Esrar:	24
1.3.3.2. Marihuana:	25

1.3.3.3. Meskalin:	25
1.3.3.4. Sentetik Uyuşturucular ( LSD):	25
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	<b>27</b>
<b>BAĞIMLILIK KAVRAMI ve EROİN</b>	<b>27</b>
2.1. Fiziksel ve Ruhsal Bağlılık	28
2.2. Bağlılık Oluşumunun Biyolojik Süreci	29
2.3. Madde Tiplerine Göre Bağlılık Gelişimi	34
2.3.1. Opyat Tipi Bağlılık	34
2.3.2. Alkol, Barbitürat, Benzodiazepin Tipi Bağlılık	34
2.3.3. Esrar Tipi Bağlılık	35
2.3.4. Kokain Tipi Bağlılık	36
2.3.5. Uyarıcı Tipi Bağlılık	36
2.3.6. Halüsinojen Tipi Bağlılık	37
2.3.7. Solunan Çözücü Tipi Bağlılık	37
2.3.8. Tütün Tipi Bağlılık	37
2.4. Bağlılığın Bileşenleri	38
2.4.1. Tolerans	38
2.4.2. Yoksunluk	39
2.4.3. Başarısız Bırakma Girişimleri	39
2.4.4. Zarar Görmesine Rağmen Kullanmaya Devam Etme	40
2.4.5. Zamanın Büyük Bölümünü Ayırmak	40
2.5. Bağlılığın Evreleri	40
2.5.1. Hazırlık Evresi	41
2.5.2. İlk Madde Kullanımı	41
2.5.3. Madde kullanmayı Sürdürme	41
2.5.4. İlerleme Evresi	41
2.5.5. Bırakma Evresi	42
2.5.6. Tekrar Madde Kullanmayı Düşünme ( prolapse )	42
2.5.7. Tekrar Madde Kullanımı ( lapse )	42
2.5.8. Tekrar Başlama ( relapse )	43
2.6. Bağlılığın Seyri	43
2.7. Eroin İle İlgili Genel Bilgiler	44
2.7.1. Eroinin Görünümü	44
2.7.2. Eroini Kullanma Yolları ve Evreleri	44
2.7.2.1. Eroin Bağlılığında Başlangıç Devri veya Balayı (Euphorie) Devri	46
2.7.2.2. Eroin Bağlılığında Doyma Devri, Alışkanlık, Tiryakilik (Habituation) Dönemi	46
2.7.2.3. Eroin Bağlılığında İptila Dönemi (Addiction) veya Çökme (Kaşeksi) Devri	46
2.7.3. Üretim ve Kaçakçılık	47
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	<b>54</b>
<b>AVRUPA'DA EROİN SORUNU VE TEDAVİ STRATEJİLERİ</b>	<b>54</b>
3.1. Enjekte Etme ve Enjekte Etmeye Bağlı Sağlık Sorunları	56
3.2. Avrupa'da Tedavi Stratejileri	57
3.2.1. Opioid İkame Tedavisi	59



3.2.2. Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde İkame Tedavisinin Hukuki Çerçevesi	62
3.2.3. Metadon Sağlanması'nın İzlenmesi	63
3.2.4. Neden Metadon	63
3.3. Hasar azaltma tepkileri	64
3.4. Hedefli Tedavi Ve Kalite Yönetimi	66
3.5. Türkiye'de Uyuşturucu Sorunu	68
3.5.1. Türkiye'de Tedavi İmkanları:	69
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b>	<b>71</b>
<b>MEVCUT DURUM ve MÜCADELE YÖNTEMLERİNE YÖNELİK ALTERNATİF STRATEJİK ÖNERİLER</b>	<b>71</b>
4.1. Mevcut Durum	71
4.2. Öneri, Stratejik Hedefler ve Vizyon	77
4.2.1. Stratejik Hedefler	80
4.2.2. Vizyon	82
<b>SONUÇ</b>	<b>83</b>
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>85</b>

## Şekil listesi

Şekil 1: Afganistan afyon sakızı üretim rekoltesi (1994-2006)(hektar) .....	49
Şekil 2: Küresel afyon sakızı üretim rekoltesi (hektar) .....	50
Şekil 3:Afganistan afyon sakızı üretim rekoltesi (1986-2006) (hektar) .....	51
Şekil 4:Küresel afyon sakızı üretim potansiyeli(metrik ton) .....	52
Şekil 5:Türkiye’de 2006 yılında yakalanan eroin maddesinin saflık oranları dağılımı..	53
Şekil 6: Kol üzerinde oluşmuş enjeksiyon tahribatı.....	75

## GİRİŞ

Bu çalışmada amaçlanan; halihazırda gelişmiş ülkelerin genelinde uygulama alanı bulmuş olan ve eroin bağımlılığı ile mücadelede mevcut en etkin yöntem olarak kabul edilen ikame (Metadon, Buprenorfin...vs.) tedavisi yönteminin yanı sıra; enjektör değişimi, güvenli hijyenik kullanım alanları oluşturulması ve eroin reçetelendirilmesi gibi radikal görülen stratejilerin tamamının iyi planlanarak yönetilebilmesi halinde, yakın geleceğin en büyük tehditleri arasında bulunan uyuşturucu bağımlılığı problemine karşı insanlığın çaresiz olmadığını kanıtlayacak sonuçlar alabilmenin mümkün olduğunu, uluslararası raporlar ve istatistiki verilerle destekleyerek göstermektir. Temeli arz-talep denklemine dayalı bir pazardan ibaret olan bu düşmana karşı kazanmanın tek yolunun; bir şekilde talebi kontrol altına alarak, sistemin kendi kendini ticari açıdan yok etmeye zorlamaktan geçtiği, problemin tarihsel süreci incelendiğinde daha iyi anlaşılmaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI SORUNUNA GENEL BAKIŞ

Günümüzde artık uyuşturucu bağımlılığı kavramı, dünya nüfusunun görece çok küçük kısmını ilgilendiren bir sağlık problemi olmaktan çıkmış, makro açıdan bakıldığında yıllık cirosu yüz milyarlarca Avro ile ölçülen bir Pazar haline gelerek özellikle dünyanın terörize bölgelerine kaynak aktarımı yapmak suretiyle terörü besleyen bir sektör haline geldiği görülmektedir. Sosyal mağdurları açısından bakıldığında ise sayıları milyonlarla ifade edilen bağımlı nüfusunun; kendi kaderleri ile birlikte gerek ailesi ve yakın çevresine vermekte olduğu maddi manevi hesapsız zararın yanı sıra, bir yandan da içinde yaşadığı topluma karşı olan ödevlerini yerine getiremeyen, o toplumu beslemekten ve geliştirmekten ziyade zehirleyen bir tehlike halini aldığı görülmektedir. Siyasi olarak insan eli ile çizilmiş uluslararası sınırların kesinlikle bir anlam ifade etmediği, suç organizasyonlarının profesyonelliğe yakın bir ciddiyetle uluslararası koordinasyon halinde çalıştığı bu pazara karşı, her ülke kendi mücadele stratejisini oluşturmaya çalışmışsa da suç örgütlerinin uluslararası görev paylaşımı yaparak organize ettikleri faaliyetlere karşı ortak bir strateji geliştirilmesi gerekliliği uzun zaman anlaşılammış, bunun anlaşıldığı noktalarda ise siyasi güncel çekişmeler, bu uzun vadeli stratejik işbirliği gerektiren mücadeleye sekte vurmuştur. Bu çalışmada gerek etkisi bakımından gerekse pazar payı açısından uyuşturucu maddeler arasında dünyanın geneli itibarıyla en tehlikeli uyuşturucu madde olarak değerlendirilen eroin maddesi üzerinde ağırlıklı durulacaktır. Klasik mücadele yöntemleri ile bu savaşta başarılı olunamadığı ve olunamayacağı mevcut istatistiklerle sabittir. Problemlerle ilgili alternatif stratejik mücadele yöntemlerine ihtiyaç olduğu açıktır. Mevcut yöntemlerle hedeflenen mümkün olduğunca çok uyuşturucu madde yakalama ve organizasyon çökertmeye dayalı stratejiler sonucu başarılı geçtiği düşünülen bir süreç, konuya piyasa, arz talep dengesi açısından bakıldığında; piyasadaki arzın daralması sebebiyle uyuşturucu fiyatının artması ve yakalanamayan suç örgütlerinin aynı miktar riskle daha fazla para kazanması

anlamına gelebilmektedir. Arz edici organizasyonlara yönelik mücadele sürdürülürken asıl önemli nokta olan talep potansiyeli göz ardı edilmemelidir. Dünya; bu mücadelenin hep birlikte yapılması ve ortak stratejilerin geliştirilmesi gerekliliğini anlamalıdır.

### **1.1. Uyuşturucu Madde Kavramı, Tarihçesi Ve Sınıflandırılması**

Uyuşturucu; uyuşturma özelliği olan, uyuşturan, duymaz hale getiren demektir. <sup>1</sup> Yunanca uyku anlamındaki narké sözcüğünden gelmiş ve İngilizce'ye narcotic olarak geçmiştir. <sup>2</sup>

Genel anlamda, uyuşturucu, uyarıcı ve hayal yaratıcı maddeler kimyasal nitelikleriyle canlı organizmanın merkezi sinir sistemini etkileyerek görev ve yapısını etkileyen, ruh durumunu, algı gücünü ya da bilincini değiştiren, suiistimali birey ve toplumun zarar görmesine yol açan her nevi kimyasal maddedir. <sup>3</sup>

#### **1.1.1. Uyuşturucu Madde Kavramı ve ilişkili tanımlar**

Uyuşturucu madde, genellikle uyuşturma özelliğine sahip maddeleri ifade eder; bunlara narkotik maddeler de denir. Ancak bu kavram; keyif veren kışkırtan, yatıştırıcı, uyanıklık sağlayan maddeler için de kullanılmaktadır. <sup>4</sup>

Uyuşturucu maddelerle ilgili tıp, kimya, eczacılık, sosyoloji, psikoloji ve hukuk gibi değişik alanlarda pek çok tanım yapılmış olmakla birlikte bilinen en genel tanıma göre uyuşturucu madde; belirli dozda alındığı zaman kişinin sinir sistemi üzerinde etkiye bulunan, akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan, fert ve toplum içerisinde iktisadi ve sosyal çöküntü meydana getiren, alışkanlık ve bağımlılık yapan, kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ve satışını yasakladığı, narkotik ve psikotrop sözcükleriyle de tanımlanan maddelere denir. <sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Meydan Larousse-Büyük Lugat ve Ansiklopedi, c.12,s.458

<sup>2</sup> Dönmezer S., Kriminoloji, İstanbul, 1981,s.383

<sup>3</sup> H.E. Teborek, Drug and Misuse- The Bureau of Narcotics and Dangerous, Washington D.C. 1973' ten aktaran H. Lütfi TOMUŞ – Uyuşturucu Uyarıcı ve Hayal Yaratıcı Maddeler

<sup>4</sup> Güngör Ş.- Kınacı A., Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerle İlgili Suçlar, Yetkin yay. Ankara 2001 s.35

<sup>5</sup> Uyuşturucu ve Kimyasal Maddeler, Başbakanlık Gümrük Müsteşarlığı, Gümrükler Muhafaza genel Müdürlüğü, Ankara, 2003, s.2

### 1.1.1.1. Madde

Doğal veya yapay nitelikli kimyasallara verilen isimdir. Tıp alanında -hekim denetiminde- tedavi amacıyla, yine tıp alanında -hekimden bağımsız- tedavi dışı amaçlarla, ve tıp dışı, farklı amaçlar için üretilmiş olmasına karşın insan tarafından tüketilen kimyasallara bağımlılık maddeleri denir. Bağımlılık yapan maddeler

- Beyin ve bağlantılı organları(Merkezi Sinir Sistemi) doğrudan,
- Beyin ve bağlantılı organları(Merkezi Sinir Sistemi) dolaylı etkileyerek:

“Sahte Bir İyi Oluş” hali yaratırlar. Sahte iyi oluş hali ise; bağımlılık yapan maddelerin Beyin Ödülleme Sistemi üzerindeki etkisidir. Bu sahte iyi oluş halinde öznel bir hoşnutluk söz konusudur, her birey için farklı bir şiddeti vardır, etkisi zamanla sınırlı ve geçicidir. Beyin Ödülleme Sisteminin doğal yolla uyarılması doğal hoşnutluk yaratmaktadır.

### 1.1.1.2. Bağımlılık

Kelime olarak bireyin tek başına bir şey yapamaması, başka bir varlığın, maddenin, gücün etkisi ile hareket edebilmesi veya düşünebilmesidir. Söz konusu varlık, obje veya madde olmadan bireyin özgür düşünmesi, davranması ve karar verebilmesi mümkün değildir. Diğer dillerde “bağımlılık” tabii olma, bir güç veya istence (irade) uyma olarak ifade edilmektedir. Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü’ne göre bağımlılık tanımı; “Hasta organizma, ilaç ve çevrenin birbirleriyle etkileşmesi sonucu meydana gelen, arzu edilmeyen oluşumdur.”<sup>6</sup> Bağımlılık bir sendromdur. Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasına ilişkin DSM IV adlı kitaba göre bağımlılığın çeşitli ölçütleri vardır. Buna göre aşağıda yer alanlardan sadece üçü bağımlılık tanısı koymak için yeterlidir.

1. Tolerans gelişmesi
2. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
3. Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan sürekli çabalar.

---

<sup>6</sup> Uyuşturucu ve Psicotrop İlaç Düzenlemeleri Semineri, 20 Ocak 1986, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Ankara, s.3

4. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama.
5. Madde kullanımı nedeniyle sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması ya da tamamen bırakılması.
6. Maddenin tasarlandığından daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması.
7. Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek.<sup>7</sup>

### **1.1.1.3. Madde Bağımlılığı (Toksikomani)**

Genellikle belirli maddelerin ilaçların alışkanlık sonucu gittikçe artan miktarlarda fiziksel ve ruhsal gereksinim olarak alınmasıdır. Alınan madde veya ilaç, rahatlık ve mutluluk duygusu yarattığından, yeniden ve birçok kez alma arzu ve isteğinin uyanması en önemli ve belirgin bağımlılık işaretidir.

“Madde bağımlılığı” kavramı ile ilgili olarak değişik düşünürler ve uzmanlar değişik tanımlar yapmışlardır. Herkesin kabul edebileceği ortak bir tanım BM Dünya Sağlık Örgütü’nce yapılmıştır. Bu tanıma göre “Sentetik veya doğal bir maddenin, tekrarlanan kullanımı sonucu oluşan bir zehirlenme durumu. Bu durum ilaç bağımlılığından kaynaklanarak, psikotrop etkili maddelere, istem dışı gereksinim duyulmasına neden olur. Psikotropolar bireyin ruhsal durumuna etkili olan maddelerdir. Bu etki kullanılan maddeye özgü olmakla birlikte, bireyin yapısına, bu maddelerin verilme şekline ve kullanma koşullarına da bağlıdır. Ayrıca bu maddeler fizyolojik, psikolojik ve toplumsal yan etkiler de yaratabilir.”

Sonuç olarak, madde kullanımı, bağımlılık yapan maddelerin sahte iyi oluş hali sağlamak amacıyla vücuda dahil edilmesidir. Madde kullanımının, biyolojik süreçlere bağılı olarak ortaya çıkardığı bedensel-ruhsal-toplumsal sorunsal ise bağımlılıktır. Bağımlılık sürecinin gelişiminde; madde kullanımı ile duygu, düşünce, davranış ve tutum farklılaşır, miktara bağılı olarak bu durum her birey için değişik bir süreyi kapsar, bireyin gerçekliği kavrayışı etkilenir, ilk seferden sonra tekrarlayan kullanım olasılığı yüksektir, sonraki zamanlarda aynı etkinin sağlanması için kullanım sıklığı ve/veya miktarı artabilir. Bu kısır döngünün yerleşmesiyle birey bağımlılık sürecine girmiş olur.

---

<sup>7</sup> Ögel K. İnsan, Yaşam ve Bağımlılık – Tartışmalar ve Gerçekler

Madde kullanımının bağımlılığa dönüşmesi temelde biyolojik bir olgudur. Bireyin ruhsal özellikleri ve çevresel nedenler farklı biçim ve düzeyde sürecin alacağı en son şeklin belirlenmesinde rol oynarlar. Bağımlılık genel itibariyle biyo-psiko-sosyal bir sorundur. Kullanılan maddenin etkileme süresi, etkileme şiddeti ne kadar büyükse o ölçüde bağımlılık gücü taşır. Kullanan kişinin yapısal ve ruhsal özellikleri de belirleyici niteliğe sahiptir. Yapısal özellikler bazı insanlar için madde kullanmayı zorlaştırırken, beyinde eksikliği saptanmış kimi maddelerin kişiyi madde kullanmaya yatkınlaştırdığına dair bulgular vardır. Ruhsal zorlukların ve bozuklukların seyri sırasında madde kullanma davranışının ortaya çıktığı yaygın bir kanıdır. Bağımlılık sürecinde maddeye ulaşmak ve temin etmek kolaysa o maddenin kullanımı yaygınlaşır. Akran grubu ve aile sosyal öğrenmenin en temel iki ortamı olup madde kullanmaya başlamakta önemlidir. Toplumsal çevrenin madde kullanımına yönelik tutum alışması birey için teşvik edici veya caydırıcı bir etki taşır.

#### **1.1.1.4. Yoksunluk Sendromu Gelişimi**

Fiziksel bağımlılık oluşturma dereceleri ve kullanım süresi ile artan şiddette ve kullanılan maddelerin ani olarak kesilmesine bağlı olarak yoksunluk sendromu ortaya çıkar. Yoksunluk sendromunun şiddeti; kullanım süresi ve gelişen fiziksel bağımlılığın derecesine göre öldürücü olabilir. Yoksunluk sendromu, bağımlı için ızdırap verici ve istenmeyen bir durumdur. Yoksunluk sendromuna girmeme isteği madde kullanımının sürdürülmesine katkı sağlar.<sup>8</sup>

#### **1.2. Uyuşturucu Maddelerin Suistimalinin Tarihçesi**

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren uyuşturucu maddelerin keyif verici, ağrı giderici, hastalıkları iyileştirici olarak kullanıldığı bilinmektedir. İlk toplumlarda, kabile ayinlerinde ve erkekliği geçiş törenlerinde “değiştirilmiş bilinç durumları” denilen, gündelik bilinç düzeylerinden daha farklı alanlara ulaşabilmek için kullanılan; açlık, susuzluk, uyku yoksunluğu, sosyal ve duygusal yalıtım, ağrılı uyarılar, dans,

---

<sup>8</sup> Gençtan E. - Normaldışı Davranışlar, s.26



meditasyon, dua, işitsel uyarılar, hipnotik telkinler gibi yöntemlere ek olarak, halusinojen bitkiler, afyon türevleri, koka yaprakları, esrar gibi psiko-aktif maddeler büyük rol oynamaktaydı. Halusinojenik maddeler içeren mantarlar Aztek ve Maya uygarlıklarında, psikoaktif bir madde olan Amanita Muscaria mantarları ise Asya kıtasındaki şaman törenlerinde kullanılmaktaydı. Kokain, Güney Amerika yerlileri tarafından, sert doğa koşullarına karşı, uzun yaya yolculuklarında açlığa ve yorgunluğa karşı bugün bile kullanılmaktadır. 3000 yıllık geçmişe sahip Hindu metinlerinde esrar kutsal bir yere oturtulmaktaydı. Afyon, Eski Roma ve Yunan uygarlıklarında birçok hastalığın tedavisinde ve sorunların giderilmesinde kullanılmıştır. Bu maddeler Mısır, Pers ve Hint uygarlıklarında da yaygın olarak kullanılmaktaydı. Mezopotamya bölgesinde yaşamış olan Asur ve Sümerler ile ilgili kayıtlarda, Orta Asya’da bulunan Moğol, Türk ve Sibirya bölgelerinde de bu maddelerin dinsel törenlerde kullanıldığına ilişkin bilgiler bulunmaktadır.<sup>9</sup>

### **1.2.1. Dünyadaki Gelişimi**

Uyuşturucu maddelerin suistimali ilk olarak 1091-1276 yılları arasında merkezi Alamut Kalesi olan Haşşaşin Devleti’nde görülmüştür. İsmaili mezhebinden olan Hassan Sabbah’ın kurduğu bu devlette Fida adı verilen fedailere devamlı olarak uyuşturucu verilerek, bazı devlet büyüklerine karşı suikast yapmaları sağlanıyordu. Tarih boyunca uyuşturucu madde kullanımını önleyebilmek için bazı devlet liderlerinin yasaklar koydukları görülmüşse de bu yasaklar uzun süre geçerliliklerini koruyamamıştır.<sup>10</sup>

Çin’de 7. yüzyıldan beri ilaç olarak bilinen afyon, 17. yüzyılda tütünün Amerika’dan önce Avrupa’ya, oradan da Asya’ya yayılması ve içiminin yaygınlaşmasıyla yeni bir boyut kazanmıştır. Afyonun tütünle karıştırılarak ve yavaş yakılarak ağız yoluyla kullanılmasının, ölüm tehlikesi olmaksızın keyif verebilmesi, içimini yaygınlaştırmıştır. Çin imparatorları da, ülkelerinde hızla gelişmekte olan bu alışkanlığın ekonomik sonuçlarını fark etmekte gecikmemişler ve daha 1729’da imparator Yuang-Çeng, satış ve içimini yasaklamıştır. 1773 yılında İngilizlerin de bu ticaretin önemini keşfetmesi sonrasında “British East India Company”, Bengal’de afyon yetiştirilmesini ve bunların Çin’e ihraç edilmesini tekeline almıştır. Yuang-Çeng’in 1729’da koyduğu yasağa

---

<sup>9</sup> EGM-KOMDB, 2000

<sup>10</sup> EGM-KOMDB, 1995

karşın, her yıl Çin'e ulaşan 200 sandık afyon sakızı, 1767'de 1000 sandığa varmıştır. 1796'da İmparator Çia-Çing afyonun ithali ve tarımını kesin olarak yasaklamış ise de 1820-1830 yıllarında Çin'e giren yıllık afyon miktarı 10.000 sandığa ulaşmıştır. Bu sayı 1838 yılında 40.000 sandığı geçmiş ve böylece Çin'e yönelik olarak gerçekleştirilen ticaret İngiltere'nin lehine dönmüştür. O zamana kadar, Çin porselen ve ipeğini alabilmek için altın ve gümüş ödemek zorunda kalan İngiltere, artık yalnızca afyon vermeye başlamıştır. 1840 yılı Şubat ayında İngiliz hükümeti Çin'e bir sefer yapılmasına karar vermiştir. İngiliz birliklerinin 1841 Mayısında Kanton'a saldırarak altı milyon dolar yükünde bir fidye almaları üzerine birinci afyon savaşı başlamıştır. Daha sonra 1842 yılında ikinci bir savaş daha çıkmış, bunun sonucunda Nanking Anlaşması imzalanarak Hong-Kong İngiltere'ye verilmiştir.<sup>11</sup>

Tıbbi amaçla kullanılmak üzere yapılan araştırmalar sonucu, 1817'de Hannover'li farmakolog Friedrich Helm Sertusner'in morfini bulmasından sonra bu madde tıp alanında yaygın bir kullanım alanı bulmuştur. Özellikle 1865 Amerikan İç Savaşı'nda, 1860 Prusya-Avusturya savaşında ve 1870-1871 Fransa-Almanya Savaşı'nda yaralı askerlerin ağrılarını dindirmek amacıyla morfin kullanılmış, askerlerin tedavileri sonunda yoksunluk krizine girmeleri üzerine bu durum asker hastalığı olarak adlandırılmıştır. Ancak 1879 yılında yapılan araştırma sonucu bu durum morfinmani sendromu olarak tanımlanmıştır. Askerlerin terhislerinden sonra sivil hayatta morfinden övgüyle bahsetmeleri üzerine, bu madde Avrupa'nın büyük şehirlerinde zengin tabakaya mensup olan kişiler arasında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 21 Ağustos 1897 tarihinde, Almanya'da Bayer fabrikasında çalışan kimyager Felix HOFFMAN, ağrıları kesen bir ilaç üretmek için bir karışım geliştirmiştir. Firma bu maddelerin üzerinde çalışarak denemeye karar vermiştir. İçinde ağırlıklı olarak morfin olan ilaç, ağrıları kısa sürede kesme etkisi göstermiştir. Uzun süren denemelerinin ardından Bayer, ilacı eroin adıyla piyasaya sürmeye karar vermiştir. Olumlu tepki alan ve 25gr'lık paketler halinde satılan "eroin" adlı uyuşturucu eczanelere geldiği gün tükenmeye başlamıştır. Henüz kimsenin zarar görmemiş olması da ilaca olan talebi arttırmıştır. Bilahare Bayer'in en iyi müşterisi Amerika, herkesin "eroin"den bahsetmesi üzerine ilacı araştırmaya başlamış ve aşırı dozda alındığında ölüme yol açtığını, bağımlılık yaptığını saptamıştır. Klinikler, eroinmanlarla dolup taşmaya başladığında,

---

<sup>11</sup> POYRAZ R. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Adli Tıp Adli Kimya ve Adli Toksikoloji Yüksek Lisans Tezi, 1999

ABD’de ilacın bağımlılık yaptığına dair bir rapor yayınlanmış ve devamında gerekli önlemler alınarak uyuşturucu eczanelerden kaldırılmıştır. Bunun üzerine ilaç karaborsaya düşerek, fiyatı artmış ve 1931’de tamamen yasaklanmıştır.<sup>12</sup>

Türkiye eroin maddesi ile 1930’lu yıllarda tanışmış ancak Mustafa Kemal Atatürk başkanlığında toplanan Bakanlar Kurulu, bu madde ile yasal düzenlemelerin derhal yapılmasını sağlamıştır.<sup>13</sup>

Uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımına tarihte sıklıkla rastlanılmakta ise de, yukarıda belirtilen olaylarda uyuşturucu madde bağımlılığının zararlarının tam olarak bilinmemesi nedeniyle, başlangıçta uyuşturucu maddelerin yasaklanması yönünde ulusal ve uluslararası düzeyde girişimler olmamıştır. Daha sonra, terörizmin uyuşturucu kaçakçılığını bir finans kaynağı olarak görmeye başlamasının da etkisiyle, uluslararası tedbirlerin artırılması gereği kabul görmüş, imzalanan çeşitli uluslararası sözleşmeler ile uyuşturucu maddelerin kullanımının kontrol altına alınması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak 1909 yılında Shanghai’da Uluslararası Afyon Kongresi yapılmış, burada imzalanan “1909 Shanghai Afyon Antlaşması” ile tavsiye mahiyetinde çeşitli kararlar alınmıştır. 1912 tarihli Lahey Afyon Anlaşması’nda ise uyuşturucu maddeler sınıflandırılarak ayrı ayrı tarif edilmiş, uyuşturucuların imal, ithal ve ihracını kontrol etmeye yönelik kararlar alınmıştır. 1925 yılında imzalanan Cenevre Afyon Anlaşması ile; Lahey Anlaşması’nın esasları ve tarifleri aynen kabul edilmekle birlikte, uyuşturucu maddelerin uluslararası ticaretini kontrol altında bulunduracak etkili bir sistemin kurulması sağlanmıştır. Daha sonra imzalanan 1931 tarihli Cenevre Afyon Anlaşması, Zararlı İlaçların Meşru Olmayan Ticaretinin Yasaklanması Hakkında 1936 tarihli Cenevre Anlaşması, Sentetik Uyuşturucu Maddeler Hakkında 1948 Paris Protokolü ve 1953 tarihli New York Afyon Protokolü ile de uyuşturucu maddelerle mücadele yönünde kararlar alınmıştır. Ancak uyuşturucu maddelerin üretim ve kaçakçılığının önlenmesi amacıyla uluslararası düzeyde imzalanan en önemli sözleşmeler, 1961 tarihli Uyuşturucu Maddelere Dair Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi, 1971 tarihli Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşme ve 1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesidir. Türkiye’nin de taraf olduğu bu üç sözleşmeden, 1961 tarihli Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi ile; uyuşturucu maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmasının

---

<sup>12</sup> EGM-KOMDB, 2000

<sup>13</sup> EGM-KOMDB, 1995

yasaklanması, yasadışı haşhaş ve uyuşturucu madde yapımında kullanılan diğer bitkilerin ekiminin kontrol altına alınması, uyuşturucu maddelerin imal, ithal, ihraç ve dağıtımının ruhsata bağlanması ve denetim yapılması gibi konularda düzenlemeler getirilerek, Uluslararası Uyuşturucu Kontrol İdaresi (INCB) kurulmuştur. 1971 tarihli Birleşmiş Milletler Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşme ile; kötüye kullanımı yapılan ve insan psikolojisini etkileyen ilaçların kontrol altına alınması, uyuşturucu etkisi bulunan ilaçların ancak doktor reçetesi ile kullanılmasının sağlanması, bu sözleşmede belirtilen hususların tarafların kendi iç hukuklarında suç sayılması yönünde gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının sağlanması gibi kararlar alınmış, ayrıca bu sözleşmenin yorumlanması ve uygulanmasından kaynaklanan anlaşmazlıkların diğer yollarla çözümlenememesi halinde Uluslararası Adalet Divanı'na başvurulması şeklinde ilk ciddi uluslararası yaptırım uygulaması getirilmiştir.<sup>14</sup>

### **1.2.2. Türkiye'deki Gelişimi**

Anadolu'da afyon, M.Ö. 3000 yıllarından beri yetiştirilmektedir. M.Ö. 4000 yıllarında Sümerler tarafından Aşağı Mezopotamya'da yetiştirilen haşhaş ve kenevir tedavi amaçlı kullanılmaktaydı.<sup>15</sup>

On birinci yüzyılda Anadolu'ya yerleşmeye başlayan Türkler de özellikle Anadolu ve Ege bölgelerinde, yerel halkın başlıca tarımsal ürünü olan haşhaşı yetiştirmeyi öğrenmişler ve bu tarımı yüzyıllarca sürdürmüşlerdir. Anadolu'da Osmanlı döneminde Türklerle birlikte Rumlar ve Ermeniler de haşhaş tarımını yoğun biçimde yapmaktaydılar. Ancak bu üretim sadece afyon elde etmeye yönelik yapılmıyordu. Haşhaş ekimi yapan köylüler, bu bitkiden elde edilen yağı ekmek yaparken kullanmaktaydılar. Haşhaşın tohumu hayvan yemi olarak kullanılmakta, haşhaş saplarından ise kerpiç yapımında yararlanılmaktaydı.

Ülkemizde haşhaş ekimi, afyon üretimi ve bu maddeleri kullananlar ile bunları sağlayanlara ilişkin ilk düzenleme Fatih Sultan Mehmet döneminde gerçekleştirilmiştir. IV. Murat döneminde afyon, tütün ve kahve kullanımı yasaklanmıştır. Ülkemizin, 18 Temmuz 1932'de Milletler Cemiyetine üye olmasının ardından, 3 Nisan 1933'de haşhaş tarımının sınırlandırılması ve afyon satım işlemlerinin, İktisat Vekaleti'ne bağlı olan

---

<sup>14</sup> EGM-KOMDB, 2000

<sup>15</sup> Ögel, 1997

“Uyuşturucu Maddeler İnhisarı”na verilmesine ilişkin yasa ve 1931 Cenevre Afyon Sözleşmesi kabul edilmiş, 1938 yılında da bu tekel Toprak Mahsulleri Ofisi’ne devredilmiştir. 1938-1971 yılları arasında ülkemiz dünya yasal afyon pazarının %50-55’ine sahip olmuştur. 1970’li yıllarda bütün dünya, ülkemizi yasal olmayan afyon trafiğinden sorumlu tutmaya, suçlamaya başlamış ve 1971 yılında afyon üretimi, hükümet tarafından tamamen yasaklanmıştır. Bu yasak, afyon üretimi tek geçim kaynağı olan 1,5 milyon insanı etkilemiş ve topraklarında afyondan başka herhangi bir mahsulün yetişemeyecek olması bu insanları yoksulluğa sürüklemiştir. 1974 yılında ise bu yasak kaldırılmıştır. Haşhaş ekimi, kontrole tabi tutularak, ekim alanları Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmiştir. Daha önceleri haşhaş kapsülünün çizilmesi yöntemiyle yapılan hasat tamamen yasaklanmış, haşhaş kapsülleri çizilmeden TMO tarafından satın alınarak, Bolvadin’de 1981 yılında kurulan Alkaloid Fabrikasına işlenmek üzere gönderilmeye başlanmıştır. Fabrika üretiminin %90-95’i ihraç edilmektedir.<sup>16</sup>

### **1.3. Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırılması**

Uyuşturucu maddeler elde edildiği kaynağa göre doğal (tabii) ve sentetik olmak üzere ikiye ayrılırlar. İnsan vücudunda yaptıkları etkiye göre ise aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır:

Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar ( Depresanlar)

Merkezi Sinir Sistemini Uyarıncılar( Stimülanlar)

Halisinojenler (Hayal Gösterenler)<sup>17</sup>

Ayrıca buharlaşan, tabii ya da sentetik olarak elde edilen bir kısım kimyasal maddelerin, teskin edici olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bunlara organik çözücüler ve içe çekilenlerde denir. Sinir sisteminde etkili olan ve uçucu özelliği olan bileşiği içerir. Hava ile buharlaşan bir sıvıdan hızlı bir şekilde buharlaşırlar. Bu maddeler; tutkal, gazyağı, kerosen ve tinerdir. Bu maddeler petrol ürünlerinde, parlatma ve temizlik sıvılarında, çeşitli kokularda kullanılırlar. Bunların aktif unsurları; toliene, benzol, aseton, karbon, tetraclorit, klorofol, etileter, çeşitli alkoller ve asetikasit tuzlarıdır.<sup>18</sup>

<sup>16</sup> EGM-KOMDB, 2000

<sup>17</sup> Gümrük Müsteşarlığı, a.g.e. , s.2

<sup>18</sup> Tekalan Ş.A. , Çağın Ölüm Tuzakları, Altınburç yay.,İzmir,2006,s. 183-184

### **1.3.1. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar ( Depresantlar)**

Tabii Uyuşturucular ( Afyon, Morfin, Eroin, Kodein)

Sentetik Uyuşturucular (Barbitüratlar, Trankilizanlar, Sedatifler)

#### **1.3.1.1. Tabii Uyuşturucular**

Tabii Uyuşturucular ( Afyon, Morfin, Eroin, Kodein)

##### **1.3.1.1.1. Afyon**

Afyon, Opium, Poppy, Haşhaş, adlarıyla bilinen bitki, çiçekli bitkiler grubundan Dicotyledoneae sınıfından Papaveraceae familyasının 25 cinsi ve 200'den fazla türünden biri olan *Papaver somniferum*'dur. Papaveraceae familyasından olan yakın bir akrabası, ilkbaharla birlikte papatya tarlaları arasında kıpkırmızı açan gelincik (*Papaver rhoeas*) ve birçok yabani haşhaş türleri, örneğin *P. orientale*, *P. setigerum* gibi bitkilerdir. Gerçekte *Papaver somniferum*, doğada bulunan çeşitli *Papaver* türlerinden, İ.Ö. 4000 civarında türetilmiş bir kültür bitkisidir. Bu yetiştirmenin nerede yapıldığı bilinmiyor. Ancak Doğu Akdeniz- Mezopotamya arasında bir yerlerde olduğu kesindir. *Papaver somniferum*'un insanlar tarafından, yaban yetişen bir tür olan *Papaver setigerum*'dan kültüre alındığı ileri sürülüyorsa da *Papaver somniferum*'un 11, *Papaver setigerum*'un ise 22 kromozom taşıyor olması bu olasılığın biraz uzak olduğunu düşündürüyor. Çünkü genetikte çok sayıda kromozom taşıyan bitkinin kromozomlarının azaltılarak daha az sayıda kromozom taşıyan bir bitki üretmesi, pek görülmez. Üretilmiş olan kültürler hep, az kromozom sayısından artışla, yeni kültürler elde ederek sağlanır. Gene de bu iki papaver türünün kromozom sayılarından birinin, öbürünün tam iki katı oluşu, aralarında çok yakın bir akrabalık olduğunu düşündürüyor. Belki de o sıralarda, böyle yarılanarak erselikleştirilmiş türleri üretebilmenin bir yolu rastlantıyla biliniyordu ya da bilinmeyen başka bir etmen işe kanışmıştı. Bu yetiştirmenin o zamanki amacı da

belli değildir. Şimdiki bildiğimiz bitki olarak ta 50-100 arasında alt türü bulunmaktadır.<sup>19</sup>

“Afyon” sözcüğü , maddenin tek bir kimyasal bileşik olduğunu düşündürdüğü için yanıltıcıdır. Oysa bu madde şekerler, proteinler, amonyak, sütsü özsu, zamk, mum, yağlar, sülfürik ve laktik asitler, su, mekonik asit ve çok çeşitli alkaloitlerden oluşmuş karmaşık bir kokteyldir. En önemli kısmını ise alkaloitler oluşturur.

Alkaloit son derece karmaşık yapıya sahip bir organik bazdır (alkali); azot içeriği, bazik niteliği, asitlerle birleştiğinde tuz ve su oluşturması, bitkilerde bulunması ve kendine özgü keskin tadı onu ayırt eden özelliklerdir. Ham halinde afyon, tohum zarfı, soğan yada haşhaş başı da denen kapsülün kurumuş öz suyudur. Bu, sütü andıran mat bir öz sudur ve bitkinin her yerinde bulunmasına karşın, kapsüldeki aktif bileşenlerin yoğunluğunu arttırmaktadır.

Afyon hasadı, ancak elle yapılabilen son derece yorucu, sırt ağrılarına neden olan, yoğun emek gerektiren bir işlemdir. Önemli ölçüde bilgi, deneyim ve el ustalığı ister. Uygulanışı yüzyıllardır çok az değişiklik geçirmiştir; afyon hala, haş haş kapsüllerini çizerek elde edilir.

Hasat, taç yaprakların dökülmesinden sonra başlar. Önce kapsülü ve yukarı dikilmiş durumdaki tacı incelemek gerekir. Kapsül artık grimsi yeşil rengini kaybedip kararmış olmalıdır. Taçtaki sivri kısımlar dikleşmiş ya da yukarı doğru kıvrılmışsa, kapsül hasada hazır demektir. Bir tarladaki kapsüllerin hepsi aynı anda olgunlaşmaz; bu yüzden çiftçinin, birkaç hafta süreyle her gün ürünü gözden geçirmesi şarttır.

Günümüzde kapsül çizmede kullanılan araç, birbirine paralel üç-dört çelik veya cam kesici uçtan oluşmuş bir bıçak şeklindedir. Bıçak, kapsülün iki ya da üç yüzüne birden dikey olarak tutulur. Kapsülün duvarına fazla derin girerse, afyon hızla akıp toprağa dökülerek ziyan olur. Üstelik derin kesikler iç kanamaya neden olarak kapsüle zarar verir; bu da laktiferler içindeki üretimi durdurarak tohumların gelişmesini engeller ve kapsül kuruyup ölür. Kesik fazla yüzeyde kaldığında ise afyon çok ağır akıp kapsül duvarında kuruyacak, açılan yarığı adeta mühürleyerek kapatacaktır. İdeal kesim derinliği olan 1-1,5 milimetreyi tutturmak için bıçağın duruşunu çok iyi ayarlamak gerekir.

---

<sup>19</sup> Babaoğlu A.N. - Uyuşturucu ve Tarihi

Gece boyu sızan afyonun kapsül yüzeyinde yavaş yavaş pıhtılaşacağı umuduyla bazen kapsül çizme işlemi ikinci vakti yapılır. Kapsüller güneşin yükseldiği saatlerde çizilirse, çıkan ilk özsu sıcaktan kuruyup çizikleri kapatabilir. Ancak bazı ülkelerde özsu öğle vakti toplanır; çünkü aslında güneşin ısısı, sütsü özsuyun dışarı çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Çizikten ilk çıkan afyon, bulutsu, beyaz, hafif akışkan bir maddedir ama havayla temas edince oksitlenerek koyu kahverengi, ağdalı bir maddeye dönüşür; yapışkandır ve kendine özgü bir kokusu vardır. Artık reçineli bir zambak haline gelen afyon, 10 santimetre uzunluğunda kısa saplı küt bir demir bıçakla kazınarak kapsül yüzeyinden alınır. Her kapsülden birkaç gün süreyle afyon sızmaya devam eder ve her kapsül on kereden fazla çizilebilir. Elde edilen afyonun miktarı kapsülün büyüklüğüne ve çiftçinin çalışma verimine bağlıdır. Ortalama miktar, kapsül başına 80 miligramdır. Dolayısıyla haşhaş ekili 1 hektarlık alandan 8-15 kg ham afyon elde edilebilir.

Çiftçiler afyonun kazayla yere dökülmesini önlemek için önce tarladaki olgunlaşmış bitkiler içinde kısa boylu olanların kapsüllerini çizip sonra daha yüksek bitkilere geçerler. Afyon çiftçinin beline asılı bir kaba doldurulur. Çiftçi tarlada ilerlerken daha iri ve dolu gözükken kapsülleri renkli iplikler bağlayarak işaretler. Böylece bir dahaki sefere çizmeden toplayacağı kapsülleri bulması kolay olur. Bunlar içleri açılıp güneşte kurutulur ve tohumları bir dahaki mevsimde haşhaş ekmek için kullanılır.

Zambak kıvamındayken ham afyon, yüksek oranda su içerdiğinden birkaç gün süreyle güneşte kurutulması gerekir. Böylece buharlaşma sonucunda ortaya yapışkan, koyu kahverengi bir madde çıkar; bu maddenin keskin bir kokusu vardır ve kıvamı sıcak balmumunu andırır. Ham afyonun taze olup olmadığı esnekliğinden anlaşılır; tazeyken macun kıvamındadır. Sonra dövülerek homojen bir kütle haline getirilir ve lokma, topak ya da levha şeklinde parçalara ayrılarak naylona veya yaprağa sarılıp gölge bir yerde aylarca bekletilir. Kurudukça sertleşecektir. Kuruma aşamasında aşırı nem ya da ısı veya afyonun zamanından önce kurumaya bırakılması bozulmasına yol açar ama bir kez kuruduktan sonra stabilitesini korur ve bekledikçe değer kazanır. Zaman geçtikçe sıvısı azalır ve yoğunluğu artar. Bazen toplanan kapsüller ılık suda hamur haline gelene kadar bekletilir, sonra ateş üzerinde elekten geçirilerek düşük kaliteli bir afyon elde edilir. Piyasası olmayan bu tür afyonu çiftçiler kendileri kullanmak için yaparlar.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> BOOTH M. -Haşhaştan Eroin'e Uyuşturucunun 6000 yıllık öyküsü



Afyon yutulmak, çiğnenmek, içilmek, dumanı çekilmek biçiminde kullanılır. Vücuda alındıktan sonra merkezi sinir sistemini etkiler. Nabzın hızlanması, terleme, neşelenme, rahat uyku gibi yapay ve geçici kısa süreli etkileri mevcuttur. Afyon kullanımı alışkanlık haline gelince bedensel çöküntü, en gerekli iç organların (karaciğer, bağırsaklar) çalışmasında bozukluk başlar. Bunun yanında ruhsal çöküntüler de meydana gelir; kayıtsızlık, sorumsuzluk, tembellik başlıca özelliğidir. Homeros MÖ 9. yüzyılda yazdığı İlyada Destanı'nda bu durumu “ babası, anası, oğlu, dostu ya da sevgilisi gözlerinin önünde öldürülse bile tek damla gözyaşı dökmezler” diyerek anlatmıştır.<sup>21</sup>

Uzun süreli afyon kullanımında kronik zehirlenme başlar; yüz soluklaşır, tansiyon düşer, nabız yavaşlar, ateş yükselir, nefes darlığı, sindirim zorluğu, kusma, ishal, kaşıntı, iştahsızlık, tedirginlik ve adale sancıları oluşur.

#### **1.3.1.1.2. Morfin**

Afyon içerisindeki 25' e yakın alkaloid denilen zehirlerden en tanınmış morfindir. Morfin kelimesi, Grek mitolojisinde uyku tanrısı manasına gelen MORPHEUS isminden gelmektedir. Morfin 1805 yılında Hannover'li bir eczacı olan Frederic SERTURNER tarafından afyondan ayrıştırılmıştır, fakat uyuşturucu olarak kullanımı bu asrın sonlarında başlamıştır. Bilhassa Amerika'da iç savaş esnasında yaygın hale gelmiştir. Beyaz renkli, kokusuz ve çok acı tatta olup, suda erir.<sup>22</sup>

Morfin haşhaş bitkisinin sütünden elde edilen afyondan çeşitli kimyasal yöntemlerle elde edilir ve en etkili ağrı kesicilerden olan bir uyuşturucu maddedir. Parlak, kristalize toz halinde veya tebeşir tozu, kireç görünümünde, beyazdan koyu kahverengiye kadar değişen renklerde (fildişi, krem, v.s.) kokusuz ve acı, kapsül, blok, tablet veya sıvı şekilde bulunabilir. Hayalperest, cevher, sert cevher, Amerikan kelebeği, Matmazel Emma, maymun gibi argo isimleri vardır. Morfin, tıpkı afyonda olduğu gibi başlangıçta ağrı keser, yalancı neşe verir. Bazen bir kimse gerçekten hastadır, kendisine tedavi için morfin yapılır. Bu ilâcın etkisi altında kalır. Hastalığı geçse bile morfin kullanmak ister ve böylece de alışır. Bazen de merak ederek, morfin kullanan arkadaşlarının ikramını kabul eder, ya da kötü niyetli kişilerin tuzağına düşer. Morfinmanların çoğunlukla tıp

<sup>21</sup> Güven H., Gençlerde Bağımlılık, Gençlik ve Uyuşturucu Madde Alışkanlığı, Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1987,s. 46-47

<sup>22</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.135

dalında çalışanlar olması ilginçtir. Morfin iğnesinden sonra, ağrı ve sızı var ise bunlar geçer. İçinde bulunan korku, endişe veya ruh sıkıntıları gider, yalancı bir keyif hali başlar. Fakat bu keyif hali asla uzun sürmez. Ağrılar, sızılar, bedbinlik, ruh sıkıntıları eskisinden daha fazla olarak yeniden ortaya çıkar. Uyuşukluk, sersemlik, halsizlik, uyuklama hali başlar. İnsan bir şey düşünemez, Vücudu kırgın ve sanki dövülmüş gibi yorgundur. Hareket etmeye takati yoktur. Kalp çarpar, soğuk terler başlar, el ayak buz kesilir, ağzı kurur, mafsalları ve belinde şiddetli ağrılar olur. Takatsizlik ve bitkinlik kendisini perişan eder. Ölecekmiş gibi bir heyecan ve korku içinde çarpınmakta, artık morfinsiz hiçbir şey yapamamaktadır. Bütün bunlardan kurtuluş için çareyi yeniden kullanmakta arar. Morfin bulamazsa kriz geçirmeye başlar. <sup>23</sup>

Mofinden (aşırı dozda kullanım dolayısıyla) zehirlenen şahıs, önce depresyon geçirir, göz bebekleri kısılr, solunum yavaşlar, nabız yavaşlar, kalp atışı düzensizleşir. Genellikle maddenin alınmasından 5-10 saat sonra ölüm meydana gelebilir. 10 saaten fazla yaşayan hastalar genelde iyileşebilmektedir. <sup>24</sup>

#### **1.3.1.1.3. Eroin (Diacetylmorphine):**

Eroin baz morfinin çeşitli kimyasal işlem ve süreçlerden geçmesi sonucu elde edilen bir uyuşturucudur. Beyazdan açık kahverengiye kadar değişik renklerde bulunabilen, kokusuz, acı, kristal, toz bir maddedir. Kapsül veya tablet haline de getirilebilir. <sup>25</sup>

Saf eroin beyaz kokusuz ve acı bir tozdur. Suda ve alkolde erir. Kuru olarak muhafaza edilmek için selofon, polythene veya cam pamuğu ile ambalajlanır. <sup>26</sup>

Eroin afyonun içinde bulunan alkaloitlerden bir tanesidir. Bazmorfinin asetik asit ile birlikte ısıtılması ve diğer kimyasal işlemlerden sonra oluşur. Bileşiminde asetik asit olduğu için eroin normalde sirke gibi kokar. Fakat bunu tespit etmek için, her halükarda, uyuşturucu maddenin koklanması çok zararlı bir davranıştır. Gevher, süprüntü, beyaz cevher, şey, kar, sır, oğlan gibi argo isimleri vardır. Eroin, beyaz, gri, koyu gri, kahverengimsi gri, fildişi, kahverengi renklerde ve toz şeker gibi küçük kristaller halinde veya un gibi toz halinde olabilir. Bu renk farklılıkları içerisinde bulunan katkı maddelerinin miktarına göre değişir. Bir doz eroinde(normalde 100

<sup>23</sup> <http://www.kirklareli.pol.tr/uyusturucu.asp>, 07.04.2007

<sup>24</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.135

<sup>25</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.135

<sup>26</sup> Audio- Visval Teaching Material On Drugs'tan aktaran TOMUŞ H.L. – Uyuşturucu Uyarıcı ve Hayal Yaratıcı Maddeler)

mg.),%10 eroin ve % 90 şeker, nişasta, süttozu,parasetamol, kinin, vb katkı maddeleri bulunur. Eroin, uyuşturucu maddelerin en kuvvetlisi ve dolayısıyla da en tehlikelidir. Morfinden 2 ila 10 defa daha kuvvetlidir. Eroin bilinen uyuşturucu maddelerin en fazla ve çabuk alışkanlık meydana getirenidir. Ufak bir iki deneme kişiyi eroin kurbanları arasına almaya kâfi gelir. Eroin kullanmaya alışmış bir kimse 6-8 saatte bir muhakkak bu zehri almak mecburiyetindedir. Aksi taktirde çok ağır kriz halleri baş gösterir. Eroin çoğunlukla buruna enfiye gibi çekilerek alınır. Ayrıca, bir sigaranın yanan ucu toz halindeki eroine daldırılır. Eroinin yere düşmemesi için baş hafif geriye çekilir ve içilir. Bundan başka alüminyumlu kağıt üzerindeki eroinin alttan yakılarak çıkan dumanları da teneffüs edebilir. Zamanla yeterli parayı bulamayan bağımlı, daha az miktarla daha çok etkiye ulaşabilmek için eroini damardan enjekte ederek almaya başlar. Eroinin içine çeşitli maddeler katılarak saflığı bozulmakta, bazen dozaj çok düşmektedir. Saflığı bozulan eroin, müptela tarafından arzu edilen canlılık hissini ancak damardan enjeksiyon yoluyla alındığı zaman sağlar. Ancak eroin müptelalarının sokaktan satın aldıkları eroin, alışa geldikleri yüzdeli eroinden daha fazla eroin ihtiva ettiği zaman ölümler meydana gelmektedir. Eroin kullanan bir kimsedeki zehirlenme belirtileri morfin kullananlardakine benzemektedir. Fakat bu, morfinin tesirinden çok daha şiddet ve kısa zamanda ortaya çıkmaktadır. Çünkü eroin morfine nazaran ortalama 5 misli daha kuvvetli bir zehirdir. Eroine iyice alışan ve kriz devresine giren bir eroinman, artık ilk günlerde tatmakta olduğu yalancı keyif halini de bulamaz olur. Artık onun eroin kullanması yalnız fena tesirinden kurtulmak ve bir nebze rahat edebilmek içindir. Eroin kullananlar da morfinde olduğu gibi terler, çarpıntı başlar, vücudu kırılır, diz, bel. ve başında şiddetli ağrılar başlar, iştahı kapanır, çalışma gücünü kaybeder, büyük bir üzüntü ve keder duyguları içersinde yatağa düşer. Renkleri uçuk, ağızlar kuru, nefesleri kesiktir. Dalgın bir haldedirler, dünya ile alakaları kalmamıştır, gözlerindeki canlılık alametleri kaybolmuştur. Yaşayan bir ölüden farksızdırlar ve bu halden kurtulabilmek için yeniden eroin kullanmak mecburiyeti duyarlar.<sup>27</sup>

Eroin; Afyon'un bileşiminde bulunan doğal bir alkaloid değildir. Morfinden sentetik olarak elde edilir. Ham Afyon'dan diğer alkaloidlerin ayrılması, laboratuara, ilmi, teknik bilgilere ve çalışmalara dayalı bir iş olduğu halde, baz morfinden eroin elde edilmesi için bunlara ihtiyaç duyulmamaktadır. Basit görgü ve tecrübe, gizli bir yer,

---

<sup>27</sup> Uyuşturucu Madde Olayları genel Değerlendirilmesi, Ankara Narkotik Şube Müdürlüğü,EGM Basımevi,1994,s.10

bazı kimyevi maddeler ve araçlar yeterli olmaktadır. Su, ısıtma aracı, cam kaplar, kovalar, tartılar, asetik anhidrit, sodyum karbonat, hidroklorik asit, alkol, gibi araçlar ve maddeler kullanılarak basit kimyasal işlemler sonucu, baz morfinden eroin elde edilir.<sup>28</sup> Eroin'in elde edilmesinde kullanılan en önemli madde "Asetik Anhidrit"tir. Bu madde kuvvetli kokusu olan, renksiz bir sıvıdır. Asetik Anhidrit sanayi alanında, suni ipek, aspirin, bazı reçine ve verniklerin yapımında kullanılır. 1 kg eroin elde edebilmek için 2 kg Asetik Anhidrit gerekmektedir. Ülkemizde ele geçirilen eroin için saflık oranı %60 civarındadır. Mükemmel laboratuvarlarda %100 saflıkta eroin elde edilebildiği tespit edilmiştir. Buna Güney Doğu Asya ülkelerinde üretilenler örnek gösterilebilir. Genellikle perakende kullanım amaçlı sokakta satılan eroin saf nitelikte olmamaktadır. İçine nişasta, pirinç unu, tebeşir tozu, aspirin, prokain, benzeri katkı maddeleri ilave edilerek eroinin saflığı düşürülmektedir. Sokakta satılan eroinin saflık derecesinin %5-15 aralığında bulunduğu gözlenmektedir.<sup>29</sup>

#### **1.3.1.1.4. Kodein:**

Kimyasal adı metilmorfin olan kodein , genellikle morfinin kimyasal süreçlerden geçirilmesiyle elde edilir.Afyonda % 0,3-3 oranında bulunur ve afyondan da elde edilebilir.<sup>30</sup>

Kodein, haşhaş kozası ve afyonda mevcuttur. Tıp alanında kullanılan kodein genellikle morfinden kimyasal süreçlerle elde edilmektedir. Afyonda 0.5 oranında bulunur. Kodein kelimesi Yunanca "haşhaş başı" demektir. Beyaz renkli kokusuz ve acımsı tattadır.<sup>31</sup>

Ağızdan, makattan ya da enjeksiyon yolu ile, tablet veya toz biçiminde kullanılır; etkili bir öksürük giderici ve ağrı kesicidir ancak ağrı kesici etkisi morfinin onda biri kadardır.Bağımlılık oluşturması için uzun süre ve çok miktarda kullanılması gerekir; ender olarak iptila yapar.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> The Recognition of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and Drug Abusers'den aktaran TOMUŞ H.L. – Uyuşturucu Uyarıcı ve Hayal Yaratıcı Maddeler

<sup>29</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.136

<sup>30</sup> Meydan Larousse,c.7, s.377

<sup>31</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.137

<sup>32</sup> GüngörŞ. -Ali Kınacı s. 54

### **1.3.1.2. Sentetik Uyuşturucular:**

Bu maddeler, morfin yerine geçen sentetik maddelerdir. Bunlar normal olarak beyaz tabletler şeklinde hazırlanır. Fakat bazen üzerlerine çeşitli renklere tabakalar geçirilir. Tıbbi amaçlar için imal edilen sentetik uyuşturucuların mutlak surette hekim kontrolünde kullanılması gerekmektedir.<sup>33</sup>

#### **1.3.1.2.1 Barbitüratlar:**

Merkezi sinir sistemini etkileyerek yatıştırıcı etki gösteren barbitüratlar, değişik renk, hacim ve şekillerde, kapsül veya tablet olarak üretilirler. Bunlar doktor tarafından kişiye sakinleştirmek veya uykuya daldırmak üzere verilen ilaçlardır. Alkolle alındığında lme sebebiyet verirler. Suistimalleri en çok yapılanlar, sarı kapsüller halinde imal edilen ‘‘Pentobarbital Sodyum’’ ile mavi kapsüller halinde imal edilen ‘‘Amobarbital Sodyum’’ ve ‘‘Secobarbital Sodyum’’dur. Genellikle ağız yoluyla alınırlar. Alındığktan sonra süratle absorbe edilirler ve vcoda yaygın bir şekilde dağılırlar. Emzikli kadınlarda süte kolay geçer. Kk dozlarda alınması halinde etrafa karşı hafif bir aldırılmazlık gelişir. Zihinsel fonksiyonlar yavaşlar, gerginlik azalır. Uzun zaman kullanıldığlarında, maddeye karşı tolerans gelişir. Maddenin bırakılmasından sonra uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı, titreme, adale seğirmeleri gibi belirtiler ortaya çıkar.<sup>34</sup> Barbitüratlar 300 mg alındığında derin bir uyku hali yarattıkları ve bu uyku halinin 4-8 saat arasında sürdüğü, 1 gram alındığında lme sebebiyet verdiği sanılmaktadır. Ayrıca barbitüratlar alkolle alındığında lme sebebiyet verebilmektedir. Genellikle yutulularak alınırlar ancak suda eritilerek deri altına zerk etmek ve eroin karıştırarak sigara gibi içenler de vardır.<sup>35</sup>

<sup>33</sup> KOM Kaaklık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.137

<sup>34</sup> zden S.Y. , Uyuşturucu Madde Bağımlılığı, İstanbül Nobel Tıp Kitabevleri,1992,s.87-92

<sup>35</sup> KOM Kaaklık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.138

### **1.3.1.2.2. Trankilizanlar:**

İnsanları sakinleştirmek ve kullanımı uyumlu hale getirmeksizin veya akli ve fiziki uyanıklığını azaltmaksızın endişelerini gidermek üzere kullanılırlar. Reçeteyle satılmaktadır. Bunların en çok suistimal edilenleri ve sık rastlanılanları Meprobamate, Chlordiavepoxide ve Diazepamlardır. <sup>36</sup>Maddenin yüksek dozlarda kullanılması halinde uyuklama, ataksi, ağız kuruluğu ve ağır vakalarda solunum depresyonu ve koma görülür.

### **1.3.1.2.3. Sedatifler:**

Akli-zihni aktiviteyi ve uyanıklığı yatıştıran ancak barbitüratlar gibi uyumlu hal alınmasını önleyen sentetiklerdir. Bağımlılar ilk önceleri kendilerini cesur ve iyi hissetseler de sonrasında kendilerini yalnız ve çevresinde kaybolmuş hissederler. Yarım saat içerisinde etkisini gösterir ve 8-18 saat kadar sürer. <sup>37</sup>

## **1.3.2. Merkezi Sinir Sistemini Uyarıcılar( Stimülanlar)**

Tabii Uyuşturucular ( Koka Yaprağı, Kokain, Crack)

Sentetik Uyuşturucular ( Amfetaminler)

### **1.3.2.1. Koka Bitkisi:**

Bu bitki nemli ve sıcak iklimleri sevdiği için Orta ve Güney Amerika ülkelerinde, çoğunlukla da Peru, Bolivya, Brezilya ve Kolombiya'da yetişmektedir. Boyu 1.5 metre olup, yaprakları düzgün ve ovaldir. Güney Amerika'da yaşayan Kızılderililer tarafından uyarıcı olarak ve açlık duygusunu azaltmak için yanaklarda tütün lokması şeklinde çiğnendiği bilinmektedir. Koka bitki örtüsünün %60'ı Bolivya, %30'u Peru, %10'u da Kolombiya'da bulunmaktadır. <sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> <http://www.gumruk.gov.tr>, 10.11.2006

<sup>37</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.140

<sup>38</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.140

### **1.3.2.2. Kokain:**

Kokain koka yaprağının başlıca alkaloitidir ve kimyasal usuller ile elde edilir. Baz kokain, beyaz kristalize bir tozdur. Bu madde hidroklorik asitle işleme tabi tutularak sonuç elde edilmektedir. Yaklaşık 300 kg koka yaprağından ½ kg kokain elde edilmektedir. Bu madde genellikle asit borik veya sodyum bikarbonat gibi beyaz toz halinde maddelerle karıştırılarak saflığı azaltılmaktadır.<sup>39</sup>

Merkezi sinir sistemine uyarıcı etki yapan kokain koka adlı bitkinin yapraklarında doğal olarak bulunan uyarıcı bir maddedir. Burun yoluyla alındıktan sonra merkezi sinir sistemini uyarır, kalp vuruşları artar, kan basıncı ve solunum hızlanır, aşırı bir taşkınlık ve neşe hali yapar. Alınan miktar çoğaltıldığında idrak yanılgıları ve dokunma halüsinasyonları ortaya çıkar. Deri altında böcekler, kurtlar yürüdüğü hissedilir. Şiddetli bağımlılık etkisi olan kokainin 30-60 dakika içerisinde etkisi kaybolduğundan tekrar kullanmak isteği doğar. Burna çekildiği gibi, deri altına veya damara enjeksiyon yolu ile veya sigara gibi kullanılabilir. Kokain; beyin damarlarında tıkanma, beyin kanamasına sebep olur, solunum durup ölüm meydana gelebilir.<sup>40</sup>

### **1.3.2.3. Crack:**

Kokainin daha ucuz fakat daha tehlikeli bir türevidir. İçinde eter ve aseton bulunan ağır bir zehirdir. Toz veya sıvı halinde, kesme şeker görünümünde, beyaz veya krem renginde bulunur. Eroin ve kokainden en az üç misli bağımlılık yapan bir maddedir. Crack burun yoluyla ya da sigara şeklinde içilerek alınır. Kullanımıyla birlikte kısa sürede paranoyak belirtiler ortaya çıkar. Şiddetli ağrı, sarhoşluk, algılamada düşüklük, kalp atışlarının artması ve düzensizleşmesi, titreme, nefes darlığı, hayal görme, ağır sinirlilik ve organizmada büyük tahribat kaçınılmaz sonuçlardır.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.140

<sup>40</sup> Kasatura İ., Gençlik ve Bağımlılık, İstanbul, 1998,s.104

<sup>41</sup> Kaptanağası S., Uyuşturucu Gerçeği, Tanıtım, Etkiler, Sonuçlar ve Tedbirler, Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Merkezi, s.25

#### **1.3.2.4. Sentetik Uyuşturucular ( Amfetaminler, Captagon, Extacy)**

Merkezi sinir sistemine stimulan (uyarıcı) etki yapan maddelerin başında amfetaminler gelir.<sup>42</sup> Amfetamin türevi içeren uyuşturucu maddelerden ticari adı ecstasy olan uyuşturucu madde en çok bilinendir.

Uyuşturucu madde kapsamında olmayan amfetaminler; narkolepsi denilen uyuma hastalığının tedavisinde, şişman kimselerde iştahın azaltılması için, hiperaktif çocukların tedavisinde, bazı epilepsi türleri ile Parkinson hastalığında yardımcı ilaç olarak ve merkezi sinir sistemini deprese eden ilaç zehirlenmelerinde analeptik olarak kullanılır. Amfetaminler genelde ağızdan, bazende enjeksiyon yoluyla kullanılır.<sup>43</sup>

Amfetaminler fazla alındığında baş dönmesi, huzursuzluk, çok konuşma, iştahsızlık, panik durumu görülür. Doz çok fazla ise adale krampları, karın ağrısı, titreme, bilinç bulanıklığı, koma ve ölüm meydana gelebilir. Bitkinlik, çöküntü, korkulu rüyalar, aşırı uyku isteği, ilaca alışanların ilacı bulamadıkları veya az aldıkları zaman ortaya çıkan belirtilerdir.<sup>44</sup>

##### **1.3.2.4.1. Amfetaminler**

Amfetamin sülfat ilk kez 1887 yılında bulunmuştur. 1932 yılında astım ve burun tıkanıklığı tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. 1937 yılında narkolepsi (çok uyuma) ve depresyon tedavisinde kullanılması önerilmiştir. Dekstroamfetamin, metamfetamin, metilfenidat amfetamin çeşitleridir. Bütün amfetaminler ağız yolu ile alındıklarında hızla emilir ve çabuk etki gösterirler. Yoksunluk belirtileri arasında sıkıntı (anxiety), mutsuzluk, çöküntü hali, güçsüzlük, hareketsizlik, kabuslar, fazla uyuma, baş ağrısı, terleme, mide ve kas krampları sayılabilir. Bu belirtiler amfetamin kesildikten 2-4 günde en yüksek düzeyine ulaşır ve yaklaşık bir hafta sürer. Amfetamin alımını takiben şizofreni benzeri psikotik bir tablo gelişebilir. Amfetamin myokard enfarktüsüne, beyin damar hastalıklarına, şiddetli hipertansiyona ve iskemik kolite (bağırsakların okoksijensiz kalması) neden olur. Alınan doz miktarına göre değişen şekilde, titreme, epileptik nöbet, koma ve ölüme neden olabilir.<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> Özden, u.m.b. , s.60

<sup>43</sup> Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmokoloji, Cilt 1, 4. Baskı, Ankara, 1987, s. 430

<sup>44</sup> Aydınalp K. , Gençliğin Ruhunu Kemiren Uyuşturucular, Bilim ve Teknik, Ocak 1988, Cilt 21, Sayı 242, s.24

<sup>45</sup> Ögel



#### **1.3.2.4.2. Captagon**

Önceleri Almanya’da yasal olarak üretilen bu maddenin üretimi, suistimalinin artması üzerine durdurulmuştur. Üretimin durdurulmuş olması ile birlikte yasal olmayan yollardan, yüksek kazanç elde etmek için çeşitli ülkelerde kaçak olarak üretilmeye başlanmıştır. Piyasaya captagone ticari adıyla sürülen ve etken madde olarak fenetylline içeren bu uyuşturucunun özellikle Arap ülkelerinde kullanımı yaygındır.

Captagone üretiminde tespit edilen iki aşama vardır. Birincisi fenetylline maddesinin imal edildiği kimyasal aşama, ikincisi ise elde edilen etken maddenin tablete dönüştürülmesi olan fiziksel aşamadır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki; yasadışı yollardan captagone üretimi yapan şahıslar, daha fazla uzmanlık, zaman ve laboratuvar malzemesi gerektirdiğinden, fenetylline maddesini doğrudan temin edip, ikinci aşama olan ve çok uzmanlık gerektirmeyen fiziksel aşama devresinden itibaren üretime geçmektedirler.<sup>46</sup>

#### **1.3.2.4.3. Extacy**

Merkezi sinir sistemini uyaran amfetamin türevi, halüsinasyonlara da sebep olabilen sentetik bir uyuşturucudur. Tablet, kapsül, toz veya sıvı şeklindedir. İlk olarak Çeçe sineği gibi böcekler soktuğunda insanları uyku halinden kurtarmak için 1912 yılında üretildiği bilinen extacy uyuşturucu olarak ilk defa 1985 yılında Hollanda’da rapor edilmiştir. Kullanımı 1980’li yıllarda kısmen genç insanlar arasında ev müzik kültürünün yaygınlaşması ile birlikte hızlı bir yükselişe geçmiştir.

Bu tip maddelerin suistimalinin riziko bilinci gayet düşüktür. Ağızdan kullanımı tehlikesiz algılanmaktadır. Ancak sağlık uzmanları bu maddelerin merkezi sinir sistemine ve vücuda olan ciddi zararlarını sürekli olarak bildirmektedirler. Riziko bilincinin düşük olmasından kastedilen, hastalanıldığında kullanılan haplar gibi kullanımının kolay ve risksiz zannedilmesidir. Diğer bütün uyuşturucu maddelerde olduğu gibi extacynin sağlık riski sadece bu maddenin farmakolojik özelliklerine değil, kullanan grubun doğasına ve kullanılma şartlarına da bağlıdır.

---

<sup>46</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.142

Moda uyuşturucular olarak bilinen bu tip sentetik maddelerin üretilmesi, genelde var olan etkin maddenin özel muameleler ve kimyasal yöntemlerle moleküler anlamda değişiklik yapılması neticesinde ve bir takım ara maddelerinde katılmasıyla yapılmaktadır.<sup>47</sup>

### **1.3.3. Halisinojenler (Hayal Gösterenler):**

Tabii Uyuşturucular ( Esrar, Marihuana, Meskalin)

Sentetik Uyuşturucular ( LSD)

#### **1.3.3.1 Esrar:**

Afyon gibi çok eskiden beri tanınan esrar cannabis adı verilen bitki ve bunun çeşitlerinden elde edilir. Bir zamanlar ülkemizde sadece hint kenevirinden elde edildiği sanılırken, sonrasında kenevirde de esrar temin etmenin mümkün olduğu anlaşılmıştır. Değişik adlarla anılan esrarın uluslararası adı “haşış” veya “chanvre indien” dir.<sup>48</sup>

Esrar ufalanmış halde sigara içine sarılabildiği gibi küçük topak halinde özel pipo ya da kabak denilen nargile ile de içilebilir. Kolay anlaşılacak kokusunun gizlenmesi için kokulu maddeler katıldığı olur. Çeşitli yollar denense de en yaygın metodu sigara ile içine çekmektir.<sup>49</sup>

Esrar insanlarda fiziksel ve psikolojik değişime sebebiyet verir. Sigara ile içilen esrar dumanı birkaç dakika içinde etkisini gösterir. Nabız sayısında artma, kan basıncı yüksekliği, ağız ve boğaz kuruluğu, kusma bulantı, göz bebeklerinde büyüme artar. Vücuda uyuşukluk yayılır, hayalgücü yükselir, zaman, mesafe ve sürat ölçüsü kaybolur. Çok yüksek dozda ölüm korkusu ve vücutta bozukluklar görülür.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> KOM Kaçakçılık ve Organize Suçlar 2001 Ankara s.143

<sup>48</sup> Dalda Y.V. , Uyuşturucu Madde Suçları,s. 23-24

<sup>49</sup> Çakmak D., Balkan R., Tüz C. , Esrar Etkileri ve Bağımlılığı, İstanbul, 2004, s.7

<sup>50</sup> Dönmezer , s.317

### **1.3.3.2. Marihuana:**

Marihuana, kenevir bitkisinin yaprak ve çiçeklerinin kurutulmasıyla elde edilen, zihni ve vücudu etkileyen kuvvetli bir uyuşturucu maddedir. Marihuana kullanımının yaygınlaşmasının en önemli sebepleri vücuda etkilerinin küçümsenmesi ve kolay temin edilebilmesindedir. Marihuana içerisinde bulunan kimyasal maddeler vücudun birçok organı tarafından absorbe edilir ve vücuttan elimine edilmesi bir ayı bulabilir. Beyinde uzun veya kısa süreli hafıza kaybı, cisimlerin hareketliliğini takip edememe, görme bozukluğu gibi tesirleri vardır. Solunum bozukluğu ve akciğer kanserine yol açabilir. Erkeklerde sperm sayı ve hareketliliğinin azalması, kadınlarda ise doğurganlık üzerinde olumsuz etkiler yapar.<sup>51</sup>

### **1.3.3.3. Meskalin:**

Eczacılık açısından ilginç kaktüslerden biri olan “Lophophora Williamisi”, yuvarlak loplardan birleşmesiyle oluşmuş etli, dikensi bir kaktüs olup Meksika'nın kuzeyinde yetişmektedir. 1973 yılında bu bitkiden 60 civarında alkaloid elde edilmiştir. Halüsinojenik özelliklere sahip maddeler içerir. Başlıca aktif bileşik olan meskalin, ilk bilinen halüsinojenik bir maddedir.<sup>52</sup>

Tablet, kapsül ve sıvı halde kullanılmaktadır. Kuvvetli acı bir tadı vardır. Etkisi 10 saatten fazla sürmektedir. Ülkemizde yaygın bir kullanım alanı bulunmamaktadır. Kullananların anlayış kabiliyeti hemen hemen yok olur. Duyu organlarını yanıltıcıdır.<sup>53</sup>

### **1.3.3.4. Sentetik Uyuşturucular ( LSD):**

Ergot alkaloidlerinden elde edilen lijerzik asidin dietilamid türevi olan yarı sentetik bir maddedir.<sup>54</sup>

LSD' nin mikrogram gibi küçük miktarları bile etki sağlamaya yeterlidir. Bu madde ruhsal bağımlılık oluşturabilir; fiziksel bağımlılık ve yoksunluk belirtilerinin olmadığı

---

<sup>51</sup> Vardarlı T. , Kaçakçılık Mevzuatı, Muğla:Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü,1998,s.21-22

<sup>52</sup> Sütülpınar N. , Bitkisel Uyuşturucular ve Uyarıcılar, Türkiye'de Uyuşturucu Madde Sorunları,Rem Matbaacılık, İstanbul,1997,s.79

<sup>53</sup> Tekalan ,s. 212

<sup>54</sup> Alp S. O. , Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji,Cilt 1,Ankara,1987,s.437

kabül edilir. Ancak ruhsal ve toplumsal yıkım meydana getirir. Bu maddeyi kullananlarda olağanüstü algılar gelişir, gerçekte gerçekdışı karışır. Kişi hayaller görür, gördüğü hayalleri tutmak ister, onlarla konuşur. Bazılarında bu tablo pencereden düşme, trafik kazası yapma gibi durumlara neden olur. Bu rüya durumundaki kişi telkin altında kalarak suç işleyebilir. Genel görünüş ağır bir akıl hastalığı halidir. Bazen de kalıcı psikozlara neden olur. Kişiliği müsait olanlarda bir kez deneme bile yıllarca tedaviyi gerektirecek ruhsal bozukluklar bırakabilir. Uzun zaman kullananların genlerinde bozukluk yaptığı, hamile iken kullananların doğan çocuklarında sakatlıklar meydana getirdiği bazı araştırmalarda saptanmıştır.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Aydınalp , s.25

## İKİNCİ BÖLÜM

### BAĞIMLILIK KAVRAMI ve EROİN

Bağımlılık; kelime olarak bireyin tek başına bir şey yapamaması, başka bir varlığın, maddenin, gücün etkisi ile hareket edebilmesi veya düşünebilmesidir. Söz konusu varlık, obje veya madde olmadan bireyin özgür düşünmesi, davranması ve karar verebilmesi mümkün değildir. Diğer dillerde “bağımlılık” tabii olma, bir güç veya istence(irade) uyma olarak ifade edilmektedir. Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Örgütü’ne göre bağımlılık tanımı; “Hasta organizma, ilaç ve çevrenin birbirleriyle etkileşmesi sonucu meydana gelen, arzu edilmeyen oluşumdur.”<sup>1</sup>

Bağımlılık bir sendromdur. Psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasına ilişkin DSM IV adlı kitaba göre bağımlılığın çeşitli ölçütleri vardır. Buna göre aşağıda yeralanlardan sadece üçü bağımlılık tanısı koymak için yeterlidir.

1. Tolerans gelişmesi
2. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
3. Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan sürekli çabalar
4. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama
5. Madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması ya da tamamen bırakılması
6. Maddenin tasarlandığından daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması
7. Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek

Bağımlılığı tehlikeli kullanımdan ayırmak gerekir. Tehlikeli kullanım, madde kullanımının kişinin kendine, hayatına ve çevresine zarar vermesidir. Bunlar içinde

---

<sup>1</sup> Uyuşturucu ve Psicotrop İlaç Düzenlemeleri Semineri, 20 Ocak 1986, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Ankara, s.3

çeşitli zararlar sayılabilir. Madde bağımlılığına bağlı olarak kişi işine gitmez, okula devam etmez, işinde başarısızlıklar ortaya çıkar, ailesini ve çocuklarını ihmal eder ya da bedeninde fiziksel bozulmalar olur. Madde kullanımı nedeni ile tartışma, kavga gibi yineleyen kişilerarası ve toplumsal sorunlar, madde bulundurmak, temin etmek ya da madde etkisi ile gelişen davranış bozuklukları dolayısıyla yasal sorunlar ortaya çıkabilir.<sup>2</sup>

## **2.1. Fiziksel ve Ruhsal Bağımlılık**

Bağımlılık uzun zaman ruhsal ve fiziksel bağımlılık olarak ikiye ayrılmıştır. Fiziksel bağımlılık; maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Beden uyuşturucu maddeye karşı bir adaptasyon geliştirir. Madde alınmadığı zaman, ortaya bazı belirtiler çıkar. Çünkü bedenin kurduğu fizyolojik uyum bozulmuştur. Kendini yeni duruma göre ayarlamak zorundadır. İşte bu dönemde bazı belirtiler gözlenir.

Ruhsal bağımlılık; alışkanlık, itiyat gibi diğer bazı terimler ile de açıklanır. Kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme, gidermek amacı ile o maddeye düşkünlüğü biçiminde tanımlanabilir. Ruhsal bağımlılıkta madde alındığında doyum, rahatlama ve haz meydana gelir.

Ancak günümüzde bu iki tanım birbirinden ayrı değerlendirilmemektedir. Çünkü kişide hem ruhsal hem de fiziksel bağımlılık aynı anda görülebilir. Pratikte de bunun bir yararı yoktur. Fiziksel bağımlılık kısa bir süre içinde sonlanabilir, ancak asıl sorun ruhsal bağımlılığın sonlandırılmasıdır. Bu daha uzun bir süreç ve çaba gerektiren bir durumdur.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Ögel

<sup>3</sup> Ögel

## 2.2. Bağımlılık Oluşumunun Biyolojik Süreci

Merkezi sinir sistemi, beyin ve omurilikten oluşur. Beyin fonksiyonları milyarlarca sinir hücresi (nöron) tarafından meydana getirilir. Sinir hücreleri gövde, akson ve dendrit denilen hücresel yapılardan oluşur. Dendritler, komşu sinir hücresinden gelen kimyasal uyarıları alırlar. Bu uyarılar, hücre gövdesinde elektriksel uyarıya dönüştürülür. Sinir hücresi zarı boyunca kendini gösteren bu elektrokimyasal değişime "aksiyon potansiyeli" adı verilir. Oluşan aksiyon potansiyeliyle dendritten aksone ve oradan akson boyunca ilerleyen uyarı akson ucuna geldiğinde, içleri kimyasal iletili maddelerle (sinirsel iletili-nörotransmitter) dolu kesecikleri uyarır. Uyarılmış olan bu kesecikler, hücre zarıyla bütünleşerek içerdikleri iletili maddeleri salgırlar. Böylece elektriksel uyarı, sinirsel iletili yardımıyla kimyasal bir uyarı haline dönüştürülmüş olur.

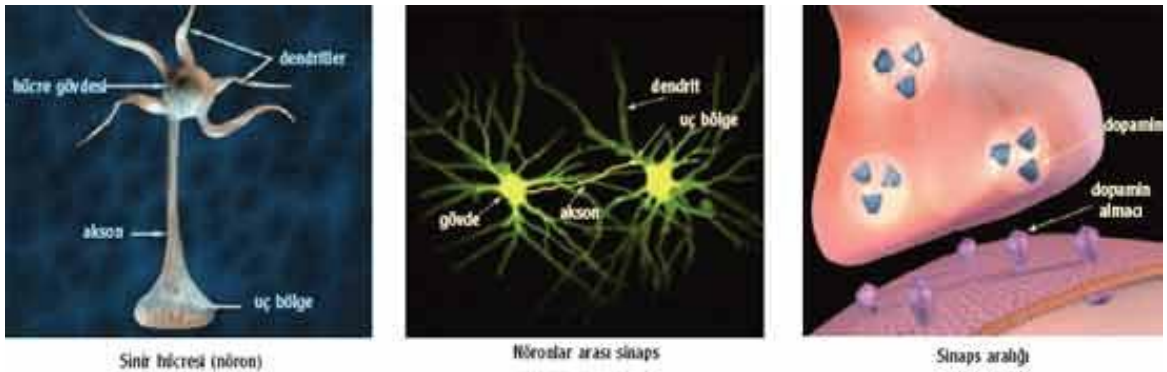
Akson ucundan bu şekilde salgılanan sinirsel iletililer, iki sinir hücresini birbirine bağlayan özelleşmiş bölgeye geçer. Bu bölgeye "sinaps aralığı" denir. Sinaps aralığını oluşturan sinir uçlarından sinirsel uyarıyı aktaran uca "sinaps-öncesi (presinaptik) uç", sinirsel uyarıyı alan uca da "sinaps-sonrası (postsinaptik) uç" adı verilir.

Elektriksel uyarı akson ucuna vardığında, sinaps-öncesi uçtan salgılanan sinirsel iletililer, sinaps-sonrası uçta bulunan almaçları (reseptörleri) uyarırlar. Almaçlar, hücrelerde dış (ör. ilaçlar) ya da iç kaynaklı kimyasal madde moleküllerini seçici bir şekilde bağlayan, etkinin başlamasına aracılık eden yapılardır. Uyarılmış olan almaç, kendisine bağlı olarak çalışan çeşitli enzim sistemlerini etkinleştirerek ya da baskılayarak; ya da hücre yüzeyinde bulunan iyon kanallarını açıp kapatarak, hücrede aksiyon potansiyeli oluşmasını sağlar. Uyarma işlemi tamamlandıktan sonra, süreçte rol oynayan sinirsel iletililer ya sinaptik aralıkta bulunan enzimlerce yıkılır ya da sinaps-öncesi uca geri alınırlar.

Beynin belli bölgeleri konuşma, görme, ısı düzenleme gibi işlevler için özelleşmişlerdir. Beyinde bulunan "ödüllendirme sistemi" de benzer şekilde özelleşmiş bir sistem olup, bağımlılığın oluşmasında ortak ve merkezi bir mekanizma konumundadır. Etkinleştiği zaman kişiye haz duygusu veren sistem, bu nedenle beyin "haz merkezi" olarak da adlandırılır. Ödüllendirme sisteminin iki

ana alanı olan "accumbens çekirdeği" ve "ventral tegmental alan (VTA)" limbik sistem denilen ve temelde vücudun iç düzenlemesi, bellek, öğrenme ve duygularla ilgili işlevsel bütünün parçalarıdır. Limbik sistem, ayrıca güdüler, cinsel davranışlar ve beslenme davranışlarının yönlendirilmesinde rol oynar. Beynin alın lobunun ön bölgesinde yer alan "prefrontal korteks" ise sistemin diğer ana bileşendir.

Ortabeyinde yer alan VTA, accumbens çekirdeği ve prefrontal korteks-le ilişki içindedir. İçerdiği sinir hücreleri sinirsel iletici olarak dopamin kullanırlar. VTA, accumbens çekirdeği ve prefrontal korteks ile arasında accumbens çekirdeği ve prefrontal korteks-le ilişki içindedir. İçerdiği sinir hücreleri sinirsel iletici olarak dopamin



kullanırlar. VTA, accumbens çekirdeği ve prefrontal korteks ile arasında bulunan yollar sayesinde bu iki merkeze dopamin salgılar. Ödüllendirme merkezi, hayvanlarla yapılan deneyler sırasında keşfedildi. Accumbens çekirdeklerine elektrot yerleştirilen sıçanlar bir düğmeye bastıklarında, çekirdeğe küçük miktarda elektriksel uyarılar gönderiliyordu. Bu küçük uyarıyla kendisini iyi hisseden hayvan, düğmeye basmaya devam etmişti. Aynı elektrot accumbens çekirdeğinden çıkarılıp yakınlarında bir bölgeye yerleştirildi-ğindeyse sıçanın düğmeye basmaktan vazgeçtiği gözlenmişti. Çünkü artık düğmeye bastığında keyif alamıyordu.

Dopaminin bu süreçteki önemini anlamak için, aynı deney sırasında elektrot yine accumbens çekirdeğine yerleştirildi, ancak bu sefer dopamin salgılanması çeşitli ilaçlarla engellendi. Hayvan, accumbens çekirdeği uyarıldığı halde dopamin salımı ilaçlarla engellendiğinden, düğmeye basmaktan vazgeçti.

Günlük hayatımızda, beynimizde-ki ödül sistemi çeşitli yollarla ve defalarca doğal olarak uyarılır. Yemek yemek, cinsel yaşam, elde edilen çeşitli başarılar, sevilen bir müziğin dinlenmesi buna örnek olarak verilebilir. Ödül sisteminde, "doğal yükselme" adı verilen bu haz durumlarına aracılık eden, beyin kendisinin sentezlediği dopamindir. Bağımlılık yapan maddelerse, bu yükselmelere aracılık eden



sinirsel iletici olan dopamini ya doğrudan ya da dolaylı olarak uyarırlar. Örneğin, kokain ve amfetaminler dopamin salınımını doğrudan uyarırken, morfin türevi maddeler de endorfin grubu maddelerin salınımını uyararak, dopamin salınımını dolaylı yoldan artırır.

Beynin ödül sisteminde bağımlılık yapan maddeler aracılığıyla salgılanan dopaminin etkisi, doğal yolla salgılanan dopamine kıyasla daha ani, daha şiddetli ve bu nedenle daha haz verici olur. Bu durumda, kendi sinirsel ileticilerine benzeyen ve onlarla aynı etkiyi, üstelik de daha yoğun biçimde gösteren maddeleri dışarıdan kolayca sağlayan kişi, ödülünü doğal yollardan kazanma gereği duymaz. Ancak doğal bir yükselmeden farklı olarak, kötüye kullanılan maddeyle etkinleşen ödül sistemi dopaminle normalden çok daha fazla uyarıldığı için, vücut kendi fizyolojisini sürdürebilmek amacıyla birtakım uyum mekanizmaları geliştirmek zorunda kalır. Bunun iki yolu vardır:

1) Almaç sayısını azaltma ya da artırma: Kötüye kullanılan madde sinir hücresini uyarıyorsa, hücre, bu yoğun uyarıdan kendisini korumak için almaç sayısını azaltır; ya da kullanılan madde sinir hücresinin işlevlerini baskılıyorsa hücre yine kendisini korumak için almaç sayısını artırır. Örneğin kokain tarafından şiddetli bir şekilde uyarılan sinir hücreleri, dopamin almaç sayısını azaltır, alkol tarafından şiddetli bir şekilde baskılanan sinir hücreleri, belirli almaçlarının sayılarını artırır.

2) İkincil iletici değişiklikleri: Sinir hücresi, uyarıları hücre içine taşıyan ikincil mesajcı sistemlerinde değişiklikler oluşturabilir. Morfin, uyuşturucu almaçlarından birine bağlandığında, hücrede ikincil mesajcı olan adenilat siklaz enzimini baskılar. Hücre normal işlevlerini sürdürmek amacıyla enzim sisteminde değişiklik yapar. Bu nedenle, adenilat siklaz enzimi de morfin uyarısına eskisi kadar şiddetli yanıt vermemeye başlar.

Bu korunma mekanizmaları, kişide madde alımıyla gelişen haz duygusunun azalmasına neden olur. Bu durumda kişi, haz duygusunu aynı şiddette yaşamak için daha fazla ve daha sık madde almaya başlar. Buna tolerans (direnc) denir. Tolerans, bağımlılık yapıcı maddenin, başlangıçtaki dozlarda alınmasına rağmen haz artırıcı etkisinin giderek azalması ve etki süresinin kısalmasıdır. Bunun üzerine, giderek artan dozlarda madde almaya başlarlar. Savunma mekanizmaları devreye girip almaçlarda birtakım değişiklikler meydana geldikten sonra, vücudun kendi doğal

dopamini artık yetmez hale gelir. Çünkü vücudun doğal dopamin salgısı yeni oluşan almaç sayısı için yetersizdir ve dopamin üretici sistemi uyaran maddeden daha fazlasına ihtiyaç vardır. Bu noktada kişi artık bağımlı hale gelmiştir. Ya dışarıdan bağımlı olduğu maddeyi almaya devam edecektir ya da vücudun doğal olarak salgıladığı dopaminin yetersizliğine bağlı belirtilere maruz kalacaktır. Bu belirtilerin ortaya çıkışına engel olmak için madde arama davranışı gösterir.

Bağımlılığın en önemli özelliği, madde arama davranışının ortaya çıkması ve bağımlı olunan maddenin alımındaki kontrolün kaybolmasıdır. Vücut, koruma mekanizmalarını devreye soktukça kişi daha fazla madde almaya başlar.

Dopamin üretici sistemi doğrudan uyatarak bağımlılık meydana getiren maddelerden biri olan kokain, sinaps aralığına salgılanmış olan dopaminin sinaps-öncesi sinir ucuna geri alınmasına engel olur. Bunu, dopaminin sinaps-öncesi uca geri alınmasını sağlayan pompaya bağlanarak yapar. Böylece sinaps aralığında bol miktarda dopamin birikir ve ödüllendirme sistemi uyarılmış olur.

Beyin, kendisini bu abartılmış dopamin salgısına karşı korumak için dopamin almacı sayısını azaltır. Bu dönemde vücudun fizyolojik ödüllendirme sistemleri devreye girse bile (cinsellik, yemek yemek, müzik dinlemek vb), salgılanan dopaminin kendisine ait almaç sayısı azaldığından, dopamin üretici sistemi yeterince uyaramazlar. Bu durumda kişi hiçbir şeyden zevk alamaz ve depresyona girer. Kokaine bağlı yoksunluk sendromu, depresyon şeklinde ortaya çıkar. Kişi, bu sefer depresyondan sakınmak için kokain kullanmaya devam eder. (Bilimadamlarının, kokainin beyin fonksiyonları üzerindeki etkisini görmek için pozitron emisyon tomografisi -PET görüntüleme yöntemiyle yaptıkları çalışmalar, kokain alımıyla beyin metabolik etkinliğinin azaldığını göstermiş bulunuyor.)

Amfetamin ve türevlerinin bağımlılık yapıcı etkileri, kokainin etkilerine çok benzer. Oluşturdukları haz duygusu, kokaininkine göre daha az şiddetli, ama daha uzun sürelidir. Vücuda alınan nikotin, yine belirli almaçlar aracılığıyla ödüllendirme sistemindeki dopamin üretici sistemi uyarır. Bağımlılık oluşturan maddelerden biri olan eroin, haz verici etkisini, beyindeki ödüllendirme sistemini dolaylı olarak uyatarak gösterir. Alınan eroin, kan yoluyla hızla beyine ulaşır ve burada birtakım enzimler yoluyla morfine dönüştürülür. Morfinse beyin çeşitli bölgelerinde, özellikle ödüllendirme sisteminde bulunan belirli uyuşturucu

almaçlarına bağlanır. Etkinleşen almaçlar, dopamin üretici sinir hücrelerini daha fazla dopamin salgılamaları için uyarır ve böylece ödüllendirme sistemi devreye girmiş olur.

Dopamin üretici sistemi dolaylı yoldan uyararak bağımlılık oluşturan maddelerden bir diğeri olan alkol, merkezi sinir sisteminde "uyarıcı aminoasit" (EAA) almaçlarına ve GA-BA-A almaçlarına bağlanır. EAA almaçlarından alkole en çok duyarlı olanı ise glutamat-NMDA almaçlarıdır. Glutamat, merkezi sinir sistemindeki en önemli uyarıcı ileticidir. Alkol bu almaçları ters yönde etkileyerek sakinleştirici ve bellek azaltıcı etki yapar. Sürekli alkol alımı sonucu bu almaçların sayısı artar. Alkolün kesilmesi sonucundaysa sinirlilik, ellerde titreme, kendine hakim olamama, halüsinasyon görme gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu durum, sıklığı artan NMDA almaçlarının alkolün baskılayıcı etkisinden kurtulup etkinlik kazanmalarıyla açıklanır.

Bağımlılık, tekrarlayan madde alımına bağlı olarak meydana gelen bir sinirsel uyum sürecidir. Bu yeni uyumun oluşturduğu ortamda madde alımı devam ettiği sürece, beyin normal işlevlerini sürdürür. Madde alımı kesildiğindeyse, yeterli maddenin bulunmadığı bu yeni ortamda, pek çok istenmeyen tepki ortaya çıkar. Bu duruma "yoksunluk sendromu" (withdrawal) adı verilir. Bu tepkiler kafeinde olduğu gibi görece ılımlı olabilse de, alkolde olduğu gibi yaşamı tehdit edici boyutlara da varabilir.

Bağımlılık, bir beyin hastalığıdır ve beyin içindeki hedef bölgesi de ödüllendirme sistemidir. İlaç ve madde bağımlılığıyla ilgilenen bilim insanlarının en önemli hedefi, bağımlılığın moleküler, biyolojik ve kimyasal nedenleri hakkındaki bilgilerini geliştirerek uygun tedavi yöntemleri geliştirmektir.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Sağlam E. , Bilim Teknik Dergisi, Ocak 2006

### **2.3. Madde Tiplerine Göre Bağımlılık Gelişimi**

Bağımlılığın gelişimi de maddenin cinsine göre değişir. Eroin kullanımının bir iki hafta içinde bağımlılığa neden olduğu bilinmektedir. Kokain kullanımını takip eden birkaç saat sonra ortaya çıkan şiddetli ruhsal çöküntü tekrar madde alımını gerektirecek düzeydedir. kısa sürede bağımlılık gelişebilir. <sup>5</sup>

Dünya Sağlık Örgütüncü gruplandırılan madde bağımlılığı tipleri şunlardır;

- 1.Opyat Tipi Bağımlılık
- 2.Alkol, Barbitürat, Benzodiazepin Tipi Bağımlılık
- 3.Esrar Tipi Bağımlılık
- 4.Kokain Tipi Bağımlılık
- 5.Uyarıcı Tipi Bağımlılık
- 6.Hallusinojen Tipi Bağımlılık
- 7.Solunan Çözücü Tipi Bağımlılık
- 8.Tütün Tipi Bağımlılık

#### **2.3.1. Opyat Tipi Bağımlılık**

Opyat tipi bağımlılık, morfin, kodein, eroin ve metadon maddelerini kapsamaktadır. Morfin ve kodein doğal, eroin yarı sentetik, metadon ise sentetik bir maddedir. Bu grup maddelerin bağımlılık yapma oranı çok yüksektir. Damar içi kullanım yolu ile 6-8 eroin iğnesinden sonra bedensel, ruhsal, toplumsal öğeleriyle bağımlılık yerleşmektedir.

#### **2.3.2. Alkol, Barbitürat, Benzodiazepin Tipi Bağımlılık**

Alkol grubunda başvuru maddesi içilen alkol türü diye bilinen Etanoldür. Diğerleri metanol ve glikoldür. Tahılların mayalanması ile ortaya çıkan etanol aslında %10-12 oranında hacim yoğunluğuna sahipken imbikleme (distillasyon) aracılığı ile bu oran yüksek dereceli içeceklerde (rakı,cin,votka vb.) %50 ve üzerine çıkabilmektedir. Bağımlılık maddeleri içinde bağımlılık süreci en iyi modellenenmiş madde alkoldür.

---

<sup>5</sup> Ögel

Verilere göre; her gün 100ml kanda 100-150 mg kan alkol düzeyi yapacak biçimde içki tüketenlerde 5 yıl içinde bağımlılık gelişmekte olup, bu süre çocuklarda ve kırk yaşından sonra alkole başlayanlarda 2-3 yıla inebilmektedir. Dolayısıyla alkol içen herkes bağımlı olmamakla birlikte, belli ve düzenli alkol alınması bağımlılık yapmaktadır.

Barbütürat dediğimiz maddeler genel anestezi ve epilepsi tedavisinde kullanılmakla birlikte, teskin edici özellikleri nedeniyle bir dönem her dört kalem ilaçtan biri olacak derecede reçetelere girmiş, hatta “mutluluk haptı” diye ünlenmiş, ancak kısa süre sonra da bağımlılık yaptığı anlaşılmıştır.

Ülkemizde bu gruptaki ilaçlar özel reçetelerle satılmakta, tıp dışı kullanımı önlenmeye çalışılmaktadır. Alkol ve barbütüratlar arasında etki devamlılığı söz konusu olup Çarpraz-Tolerans adı verilen bu özellikte birinin yerine diğerinin kullanılabilme fırsatı tanınmaktadır. Bir dönem, Optalidon adlı ağrı kesicinin içindeki barbütürat, alkol bağımlılarının alkol içemedikleri dönemlerde onlarca tablet Optalidon tüketmelerine neden olmuş ve daha sonra optalidondan barbütürat çıkartılmıştır.

Benzodiazepin diye bilinen yatıştırıcı ilaçların bağımlılık yapması, kullanıldıkları doz ile yakından ilişkilidir. Günlük dozun iki ile beş misli miktarlarda kullanımı halinde altı aydan daha kısa bir sürede bağımlılık ortaya çıkmaktadır. Günlük yaşamda yanlış olarak performans öncesi sakinleşmek amacıyla kullanılmakta, ancak çoğu kez performansı olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık Bakanlığının çalışmasına göre lise öğrencilerinde alkol kullanım sıklığı %27 olup, erkek öğrencilerde alkol kullanımı kızlara göre iki kat daha fazladır. Yine ailelerinden ayrı yaşayan öğrencilerdeki alkol kullanımı, aileleri ile birlikte yaşayanların yaklaşık iki katıdır. 1994 yılında Ankara da 15.000 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada alkol bağımlılığı preveransı %1.5 olarak bulunmuştur.

### **2.3.3. Esrar Tipi Bağımlılık**

Esrar tipi bağımlılık içine marihuana ve haşhaş girmektedir. Marihuana Hint Kenevirini denilen bitkinin yapraklarının kurutulması ile, haşhaş ise bitki özsuyunun çözücülerde işlenmesiyle elde edilir. İkisi arasında etken madde (THC) yoğunluğu açısından fark olup, etken madde Marihuanada %6-10 arasında iken Haşhaşta %12'nin üzerine

çıkabilir. Yağ sever (lipofilik) özelliği ile anında tüm vücuda ve hayati organlara dağılmakta ve üstelik 30 gün süreye kadar kalabilmektedir. Esrarın fiziksel bağımlılık yaptığı kanıtlanmıştır.

#### **2.3.4. Kokain Tipi Bağımlılık**

Kokain son derece şiddetli bir uyarıcı olup, doğrudan beyin kabuğunu etkiler. Uyarıcı etkisi beyinde madde depolarını adeta bir anda boşaltmasına bağlıdır. Bu şiddetli etkisi nedeniyle beyni uyuşturan diğer maddelerle birlikte kullanılması çok sık rastlanılan bir olgudur. Alındıktan çok kısa bir süre sonra, yaklaşık yirmi dakikada metabolize olduğundan etkinin devamı açısından yeniden alınması gerekebilir. Kokaine bağlı doz aşırılığında ölümler, bu bağımlılık maddesinin hızlı metabolize olmasından kaynaklanmaktadır. Hızlı gelişen bir bağımlılık sürecine sahiptir.

Crack, kokainin kaya tuzu formunda, özel ve minyatür nargile gibi içilen bir türüdür. Aslında gerçek maliyet değişmemekle birlikte, göreceli ucuzluk avantajlı bir arz gibi yansımış ve crack salgını başlamıştır. (İsim,simgesel olup suyun kayalardan yuvarlanırken çıkardığı sese karşı gelmektedir)

#### **2.3.5. Uyarıcı Tipi Bağımlılık**

Uyarıcı (psikostimulan) ilaçlar tıpta bazı uyku bozukluklarının tedavisinde ve çocuklarda görülen aşırı hareketlilik diye çevirebileceğimiz (Hiperkinetik, Dikkat Eksikliği) klinik bir sorunun iyileştirilmesinde sınırlı olarak kullanılmaktadır. Temel yaşamsal gereksinimleri (uyku,yemek yeme vs.) ortadan kaldırma etkisine sahip olduklarından tedavi dışı amaçlarla yüksek dozlarda kullanılabilirler. Zayıflama, uykusuzluk gibi öznel gereklere ve bahanelere bağlı olarak yanlış ve kötüye kullanıldıkları bilinmektedir. Bir sonraki kullanımda, ilk doz ile ulaşılan etki için kullanılan miktarın arttırılması gerekmekte, bu da bağımlılığa ve doz aşırılığında ölümlere yol açmaktadır. Ülkemizde özel renkli reçete ile temin edilebilmektedir.

### **2.3.6. Halüsinojen Tipi Bağımlılık**

Hallüsinojen, sözcük anlamı hallüsinasyon oluşturan demektir. Hallüsinasyon, uyarıcı bir nesne ve uyaran olmadığı halde varmışçasına oluşan algılama olup; algılamanın işitme, görme, duyma, dokunma, koku ve organlara dair iç duyular olmak üzere tüm alanlarını kapsayacak bir genişlikte ortaya çıkmasıdır. LSD en bilinen madde olup, algılama şiddeti ve derinliği üzerinde yol açtığı değişme ve ortaya çıkan içsel yaşantı (trip-gezinti) nedeniyle haksız biçimde ünlendirilmiş ve sanki sanatsal üretimin olmazsa olmaz koşulu payesine ulaştırılmıştır. ‘Gezinti’, resmin müziğini duymak ya da müziğin resmini yapmak gibi renkli ifadelerle övülmüş, oysa kötü bitebilecek (örneğin, 15cm.lik kaldırım yüksekliğini 15m algılayıp, düşerken korkuyla ölmek gibi) gezintiler gözardı edilmiştir. Deneysel olarak, gönüllülerde özellikle algı düzenineğin araştırılmasında kullanılan bir maddedir. Benzeri diğer pek çok maddenin yanısıra bağımlılığının modellenmesindeki sorun halen sürmektedir.

### **2.3.7. Solunan Çözücü Tipi Bağımlılık**

Solunan çözücü tanımı, solvent-inhalant sözcüklerinin karşılığı kullanılmıştır. Bu grup maddeler arasında genel anestezikler olduğu gibi, endüstriyel tüketim maddeleri de bulunmaktadır. Bu madde grubunda ; oje, daksil, metal parlaticılar, yapıştırıcılar, kuru temizleme maddelerine, saça şekil veren püskürtücüler, hatta kokulu kalem ve silgiler bulunmaktadır. Bu maddelerin ulaşılabilme kolaylığı ve temin edilme ucuzluğu nedeniyle yaygın kullanılması nedeniyle çok küçük yaşlarda bağımlılığa yol açmakta ve havadaki yoğunluğu nedeniyle dolaylı yoldan bağımlılık yapmaktadır.

### **2.3.8. Tütün Tipi Bağımlılık**

Tütün bağımlılığı en az alkol kadar geçmişe sahip bir bağımlılık tipi olup, bedensel süreçlere bağlı olarak yaptığı bağımlılığın modellenebilmesi son 15 yıl içinde olmuştur. O zamana kadar fizik değil psikolojik bağımlılık yaptığına inanılmıştır. Ülkemizde bir toplum sağlığı sorunu olarak alkolle birlikte en yaygın bağımlılık tipidir.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından Dünya Sağlık Örgütü ve Milli Eğitim Bakanlığı işbirliği ile yürütülen ve 1995 yılında sonuçlanan, 12781 lise öğrencisi üzerinde yapılan çalışmaya göre, lise öğrencilerinin %20.1'i sigara kullanmakta olup, bunların %67.6'sı erkek, %27.1'i kızdır. Sigara kullananların %94.9'u resmi liselerde, %5.1'i ise özel liselerde öğretim görmektedir. Türkiye'de genel erişkin nüfusun %36'sının sigara kullandığı ileri sürülmektedir. Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında (İngiltere %27, Fransa da %29.5, Almanya da %28.8) halen yüksek olan ve artış eğilimi gösteren sigara tüketimi, yüksek morbidite ve mortalite oranları da göz önüne alındığında ülkemiz için önemini korumaktadır. <sup>6</sup>

## **2.4. Bağımlılığın Bileşenleri**

Bağımlılığın çok çeşitli bileşenleri vardır. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz.

### **2.4.1. Tolerans**

Bütün bağımlılar uyuşturucuya düşük dozlarda başlarlar ancak bu dozu kısa zamanda arttırmak zorunda kalırlar. Çünkü uyuşturucuyla istedikleri etkiye ulaşabilmeleri için dozu devamlı arttırmaktan başka çareleri yoktur. Artık kullandıkları ilk doz ile bekledikleri etkiye ulaşamamaktadırlar. Sürekli olarak aynı miktarda kullanılan maddenin kişi üzerinde yarattığı etkinin azalmasına tolerans denir. Aynı miktarda kullanılan madde aynı etkiyi göstermemeye başlar. Beklenen etki ortaya çıkmayınca rahatlama sağlanamaz. Kimi zaman yeterli maddenin olmayışına bağlı olarak bazı belirtiler görülebilir. Beklenen etkinin azalmasına bağlı olarak, kişi çoğunlukla kullandığı maddenin dozunu arttırmak gereksinimi duyar. Giderek doz yükselir. Öyle bir noktaya gelinir ki, kişinin bedeninin kaldıramayacağı miktarlarda kullanılmaya başlanır. Dozun artışı ağır zehirlenme (entoksikasyon) ve ölüm ile sonuçlanabilir. <sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> www.aile.gov.tr

<sup>7</sup> Ögel



## 2.4.2. Yoksunluk

Uyuşturucu maddelerin bir kısmı bir süre kullanıldıktan sonra bırakıldıkları zaman,yoksunluk belirtileri denilen birtakım rahatsızlıklara yol açar. Bunlar arasında bulantı, kusma, karın ve kas ağrısı, halsizlik, bitkinlik, şiddetli uykusuzluk, iştahsızlık sayılabilir. Çok fazla ve uzun süreli kullanımından sonra maddelerin azaltılmasına ya da sonlandırılmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Ruhsal ve fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Bağımlıda belirgin bir sıkıntıya yol açar. Yoksunluk belirtileri, şiddeti ve süresi kullanılan maddenin cinsine göre değişir. Kişi yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için tekrar madde alma gereksinimi duyar.

Ancak bu belirtiler sadece bedensel değildir. Bazı uyuşturucu maddeler kesildikleri veya azaltıldıkları zaman, sadece ruhsal belirtilere neden olabilir. Bunlar arasında ise sıkıntı, huzursuzluk, mutsuzluk, depresyon, hiçbir şeyden zevk almama olabilir. Bağımlılık yapıcı maddeler yoksunluk belirtileri nedeniyle tekrar tekrar kullanılırlar ve kolay kolay bırakılamazlar. <sup>8</sup>

## 2.4.3. Başarısız Bırakma Girişimleri

Bağımlı olan kişi kullandığı maddeyi bir çok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen o maddeyi tam olarak bırakamaz, tekrar kullanmaya başlar. Bırakır, tekrar başlar. Ondan tam olarak uzaklaşamaz. Bu kısır döngü sürüp gider. Bırakma girişimlerinin süresi genelde kısadır.

Kişi kullandığı maddeyi bıraktıktan sonra eğer bir yıldan az süre geçmiş ise, o zaman buna “erken remisyon” dönemi adı verilir. Eğer bırakma dönemi bir yılı geçtiyse, o zaman kişi tam olarak bırakmış sayılır. Çünkü, bıraktıktan sonraki ilk bir yıl içinde, tekrar madde kullanmaya başlama oranı çok yüksektir.

Remisyon ise madde kullanan kişinin maddeyi bırakıp, hayat boyu bir daha kullanmamasına denir. Ancak bu durumun çok zor ulaşılan bir hedef olduğu bilinmektedir. Birçok bağımlı uzun süreler madde kullanmamakta ancak daha sonra kısa süreli olarak kullanıp tekrar bırakmaktadır. Tam iyileşme çok düşük orandadır. Başka birçok hastalıkta da iyileşmenin çok güç olduğu düşünülürse, tamamen maddesiz bir

---

<sup>8</sup> Ögel

hayat sürdürmenin bir bağımlı için ne kadar güç olduğu görülebilir. Remisyon hedef olmalıdır, ancak bu hedefin çok güç olduğu, bu hedefe ne kadar yaklaşılabirirse o kadar yarar sağlanabileceği göz önüne alınmalıdır. <sup>9</sup>

#### **2.4.4. Zarar Görmesine Rağmen Kullanmaya Devam Etme**

Kişi arkadaşlarıyla, ailesiyle ilişkilerinde zararlarını görmesine rağmen madde kullanmayı sürdürür. Toplum giderek onu dışlar, okul ve iş başarısı düşer, hastalıkları yakalanır. Örneğin akşam alkol alımından dolayı sabah işe gidemez ve idari sorunlarla karşılaşır. Ancak tüm bunlara rağmen, bazı mazeretlere sığınır ve kullanmaya devam eder. Sosyal zararlarının yanında ekonomik zararlara uğramasına, başının yasalarla derde girmesine rağmen madde kullanımını bırakamaz ve devam eder. <sup>10</sup>

#### **2.4.5. Zamanın Büyük Bölümünü Ayırmak**

Bağımlı kişinin zamanı büyük oranda madde aramakla geçer. Öyle bir noktaya gelmiştir ki, hayatındaki tek amaç madde bulmaktır. Başka her şey onun için değerini yitirir. İşte bu dönemde maddeyi alabilmek için hırsızlık, fahişelik yapılmaya başlanır. Suç işleme oranı bu dönemde artar. <sup>11</sup>

### **2.5. Bağımlılığın Evreleri**

Aşağıda yer alan evreler bütün madde kullananlar için geçerli değildir. Farklı seyir izleyen durumlar da olabilir. Bu evreler bağımlılığın daha iyi anlaşılması için anlatılmıştır.

---

<sup>9</sup> Ögel

<sup>10</sup> Ögel

<sup>11</sup> Ögel

### **2.5.1. Hazırlık Evresi**

Bu dönem kişinin herhangi bir uyuşturucu madde kullanabileceğine ilişkin bir yargısının ve ön düşüncesinin geliştiği dönemdir. Bunu bilinçli olarak reddetse bile, kişi bu davranışı kendi içinde tamamen yasaklamamıştır.

### **2.5.2. İlk Madde Kullanımı**

Bir sorun çözme yöntemi, madde kullanılan bir ortamda bulunmak, ya da sunulan maddeyi reddedememek gibi çeşitli nedenlerden dolayı, kişi bir kez maddeyi kullanır. Bu evrede genellikle bir korku ve merak duygusu hakimdir.

### **2.5.3. Madde kullanmayı Sürdürme**

İlk kez alınan maddeyi ikinci ve üçüncü kez kullanım takip eder. Bu evrede kişi genellikle “ben bağımlı olmam”, “kontrol edebilirim”, “bu son olacak” gibi yanlış inançlar taşımaktadır. İlk seferinde eğer madde bir sorun ile başa çıkmak için alındıysa, tekrar bir sorun ile karşılaştığında farklı çözüm arayışlarına yönelmeden, öğrenilmiş bir davranış olarak ikinci madde kullanımı gerçekleşir. Bu aşamada “merak” ortadan kalkmıştır. Kimi zaman ilk kez madde alımından sonra ortaya çıkan yan etkileri gidermek için kişi madde kullanmaya devam eder.

### **2.5.4. İlerleme Evresi**

Bu evrede kişi artık sık ve yoğun tarzda madde kullanmaya başlamıştır. Çoğunlukla artık bağımlı hale gelmiştir. Madde arayışları, doz artırımları, madde yüzünden yaşanan psiko-sosyal sorunlar hep bu dönemde yaşanır. Genellikle kişi kendinin bağımlı olduğunun farkında değildir. Madde kullanımının çeşitli zararlarını görmesine rağmen, bunları değerlendirememektedir. Yaşamının değiştiğinin farkındadır. Ancak bu konuda tümüyle maddeyi suçlamamaktadır. Maddeyi bırakacak istek, güç ve inanç yoktur.

### **2.5.5. Bırakma Evresi**

Kullanılan maddenin kişi üstündeki zararları üst düzeye varmıştır. Kişi artık kurtulma isteğine kavuşmuştur. Maddenin kendine verdiği zararın farkına varmıştır. Halen ikili duygular içindedir( ambivalans ). Ancak artık, maddeden kurtulma isteği, maddeye karşı duyduğu istekten daha fazladır. Bu evrede kişinin cesaretlendirilmesi gerekir. Bağımlılıktan kurtulma ümidi verilmelidir.

Bırakmaya karar verdikten hemen sonra herhangi bir neden öne sürerek kişi bırakma girişiminden vazgeçebilir. Çünkü bırakmak onu korkutmaktadır. Daha da önemlisi savaşmaya henüz hazır değildir. Bu evrede kişiyi bırakmaya zorlamak, bırakma girişiminin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olacaktır.

Maddenin etkisinden arınma, tam anlamı ile bırakmak değildir. Bu dönemde kişi kendini tümüyle maddesiz,”bağımsız” bir yaşama hazırlamalıdır. Madde kullanımı sırasında edindiği davranış biçimlerini, alışkanlıklarını ve madde kullanan çevresini değiştirmelidir.

### **2.5.6. Tekrar Madde Kullanmayı Düşünme ( prolapse )**

Bu evrede kişi, kurtulduğu madde kullanımı ile ilgili olumlu düşünceler taşımaya başlamıştır. Maddeye karşı eski katı tutumu kalkmıştır. Madde kullandığı günlere ilişkin olumlu anları hatırlamaktadır. Olumsuz yaşantılarını unutmuştur. Eski arkadaş ortamlarına girmektedir. Bu evrede fark edilirse, tekrar başlamanın önlenmesi mümkündür.

### **2.5.7. Tekrar Madde Kullanımı ( lapse )**

İlk madde kullanmaya başlama gibi, tekrar kullanmaya başlamakta da “bir kez kullanmaktan bir şey çıkmaz” düşüncesi temeldir. Maddeye karşı duyduğu istek, ısrarlar, sıkıntı giderme gibi nedenlerden dolayı madde tekrar kullanılmaya başlanmıştır. Bu evrede kişi büyük pişmanlık duymaktadır. Suçluluk hislerinden dolayı tekrar başladığını saklamakta, kimseden yardım isteyememektedir. Bu dönemde bırakmak daha kolay olacağı için, bağımlılığın bu dönemde fark edilmesi büyük önem taşımaktadır.

### 2.5.8. Tekrar Başlama ( relapse )

Madde yoğun biçimde tekrar kullanılmaya başlanmıştır. Bağımlılığın bütün belirtileri ortaya çıkmıştır. Her şey sil baştan olmuştur.

### 2.6. Bağımlılığın Seyri

Bağımlıların büyük çoğunluğu kontrol edebileceği inancı ile madde kullanmaya başlamıştır. Hiçbir zaman bağımlı olabileceğini düşünmemiştir. Amaç ara sıra kullanmaktır, ancak sonuçta kişi bağımlı hale gelir. Çünkü bağımlılık madde kullanımının kaçınılmaz sonucudur. Kişi bağımlı olduğunun farkına varamaz. Farkına vardığı zaman ise çok geçtir.

Bağımlılık yapan maddelerin psikolojik etkileri çok yoğundur. Bu nedenle bir kez kullanım bile sorun yaratabilir. Katkı maddeleri ile fazla karıştırılmamış eroin, ilk kullanımdan sonra bile bağımlılık yapabilir. Bu nedenle bu maddelerin bir kez kullanılması bile sakınca yaratır ve bağımlılık riski vardır.

İnsan bir kez bağımlı olduktan sonra artık bir daha tam olarak bu bağımlılıktan kurtulamaz. Ancak bu demek değildir ki, bağımlılık düzelmez. Bağımlılık düzeler ancak iyileşmez. Kişi madde kullanmadığı sürece iyidir. Bir sorunu yoktur. Ancak madde kullandığı andan itibaren bağımlılık sorunu derhal canlanır ve her şey yeniden başlar. Örneğin alkol bağımlıları düzeldikten sonra her zaman arada sırada bir içmenin hayali ile yaşarlar. Ancak bu hayalin gerçekleşmesi mümkün değildir. Çünkü bir kez alkol aldıktan sonra kısa bir süre içinde gene bütün gün içmeye başlarlar. Bağımlılığı şeker hastalığı gibi düşünebiliriz. Şeker hastalığında da kişi eğer şeker kullanmaz ve diyetine dikkat ederse, rahat yaşar ve hastalık onun için bir sorun olmaz. Ancak ne zaman şeker yer ise hastalık canlanır ve o kişi için ciddi bir sorun yaşanmaya başlar.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Ögel

## 2.7. Eroin İle İlgili Genel Bilgiler

Kelime anlamı “etkisi yüksek ve güçlü” anlamına gelen “heroin” sözcüğü Türkçeye “eroïn” olarak geçmiştir. İngilizcede “heroic”, Fransızcada “heroique” sözcükleri “cesur, kahramanca, soylu” anlamlarını içermektedir ve bu sözcükler zamanla “heroin” sözcüğüne dönüşmüştür. Eroin ilk olarak 1898 yılında Almanya’da Bayer fabrikalarında çalışan kimyacı Dreser tarafından sentezlenip elde edilmiştir. Kimya dilindeki adı diasetilmorfin (diacetylmorphine)’dir. Kimyasal yapısı diasetilmorfin hidrokloriddir. Afyonun (opium) bileşiminde bulunan alkaloidlerden biridir ve yarı sentetiktir. Yarısentetik narkotik analjeziklerin başında yer alan eroïn morfinden 4-10 defa daha güçlü analjezik etkiye sahip olup şiddetli bağımlılık yapan bir opium türevidir.<sup>13 14</sup>

### 2.7.1. Eroinin Görünümü

Saf eroïn nişasta görünümünde, beyaz, parlak, kokusuz, acı tadı ve kristalize bir tozdur. Karakteristik tarafı hafifliğinde olup suda ve alkolde erir. Tıpta klorhidrat olarak kullanılır. Saf olan eroïn renksiz, pudra halinde bir toz olup çok incedir ve cilt üzerine sürüldüğü zaman kaybolur.

Yasadışı yollarla elde edilen eroïn saf olarak satılmaz, içine satıcıların katkı dedikleri nişasta, pirinç unu, tebeşir ya da kireç tozu, şeker tozu gibi maddeler karıştırılarak, küçük paketler biçiminde satılır. ABD’de yasadışı satılan eroïne süt şekeri ve kininde katılmaktadır.<sup>15</sup>

### 2.7.2. Eroini Kullanma Yolları ve Evreleri

Eroini kullanma biçimleri çok çeşitlidir. İlk zamanlar tablet veya toz halinde ağız yoluyla kullanılırken sonraları toz halinde enfiye gibi buruna çekilmek suretiyle kullanım başlamıştır. En sık kullanım yöntemlerinden birisi buruna çekme yöntemidir.

---

<sup>13</sup> Bayülkem, S11-13, 30-31

<sup>14</sup> Özer, Uyuşturucu Maddeler ve Problemleri S. 11-31 50-61 72-93

<sup>15</sup> Bayülkem, S11-13, 30-31

Bunun için başparmak ile işaret parmağı gerilerek bileğe yakın kısımda oluşan çukur kullanılır ve bu çukur içine eroin konularak derin derin solunmak suretiyle burun yolu ile çekilir. Ayrıca bir kağıt üzerine konularak, kağıttan bir boru vasıtası ile veya huni şeklinde kıvrılarak kağıdın bir ucu buruna sokulmak ve baş yukarı kaldırılmak suretiyle eroin alınabilir.<sup>16 17</sup>

Solunum yoluyla alınan uyuşturucu maddeler üst solunum yolları veya akciğerler vasıtasıyla kana geçerek beyin üzerine etki ederler.<sup>18</sup>

Eroin dumanı içine çekme yoluyla da kullanılabilir. Bu yöntem Uzakdoğu'da yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Birkaç biçimde uygulanır. Uzunlamasına katlanmış bir parça alüminyum kâğıdın üzerine eroin, barbital tozuyla karıştırılarak veya sadece eroin konularak alttan kibritle hafifçe ısıtılırken çıkan dumanları içlerine çekerler. Diğer bir yolda sigaranın yanan ucunu eroine daldırmak ve sigarayı yukarı doğru tutarak dumanın çekilmesidir.

Eroin deri altı veya damar içine yapılmak suretiyle de kullanılabilir. ABD'de eroin çoğunlukla bu yolla kullanılır. Damar yoluyla kullanım için bir eroin kapsülü veya toz eroin bir kaşık içine konup suyla karıştırılarak kaşıktaki ısıtılır, tortuları pamukla süzülüp enjektöre edilecek eriyik elde edilir. Enjektör veya ucuna iğne takılmış damlalıkla kol veya bacak damarlarından veya buralarda yer kalmamışsa vücudun başka bir bölgesinden, parmak veya tırnak aralarından deri altına zerk edilir. Enjektör veya damlalık bulunmadığında deriye yakın damarları jilet ya da çakıyla keserek buraya eroinin sudaki eriyiğini damlatarak ta kullananlar vardır. Bu yolla kullanımda kısa yoldan kana karışacağı için daha çabuk etkileri görülmektedir.<sup>19 20</sup> Uyuşturucu maddelerin istisnai olarak anüs, vajina veya mesane yoluyla da alındığı görülmüştür. Doğu Asya'nın bazı kısımlarında da eroinin özellikle bir barbitürat ile karıştırılarak alındığı söylenmektedir.<sup>21</sup>

---

<sup>16</sup> Köknel, Ö. Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul 1983 S. 27-30 101-103 231-283 296-300

<sup>17</sup> Özden, S. 29-37 127-130 399-415

<sup>18</sup> Özer , S11-31 50-61 72-93)

<sup>19</sup> Köknel, a.e.k.k. S. 27-30 101-103 231-283 296-300)

<sup>20</sup> Özden, u.m.b.t.t.t. 1992 S. 29-37 127-130 399-415)

<sup>21</sup> Çağatay, A. Uyuşturucu Maddelerin, Psikotrop Maddelerin ve Uyuşturucu kullananların Tanınması , Baylan Matbaası Ankara 1975 S. 15-19

### **2.7. 2.1. Eroin Bağımlılığında Başlangıç Devri veya Balayı (Euphorie) Devri**

Eroini özellikle ilk defa alanlar adeta çarpılır, başı döner ve ara sıra kullananlarda da baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, uykusuzluk, uğultu ve kulak çınlaması olur. Bu kötü duygular yanında hafif canlılık, zihin açıklığı, yalancı bir kuvvet ve cesaret, neşe hali görülür.<sup>22 23 24</sup> Madde ilk alındığı zamanlarda geçici bir ferahlık, rahatlık, keyif, kudret ve zindelik hissi vermekte, kişi kendini mutlu hissetmektedir. Tatlı rüyalar, düşler alemine dalar, dertlerini unuttur. Sedatif olarak etki yaptığı için kişi sakin, endişesiz ve sıkıntısızdır. Bu evrede şehvet hissi çoğalmaktadır. Normalde eroin cinsel libidoyu ve seksüel performansı deprese eder, cinsel isteği azaltır, ereksiyon ve ejakülasyon olmaz. Eroinin balayı dönemi birkaç gün ile bir hafta ya da 10-15 gün gibi çok kısa sürer. Balayı devresi bittikten sonra eroin bir keyif maddesi olmaktan çıkıp, vazgeçilmez bir ihtiyaç halini alır.<sup>25 26</sup>

### **2.7. 2.2. Eroin Bağımlılığında Doyma Devri, Alışkanlık, Tiryakilik (Habituation) Dönemi**

Bu devrede vücut uyuşturucu maddeye alışmıştır ve şiddetli bağımlılık oluşur. İlk zamanlardaki gibi keyif vermez. Kişi artık eroini zevk almak için değil, krize girmemek için alır. Aynı yaşantıyı elde etmek ve aynı zevki almak için alınan miktarın artırılması gerekir ve gittikçe arttırılan eroin miktarı tolerans gelişmesi sonucunu doğurur.<sup>27 28</sup>

### **2.7. 2.3. Eroin Bağımlılığında İptila Dönemi (Addiction) veya Çökme (Kaşeksi) Devri**

Kullanılan Maddenin alınmaması halinde abstinence ( yoksunluk veya çekilme ) belirtileri ortaya çıkar. Bu devrede kişide uyuşukluk ve zihinsel bulanıklığın yanı sıra düşünce alanında, fikir akışını sürdürmekte, bir konu üzerine konsantre olmada zorluklar yaşar. Dikkatini bir konu üzerinde toplayamaz, hareketlerde azalma, harekete

---

<sup>22</sup> Adasal, R. Toksikomani Kliniği, Tıpta Yenilikler 1961 S.3-5

<sup>23</sup> Bayülkem S.11-13 30-31)

<sup>24</sup> Öztürel, A. Adli Tıp Olgaç Matbaası, Ankara 1983 S. 367-384

<sup>25</sup> Dinçmen, K. Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri, Yayın Dağıtım, İstanbul,1981 S.136-139;223-226

<sup>26</sup> Özden, s.87-92

<sup>27</sup> Özer, 1956 S. 11-31 50-61 72-93

<sup>28</sup> ÖZTÜREL S. 367-384



karşı isteksizlik, çevreye karşı ilgisizlik meydana gelir. Etrafa boş gözlerle bakarlar ve tam bir lakaydi içerisindeyler. Estetik tarafları kaybolur, her çeşit sosyal ilgi ve sevgi kaybolur. Dikkat, bellek ve diğer akıl yetileri zayıflar. Anksiyete durumu ile halüsinasyonlar, illüzyonlar, hezeyanlar ortaya çıkar. Büyük bir üzüntü, keder durumu olur.

Fiziksel olarak da; kişide yaygın ağrılar, uykusuzluk, fenalık hissi, göz yaşarması, burun akıntısı, hızlı soluk alma, kalp bölgesinde sıkışma, kusma, terleme, filiform (zayıf) nabız, ilk başta kabızlık onun ardından ishal, solunum ve kan dolaşımı düzen bozukluğu görülür, kan basıncı düşer, kalp atımı ve solunum yavaşlar, pupillalar küçülür, sonra genişler, giderek refleksler alınmaz olur, ısı düşer ve siyanoz görülür. Sindirim borusu krampları, baş ağrısı, titremeler, uykusuzluk tüm bu belirtilere eklenir. Bazen maddenin miktarına bağlı olarak koma ve ölümlerle sonuçlanabilir. Yemekten kesilme ve su eksilmesi sonucu beden ağırlığı azalır. Dolaşım sisteminin görevini yapamadığı, mide, bağırsak, böbrek ve kalp çalışmasının bozulduğu durumlarda ölümler görülebilir. Bu dönemde kişi çalışma gücünü de kaybetmiştir.

Eroin alındıktan yaklaşık 60 saniye sonra bütün beden yoğun bir hoşlanım duygusu ile kasılır. Bundan 4 ya da 6 saatlik bir süre boyunca neşe ve tatlı bir gevşeme durumu benliğe egemendir. Dış dünyadan bir kopukluk olur, besin maddelerine gereksinim ve cinsel isteklerde azalma olur. Eroine bağımlılık geliştirmiş kişilerde bu sürenin sonunda yani maddenin son alınışından ortalama 8 saat sonra yine uyuşturucu madde almak için dayanılmaz bir istek duyulur ve eğer madde bulunamazsa yoksunluk belirtileri ortaya çıkar.<sup>29 30</sup>

### **2.7.3. Üretim ve Kaçakçılık**

Avrupa'da tüketilen eroin ağırlıklı olarak, yasadışı afyon arzında dünya lideri konumunu sürdüren ve 2005'te toplam yasadışı afyon üretiminin yüzde % 89'unu karşılayan Afganistan'da, daha sonra da Myanmar'da (% 7) imal edilmektedir. Toplam yasadışı afyon üretimi, Afganistan'daki Taliban rejimi tarafından uygulanan bir haşhaş

<sup>29</sup>Aykaç, M. Adli Tıp Ders Kitabı İst. Üniversitesi Tıp Fakültesi Rektörlük No:3483 Fakülte No:170 Çeliker Matbaacılık İstanbul 1987 S. 435-438

<sup>30</sup> Dinçmen, d.d.p. , S.136-139;223-226)

tarımı yasağının dramatik ama kısa ömürlü bir düşüşe yol açtığı 2001 haricinde, 1999 ve 2004 arasında göreceli olarak sabit kalmıştır; 2005'te 4.670 ton üretildiği tahmin edilmekte olup, bu 2004'e oranla % 4'lük bir düşüş anlamına gelmektedir (CND, 2006). Tüm dünyadaki potansiyel eroin üretiminin 2005'te 472 ton olduğu tahmin edilmekteydi (2004'te 495) (UNODC, 2006). Bu tahminlerin her 10 kg afyon sakızından 1 kg eroin elde edildiği yönündeki tahminden yola çıkılarak yapıldığı düşünüldüğünde ve aşağıda ki verilerle birlikte bir değerlendirme yapılması durumunda, Afganistan'ın Pazar payındaki artış dikkat çekicidir. 2006 yılı verilerine bakıldığında tahmini Afganistan kaynaklı eroin üretiminin 600 tondan biraz fazla olduğu görülmektedir. 2004 yılında, tüm dünyada 210 ton afyon (veya 21 ton eroin dengi), 39,3 ton morfin ve 59,2 ton eroin ele geçirilmiştir. Asya (% 50) ve Avrupa (% 40) tüm dünyada en büyük miktarlarda eroin ele geçirilen yerler olmaya devam etmiştir. Avrupa'nın bundaki payı, büyük ölçüde Güneydoğu Avrupa ülkelerindeki (Türkiye) ele geçirme vakalarının artmasının (Batı ve Orta Avrupa'da yakalanan miktarı ilk kez geçmiştir) bir sonucu olarak artmaktadır (CND, 2006). 2004'te, tahmini 46.000 ele geçirme, rapor eden ülkelerde 19 ton civarında eroine el konmasıyla sonuçlanmıştır. En büyük ele geçirme sayısını bildirmeye devam eden Birleşik Krallık'ın arkasından Almanya ve İtalya gelirken Türkiye, 2004'te yakalanan toplam miktarın neredeyse yarısına karşılık gelen en büyük miktarları ele geçirmiştir (ardından İtalya ve Birleşik Krallık gelmektedir). 1999-2004 döneminde eroin ele geçirme vakalarında iniş çıkışlar yaşanmış ve rapor eden ülkelere dayanarak, 2002-03'te gözlemlenen düşüşü 2004'te bir artışın izlediği görülmüştür. 5 yıllık 1999-2004 döneminde, ele geçirilen toplam miktarlar sürekli artarak, özellikle Türkiye'de ele geçirilen eroin miktarı 2004'te önceki yılın neredeyse iki katı olduğundan, 2004'te rekor bir seviyeye ulaşmıştır.<sup>31</sup>

Bu rekor toplam yakalama miktarına rağmen arz miktarı ile arasındaki farkın muazzam olduğu görülmektedir. Tüm dünya üretimi ile yakalaması karşılaştırıldığında 600 tonluk miktarın üzerindeki küsuratın ancak yakalanabildiği görülmektedir. Elbette ki bu hesaplamalar yapılırken toplam üretim olarak değerlendirilen miktarın en saf haliyle değerlendirme içine alındığı, yakalama istatistiklerinin ise genel olarak içerdiği katkılarla birlikte hesaplandığı da gözden kaçırılmaması gereken bir husustur.

---

<sup>31</sup> EMCDDA 2006 Yıllık Raporu

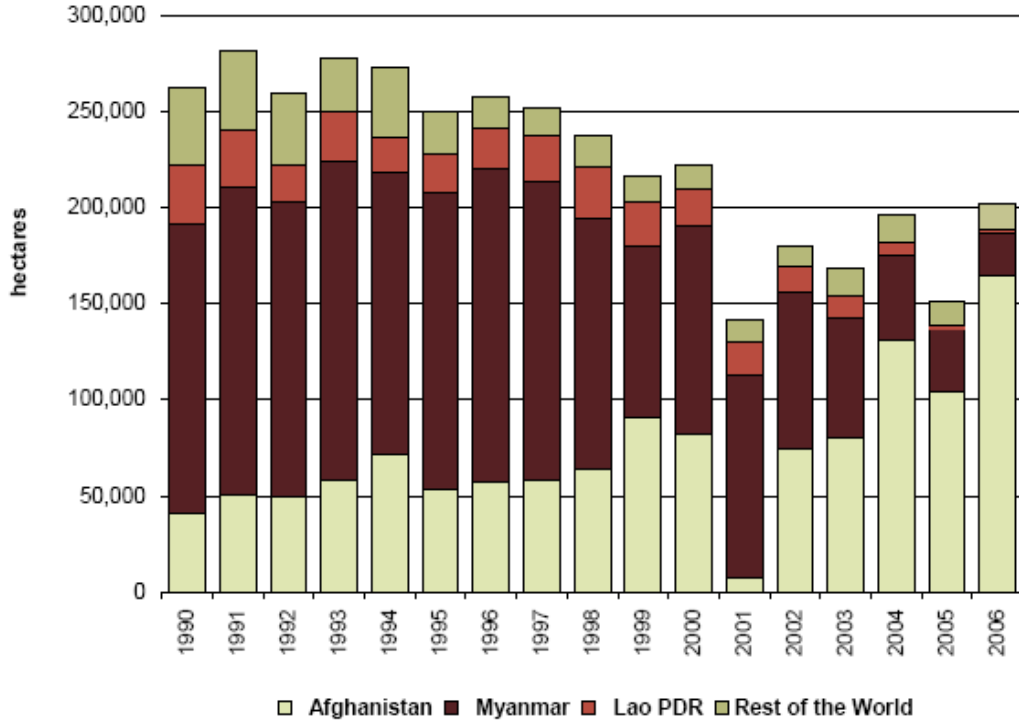
Uluslararası boyutlarda değerlendirildiğinde, dünya genelinde yasadışı uyuşturucu kullanan yaklaşık 200.000.000 kişiden 10.000.000 (on milyon) kişinin eroin kullandığı tahmin edilmektedir. Sadece eroin kullanıcıları dikkate alındığında, bir eroin bağımlısının günde ortalama 1,5 gr kullanıma hazır katkılandırılmış eroin kullandığı kabul edilirse, dünya genelinde günde 15 ton eroin, yıllık ise dünya pazarlarına sunulan 5475 ton civarında eroin miktarından söz etmek gerekmektedir. İyimser bir rakamla günde ortalama 1gr kullanıma hazır katkılandırılmış eroin tüketildiğinin kabul edilmesi halinde ise dünya genelinde günde 10 ton eroin, yıllık ise dünya pazarlarına sunulan yaklaşık 3650 ton eroin miktarıyla karşılaşmaktadır. Komplike bir istatistik hesaplamasına gerek kalmaksızın, tahmini tüketim miktarı üzerinden elde edilebilecek yaklaşık uyuşturucu miktarlarının ulaşabileceği boyut, bağlantılı olarak elde edilen yasadışı maddi gelir, bu gelirin kullanıldığı yatırım alanları, terörizm, organizasyonların mevcut faaliyetlerinin devamı gibi ancak mücadelecilerce gerçekleştirilebilecek uluslararası işbirliği çerçevesinde, arz ve talep arasındaki “dengeli yaklaşım” metotları ile üstesinden gelinebilecek bir seviyededir.<sup>32</sup>

Dünya üzerindeki afyon üretiminin %90’ın dan fazlasını elinde bulunduran Afganistan’da ki ekim alanları ve potansiyel afyon üretim miktarı ile ilgili bazı veriler aşağıda sunulmuştur.

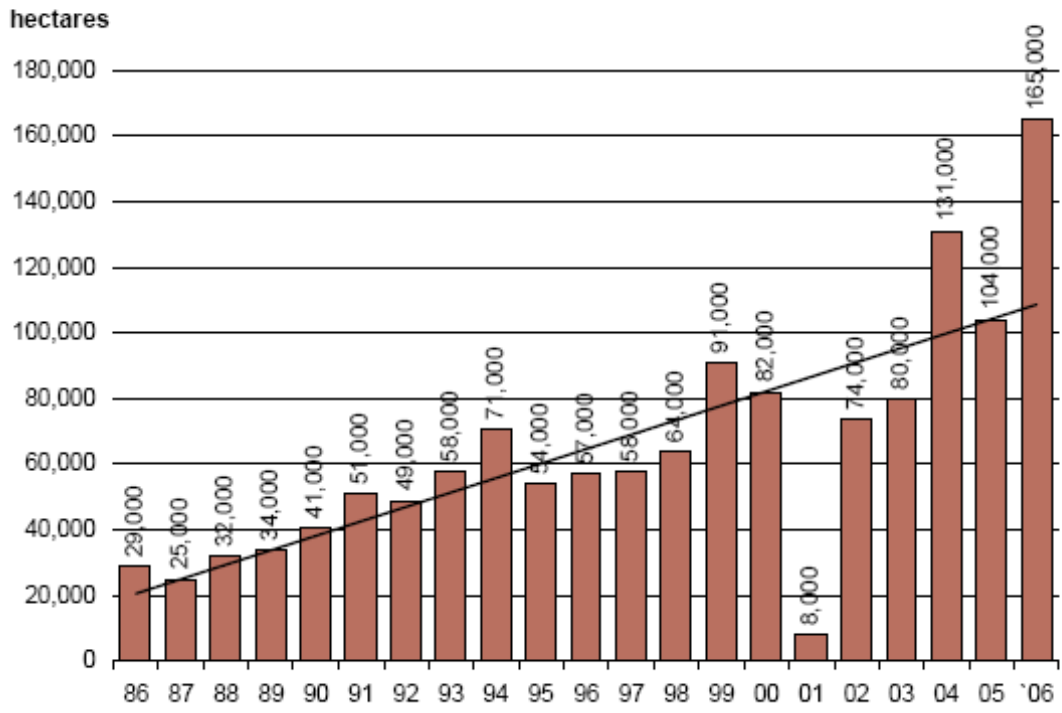
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
71,000	54,000	57,000	58,000	64,000	91,000	82,000	8,000	74,000	80,000	131,000	104,000	165,000

Şekil 1: Afganistan afyon sakızı üretim rekoltesi (1994-2006)(hektar)

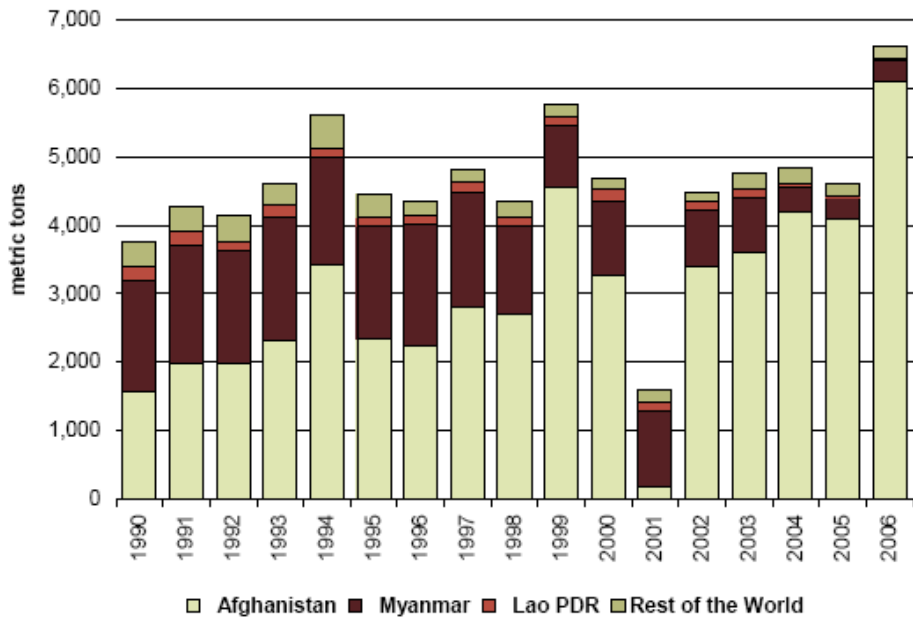
<sup>32</sup> EGM-KOMDB, 2003



Şekil 2: Küresel afyon sakızı üretim rekoltesi (hektar)

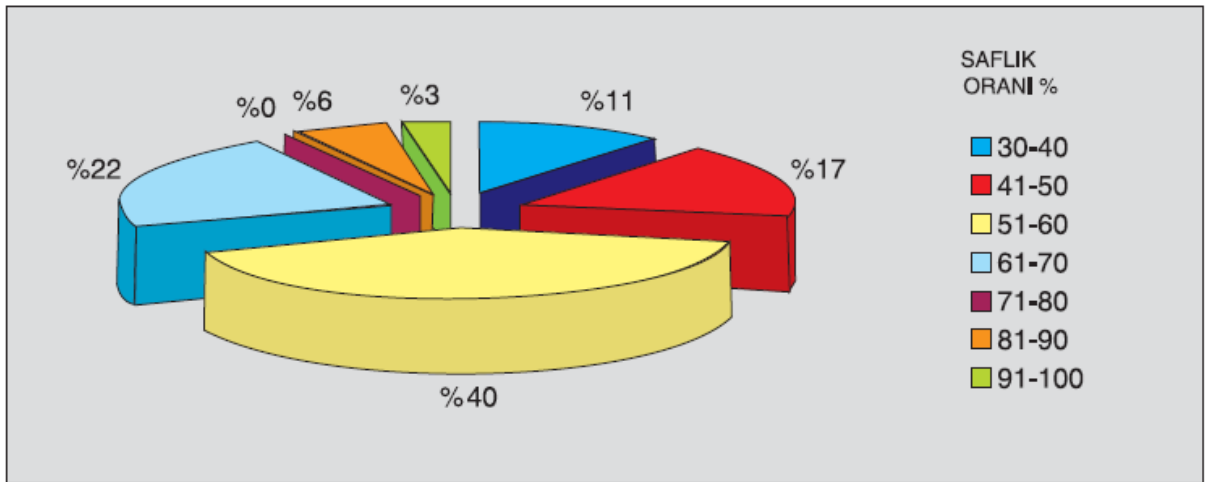


Şekil 3:Afganistan afyon sakızı üretim rekoltesi (1986-2006) (hektar)



Şekil 4:Küresel afyon sakızı üretim potansiyeli(metrik ton)

Bu verilerde görülen (United Nations Office on Drugs and Crime Afghanistan Opium Survey 2006) dünya çapındaki tahmini toplam eroin üretim miktarları ile (2006 için tahmini 660 ton civarı) piyasada tüketildiği tahmin edilen en az 3650 ton civarındaki tahmin arasındaki tutarsızlık; daha önce bahsedildiği üzere eroinin saflık miktarı ile ilgili hesaplamalarla ilgilidir. Eroin maddesi üretim noktasından hedef noktaya yolculuğu esnasında her basamakta bir yandan fiyatı artarken diğer yandan saflık oranı çeşitli katkı maddeleri vasıtasıyla düşmektedir. Bu durumda Afganistan'dan %80 saflık derecesi ve kg başına 500 Avro civarında bir fiyat ile yolculuğuna başlayan eroin maddesi, son nokta olan çeşitli ülkelerdeki sokaktaki alıcılara, ortalama %3 ila %11 arasındaki saflık derecesi ve gr fiyatı Türkiye'de 20 Avro'dan, İsveç'te 202 Avroyu bulan fiyatlarla ulaşabilmektedir. Elbette ki bu fiyatlar aynı bölge içinde de değişkenlik gösterebilir.



Şekil 5:Türkiye'de 2006 yılında yakalanan eroin maddesinin saflık oranları dağılımı. (EGM-KOMDB, 2006)

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### AVRUPA'DA EROİN SORUNU VE TEDAVİ STRATEJİLERİ

Pek çok ülkede opioidler (başta eroin), hastaların tedavi sebebini teşkil eden başlıca uyuşturucu olup, 2004'te kaydedilmiş tedavi taleplerinin yaklaşık % 60'ına karşılık gelmektedir ve bunların içinde hastaların yarısından biraz fazlası (% 53) uyuşturucuyu enjekte ettiğini bildirmiştir.

Opioid tedavisi taleplerinin neredeyse % 25'i 35 yaş ve üzeri kişiler tarafından gerçekleştirilmiş olup, ilk kez tedavi talep eden hastaların yalnızca % 7'si 20 yaş altındadır. Tedavi talebi verilerinin, rapor edilen yıl içerisinde tedavi isteyenlerin sayısını yansıttığı ve tedaviye devam etmekte olan kişileri içermediği unutulmamalıdır; dolayısıyla tedavi altındaki hastaların toplam sayısı bundan önemli ölçüde daha yüksektir. Avrupa genelinde, uyuşturucu ikame tedavisinde son yıllarda meydana gelen ciddi büyüme, tedavi sisteminin, eroin sorunları bulunan artan sayıda yaşlanmakta olan ve daha pek çok sene bakım gerektirerek kaynakları önemli ölçüde tüketmeye devam etmesi kuvvetle muhtemel bir kesimi kapsadığı anlamına gelmektedir.

Avrupa'da tüketilen eroin ağırlıklı olarak Afganistan'da imal edilmektedir. Avrupa tüm dünyada en büyük miktarlarda eroinin ele geçirildiği yer olmaya devam etmektedir ve Güneydoğu Avrupa ülkelerindeki (özellikle Türkiye) ele geçirme vakalarının sayısındaki artışın bir sonucu olarak, bu bölge el konulan miktar anlamında Batı ve Orta Avrupa'yı geçmiştir. Eroin ele geçirme vakalarındaki bu artan eğilim sadece daha geniş Avrupa düzeyinde yasadışı ticaretle mücadeleye yönelik koordine eylemin önemini vurgulamakla kalmayıp, aynı zamanda artan eroin üretiminin Avrupa pazarı üzerindeki etkisi hakkında da önemli sorulara yol açmaktadır. Ortalama saflığa ilişkin olarak net bir eğilim görülmemektedir; ancak enflasyona göre düzeltilmiş 5 yıllık fiyat eğilimi (1999-2004) pek çok ülkede düşüş göstermektedir. Yine de Avrupa'da eroin daha hazır bulunur ve daha ucuz olmakla beraber, bunun genel tüketim düzeylerini etkilediğine dair henüz kanıt bulunmamaktadır. Genel göstergeler, yeni eroin kullanımı vakaları



oranının Avrupa’da, muhtemelen dengeli bir durum içerisinde, hala düştüğüne işaret etmekte olup opioid sorunu olanların ciddi bir bölümü artık, en azından bazı ülkelerde, ikame tedavisi görmektedir. Tedaviye yeni başlayanlar arasında ciddi bir opioid sorunu olanların sayısı çoğu ülkede düşmektedir. Bununla beraber, bu geçmişte de epidemik kullanım dalgaları görülmüş bir alan olduğundan rahatlamaktan kaçınmak gerekmektedir. 2000’den beri genellikle düşmüş olan uyuşturucuya bağlı ölüm sayısının 2004’te çoğu ülkede bir parça arttığına dair kaygılandırıcı göstergeler vardır. Bu küçük değişikliklerin uzun vadeli bir değişimin habercisi olup olmadığına hüküm vermek için henüz çok erken olmakla beraber, uyuşturucuya bağlı ölümlerin, yasadışı uyuşturucu kullanımının kamu sağlığına ilişkin en büyük sonuçlarından birini teşkil ettiği unutulmamalıdır. Yeni eroin enjekte etme vakalarının düşmekte olduğuna dair varsayımları destekleyici bir şekilde, gençler arasında meydana gelen uyuşturucuya bağlı ölümlerin oranı düşmekte olsa da, uyuşturucuya bağlı ölümlere ilişkin (aşırı doz ve diğer sebeplerle) mevcut şehir bazlı tahminler, hali hazırda 15-49 yaş arası yetişkinler arasındaki genel ölümlerin % 10-23’ünün opioid kullanımına bağlanabileceğini düşündürmektedir.

Stratejinin, Avrupa’nın uyuşturucu problemine nasıl yaklaşılması gerektiğine dair bir görüş birliğini temsil ettiği düşünülebilir. Arz – talep tedbirlerini birleştiren dengeli bir yaklaşımla beraber, eylemleri etkinlik kanıtına dayandırma ve bunun yanı sıra, ilerlemeyi sistematik olarak değerlendirme ihtiyacının kabul edilmesi konusunda açık bir kararlılık vardır. Avrupa Üye Devletleri arasında hala önemli politika farklılıkları bulunmakta olup, bunlar genellikle ulusal uyuşturucu durumlarındaki ve tepkilerin yapılandırılmasındaki farklılıkları yansıtmaktadır. Buna rağmen yeni uyuşturucu stratejisi, Avrupa’nın uyuşturucu hakkındaki politika tartışmasının giderek artan bir şekilde faaliyetler hakkında ortak bir çerçeve üzerinde mutabakata dayandığına işaret etmektedir. Örneğin, her birinin vurgusu Üye Devletler arasında farklılık göstermekle beraber, neredeyse tüm talep azaltma stratejileri önleme, tedavi ve hasar azaltma unsurlarını içermektedir. Bazı politika seçenekleri ciddi tartışmalara yol açmayı sürdürmekteyse de, genellikle bu tartışmaların arka planında Avrupa’nın uyuşturucu

sorununa tepkisini temellendiren ana unsurlara dair genel bir fikir birliği bulunmaktadır.

1

### **3.1. Enjektelerde Etme ve Enjektelerde Etmeye Bağlı Sağlık Sorunları**

Uyuşturucu enjektelerde etme pek çok ülkede eroin kullanımıyla neredeyse eř anlamlıdır ama özellikle ağır amfetamin kullanıcıları arasında önemli düzeylerde uyarıcı enjektelerde edildiğini rapor eden bir kaç AB ülkesiyle, bazı istisnalar bulunmaktadır. Eroin tablosunu bir dereceye kadar yansıtan eldeki bilgiler genel kapsamıyla, uyuşturucu enjektelerde edilmesinde uzun vadede genel bir dşye işaret etmektedir. Ancak, yeni ye Devletlerin pek çoğunda enjektelerde etme oranları yüksektir. Burada dikkate alınması gereken bir nokta da uyuşturucu enjektelerde etmeye dair ulusal veya ulus altı tahminlerin yeterince bulunmadığıdır. Bunun yanı sıra, bazı bölgelerde enjektelerde etme üzerine yapılan çalışmalarda, yakın zamanlarda küçük artışlar dahi bildirilmiştir. Bu davranışa ilişkin en kapsamlı tablo, enjektelerde edenlerin oranının bazı ülkelerde önemli oranda düşmüş bazılarında düşmemiş olduğu tedavi altındaki eroin kullanıcılarının izlenmesinden elde edilmektedir. Özellikle eski ye Devletlerden Danimarka, Yunanistan, İspanya, Fransa, İtalya ve Birleşik Krallık 'ın tümü, tedavi altındaki eroin kullanıcıları arasında düşen enjektelerde etme oranları rapor etmektedir.

Uyuşturucu enjektelerde etme ile sağlık sorunları arasındaki ilişki iyi bilinmektedir ve uyuşturucu enjektelerde edenler yüksek oranda aşırı doz ve ağır hastalık riskinin yanı sıra septisemi ve tromboz gibi başka sağlık sorunları riski altında bulunmaktadır. HIV enfeksiyonu, Avrupa'nın bu uyuşturucu kullanımı şekline yönelik kamu sağlığı tepkisini harekete geçirmiş olan sağlık riski olup, artık neredeyse bütün ülkelerin yeni enfeksiyonları önlemeye yönelik müdahaleleri bulunmaktadır. Örneğin, bir zamanlar tartışmalı bir müdahale olarak görülen iğne ve şırınga temini, kapsamı ülkeler arasında önemli farklılıklar gösterse de, neredeyse tüm ye Devletlerde bir dereceye kadar mevcuttur. Çoğu lke, uyuşturucu enjektelerde etmeye bağlanabilecek yeni teşhis edilmiş HIV enfeksiyonunda düşük oranlar rapor etmekte ve enjektelerde edenler arasındaki HIV enfeksiyonu oranlarının % 5'in altında olduğu tahmin edilmektedir. Ancak, yine bazı önemli noktalar göz önünde bulundurulmalıdır: İlk olarak, enjektelerde edenler arasında AIDS 'den en çok etkilenen en büyük iki lke, İspanya ve İtalya, şu anda ulusal HIV

---

<sup>1</sup> EMCDDA 2006 Yıllık Raporu

vakası raporlama verisi sağlamamaktadır ve ikinci olarak da, HIV 'in Avrupa'da belirli enjekte eden gruplar arasında yayılmaya devam ettiği rapor edilmekte olup, hatta incelenen nüfus gruplarının bazılarında arttığına dair işaretler bulunmaktadır.

Uyuşturucu enjekte edenler arasında neredeyse evrensel olarak yüksek olmaya devam eden Hepatit C virüslü (HCV) enfeksiyon oranlarında ise çok daha olumsuz bir tabloyla karşılaşılmaktadır. Uyuşturucu enjekte edenler ve eskiden enjekte etmiş olanlar arasındaki HCV'ye bağlı sağlık sorunlarının tedavisinin önümüzdeki pek çok sene boyunca büyük bir sağlık harcaması oluşturmaya devam etmesi muhtemeldir. Uyuşturucu enjekte etmenin yavaş yavaş düşmekte olduğu ve Avrupa'nın 1990'lardaki epidemik HIV salgınının yarattığı sorunlara iyi tepki verdiği sonucu çıkarıldığı takdirde, söz konusu durumun bu davranışın yol açtığı sağlığa ilişkin tehditlere dair rahatlamaya yol açması tehlikesi bulunmaktadır. Yüksek düzeylerde endemik HCV enfeksiyonu, uyuşturucu enjekte edenler arasında yayılmanın devam etmesiyle birlikte, vakanın bazı gruplarda gözlemlenen artan görülme oranı ve yeni Üye Devletlerden bazılarında enjekte edenlerden oluşan büyük bir yüksek risk grubunun hepsi birden, uyuşturucu enjekte etme ile buna bağlı sağlık sorunlarının Avrupa'da büyük bir kamu sağlığı sorunu olarak görülmeye ve uyuşturucu politikası ile araştırma titizliği için önemli bir alan kabul edilmeye devam edilmesi gereğini ortaya koymaktadır. AB ülkeleri genelinde 2003 yılı içinde yaklaşık 500.000 kişi opioid tedavisi görmüş, yaklaşık %70'inde opioid görülmüş olan neredeyse 7000 akut uyuşturucu ölümü ile karşılaşmıştır.<sup>2</sup>

### **3.2. Avrupa'da Tedavi Stratejileri**

Avrupa Birliği uyuşturucu stratejisi, tedavinin bulunulabilirliği ve tedaviye erişimi iyileştirmeye yüksek öncelik tanımakta olup Üye Devletleri kapsamlı etkin tedaviler sunmaya çağırmaktadır. Tarihsel olarak, yatılı tedavi sorunlu opioid kullanıcılarının tedavisi için önemli bir ortam oluşturmuştur. Bununla beraber, tedavi seçeneklerinin artan çeşitliliği ile özellikle ikame tedavisinin belirgin ölçüde yaygınlaşması, yatılı bakımın görece öneminin azaldığı anlamına gelmiştir.

---

<sup>2</sup> EMCDDA 2006

Avrupa’da opioid sorunları için farklı tipte tedavilerin görece bulunabilirliğine dair veriler hali hazırda sınırlıdır. Çoğu Üye Devlet’teki uzmanlar, bir EMCDDA anketine cevaben, ikame tedavisinin bulunan başlıca tedavi şekli olduğunu belirtmiştir. Ancak dört ülkede (Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya ve Slovakya), uyuşturucusuz tedavinin daha yaygın olduğu ve iki ülke, İspanya ve İsveç’te de, tıbbi destekli tedavi ile uyuşturucusuz tedavi seçenekleri arasında denge olduğu rapor edilmektedir.

Opioid bağımlılığı için ikame tedavisi (özellikle metadon veya buprenorfinle tedavi) tüm Üye Devletler’in yanı sıra, Bulgaristan, Romanya ve Norveç’te de uygulanmakta olup, her ne kadar bazı ülkelerde hassas bir konu olarak kalsa da, Avrupa’da sorunlu opioid kullanıcılarının tedavisi için faydalı bir yaklaşım olduğuna dair artık ciddi bir fikir birliği bulunmaktadır. İkame tedavisinin rolü uluslararası bağlamda daha az tartışılabilir hale gelmektedir; BM sistemi 2004 yılında ikame idame terapisi hakkında bir ortak tutum almıştır <sup>3</sup>ve WHO, Haziran 2006’da hem metadonu hem buprenorfini temel ilaçlar model listesine dahil etmiştir.

Artık metadon veya buprenorfin gibi uyuşturucuları kullanan ikame programlarının değerine yönelik sağlam bir kanıt temeli bulunmaktadır. Çalışmalar göstermiştir ki ikame terapisi yasadışı uyuşturucuların azalan kullanımı, azalan enjekte etme oranları, eşya paylaşımı gibi yüksek HIV veya başka bulaşıcı hastalık yayılması riskine yol açan davranışlarda azalma ile sosyal beceriler ve genel sağlıkta düzelmelerle bağlantılıdır. Araştırmalar ayrıca, suç içeren faaliyet düzeylerinin azaltılabileceğini ve ikame tedavisinin yeterince sağlanmasının uyuşturucuya bağlı ölümlerin sayısı üzerinde bir etkisi olabileceğini göstermiştir. Optimum sonuçlar programa vakitli katılma, ikame tedavisinin yeterli uzunlukta ve süreklilikte olması ile doğru dozlarda ilaç tedavisine bağlıdır.

Metadon Avrupa’da en sık öngörülen ikame tedavisi olmaya devam ederken, tedavi seçenekleri hala genişlemekte ve buprenorfin artık, kullanıldığı bildirilen tüm ülkelerde idame tedavisi için resmen onaylanıp onaylanmadığı açık olmasa da, 19 AB ülkesi, Bulgaristan’da ve Norveç bulunmaktadır. Yüksek dozda buprenorfin tedavisinin Avrupa’da yalnızca 10 yıl önce başladığı göz önüne alındığında, bu uyuşturucunun tedaviye yönelik bir seçenek olarak gördüğü rağbet oldukça hızlı artmıştır.

---

<sup>3</sup> WHO/UNODC/UNAIDS, 2004

Uzun vadeli uyuşturucu ikamesi opioid farmakoterapisinin tek amacı değildir. Terapinin hedefi, çekilmenin ıstırabını en aza indirmeye yardımcı olmak için belirli bir süre boyunca azalan bir doz vererek bireyin bırakmasına yardım etmek olduğunda, opioid çekilmesini tedavi etmekte de metadon ve buprenorfin kullanılmaktadır. Opioid bağımlılığı için caydırıcı bir farmakoterapi seçeneği olan opioid antagonisti naltrekson da, bu uyuşturucunun kullanımı için kanıt temeli hala yeterli olmasa da, eroinin etkilerini bloke ettiğinden bazen nüksetmeyi önlemeye yardımcı olarak kullanılmaktadır.

Bu gibi tedavi gören hastaların sayısı uyuşturucu ikamesinin diğer biçimlerine oranla çok küçük de olsa (muhtemelen toplamın % 1'ini oluşturur), bazı ülkeler (Almanya, İspanya, Hollanda ve Birleşik Krallık) ayrıca eroin reçete etme programlarına da sahiptir. Bu tedavi biçimine dair tartışmalar sürmekte olup genellikle tedaviye yönelik diğer seçeneklerin başarılı olmadığı uzun dönem kullanıcıları için bilimsel deney temelinde sağlanmaktadır.

Uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin HIV bulaşmasını önlemekteki etkinliğinin yeni bir değerlendirmesinde, davranışsal müdahalelerin ikame tedavisinin HIV'i önleme üzerindeki olumlu etkilerini artırdığı ama tek başına psikolojik terapinin etkinliğinin değişken olduğu görülmüştür. Yoksunluk temelli tedavi, 3 ay veya daha uzun süreyle tedavide kalanlar için HIV'in önlenmesine ilişkin iyi sonuçlar vermiştir.<sup>4 5</sup>

### **3.2.1. Opioid İkame Tedavisi**

Eroin kullanıcıları için metadon idame tedavisi, Avrupa'da İsveç (1967'de), Hollanda ve Birleşik Krallık'ın (1968) yanı sıra Danimarka (1970) tarafından başlatılmış ancak kullanımı yıllarca sınırlı kalmıştır.

HIV salgınının Batı Avrupa ülkelerindeki uyuşturucu kullanıcıları arasında ne ölçüde yayılmış olduğunun keşfedilmesini takiben, pek çok ülkede tedaviye yönelik amaçlar ile yaklaşımlar, birincil hedef olarak kullanımdan kaçınma yerine, daha çok uyuşturucu kullanımından kaynaklanan hasarların azaltılmasına yönelik olan müdahalelerin benimsenmesine doğru kaymaya başlamıştır. Yinelenen tedavi müdahalelerine olan ihtiyaç kabul edilerek opioid kullanıcılarının sağlığı ile sosyal durumunun

---

<sup>4</sup> Farrell vd., 2005

<sup>5</sup> EMCDDA 2006 Yıllık Raporu

stabilizasyonu ile iyileştirilmesinin yanı sıra bir bütün olarak toplum için de uyuşturucu idame tedavisinin faydaları tanınmıştır.

1980'lerin sonlarından sonra, metadon idamesinin bir tedavi şekli olarak tanıtılması hız kazanmıştır. 2001 itibariyle, 24 AB ülkesinin yanı sıra Bulgaristan, Romanya ve Norveç de bunu kullanmaya başlamıştır. Ancak, ölçek ve kapsam ülkeler arasında büyük değişiklik göstermektedir.

Uyuşturucu kullanıcılarının tedavisinde buprenorfin içeren ilaçların kullanılması için yasal temel, bir AB Üye Devleti'nde ilk kez 1996 yılında oluşturulmuştur. Artık Üye Devletler'in çoğunda bulunmakta ve kullanılmaktadır. Buprenorfin, BM uyuşturucu sözleşmelerinin daha az katı bir programı kapsamında kontrol edildiğinden, reçetelendirilmesi için ülkelere daha büyük olanaklar tanınmaktadır. Bazı ülkelerde, bu tedavi seçeneği tedavi edilen hastaların sayısında hızlı artışlara yol açmıştır. Agonist ikamesinin ötesinde yeni farmokoterapi tedavisi şekilleri araştırılmakta olup araştırmaların odağı bugün, pek çoğu eroin de kullanan ya da geçmişte kullanmış olan kokain ve crack kullanıcıları için tedavi tepkileri geliştirmeye yönelmektedir.

AB'de yarım milyondan fazla opioid kullanıcısının 2003'te ikame tedavisi gördüğü tahmin edilirken, bu rakam mevcut tahmini 1,5 milyon sorunlu opioid kullanıcısının üçte birini temsil etmektedir.<sup>6</sup> Yeni Üye Devletler ile aday ülkeler, Avrupa bölgesinde ikame tedavisi gören hastaların yalnızca küçük bir kısmını oluşturmakta olup, bu durum kısmen bu ülkelerdeki opioid kullanım seviyelerinin daha düşük olmasıyla açıklanabilir. Her ne kadar genel olarak ikame tedavisi bu ülkelerde daha az sunulsa da, Estonya, Litvanya ve Bulgaristan'da artış olduğuna dair bazı göstergeler vardır.

Verilen bilgiler, bazı ülkelerde metadon tedavisi sağlanmasında daha fazla artış olduğunu ancak sekiz ülkede bu gibi tedavi gören kişilerin sayısının dengelendiğini ya da düştüğünü göstermektedir. Bu ülkelerden dördü, Danimarka, İspanya, Malta ve Hollanda, çoktandır devam eden bir kokain kullanımı profiline ve erişilebilirliği yüksek metadon ikame programlarına sahiptir. Diğer dört ülke, Letonya, Macaristan, Polonya ve Romanya'da, metadon ikamesinin coğrafi kapsamı düşük olup bazı yerlerde tedavi için bekleme listesi bulunmaktadır.

Metadon tedavisi gören hastaların sayısındaki azalmanın bu gibi hastaların erişilebilir hale geldiğinde buprenorfin tedavisine geçtikleri anlamına gelip gelmediğini saptamak

---

<sup>6</sup> EMCDDA, 2005a

zordur. Uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin ne ölçüde pratisyen hekimler tarafından verildiği ulusal düzeyde genellikle bilinmemektedir.

2005 yılında ulusal odak noktaları (UON'ler) arasında gerçekleştirilen bir araştırma, Avrupa'da tedavi sağlanmasının genel özelliklerini değerlendirmiştir. Ulusal uzmanlara opioid kullanıcılarının çoğunluğunun ilaçsız mı yoksa ilaçla sağlanan programlarda mı tedavi gördüğü yoksa her iki şeklin de eşit derecede mi yaygın olduğu sorulmuştur.

Sonuçlar, büyük ölçüde ilaçla destek sağlanan tedaviden yana bir oran göstermekte olup kullanılan başlıca madde metadondur. Sonuçlar yine, çoğu ülkede uyuşturucu tedavisinin ağırlıklı olarak ayakta tedavi şeklinde sağlandığını göstermektedir – sadece Letonya ve Türkiye çoğunlukla yatarak tedavi sağlamaktadır. Geleneksel psikoterapötik tedavi şekilleri (psikodinamik, bilişsel-davranışsal, sistemik/aile terapisi veya Gestalt terapisi), İrlanda, Letonya, Birleşik Krallık, Bulgaristan ve Türkiye'de ayakta tedavide en sık kullanılan şekillerdir. Dokuz ülke ağırlıklı olarak (danışmanlık, sosyo-eğitsel ve çevresel terapi, motivasyonel görüşme veya rahatlama teknikleri ile akupunktur içerebilen) 'destekleyici' yöntemler sağlandığını rapor etmekte ve 10 ülke de ayakta tedavi çalışmalarında farklı yöntemleri bir arada kullanmaktadır.

Yatarak tedaviyle ilgili olarak, 12 adımlı Minnesota modeli İrlanda, Litvanya, Macaristan ve Türkiye'de yatarak bakım kurumlarında sıklıkla kullanılan bir modelken, altı ülke ağırlıklı olarak psikoterapötik tedavi şekilleri, beş ülke 'destekleyici' yöntemler ve 10 ülke de bu gibi yaklaşımların bir birleşimini uygulamaktadır.

Son on yılda, daha da fazla olarak da son 5 yılda, pek çok Avrupa ülkesi, ikame tedavisi hizmetlerini yaygınlaştırarak ve erişim sınırlamalarını azaltarak tedavinin 'kapılarını açmıştır'. Bakım sistemi ilk kez olarak bu kadar büyük sayılarda uyuşturucu kullanıcılarına ulaşmıştır. Hepsi olmamakla beraber çoğu, bağımlılıklarının tedavisinden öte destek verilmesini gerektirmekteyken yine pek çoğunun yeniden entegrasyonları için önemli bir desteğin yanı sıra düşük eşikli bakıma ihtiyacı olduğu görülmektedir.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> EMCDDA 2006 Yıllık Raporu

### 3.2.2. Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde İkame Tedavisinin Hukuki Çerçevesi

2006 yılında, ikame tedavisi için kabul kriterlerine ilişkin kanunlar ve resmi düzenlemelerin yanı sıra ilaç yazma ve ilaç verme uygulaması hakkında daha fazla bilgi edinmek için uzman hukuki muhabirler ağında bir anket gerçekleştirilmiştir. 17 ülkeden alınan sonuçlar, Avrupa uyuşturucu hukuki veritabanının bir 2003 raporuyla tamamlanmıştır (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>). Hukuki çerçevenin kapsamı Üye Devletler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkelerde, örneğin Belçika'da, ikame tedavisi spesifik bir meclis kanunu kapsamında yer alırken, diğer ülkelerde, örneğin Kıbrıs'ta, bu tedavinin uygulanması, kontrol edilen maddeler hakkındaki kanunların yorumlanmasına tabidir. Çerçevenin gücü ve esnekliği arasında bir denge hesabı söz konusudur. İkame tedavisinde kullanılabilen maddeler normal olarak kanunla belirlenir. Çoğu durumda, sadece metadon ve buprenorfin veya sadece metadon reçete edilebilmekle beraber, birkaç ülkede morfin veya kodein gibi başka uyuşturuculara da izin verilmektedir. Benzer şekilde, neredeyse tüm ülkelerde, ulusal kabul kriterleri kanunlarla ya da bakanlık kararları veya kılavuz ilkeleriyle belirlenir. En yaygın kriterler bağımlılık tanısı ve minimum yaş kriterleri olmakla beraber, daha önce başarısız olmuş uyuşturucu yoksunluğu tedavisi koşulu da kriterler arasında bulunmaktadır. Bazı ülkelerde, tedavi kurallarının ihlaline yönelik yaptırımlar ulusal kanunlarla belirlenirken, diğer ülkelerde bu husus her tedavi merkezinin takdirine bırakılmıştır. Kanunlar ayrıca genellikle kimin ilaç yazmaya yetkili olduğunu da belirlemektedir. Bunlar öncelikle tedavi merkezlerindeki doktorlar olmakla beraber, bazı ülkelerde herhangi bir doktor veya bazı eğitimli veya yetkili doktorlar da ilaç yazabilmektedir. Pratikte, tedavi merkezleri dışındaki doktorların ikame tedavisi başlatması nadirdir. Maksimum dozlar nadiren kanunda belirtilmiştir. Çift reçetelerin önlenmesi için çoğu ülke özel reçete yazma formları kullansa da, bazı ülkelerde merkezi bir kayıt bulunmakta ve birkaç ülke de özel kimlik kartları çıkarmaktadır. Yetkili dispanserler de genellikle mevzuatta belirtilmiş olup, bunlar genellikle eczaneler veya tedavi merkezleridir ancak bazı ülkeler doktorların da ilaç vermesine izin vermektedir. Son olarak, çoğu ülkede, gereken dozların evde alınmasına yönelik bir sistem kanunla,



kılavuz ilkelerle veya sadece müsamahayla belirlenmiştir ama bazı durumlarda bu işlem özel olarak yasaklanmıştır.<sup>8</sup>

### 3.2.3. Metadon Sağlanması'nın İzlenmesi

Metadon, Narkotik Uyuşturucular hakkında 1961 Tek Sözleşmesi'nin Program I'ı uyarınca kontrol edilen bir uyuşturucu olup yerel tüketim seviyeleri INCB tarafından yıllık olarak izlenmektedir.

EMCDDA'ya göre, AB Üye Devletler, Bulgaristan, Romanya'dan ve Norveçten elde edilen asgari bir tahmin olarak, yıl boyunca 500.000'den fazla hasta ikame tedavisi görmüştür. Yüksek dozda buprenorfin tedavisinin (YDBT) en yaygın seçenek olduğu bildirilen Çek Cumhuriyeti ve Fransa dışında, diğer ülkelerin tümünde tedavilerin % 90'ından fazlası metadonlu idi.

AB ve ABD'nin ikisi beraber dünyanın metadon tüketiminin % 85'ini oluşturmaktadır ve bu ülkelerdeki metadon tüketimi son on yılda düzenli bir artış göstermiştir. Her iki bölgede de tüketilen miktarlar 1997 ve 2000 arasında dengelenmiş ama o zamandan beri Amerika Birleşik Devletleri'nde sivri bir artış olmuştur. Hali hazırda AB'de metadon tüketimi seviyeleri ABD'ninkilerin yarısı civarındadır.<sup>9</sup>

### 3.2.4. Neden Metadon

Metadon ağız yolu ile kullanılabilirdiği için AIDS, hepatit gibi bulaşıcı enfeksiyonların yayılması önlenmektedir. Metadon uzun etkili olduğu için eroin ve benzerleri gibi günde 3-4 kez alınması gerekmemektedir. Böylece bağımlının gün boyu madde arayışı ve bu nedenle zaman kaybı sona ermektedir. Metadon idame tedavisi altında olan bağımlı çalışabilmekte, psikososyal işlevlerini yerine getirebilmekte, üretken olarak yaşamını sürdürebilmektedir. Bir ilaç olarak sağlanabilirdiği için, yasal olmayan yollardan ülkeye giren eroin miktarı azalabilmekte, bu işle uğraşan illegal sektörler darbe almaktadır. Kullanıldığı ülkelerde metadon yasal yollardan ve devlet eliyle

---

<sup>8</sup> 2007 Annual report on the state of the drugs problem in Europe

<sup>9</sup> EMCDDA 2006 Yıllık Raporu

sağlandığı için, bağımlının madde bulmaya yönelik davranışının azalması sonucu suç işleme oranının da azaldığı belirtilmiştir. Tolerans yavaş gelişmektedir.<sup>10</sup>

### **3.3. Hasar azaltma tepkileri**

Hastalara ulaşmak ile onlarla iletişimi sürdürmek kendi içinde bir hedefe dönüşürken, sosyal yardım ile düşük eşikli hizmet sağlanması kabul ve destek kazanarak şimdi pek çok Üye Devlet'te kapsamlı bir tepkinin başlıca unsurları haline gelmiştir. Avrupa'da uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ile uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılmasına ilişkin ortak tepki profilleri görülmektedir.

Uyuşturucuya bağlı ölümlerin azaltılması, ilk kez 6 yıl önce bir Avrupa uyuşturucu politikası hedefi olarak saptanmış olup (2000) güncel AB eylem planının da bir hedefini oluşturmaktadır. Ulusal politikalarında uyuşturucuya bağlı ölümleri azaltma hedeflerine doğrudan bir atıfta bulunan ülkelerin sayısı son yıllarda artmaya devam ederken, 2004 ve 2005 boyunca (toplam sayıyı 15'e çıkararak) sekiz ülke bu gibi stratejiler benimsemiştir. Ulusal politikaların yanında, şehir düzeyinde tamamlayıcı yaklaşımlar yaygındır. Birden fazla başkent (Atina, Berlin, Brüksel, Lizbon ve Talin dahil) yanı sıra daha geniş yarı-kentsel bölgelerin de (örneğin İrlanda'nın doğu bölgesi, Dublin çevresi) uyuşturucuya bağlı ölümleri azaltmak için kendi stratejileri bulunmaktadır. Çek Cumhuriyeti, İtalya, Hollanda ve Birleşik Krallık'ta yerel veya bölgesel politikaların var olduğu bildirilmekte olup Bulgaristan'da dokuz şehirde yerel düzeyde stratejiler oluşturulmuştur. Önceki Avrupa Birliği uyuşturucu stratejisi ile eylem planında olduğu gibi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi mevcut stratejide önemli bir amaç teşkil etmeye devam etmekte ve 2005-08 eylem planında 16 sayılı hedef olarak belirtilmektedir. Bu durum, Avrupa hükümetleri ile Komisyon'un uyuşturucu kullanımının sağlığa ilişkin sonuçlarına yükledikleri süregelen önemi vurgulamaktadır. AB ülkelerinin büyük bir çoğunluğu ile Norveç, uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik yaklaşımlarını açıkça ifade ederek ulusal uyuşturucu stratejisi belgelerinde somut hedefler veya görevler saptamış ya da uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin ne şekilde ele alınacağını belirten ayrı bir politika metni kabul etmiş (İspanya, Letonya, Lüksemburg,

---

<sup>10</sup> Ögel

İsveç) veya her ikisini de yapmıştır (Estonya, Fransa, Birleşik Krallık). Malta ve Avusturya, bu alandaki yaklaşımları için spesifik politikalar oluşturmayı planlamaktadır.

Almanya ve Yunanistan'da, bulaşıcı hastalıkların önlenmesini hedef alan somut tedbirler ulusal uyuşturucu stratejisinin bir parçasını oluştururken, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açıkça bir hedef olarak tanımlanmamıştır.

Bu bulaşıcı hastalıkları önleme stratejileri çoğu durumda oldukça yeni olup kabul edilmelerinin zamanlaması, bir dizi ülkede uyuşturucu kullanıcıları arasında bulaşıcı hastalık görülmesinde bir azalmanın ilk kez olarak bir Avrupa hedefi haline geldiği önceki AB uyuşturucu stratejisiyle (2000-04) aynı zamana denk düşmektedir.

UON'lerin raporlarına göre, ulusal stratejilerdeki hedefler ve hedef gruplar da Avrupa düzeyinde yüksek düzeyde bir sinerji göstermektedir. Hedef gruplar, uyuşturucu enjekte edenlerin yanında seks alanında çalışanları ve mahkumları da içermektedir. Özellikle yeni Orta Avrupa Üye Devletleri ile aynı zamanda Norveç'te, gençler ile enjekte etmeyenler, bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik eylem için diğer önemli hedef gruplarını teşkil etmektedir. Danimarka ile Estonya politikaları hedef gruplarını daha da genişleterek uyuşturucu kullanıcıları ile yakın temasta bulunan grupları da içermektedir. Pek çok AB ülkesinde ve özellikle Estonya, İspanya, Kıbrıs, Letonya ve Litvanya'da bulaşıcı hastalıkları azaltma stratejileri açıkça HIV/AIDS'e yönelmiştir. Bununla beraber, 10 ülkede (% 37) bulaşıcı hastalık stratejileri uyuşturucu kullanıcıları arasında hepatit C hastalığının önlenmesinden açıkça söz etmektedir. İrlanda 2004'te, bu gibi bir stratejiyi hazırlayan bir danışma süreci başlatırken, Almanya'da önleme ve tedavi hakkında tavsiyeler yayınlanmıştır. Avusturya'da mesleki ve halka açık tartışmalar, konu üzerine 2005 yılında Viyana'da yapılan uluslararası bir konferansla hararetlenmiştir.

Hasar önleme stratejileri, bugün Avrupa'nın uyuşturucu kullanımına tepkisinin önemli bir parçasını oluşturmakta olup sağlığa ilişkin hasarın önlenmesi ile azaltılmasına yönelik hizmetlere erişimi artırmak, 2005-12 AB uyuşturucu stratejisinin başlıca önceliklerinden biridir. AB uyuşturucu stratejisinin sunduğu, sağlığa ilişkin hasarın azaltılması hakkındaki stratejik ortak platform AB çapında pek çok ulusal politikada yansıtılmakta olup bu alandaki kanıt esaslı tepkilerin düzene sokulmasını desteklemiştir.

2004 yılında, Avrupa düzeyinde şırınga edinilebilirliğinin izlenmesinde bir gelişme belgelendirilmiştir. Ancak, düşük eşikli kurumlar tarafından verilen diğer çok sayıda önemli hizmetlerin sağlanması, kullanımı ve kapsamı hakkındaki bilgiler, pek çok ülkede ulusal düzeyde zar zor kaydedilmektedir. Bir Avrupa resmi kolaylıkla çizilememektedir.

### **3.4. Hedefli Tedavi Ve Kalite Yönetimi**

Güncel AB eylem planı aynı zamanda yüksek kaliteli tedavi ile hasar azaltma hizmetleri talep etmektedir.

Tedavi ve hasar azaltma planlaması düzeyinde kalite yönetimi araçları kullanılması, hizmetlerin daha hedef grubuna özel hale gelmesine yol açmıştır. Bunlara örnek olarak, cinsiyet gruplarının farklı ihtiyaçlarına saygılı olmak verilebilir.

Özel olarak belirli bir hedef grubuna hizmet eden tedavi birimleri veya programlar AB’de yaygın olarak görülmektedir. Çocuklar ve 18 yaş altındaki gençler, 23 ülkedeki uzmanlaşmış kurumlarda tedavi edilmektedir; psikiyatrik bir hastalığın eşlik ettiği uyuşturucu kullanıcılarının tedavisi, 18 ülkede uzmanlaşmış kurumlarda gerçekleştirilmekte ve kadınlara özel hizmetlerin de Kıbrıs, Letonya, Litvanya, Bulgaristan ve Türkiye dışında tüm ülkelerde bulunduğu bildirilmektedir. Göçmen uyuşturucu kullanıcılarının veya özel dil gereksinimlerine veya belirli dinsel veya kültürel arka plana sahip grupların ihtiyaçlarını karşılamak üzere tasarlanmış hizmetler daha az yaygın olmakla birlikte, Belçika, Almanya, Yunanistan, İspanya, Litvanya, Hollanda, Finlandiya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta bulunduğu rapor edilmiştir.

13 ülkeden esrar veya kokain kullanıcılarının tedavisinde uzmanlaşmış birimler bildirilmiş olup sekiz ülkedeki uyuşturucu kurumlarında bu gruplar için özel tedavi programları bulunmaktadır. Ancak, bu gibi hizmetlerin bulunabilirliği ile erişilebilirliğinin bu ülkelerin çoğunda düşük olduğu belirtilmektedir. Amfetamin kullanıcıları için buna benzer özel bir program İspanya, Slovakya ve Birleşik Krallık'tan rapor edilmiştir.

Tedavi ve bakımda kalitenin iyileştirilmesine yönelik daha başka somut adımlar, özel vaka yönetimi, uzmanlık hizmetleri (yani birden fazla hastalığın tedavisi) verilmesinde aracılık ve tedaviyi daha çok sürdürmek ile artırılmış tedavi etkinliği gerçekleştirmek

amacıyla hasta profillerini sunulan tedaviyle daha iyi şekilde eşleştirecek tedavi öncesi hasta değerlendirmelerinden oluşmaktadır.

Tedavi seçeneklerindeki genel artışa rağmen, bazı uyuşturucu kullanıcıları gruplarıyla, bilhassa uzun vadeli ve kronik sorunları olanlarla meşgul olmak uyuşturucu hizmetleri için zorluk teşkil etmeye devam etmektedir. Sosyal hizmetler ile düşük eşikli müdahaleler, bu ulaşılması güç gruplarla iletişim kurmak ve ilgilenmeye yönelik çabalar açısından tipik yaklaşımlardır. Daha tartışmalı bir yaklaşım ise, bazı ülkelerde çoğunlukla uyuşturucu enjekte edenleri hedefleyen ama hizmetin kapsamını artık crack kokain kullananları veya kokain içenleri de bazen kapsayacak şekilde genişleten, denetlenen uyuşturucu tüketim odalarının geliştirilmesidir (bkz. [EMCDDA, 2004c](#)). Hizmet geliştirilmesi ve deneme alanında bir diğer tartışma konusu da, eroinin bir kaç ülke tarafından uyuşturucu ikame tedavisi için bir araç olarak kullanılmasıdır. Her ne kadar, genel olarak, bu alandaki faaliyetler diğer tedavi seçeneklerine göre oldukça sınırlı da kalsa, bazı çalışmalar metadon idame tedavisinin başarısız olduğu hastalar için eroin reçete etmenin potansiyel yararları olabildiğini göstermiştir. Örneğin, Almanlar'ın yakın zamanda yapmış olduğu bir rasgele kontrollü eroin-destekli tedavi denemesi (Naber ve Haasen, 2006), hem sağlık hem de yasadışı uyuşturucuların kullanımında azalmalar anlamında olumlu sonuçlar bildirmiştir. Her şeye rağmen, Avrupa'da bu yaklaşımın maliyeti ve yararlarına ilişkin açık bir fikir birliği bulunmamakta olup politik ve bilimsel tartışmaların dikkate değer ölçüde sürdüğü bir alan olmaya devam etmektedir.

Tedavinin bulunabilirliği ile kalitesinin artması sayesinde, vurgu da bazı Avrupa şehirlerinde uyuşturucu kullanımının toplum üzerindeki etkisinin azaltılmasına doğru kaymıştır. Bazı yerel bağlamlarda gelecek vadeden iddialı sosyal hizmet çalışmaları ile cazip miktarda düşük eşikli hizmetler, marjinal gruplarla yeniden iletişim kurmak ve onları er geç tedaviye kanalize etmek üzere daha kapsamlı olarak kullanılacak değerli ve etkin modeller teşkil edebilir.

Daha 'güvenli' ikame maddeleri (yani karaborsaya çekilme ihtimali daha az olan maddeler), uyuşturucu bağımlılığı tedavisinin pratisyen hekimin muayenehanesine doğru daha da kaymasını muhtemel kılmaktadır. Bu aynı zamanda, uyuşturucu bağımlılığının diyabet türünde kronik bir hastalık gibi tedavi edilmesine olanak veren bir normalleştirme sürecidir.

Bazı ülkeler, ikame tedavisi gören büyük eroin kullanıcıları gruplarının, sosyal yeniden entegrasyon desteği ve özellikle de ücretli iş için buna karşılık gelen bir gereksinim yarattığını bildirmektedir. Mevcut ekonomik koşullar altında pek çok ülke, uyuşturucu idame tedavisinde stabilize edilmiş dahi olsalar, daha yaşlı eroin kullanıcılarının mesleki yeniden entegrasyon ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir. Bu durum, söz konusu grubun içerisindeki yüksek düzeylerdeki hastalık oranı yüzünden daha da ağırlaşmaktadır.

### **3.5. Türkiye’de Uyuşturucu Sorunu**

UNODC tarafından 2003 yılında altı büyük ilimizde yapılan çalışmalar neticesi toplanan verilere göre; Türkiye’deki opioid kullanıcılarının 15-64 yaşları arasındaki genel nüfus içerisindeki oranı % 0.03 ile %0.07 arasında (ortalama %0.05) olduğu tahmin edilmektedir. Opioid kullanıcılarının üçte ikisinden fazlasının eroin kullandığı tahmin edilmektedir. Tüm şehirlerde madde kullanım trendlerinde artış olduğu gözlenmiştir. İstanbul’da eroin ve enjeksiyon yoluyla madde kullanımında artış olduğu bildirilmiştir. Değerlendirme sonuçları, Türkiye’deki madde kullanıcılarının daha genç nüfusu teşkil ettiğini göstermektedir. Madde kullanıcılarının yaş ortalaması 24 olarak tespit edilmiş, kullanıcıların yarısından fazlasının 15-24 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir. Pek çok kullanıcı hırsızlık, madde satıcılığı, yankesicilik, ve dilencilik yaparak geçimlerini sağladıklarını itiraf etmiştir.

Neredeyse bütün şehirlerdeki madde kullanıcılarının büyük bir kısmı, önceden ve yakın zamanda enjeksiyon yoluyla madde aldığını belirtmiştir. Enjeksiyon yoluyla kullanılan en yaygın madde eroin olup, diğer opiyatlar ile benzodiazepinleri enjeksiyon yoluyla almış olanlar da vardır. Enjeksiyon yoluyla madde kullananların çoğu, günde 2-3 kez enjeksiyon yaptıklarını belirtmiştir. Enjeksiyon yoluyla madde kullananlar arasında şırınga, iğne, ısıtıcı, pamuk parçası ve temizleme suyu gibi enjeksiyon malzemelerini ortak kullanmanın yaygın olduğu, bu durumun da HIV enfeksiyonu kapma riskini arttırdığı tespit edilmiştir.

Madde kullanıcılarının üçte birinden fazlası madde bağımlılığı sorunları için tedavi gördüğünü belirtmiştir. Madde kullanıcılarının en sık tedavi görmek istedikleri

maddelerin uçucular, esrar ve eroin olduğu görülmüştür. Madde kullanıcıları yaşamları boyunca ortalama olarak 3 kereden fazla tedavi gördüklerini, madde kullanımı sorunundan dolayı tedavi olma yaşlarının da ortalama 23 yaş civarında olduğunu bildirmiştir. İlk opioid kullanma yaşı ile ilk tedavi görme yaşı arasında geçen ortalama süre beş yılın üzerinde olmakla birlikte, uçucu madde kullanıcıları bu süreyi iki yıl olarak bildirilmiştir.

Madde kullanıcıları açısından en çok sorun yaratan maddeler uçucular, eroin ve daha az oranda esrar olarak tespit edilmiştir. Belirtilen sorunlar, sağlık sorunları ve ailevi sorunlardan (insan ilişkileriyle ilgili sorunlardan) yasal ya da işle ilgili sorunlara kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır. Görüşülen anahtar kişiler, kendi bölgelerindeki suç oranlarında meydana gelen artışın sorumluları arasında madde kullanıcılarını da gördüklerini, madde kullanıcılarının hem adi suçlara ve fuhuşa, hem de örgütlü suç faaliyetlerine katılabildiklerini ifade etmiştir. Toplum ve tedavi örneklemelerindeki madde kullanıcılarının büyük çoğunluğu yaşamlarının bir döneminde uyuşturucu ile ilgili suçlardan, üçte birinden fazlası ise başkaca bir suçtan tutuklandığını belirtmiştir. Madde kullanıcıları arasında ilk tutuklanma yaşının ortalaması 26 olarak tespit edilmiş, kullanıcılar, madde kullandıkları dönem içinde ortalama olarak 3 kez tutuklandıklarını ifade etmiştir. Ayrıca, kullanıcıların yarısından fazlası hırsızlık, dükkan dükkan hırsızlığı ve trafik ihlallerinden dolayı da tutuklandıklarını belirtmiştir.

11

### **3.5.1. Türkiye’de Tedavi İmkanları:**

Tedavi merkezleri ile temas halinde bulunan madde kullanıcılarının büyük kısmı, madde kullanımı sorunları için AMATEM’in başka şehirlerdeki merkezlerinde tedavi gördüklerini belirtmiştir. Başvurulan diğer tedavi seçenekleri arasında kullanıcıların kendi şehirlerindeki devlet ve üniversite hastaneleri yer almaktadır. Ayrıca, madde kullanıcılarının kayda değer bir bölümü de, kendi şehirlerinde ya da başka şehirlerde bulunan özel doktor muayenehaneleri ve kliniklerde tedavi gördüğünü ifade etmiştir. Türkiye’de mevcut tedavi imkanları arasında tedavide en etkilisinin AMATEM olduğu belirtilmekle birlikte, tedavi hizmeti sunacak daha fazla sayıda kuruma acil ihtiyaç

---

<sup>11</sup> Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Eğitim ve Toplumsal Girişimle Madde Kullanımının Önlenmesi- Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması –UNODC-2003

olduğunun da altı çizilmiştir. Bu vurgu en fazla Diyarbakır ve İstanbul'da yapılmıştır. Madde kullanıcılarının önemli bir kısmı, tedavi imkânlarına ulaşmakta zorluk çektiklerini ve madde kullanımıyla ilgili yardım gereksinimlerinin karşılanmadığını ifade etmiştir.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> UNODC-2003



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### MEVCUT DURUM ve MÜCADELE YÖNTEMLERİNE YÖNELİK ALTERNATİF STRATEJİK ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı; bir şekilde eroin maddesi bağımlısı haline gelmiş bir kişinin, her gün tekrar tekrar yaşamak zorunda olduğu bir sürecin içerisindeki dinamikleri anlamak, bu dinamiklerin yarattığı kısır döngülü çıkmaz sistemin, birçok açıdan topluma ve bağımlının kendisine yönelik doğurduğu olumsuz sonuçlarına karşı etkili olacağı değerlendirilen, alternatif stratejik önerileri tartışmaktır.

#### 4.1. Mevcut Durum

İleri seviye eroin bağımlısının, bizim hayat olarak tanımladığımız süreç içerisinde genel anlamda tek bir amacı söz konusudur. Bu da bir sonraki dozdur. Bu doza sahip değilse tek amaç her ne pahasına olursa olsun, o doza bir an önce sahip olmaktır. Eğer elinde bir sonraki kullanımına yetecek miktarda eroin maddesi varsa bunun anlamı; o dozu kullanacağı anın hayalini kurarak geçirilecek bir süreç demektir. Peki, bu anlamsızlık, yani felsefi açıdan hayat denilen sürecin doğasına aykırı olarak yine doğanın kendi içinden çıkan bitkilerin, kimyasal birkaç işlemde sonra, insanı anlamsız denilebilecek bir döngüsel sürece ittiği bu durumun tanımı nedir? Bağımlılığın gerçekte ne olduğunu bilmek nasıl mümkün olabilir? Bağımlılığı teknik olarak beynimizdeki reseptörler vs. şeklinde açıklamalarla anlatmaya çalışabiliriz. Ama bu aşk duygusunu reseptörlerle açıklamaya çalışmaya benzer. Bağımlılık; o reseptörlerin orada bulunma amaçlarının derinliklerinde gizlenmiş bir sırdır. Bu sırrı anlamak için o dünyaya gitmek mümkün olmadığından, bu dünya üzerindeki örnekler üzerinden anlamaya çalışmak gerekir. Bağımlılık MATRIX isimli filmde bir örnekle, mavi hapi seçenlerin dünyasıdır. Filmin kahramanına iki seçenek sunulmuştur. Mavi ya da kırmızı hap. Mavi hapi seçerse,

insanoğlunun; dünyayı ele geçirmiş olan bir bilgisayar tarafından beyinlerinin kontrol altında tutularak, her şeyin mükemmel olarak sunulduğu sanal bir dünya halüsinasyonu içinde yaşadıklarını zannederken, aslında bahsedilen bilgisayarın enerji kaynağı oldukları bir dünyayı seçmiş olacak, kırmızı hapı seçmesi halindeyse, hiçte mükemmel olmayan, mükemmel olmadığı gibi her anı hayatta kalmak için mücadele gerektiren, tehlikeler ve yoksunluklarla dolu, küçücük mutluluklar için büyük mücadeleler verilmesi gereken ama sanal değil, gerçeğin ta kendisi olanı tercih etmiş olacaktır.

Filmin bir sahnesinde, bilgisayarın kontrolü altında olan, sahte ama kusursuz dünyada yaşamayı kabul ederek arkadaşlarına ihanet etmek üzere olan kişi, bilgisayarın iradesini temsil eden sanal kişilikle, yine sanal olarak hazırlanmış kusursuz beyazlıkta bir örtüyle kaplanmış, eksiksiz hazırlanmış bir sofrada, bir yandan kadehindeki şarabı yudumlarken “gerçek olmadığını biliyorum ama umurumda değil, hissediyorum” der. Evet, bağımlılık mavi hapı seçenlerin dünyasıdır.

Gerçek hayat her zaman zorluklarla doludur. Zorluk denilerek kastedilen olgunun, içeriği çok geniş ve sınırlamaları olmayan bir yapısı vardır. Zenginlik, fakirlik, zekâ, güç gibi hayatın içeriğini etkileyen her türlü kavramla ilgili olsa da bunların hiçbirisi tercih sebebi değildir. Zorluk hayatın kendisidir ve herkes içindir. İleri seviye eroin bağımlısı için sıradan insanlarla birlikte yaşadığı hayatın içerisindeki dinamikler anlamlarını yitirmişlerdir. İleri seviye eroin bağımlısının, etrafında dönen dünyanın dinamiklerinden hiçbir beklentisi kalmamış, o dinamikler sadece eroin maddesine ulaşabilmek için kullanılacak araçlar olarak, kendi sisteminde yeniden anlamlandırılmıştır. Elbette ki çoğu zaman durumun bu şekilde olduğunu bağımlı fark etmez veya kabul etmez. Bu karmaşık durumu Christian F. in anıları isimli, çok küçük yaşta eroinman olmuş bir kız çocuğunun anılarını anlattığı kitap içerisinden yapılabilecek bir tespitle anlamaya çalışalım. *“En tepedeydi manşet, (henüz 14 yaşındaydı) Hemen anladım, okumam bile gerekmiyordu. Sanki gazete benim öldüğümü yazıyordu. .... Haber tam bir sansasyon yaratsın diye düşünülerek hazırlanmıştı. (Süt beyazı plastik şırınganın iğnesi henüz genç kızın kolundaki damara saphıydı; 14 yaşındaki Schöneberg’li Babette D. Ölmüştü. Şimdiye kadar en genç uyuşturucu kurbanı....) Babsi’nin katilini kendim bulmaya yemin ettim...Artık sadece korkunç bir öfke vardı içimde. Domuz satıcının teki, Babsi’ye kelek mal vermişti, emindim...Böylece Kurfürstentrasse’deki arabalı işe gittim, bütün sakat satıcılardan mal tadabilmek için*

*para toparlamaya. Sonra alemde şöyle bir uçuverdim, birkaç satıcıdan mal aldım ve sonunda hepten uçmuştum. Babsi'nin son malı nerden aldığımı zaten kimse bilmiyordu. Ya da bilmek istemiyorlardı. Gerçekte vicdan azabı duymadan damarlarımı eroinle doldurmak için kendimi Babsi'nin katilini aradığıma inandırmıştım. O domuzu bulmam gerek, işin sonunda kendin gebersen bile diyebiliyordum kendime.* <sup>1</sup>

Christian en yakın arkadaşlarından birisinin (başka bir eroinman kız çocuğu) bozuk eroin maddesi yüzünden öldüğünü öğrenir. Çok kızar, çok üzülür. Arkadaşının katilini bulmak için, içinde çok yoğun bir istek vardır ve bunu sadece kendisinin yapabileceğini düşünmektedir. Çünkü bir malın yani eroinin bozuk olup olmadığını sadece başka bir eroinman anlayabilir. Sokağa çıkar ve katili bulabilmek için arkadaşıyla daha önce birlikte eroin aldıkları torbacı tabir edilen satıcılardan tek tek uyuşturucu alır. Bozuk olup olmadığını kendi üzerinde deneyerek anlamaya çalışır. Maalesef bozuk malı satan torbacıyı bulamaz ama bu sürecin sonunda o tekrar, bir kez daha eroine dönmüştür. Kitap içerisinde anı; bu şekilde anlatılmaktadır. Bu durum aslında çok insancıl, duygusal tepkilerle, arkadaşının katilini bulabilmek için yapılmış bir faaliyet gibi görülmektedir. İşte tam burada yukarıdaki cümleye tekrar dönmemiz gerekir. Eroinmanın; etrafında dönen dünyanın dinamiklerinden hiçbir beklentisi kalmamış, o dinamikler sadece eroin maddesine ulaşabilmek için kullanılacak araçlar olarak, kendi sisteminde yeniden anlamlandırılmıştır.

Christian gerçekten arkadaşının katilini aradığına inanıyordu ve bunu samimi bir anısı olarak anlatıyordu. Asıl gerçek ise eroin maddesine ulaşabilmek için, beyninin onun için hazırladığı bahaneye veya senaryoya inanmasından ibaretti. Bağımlıların çok kolay bir şekilde inandırıcılığı çok üst seviye yalanlar uydurabildiği bilinen bir durumdur. Bunun temelinde tıpkı bu örnekte olduğu gibi, amacın arkasına gizlenen yalana, önce kendilerinin inanmasının büyük etkisi vardır.

Öncelikle anlaşılması ve kabul edilmesi gereken zorunlu gerçek şudur. Eski moda korku filmlerinde ve daha önce verdiğimiz örnekte de görüldüğü üzere sıkça kullanılan, insan beyninin dış dünyadan gelen başka bir bilinç tarafından kontrolünün ele geçirilmesi olgusu, bir eroinmanın yaşadığı şeyin ta kendisidir. Burada kontrol, eroin maddesi aşerme aşamasının elindedir. Diğer bütün etkenler, yaşanan olaylar ve detaylar,

---

<sup>1</sup> Christiane F.'in Korkunç Anıları, Altın Kitaplar S.231-232

eroinman tarafından maddeye ulaşmak için kullanılacak araçlar olarak değerlendirilir. Hedef her zaman, her ne pahasına olursa olsun, bir sonraki dozdur.

İleri seviye eroin bağımlısı ortalama günde iki veya üç kez enjektör vasıtası ile damardan eroin maddesi enjekte eder. Bunu kendi aralarında tedavi olmak diyerek tanımlarlar. Bu şekilde süren bir yaşam döngüsü içerisinde sadece eroin maddesi alabilmek için gerekli olan miktar (Türkiye’de) bugünün şartlarıyla ortalama günde 40 YTL dir (30\$). Sadece eroin maddesinin temini için gereken aylık ihtiyaç ortalama 1200 YTL dir (900\$). Bu miktarın, düzenli bir işte bağımlılığıyla birlikte çalışamayacak ileri seviye eroin bağımlısı için, normal yollardan karşılanabilmesi mümkün değildir. Ülkemizde her türlü uyuşturucu maddeyi kullanmak, bulundurmak, satmak veya temin etmek suçtur. Özellikle temin etme ve satma suçları ile ilgili, ciddi hapis cezaları söz konusudur. Bu durumda ileri seviye eroin bağımlısı bir şekilde eroin karşılığı vermesi gereken ücreti temin etmişse de bu defa da torbacı tabir edilen satıcıya ulaşmak ve onun uygun gördüğü zaman ve yerde orada olmak zorundadır. Ortalama altı saatte bir eroin enjekte etmesi gereken bağımlı, bu parayı temin etme ve torbacıyla buluşarak eroini satın alma döngüsünü her gün iki-üç kez yaşar. Biz bu döngüye sabah dozunu satıcıdan almış bir ileri seviye eroin bağımlısı olarak girdiğimizi varsayalım. Son parasını torbacıya vermiş, belki son iki gündür hiçbir şey yememiştir. Ama mutludur çünkü elinde kullanabileceği bir doz eroini vardır. O dozu aldığı anda açlık, ağrı, üzüntü gibi sıradan insanlara mahsus hislerin kaybolacağını, bütün bu gereksiz hislerin yerine huzur, mutluluk ve sıradan insanların hiç yaşayamayacağını bildiği bir zevk sarmalı içine gireceğini bilmektedir. Genel olarak yaptığı gibi umumi bir tuvaletin içerisindeki kabinlerden birisine girer. Burada her zaman cebinde taşıdığı poşetinin içerisinden çay kaşığı, limon tuzu, bir parça sigara filtresi, bir parça serum lastiği, çakmak ve daha önce başka bir eroinman arkadaşından aldığı enjektörünü çıkarır. Defalarca katlanmış küçük kâğıt parçasını dikkatle açar ve içindeki açık kahve renkli maddeyi çay kaşığında erittiği limon tuzunun içine dökerek birlikte çakmak ateşinde sıvıya dönüşmesini ve içerisindeki katkı maddelerinden ayrışmasını seyreder. Bu arada kâğıt parçasını yalayarak hiçbir küçük toz zerreciği kadar eroinin bile ziyan olmadığından emin olmuştur. Serum lastiğini ya da serum lastiği yoksa kendi kemerini kolunu omzuna yakın yerden bağlamak için kullanır ve bu sayede kan akışını iyice yavaşlatır. Damarın

belirginleşmesini seyreder. Daha önce defalarca yapmış olmanın alışkanlığıyla birçok hemşireyi kışkandıracak bir el çabukluğuyla çay kaşığının içerisinde mor renge dönüşmüş sıvıyı, küçük bir parça sigara filtresininde yardımıyla süzmek suretiyle enjektöre çeker ve artık her yeri iğne yapmaktan iltihaplanmış yaralarla dolu olan damara zerk edebileceği küçük, temiz bir yeri bulur.



**Şekil 6: Kol üzerinde oluşmuş enjeksiyon tahribatı**

Eroini zerk eder. Serum lastiği veya kemeri çözdüğü anda etkisini şiddetli bir şekilde beyinde hissetmeye başlamış ve başka bir boyuta yolculuğu başlamıştır bile. Orada ne kadar zaman geçirdiğini hatırlamaz. Hala eroinin etkisi altındadır. Kendisini çok iyi hissetmekle birlikte içinde bir dahaki dozu nasıl temin edebileceği ile ilgili sorular ve bu sorulara kendi beyinde verdiği sınırsız cevaplarla dolu bir süreç yeniden başlamıştır. Kısa süre içinde yine para bulmak zorundadır. Artık ailesi onunla görüşmemekte ve para yardımında bulunmamaktadır. Seçenekler ortadadır. Öncelikle dilenecek, eğer yeterli parayı bu şekilde kazanamazsa ya da fırsat karşısına çıkarsa hırsızlık yaparak bu parayı temin etmeye çalışacak, gerektiğinde cebindeki bıçağı kullanarak gözüne kestirdiği birisini gasp etmekten asla çekinmeyecektir. Bağımlının erkek ya da kadın olması fark etmeden, fuhuş vasıtası ile bu parayı elde etmeye çalışması çok olağan bir durumdur. Her ne şekilde olursa olsun bu paranın zamanında temin edilemediği durumlarda, ciddi fiziksel acılar veren bir süreç gittikçe yaklaştığını eroinmana hissettirecek ve bu baskı eroinmanı hiçbir sınır tanımadan, bu paraya ya da eroine ulaştırabilecek her türlü ihtimali değerlendirmeye zorlayacaktır. Bu durumun herhangi bir sınırı yoktur. Bazı bağımlılar bu durumu “bir ileri seviye eroin bağımlısı, eroinin kendi çocuğunun midesinde olduğunu bilse, kendi çocuğunun karnını deşerek o maddeyi oradan almaktan çekinmez” şeklinde örneklerle açıklamaya çalışmışlardır. Böyle bir süreç içerisinde iki önemli durum söz konusudur. Birincisi; doğal olarak ileri seviye eroin bağımlısının, bir sonraki dozu her zaman kontrol altında tutabilmek için

aynı zamanda satıcıya dönüşmesi sık rastlanılan bir durumdur. Aynı zamanda her bağımlı genel olarak çevresindeki uygun profildeki kişileri madde kullanmaya teşvik eder. Bunun hem psikolojik hem de pazarsal sebepleri vardır. Psikolojik olarak çevresinde kendisi gibi daha çok kişi olmasını ister. Pazarsal anlamda ise, çevresinde ne kadar çok eroin bağımlısı olursa, para bulamadığında, torbacısına ulaşamadığında, çaresiz kaldığında, çevresinde eroin bulabileceği ihtimallerin artmasını ister. Elbette ki ilk defa kullanacak bir kişiye eroin verirken sistematik olarak bunları düşünmez hatta yukarıda bahsedilen önce kendisini inandıran sistem, “bir kere verdiğim kişi bağımlı olmaz ki” şeklinde yine kendini inandırmıştır bile. İstatistikler; başlama aşamasında arkadaş etkisini en üst sırada göstermektedir. Sonuç olarak parayı bir şekilde elde etmesi, parayı elde ettikten sonra bağlantılı olduğu bir torbacıya (satıcıya) ulaşması, bu torbacının istediği yer ve zamanda randevu yerinde olabilmesi, alışverişi gerçekleştirmesi ( çoğu zaman bu süreç saatler alır ve olumsuz sonuçlanır ), eğer dolandırılmamışsa ve satın aldığı şey gerçekten eroin çıkarsa maddeyi kullanabilmek için uygun bir yer ve malzeme bulması gerekir. Bütün bunlar saatler alır ve daha önce belirtildiği gibi günde iki ya da üç kez yaşanması gereken bir süreçtir. Bu şartlar altında ileri seviye eroin bağımlısının; normal bir aile yaşantısının olabilmesi, düzenli olarak çalışabileceği bir işinin olabilmesi mümkün olamayacağı gibi, hukuki sınırlar içerisinde bir hayat sürmesi de mümkün değildir. Peki bu çıkışı yok gibi görünen ve kendine devamlı yeni kurbanlar arayan döngüsel sürece karşı ne yapılabilir?

## 4.2. Öneri, Stratejik Hedefler ve Vizyon

Temel olarak anlaşılması gereken şey; ileri seviye eroin bağımlılığının, geri dönüşü çok zor olan boyutlar arası bir yolculuğa benzemesidir. Ama geri dönüş imkânsız değildir. Zaten geri dönüşler yaşanır ancak tekrarlama oranı diğer örneklerine nazaran en üst seviyededir. Buradan çıkarılacak sonuç; ileri seviye eroin bağımlılığı tedavisinin, bağımlının kendi iradesine bırakılarak yapılmaya çalışılması halinde hüsrarla sonuçlanacağıdır çünkü ortada zaten bir irade durumu artık söz konusu değildir. Aşerme aşaması tüm kontrolü ele geçirmiş ve diğer çevresel her durumu eroine ulaşmak için kullanabileceği araçlara çeviren bir sistem oluşturmuştur. İşte tam burada Metadon - Buprenorfin ve benzeri ilaçlar söz konusu olmalıdır. Bu tip ilaçlar beyindeki bazı reseptörleri etkileyerek, eroin kullanma ihtiyacını eskiye oranla daha karşı konulabilir bir seviyede hissedilmesini sağlar. Elbette ki bu bağımlının bağımlılık seviyesi ile de doğrudan bağlantılıdır. Unutulmamalıdır ki Metadon ve benzeri ilaçlar da başlı başına bağımlılık yaparlar. Ancak bu bağımlılık kişinin normal hayatını yaşamasını önleyici sıkıntılar yaratmaz. Ailesine karşı sorumluluklarını yerine getiren, işyerinde bağımlı olduğu bile anlaşılmayacak şekilde işinin gereğini yaparak yaşamını sürdürebilen metadon – buprenorfin kullanıcıları mevcuttur. Elbette ki her hastada aynı ideal sonuca ulaşmak mümkün değildir ancak en azından yukarıda bahsedilen, döngüsel çıkmazın dışına çıkabilmek için bir ihtimal, bir şans söz konusudur. Bu tip ilaç tedavisi gören bir eroin bağımlısı, en azından eroin elde edebilmek için gerekli parayı bulamaması halinde bile, krize karşı bir ihtimalinin daha olduğunu bilecektir. Bu da parayı yani eroini elde etme maksatlı yıkılan her türlü fiziksel, hukuki, psikolojik ve ahlaki sınırların bizzat ileri seviye eroin bağımlısı tarafından daha makul seviyelere çekilmesi sonucunu ortaya çıkartacaktır. Böyle bir ihtimal varsa neden bu döngüsel bir çıkmazdır? Çünkü bugün halen Türkiye’de, bu tip ilaçların ithalatı ve temin edilmesi yasaktır. Yani Türkiye sınırları içerisindeki eroin bağımlısına böyle bir ihtimal, şans, en azından devlet politikası olarak sağlanmamıştır. Bu tip bir tedavi sürecine girmek isteyen kişinin önündeki iki seçenek ya yurt dışına çıkmak veyahut ta daha önceki örneklemelerin yaptığı şekilde bu ilaçları yurt dışından kaçak yollardan getirtmektir. Bu kabul edilebilir bir durum değildir. Hiç kimsenin kabul etmemesi gerekir. Çünkü bu problemi çok daha

derin ve kapsamlı yaşayan örnek ülkelerin yaşamış olduğu tecrübeler de göz önünde bulundurularak, geliştirilebilecek bir strateji doğrultusunda, yapısal sürecin doğru planlanması ve doğru yönetilmesi halinde, hem kullanıcılar hem de bu sorundan bir şekilde zarar görme ihtimali bulunan her vatandaş için çok ciddi olumlu sonuçlar doğuracağı açık bir öneri söz konusudur.

Türkiye'nin hızlı bir şekilde sosyal yaşam standartları olarak Avrupa standartlarına yaklaşması; aile içi bağların zayıfladığı, çekirdek ailenin kendi içindeki dinamiklerini kaybetmeye başladığı bir süreçte beraberinde getirmektedir. Bu süreç, önlemi alınmazsa uyuşturucu madde bağımlılığının yakın geleceğin en önemli problemi olarak karşımıza çıkmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu günkü haliyle, yukarıda belirtildiği şekilde, doğru politikaların uygulanabilmesi halinde bu sorun Türkiye için henüz küçükken başı ezilebilecek bir yılan halindedir. Bu fırsatın bugün değerlendirilememesi yakın gelecek açısından vahim sonuçlar doğurabilecektir.

Elbette ki bu mücadelenin birçok çeşitli kolu olacaktır. Ancak öncelikli amaç ticari emellere dayanan bu olgunun arz talep döngüsünü kırmak olmalıdır. Talep olduğu müddetçe arza yönelik polisiye veyahut da diğer çeşitli argümanlar kullanılarak yapılan operasyonlar, stratejik açıdan kaybetmeye mahkûmdur. Bu arzla mücadele etmemek gerektiği anlamına gelmez ama asıl problemin taleple ilgili olduğu gerçeğiyle alakalıdır. Bugün bu konuyla ilgili gerek uluslararası gerekse ulusal makalelerde ve yayınlarda, ileri seviye eroin bağımlılarına yönelik, en azından AIDS tehlikesinden korunabilmeleri açısından enjektör paylaşımının tehlikeleri konusunda bilgilendirme çalışmaları ve projeleri planlanmakta ve yürütülmekte olduğu görülmektedir. Burada dürüst olmak ve ileri seviye eroin bağımlılarının pozisyonunu netleştirmek gerekir. Bu aşamada zaman zaman insan merkezli değil istatistiksel düşünmek, bu konu ile ilgili icra noktasında bulunan herkesin gelecek kuşaklara karşı görevidir. Enjektör paylaşımı konusunda bilgilendirmek demek, “ kullansan dahi en azından AIDS olma” demektir. Bu aşama için eğitim projeleri planlarken aradaki diğer bütün bir süreci, paranın temini esnasında yaşanan olumsuzlukları, maddenin temini esnasındaki olumsuzlukları yok saymak veyahut ta bu aşamaları kendi haline bırakmak ve alternatif politika üretmemek, bu çemberin hızla büyümesine bilerek göz yummak demektir. Bu sonuçla karşılaşılması için bugünden bazı cesur kararların alınarak uygulamaya konulması gerekmektedir. Bu kararlar uzun soluklu bir mücadelenin aşamalarını oluşturacak şekilde planlanarak,



belirlenen hedeflerle bağlantılı olarak ve zamanlama hatası yapılmadan alınmalıdır. Temel hedef talebin ortadan kaldırılması vasıtası ile arzın anlamsızlaştırılması olmalıdır.

Kilit soru şudur. İleri seviye eroin bağımlısına, hazzı veya krize girmesini önleyici ilaçlar verilmesi ne tip sonuca ulaşılmasını sağlar? Elde edilecek sonuç; toplum, ayrılan maddi kaynak ve gelecek kuşaklara daha güvenli bir ortam bırakma adına tatmin edici olabilecek midir? Doğaldır ki sadece bu yöndeki ilaç tedavileri, bağımlıların daha kabul edilebilir hukuki sınırlar içerisine çekilmesi sonucunu ortaya çıkartacak ve hatta tamamen bırakma noktasındaki istatistikleri olumlu yönde etkileyecektir. Ancak hedef bu değildir ve bunun tatmin edici bir sonuç olarak algılanmaması gerekir. Amaç talebin ortadan kaldırılması vasıtası ile arzın anlamsızlaştırılması olmalıdır. Bu da devlet tarafından kurulan sistem içerisine girmeyi kabul etmiş bağımlının tekrar eski sistemine dönüşünün önlenmesi ile mümkün olabilir. Bu aşamada devlet tarafından kurulan sistem, ileri seviye eroin bağımlısının sadece yeterli parayı bulamadığında veya eroine ulaşamadığında kullanabileceği bir alternatif olmamalı, bağımlı tarafından sistemden çıkılmasının istenmeyeceği bir durum oluşturulmalıdır. Bu aşamada ileri seviye eroin bağımlısı ile doktoru, tedavinin izleyeceği seyre birlikte karar vermeli ancak son kararın bağımlıya ait olması gerekmektedir. Stratejik olarak belirlenmiş belli değerlere ulaşmaya kadar yani arzın anlamsızlaşarak sokakta eroin satıcılığı olgusunun kalktığı güne kadar, gerekirse devlet ileri seviye eroin bağımlısının ihtiyacını steril ortamda karşılamalıdır. Bu durum, bel ağrıları yüzünden günde iki doz morfin kullanmak zorunda olan bir hastanın durumundan çok ta farklı değildir. Elbette ki bu tedavi dijital ortamda kişiye özel olarak takip edilmeli ve bu süreç sürekli danışmanlık hizmeti ile desteklenmelidir.

Bu noktada Türkiye açısından oluşturulması gereken stratejinin öncelikli hedefleri şunlar olmalıdır.

a-) Öncelikle hukuki altyapı; bu stratejik savaşa uygun hale getirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

b-)Bu mücadele esnasında kullanılacak olan mücadele merkezleri, her başvuruyu karşılayabilecek şekilde arttırılmalı ve yeterli doktor, psikolojik danışman, hemşire vs.

gibi yeterli sayıda personel istihdamı sağlanmalıdır. Bu aşamada zaten kuruluş amacı ve felsefesi bu sorunla mücadele olarak kurulmuş iken maalesef günümüzde işlevsiz, atıl bir kurum olarak kalmış Yeşilay'ın yeniden yapılandırılarak, bu mücadelede etkin bir aktör olmasını sağlamak, en değerli şey olan zaman açısından önemli kazanımlar sağlayabilecektir. Unutulmamalıdır ki bugünkü şartlar altında ayrılması gereken kaynak miktarı; benzer ülkelere oranla en düşük seviyede kalacaktır. Bu avantajlı konumda iken, kaynak ayırma açısından tereddüt; ileride çok daha büyük kaynak ihtiyacı, insan kaybı ve sosyal deformasyona sebebiyet verecektir.

c-) Bu merkezlere bağımlı tarafından yapılan ilk başvuruda, mümkünse kişisel özellikleri (parmak izi, retina izi vs.) dijital olarak kayıt altına alınmalı, bunun mümkün olmaması halinde yine her bağımlının yalnız kendisinin kullanabileceği ve içerisinde kişisel bilgilerinin ve tedavi sürecinin özelliklerini barındıran veri tabanına erişimi sağlayan manyetik kartlar verilmelidir. Bu öncelikle neyle karşı karşı karşıya olunduğu konusunda, ne kadar büyük ve hangi özelliklere sahip bir düşmanla savaşıldığı konusunda önemli bilgilere ulaşmamızı sağlayacak olan bir veri tabanını oluşturacaktır.

#### **4.2.1. Stratejik Hedefler**

Bu yeni durumun oluşması halinde karşımıza çıkabilecek tabloyu görmeye çalışalım.

1-) İleri seviye eroin bağımlısının, eroin satın alabilmek için paraya ihtiyacı olmayacağından, herhangi bir hukuk veya ahlak dışı davranış sergilemesi gerekmeyecektir. Hırsızlık, gasp yapmasına gerek olmayacak, eroin karşılığı bedenini satmak zorunda kalmayacaktır.

2-) Enjektör paylaşımı gibi riskler dolayısıyla AIDS ve benzeri bulaşıcı hastalıklara yakalanma ihtimali ortadan kalkacak, bu tip hastalıkların taşıyıcısı olduğu tespit edilenlerin kolaylıkla tedavileri ve hastalıkları ile ilgili bilgilendirilmeleri mümkün olabilecektir.

3-) Sokakta, torbacı tabir edilen satıcılardan temin edilen eroin maddesinin içeriğindeki katkı, aşırı doz vs. gibi sebepler yüzünden ölümlerle sonuçlanabilecek durumlarla karşılaşma ihtimali olmayacak, steril ortamda dijital veri tabanından takip edilen tedavi süreci doğrultusunda, bağımlıya gerekli doz veya yerine koyma ilacı verilebilecektir.

4-) Hukuki açıdan pozisyonu; devlet tarafından kayıtlı tedavi edilen hasta şeklinde olacağından, adli problemler yaşamayacak, tutuklanma riski yeni sisteme ve tedavi sürecine uyum sağladığı müddetçe ortadan kalkacaktır.

5-) Eroin temin edebilmek için çeşitli kaynaklara ihtiyaç duymayacağından ve kendi üzerinde eroin maddesi taşıyamayacağından dolayı, yeni kullanıcılar oluşturabilme kabiliyeti ve istenci, danışman ve rehabilitasyon çalışmalarının da etkisiyle çok büyük oranda ortadan kalkacaktır.

6-) Bu süreç zamanla talebin büyük oranda kısılmasını sağlayacak ve arz dolayısı ile ciddi paralar kazanan suç organizasyonlarının çalışmalarını anlamsız hale getirecektir. Bu durum şartlarla göreceli bir zaman dilimi içerisinde eroin üzerinden para kazanan organizasyonları dağıtma sürecine itecek ve arz büyük ölçüde ortadan kalkacaktır.

7-) Talep kısılması nedeniyle arzın anlamsızlaşması, sistem dışında arayışları olabilecek ileri seviye eroinmanın parası olsa da sokakta eroin bulamaması sonucunu doğuracak ve bu da sisteme olan bağlılığı arttıracaktır.

8-) Uzun vadede bu noktaya ulaşılabilmesi halinde, kontrol altındaki ileri seviye eroin bağımlıları, iradeleri dışında da ilaç tedavisine yönlendirilebilecek, arzın olmadığı bir ortamda bu tek ihtimal olacağından, sistem dışına çıkma ihtimali kalmayan bağımlı için iyileşme sürecinin iradesi dışında hızlandırılabilmesi mümkün olabilecektir.

#### 4.2.2. Vizyon

Elbette ki bu sorun yalnızca Türkiye'ye değil tüm dünyaya ait bir sorun olduğundan, bu sorunu yaşayan bütün diğer ülkelerle eşgüdüm halinde projenin yönetilmesi gibi imkânsıza yakın bir olasılık ile mümkün olabilecektir. İmkânsıza yakın olması, denenmemesi gerektiği anlamına gelmez. Sonuç olarak bütün dünya halkları için ortak bir hedef ve politika söz konusudur. Özellikle arzın anlamsızlaştırılması yani talebin kısılması operasyonu, global olarak eşgüdümlü yönetilebilirse, ekonomisini eroin ticareti üzerine kurmuş olan devletlerin (Afganistan gibi), kayıt dışı ekonomilerinin ehlileştirilebilmesi mümkün olabilecek ve suç organizasyonları dağılacığından muhtemelen hukuki sınırlar içerisinde gelir kazanma yöntemlerine kayış yüksek oranda olabilecektir. Bu aşamada güncel olarak dünyanın önündeki en büyük problem olarak görülen küresel terörün en önemli finans ayaklarından birisinin yıkılması, bu projenin uzun vadeli olası faydaları arasında olacaktır. Elbette ki bu son değerlendirmeler, olasılık ve beklentiden ibarettir. O gün geldiğinde oluşacak yeni şartlara göre pozisyonlar ve stratejiler yeniden belirlenebilir.

## SONUÇ

Genel olarak bağımlılığı bir hastalığa benzeterek anlamaya çalıştığımızda en yakın örnek şeker hastalığıdır. Her iki hastalıkta da asla kesin tedavi söz konusu değildir. Bir şeker hastası; hastalığının farkına varır ve düzenli olarak ilaçlarını alarak, doktoru tarafından kendisine verilen diyeti uygularsa, hayatının geri kalanını hiçbir problem yaşamadan devam ettirebilir. Hastalığı her zaman onunla birlikte ancak ilaçlarını ve diyetini aksatmaması halinde hasta herhangi bir olumsuzluk yaşamaz. İlaçlarını almayı ihmal ettiği veya diyetini aksattığı anda ise hastalık derhal olumsuz sonuçları ile birlikte semptomlarını yaşatır. Aynı şekilde herhangi bir bağımlıda, girmiş olduğu tedavi süreci içerisinde detoksifikasyon sürecini atlattıktan sonra, doktorunun, bağımlılık danışmanının, ailesi ve yakınlarının yardımı ile yönlendirilerek, normal bir yaşama dönüşü başarabilir ve bu süreci devam ettirebilir. Ancak tıpkı şeker hastalığında olduğu gibi, bağımlılığı onu asla bırakmayacak, kontrolü tekrar ele geçirmek için sinsi ve sabırlı bir şekilde uygun zamanı bekleyecektir. Ümit edilen elbette ki bağımlılığın bu fırsatı hiç bulamamasıdır fakat zaten bağımlılık tıbbi anlamda sona erdirilmişse de bağımlı olmaya iten ailevi, çevresel, psikolojik, fiziksel vs. olumsuz sebeplerin tamamının ortadan kaldırılabilmesi elbette ki mümkün değildir. Bu durumda maalesef genel olarak bir kere uyarılmış ve hayat süreci içerisinde karşılaşılabilecek zorluk, engel veyahut ta tetikleyici olabilecek diğer birçok sebep karşısında, alternatif bir kaçış ya da alternatif bir mutluluğa kısa yoldan ulaşma yönteminin olduğunu bilen beynin ödül merkezindeki özel reseptörler, bağımlılığa geri dönüşü sağlayabilmek için sistemi devamlı zorlar. Bağımlılığa geri dönüş yüzdesi, ileri seviye eroin bağımlılığında en üst seviyededir. İleri seviye eroin bağımlılarının tedavi süreçleri içerisinde, yerine koyma tedavileri ve hatta en azından yukarıda açıklanmaya çalışılmış bazı stratejik sonuçlar elde edilene kadar, ileri seviye eroin bağımlısının diğer her türlü tedaviyi reddettiği durumlarda, hijyenik bir ortamda, ihtiyacı olan dozun verilmesi fikri; birçok bu işle iştigal eden kişilerce şüpheyle karşılanmakta, hatta bu fikri duymak bu kişileri dehşete düşürebilmektedir. Bilinmelidir ki bu öneri, bu savaşın kaybedilmiş olduğunun kabul edilmesi anlamına gelmez, aksine ne ile mücadele edildiğinin anlaşılması ile ilgilidir. Evet şeker hastalığı ve bağımlılık benzer özellikler taşımaktadır ancak

kesinlikle aynı şey değildirler. Bu sebeple bu öneriye karşı “ o zaman şeker hastaları da dayanamayıp nasıl olsa tatlı yiyecekler, hem kesin bir tedavi de söz konusu değil bu yüzden diyabet merkezleri kapatılsın” gibi benzetmelerle yapılan eleştiriler tam olarak bu önerinin dinamiklerini anlamamış olmakla ve ileri seviye eroin bağımlısının tam olarak nasıl bir çıkmazın içinde olduğunu kavrayamamış olmakla ilgilidir. Şeker hastası tatlı yiyip yemeyeceğine kendisi karar vermektedir. İleri seviye eroin bağımlısı ise kontrolü dışında olan bir sistem tarafından sadece yönlendirilmektedir. Bunu durdurabilmesinin, istatistikler ve yaşanan örnekler düşünüldüğünde çok zor olduğu görülmektedir. Elbette bunu başarabilmiş örnekler mevcuttur ancak bu örneklerde, içinde yaşadığı şartlar yakınları tarafından, bağımlılığından kurtulabilmesi için özel olarak yeniden düzenlenmiş kişiler içinden çıkabilmektedir. Elbette ki bu durum, her bağımlının elinde olabilecek bir imkân değildir. Sıkça kullanılan “*Türkiye’nin henüz bu tip programlara ihtiyacı yok*” şeklindeki yorumların insan merkezli bir bakış açısından en uzak yaklaşım olduğu açıktır. Bu tip programların uygulanmaya başlanmasını gerektirecek kıstas nedir? Eğer bunun anlamı bir milyonuncu bağımlının beklenecek olması ise unutulmamalıdır ki 999.999 bağımlının her birinin bir annesi, bir babası ve kendine ait bir hayat hikâyesi olacaktır. Bu problemle mücadele aşamasında hali hazırda en etkin yöntem olduğu uluslararası raporlara geçmiş, Avrupa Birliği ülkelerinin tamamı ve diğer bir çok ülkede (K.K.T.C. dahil) kullanım alanı bulmuş hatta ülkemizdeki mevcut mücadelecilerimizde görev alan uzmanlarca da faydalı sonuçlar doğuracağı çeşitli platformlarda yazılı ve sözlü olarak dile getirilmiş bu çeşit yöntem ve sistemlerin ülkemizde halen illegal ve ulaşılamaz oluşu düşündürücüdür. Bu mücadele sürecinde küresel trendleri görmezden gelerek, bir anlamda değişime kapalı bir mantalite doğrultusunda tavır geliştirilmesi; sürecin arkasında kalmak dolayısıyla başarısızlığa mahkum olmak anlamına gelecektir.

## KAYNAKÇA

ADASAL, R. Toksikomani Kliniği, Tıpta Yenilikler , 1961.

ALP, O.K. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmokoloji, Cilt 1, Ankara, 1987.

AYKAÇ, M. Adli Tıp Ders Kitabı İst. Üniversitesi Tıp Fakültesi Rektörlük  
No:3483 Fakülte No:170 Çeliker Matbaacılık İstanbul, 1987.

BABAOĞLU, A. N. Uyuşturucu ve Tarihi, Kaynak yayınları, 1997.

BAYÜLKEM, F. Uyuşturucu ve Keyif verici Zehirlerin Zararları, Korunma ve  
Tedavi Çareleri, Gürsoy Basımevi . Ankara, 1968.

BOOTH, M. Haşhaştan Eroin'e Uyuşturucunun 6000 yıllık öyküsü.

Christiane F. Eroin, Altın Kitaplar.

ÇAĞATAY, A. Uyuşturucu Maddelerin, Psikotrop Maddelerin ve Uyuşturucu  
kullananların Tanınması, Baylan Matbaası Ankara, 1975.

ÇAKMAK, D. BALKAN, R. , TÜZ, C. Esrar Etkileri ve Bağımlılığı, İstanbul,  
2004.

DİNÇMEN, K. Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri,  
Yayın Dağıtım, İstanbul, 1981.

DÖNMEZER, S. Kriminoloji, İstanbul, 1981.

GEÇTAN, E. Normaldışı Davranışlar, Metis yayınları, 1996.

GÜNGÖR, Ş. ve Kınacı, A. Uyuşturucu ve Psikotorop Maddelerle İlgili Suçlar, Yetkin yay. Ankara 2001.

KAPTANAĞASI, S. Uyuşturucu Gerçeği, Tanıtım, Etkiler, Sonuçlar ve Tedbirler, Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Merkezi.

KASATURA, İ. Gençlik ve Bağımlılık, İstanbul, 1998.

KIZILYALIN, A.A. Uyuşturucu Zehirler ve Cinsel Çılgınlıklar, Tekin Yayınevi, İstanbul, 1983.

KIZILYALIN, A.A. Uyuşturucu Zehirler ve Toksikomani , Oya matbaası İstanbul 1970.

KÖKNEL, Ö. Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul 1983.

KÖKNEL, Ö. İnsanlık Tarihi Boyunca Uyuşturucu Madde Sorunları, Gelişim Yayınları Çelikkilt Matbaası, İstanbul 1976.

ÖGEL, K. İnsan, Yaşam ve Bağımlılık – Tartışmalar ve Gerçekler, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 2001 İstanbul.

ÖZDEN, S. Y. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis Tedavi Tedbir – Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1992.

ÖZER, S. Uyuşturucu Maddeler ve Problemleri, Güzel İstanbul Matbaası Ankara, 1956.

ÖZTÜREL, A. Adli Tıp , Olgaç Matbaası, Ankara 1983.



SÜTLÜPİNAR, N. Bitkisel Uyuşturucular ve Uyarıcılar, Türkiye’de Uyuşturucu Madde Sorunları, Rem Matbaacılık, İstanbul,1997.

TEKALAN, Ş. A. Çağın Ölüm Tuzakları, Altınburç yay. , İzmir, 2006.

TOMUŞ, H.L. Uyuşturucu Uyarıcı ve Hayal Yaratıcı Maddeler, Omaş Ofset, Ankara 1990.

### **Raporlar**

Emniyet Genel Müdürlüğü- Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 1995 Yıllık Raporu.

Emniyet Genel Müdürlüğü- Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2000 Yıllık Raporu.

Emniyet Genel Müdürlüğü- Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2001 Yıllık Raporu.

Emniyet Genel Müdürlüğü- Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2003 Yıllık Raporu.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA), 2005 Yıllık Raporu.

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi (EMCDDA) 2006 Yıllık Raporu.

WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Yıllık Raporu.

Uyuşturucu ve Kimyasal Maddeler, Başbakanlık Gümrük Müsteşarlığı, Gümrükler Muhafaza genel Müdürlüğü, Ankara, 2003.

Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Eğitim ve Toplumsal Girişimle Madde Kullanımının Önlenmesi- Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması –UNODC-2003.

Uyuşturucu ve Psikotrop İlaç Düzenlemeleri Semineri, 20 Ocak 1986, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Ankara.

VARDARLI, T. Kaçakçılık Mevzuatı, Muğla:Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü,1998.

2007 Annual report on the state of the drugs problem in Europe.

### **İnternet Kaynakları**

[www.aile.gov.tr](http://www.aile.gov.tr) Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.

<http://www.kirklareli.pol.tr/uyusturucu.asp>., 07.04.2007.

<http://www.gumruk.gov.tr>, 10.11.2006.

<http://www.kirklareli.pol.tr/uyusturucu.asp>., 07.04.2007.

### **Diğerleri**

POYRAZ, R. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Adli Tıp Adli Kimya ve Adli Toksikoloji Yüksek Lisans Tezi, 1999.

AYDINALP, K. Gençliğin Ruhunu Kemiren Uyuşturucular, Bilim ve Teknik, Ocak 1988, Cilt 21, Sayı 242.

Meydan Larousse-Büyük Lugat ve Ansiklopedi.

Hülya Güven, Gençlerde Bağımlılık, Gençlik ve Uyuşturucu Madde Alışkanlığı, Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1987.