

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI VE YENİ BAĞIMLILIK TÜRLERİNİN ARAŞTIRILARAK BAĞIMLILIĞIN NEDENLERİNİN VE ALINACAK TEDBİRLERİN TESPİT EDİLMESİ MAKSADIYLA KURULAN MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU TUTANAK DERGİSİ



3'üncü Toplantı
31 Ocak 2018 Çarşamba



(TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı tarafından hazırlanan bu Tutanak Dergisi'nde okunmuş bulunan her tür belge ile konuşmacılar tarafından ifade edilmiş ve turnak içinde belirtilmiş alıntı sözler aslına uygun olarak yazılmıştır.)

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa

I.- GÖRÜŞÜLEN KONULAR

II.- SUNUMLAR

- 1.- Profesör Doktor Nevzat Tarhan'ın, genel anlamda bağımlılık, bağımlılık politikalarının ve stratejilerinin belirlenmesi hakkında sunumu*
- 2.- Profesör Doktor Berna Diclenu Uluğ'un, madde bağımlılığının mekanizmaları, nasıl oluştuğu, tanı ölçütleri hakkında sunumu*
- 3.- Profesör Doktor İsmet Çok'un, uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni madde bağımlılıkları hakkında sunumu*
- 4.- Doçent Doktor Okan Cem Çırakoğlu'nun, bağımlılıkla ilgili psikososyal etkenler hakkında sunumu*

5.- Uzman Psikolog Tamer Numan Duman'ın, uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisinde psikolojik müdahaleler hakkında sunumu



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI VE YENİ BAĞIMLILIK TÜRLERİNİN ARAŞTIRILARAK BAĞIMLILIĞIN NEDENLERİNİN VE ALINACAK TEDBİRLERİN TESPİT EDİLMESİ MAKSADIYLA KURULAN MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU

3'üncü Toplantı
31 Ocak 2018 Çarşamba

I.- GÖRÜŞÜLEN KONULAR

TBMM Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak Bağımlılığın Nedenlerinin ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu saat 11.22'de açılarak iki oturum yaptı.

Profesör Doktor Nevzat Tarhan tarafından, genel anlamda bağımlılık, bağımlılık politikalarının ve stratejilerinin belirlenmesi,

Profesör Doktor Berna Diclener Uluğ tarafından, madde bağımlılığının mekanizmaları, nasıl oluştuğu, tanı ölçütleri,

Profesör Doktor İsmet Çok tarafından, uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni madde bağımlılıkları,

Doçent Doktor Okan Cem Çirakoğlu tarafından, bağımlılıkla ilgili psikososyal etkenler,

Uzman Psikolog Tamer Numan Duman tarafından, uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisinde psikolojik müdahaleler,

Hakkında birer sunum yapıldı.

Komisyon gündeminde görüşülecek başka konu bulunmadığından saat 17.02'de toplantıya son verildi.

31 Ocak 2018 Çarşamba

BİRİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 11.22

BAŞKAN: Yılmaz TEZCAN (Mersin)

BAŞKAN VEKİLİ: Kerem Ali SÜREKLİ (İzmir)

SÖZCÜ: Gökçen ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya)

KÂTİP: Lütfiye İlksen CERİTOĞLU KURT (Çorum)

BAŞKAN – Değerli hocalarım, değerli Komisyon üyeleri, basınımızın kıymetli mensupları; uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni bağımlılık türlerinin araştırılarak bağımlılığın nedenlerinin ve alınacak tedbirlerin tespit edilmesi maksadıyla kurulan Meclis Araştırması Komisyonumuzun 3’üncü toplantısını açıyorum.

Toplantı yeter sayısı vardır.

Hocalarımıza da hoş geldiniz diyorum.

Bugün öğleden önce 2 bilim insanını dinleyeceğiz. Sayın Profesör Doktor Nevzat Tarhan ve Sayın Profesör Doktor Berna Diclener Uluğ hocalarımızı dinleyeceğiz.

Öncelikle hocalarımıza tekrar hoş geldiniz diyoruz. Bize vakit ayırdınız.

Uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni bağımlılık türlerinin araştırılmasıyla ilgili sadece uyuşturucu madde değil aynı zamanda internet ve teknoloji bağımlılığıyla ilgili de bir başlığımız var. Gerçekten günümüzün çok önemli konuları olduğunu biliyoruz. Daha önce de buna benzer bir komisyon toplanmıştı 2008 yılında. Çok önemli kararlar alındı. Bu kararlar neticesinde de on yıl boyunca çok önemli çalışmalar yapıldı, kanun teklifleri hazırlandı, genelgeler hazırlandı. Özellikle uyuşturucuyla mücadele konusunda ve ülkemizde uyuşturucu konusundaki farkındalığın yaygınlaştırılması noktasında önemli adımlar atıldığını biliyoruz. Biz de, inşallah, bu Türkiye Büyük Millet Meclisinde kurulan araştırma komisyonunun hazırlayacağı raporlar neticesinde de milletimiz için, ülkemiz için hayırlara vesile olacak birtakım kararların, sonuçların oluşmasına katkı sağlarız diye düşünüyorum.

Ben sözlerimi çok uzatmadan bugünkü oturumda öncelikle Üsküdar Üniversitesi Rektörü Sayın Profesör Doktor Nevzat Tarhan Hocamızı psikiyatri uzmanı olarak dinleyeceğiz.

Nevzat Hocamızı da uzun süredir tanıyoruz. Bu konularda çok önemli çalışmaları var ve hatta sağ olsun bize kitaplarını da hediye ettiler. İnşallah imzalı olarak da alırsak memnun olacağız.

Hocamızın bağımlılıkla ilgili bir kitabı var. Bu kitap için de çok teşekkür ediyorum.

Nevzat Hocam buyurun.

II.- SUNUMLAR

1.- Profesör Doktor Nevzat Tarhan’ın, genel anlamda bağımlılık, bağımlılık politikalarının ve stratejilerinin belirlenmesi hakkında sunumu

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Öncelikle davetiniz için teşekkür ederim.

Biz bağımlılıkla ilgili Berna Hocamla konuştuk. Aynı şeyleri tekrar etmemek için bağımlılığın mekanizmalarıyla ilgili ve nasıl oluştuğuyla ilgili konulara Berna Hocam girecek, ben daha çok genel bir bilgi verip daha sonra bağımlılık politikaları konusunda Türkiye’de ne yapıldı, Avrupa’da ne yapıldı, şu anda bağımlılık politikalarının ve stratejisinin belirlenmesinde hangi konumdayız, biz neler yapmalıyız, onunla ilgili daha çok bir perspektif sunmak istiyorum.

Şimdi, burada “bağımlılık” dendiği zaman şu resim bağımlılığın ne anlama geldiği konusunda çarpıcı olduğu için, onu vurgulamak istiyorum. Bu sol tarafta sağlıklı kişinin beyni sentetik amfetamin almayan, almamış ve serotonin üreten, beyin hücrelerinin sağlıklı çalıştığı kişi. Sağ tarafta da ecstasy aldıktan sonraki kişinin beynini görüyorsunuz. Beynin ön bölgesindeki bütün serotonin depoları boşalmış ve beyinin o bölgesinde serotonin azalmasına bağlı hasar var, ecstasy’nin hasar oluşturduğu beyin bölgeleri. Bu ancak madde almazsa üç hafta sonra normal hâle gelebiliyor, eski hâline gelebiliyor.

“Ecstasy” biliyorsunuz “kulüp hapi” olarak biliniyor. Ecstasy alan bir kişi ecstasy aldıktan sonra bütün gece dans ediyor, aşırı canlı ve enerjik oluyor fakat ertesi gün çok çökkün oluyor, depresif oluyor. Bir müddet sonra bırak canlı, enerjik, mutlu olmak için, artık normal olmak için madde almaya başlıyor. Yani alınan madde aslında beyinin plastisitesini etkiliyor, beyinin kimyasal yapısını etkiliyor, beyinde hasar oluşturuyor. Sürekli alınırsa da kalıcı hasar oluşturuyor. “Ottur, zararı yoktur.” halk arasında söylenen maddeler beyindeki bu veya buna benzer etkileri ortaya çıkarıyor. Beyinde ciddi olumsuz etkileri var, hasarlar var. Bunlar artık yeni teknolojilerle, nörogörüntüleme yöntemleriyle ölçülebiliyor. Bunu vurgulamak istedim.

Şimdi, “madde”, “madde kullanımı” denildiği zaman bir de şunu vurgulamak istiyorum: Hep “uyuşturucu” kelimesi kullanılıyor “madde” yerine. “Uyuşturucu” kelimesi alışılmış bir tabir ama daha çok bu uyuşturucu, arzı azaltma çabaları için önemli bir tabir. Yani polisin, güvenlik kuvvetlerinin kullandığı bir tabir. Gençler açısından “uyuşturucu” kelimesi riskli bir kelime. Kişi, diyelim bir genç bir şekilde bunalımda, kendini kötü hissediyor, uyuşuğum diye hissediyor o zaman hemen bir uyuşturucu alayım gibi bir etkiyle... Yani “uyuşturucu” kelimesini kullanmak maddeyi daha cazip hâle getiriyor. Bu nedenle, “uyuşturucu” kelimesini kullanmak... “Addiction” kelimesi Türkiye’ye uyuşturucu gibi çevrildi. Bu terminolojiyi kullanmamakta fayda var özellikle gençlerin ve yeni başlayacak kişilerin onunla ilgili algılarını düzeltmek için. Yanlış algılara sebep olmamak için bu “uyuşturucu” kelimesini kullanmamaya çalışacağım. Genellikle bunu, meslektaşlar da kullanmamaya çalışıyoruz, “bağımlılığı” daha çok kullanıyoruz.

Gençler kullandığı için... Gençlik dönemi şöyle bir dönem: “Ben kimim? Nereye yönelmeliyim? Niçin?” diye sorar genç. Şimdi, madde kullanım yaşı 10 yaşlarına kadar, 11 yaşlarına kadar düştü. Klinikte rastlıyoruz, az da olsa rastlanıyor. Ama dünyadaki istatistiklerde oldukça artmış durumda.

Şimdi, bu dönemde ergenliğe giren bir genç, “Ben kimim? Nereye yönelmeliyim? Niçin?” sorularını soruyor. Bu soruları sorduğunda genç bir kişiye kimlik arama davranışı var. Kimlik arama davranışı... Bu kimlik etnik kimlik olabildiği gibi cinsel kimlik de olabiliyor, diğer taraftan toplumsal kimlik de olabiliyor, aidiyet duygusu olabiliyor. Bu kimlik karmaşası yaşadığı dönemde bağlanma ihtiyacı var gencin. Bağlanma ihtiyacı içerisinde eğer zayıf aile ve kötü arkadaş varsa bir genç için, evde mutlu değil, güveneceği, bağlanacağı, sığınacağı bir liman da yok, böyle durumda madde bağlanma nesnesi hâline geliyor onun için ve maddeye bağlanıyor. Maddeyle o anda yalnızlığını gideriyor, o anda merak duygusunu gideriyor, o anda stresini azaltma tekniği olarak kullanıyor veya huzur da haz alma olarak kullanıyor. Şu anda varlıklı kişilerde madde kullanımının en çok rastlanan sebebi daha çok, daha fazla mutlu olmak için, daha fazla haz almak için. Bu özellikleri var.

Bir diğer taraftan baktığımızda, “Neden madde kullanıyor bir genç?” diye baktığımızda, işte merak duygusu -onun bağımlılık alt kültürü var- bağımlılık alt kültürüne mensup olması, akran baskısı burada önemli oluyor. Bu nedenle ergenlik döneminde, erken ergenlik döneminde madde bağımlılığıyla ilgili yapılan çalışmalar altın kıymetinde. 20 yaşından sonra yapılan bağımlılıkla ilgili çalışmalar -o altın kıymetindeyse- gümüş ve bakır kıymetindedir. Onun için bağımlılıkla ilgili farkındalık çalışmaları ve eğitim çalışmalarının asıl erken ergenlik döneminde, 10-12 yaş döneminde yapılmasının anlam ve değeri fazla. Hatta gençlik dönemine bazı psikologlar “normal şizofrenik dönem” diyorlar. Bizim halk arasında “delikanlılık” denilmesi bu nedenle oldukça anlamlı. Özellikle normal şizofrenik dönemde o ergenin sonunu düşünmeden hareket etmesi, ani kararlar vermesi, mantıktan çok hisleriyle hareket etmesi ergenlik döneminde bağımlılık gibi zevk tuzaklarına düşmesini kolaylaştırıyor. Yani bu nedenle ergenlik dönemi bağımlılık için normal risk grubudur. Normalde zayıf aile, işte parçalanmış aile bir risk grubudur, kötü arkadaş risk grubudur ama ergenliğin kendisi zaten normal risk grubudur. Eğer kolay erişilebilirliği olsa -ailesi çok iyi olduğu hâlde, arkadaşları çok iyi olduğu hâlde- kolay ulaşılabilirse genç onu rahatlıkla merakla, denemeyle, bir arkadaş tavsiyesiyle alabiliyor ve onu hissettikten sonra tekrar aynı zevki yakalamak için tekrar tekrar alıyor. Ben hatta hiç unutmam, üniversite birinci sınıfta bir genç, 18-19 yaşlarında madde kullanıyordu, esrar. Sen neden madde kullanıyorsun, ben merak ediyorum, yani ailen gayet destekliyor, aile de seviyor, sen de seviyorsun aileni, üniversiteyi kazandın, iyi konumdasın, neden madde kullanıyorsun, gerekçeni merak ettim dedim. “Ya ben dünyaya bir defa geldim, canımın istediğini yapmayacaksam niye yaşayayım?” dedi. Hiç unutmam. Bu, aslında şu anda modern yaşamın maddeye yönelmesinin bir örneği gibi. Her şeyi var kişinin fakat popüler psikolojide bu “Kaliforniya sendromu” diye söyleniyor. Kaliforniya sendromunda madde kullanımı artıyor. Bunun birinci semptomu hedonizm, zevkçilik. Zevk peşinde koşmayı yaşam amacı olarak gören bir yaşam felsefesi. İkincisi, ben merkezilik, egosantrizm. Ortalama, bir Amerikalıyı düşünün, beş gün çalışıyor, iki gün haftada eğleniyor. Yani bütün eğlence sektörünün olduğu yer Kaliforniya, eğlence endüstrisinin olduğu yer. Eğlenmeyi yaşam amacı gibi görüyor, eğlenmediği zaman kendini kötü hissediyor. Böyle bir yaşam felsefesi olan bir kimse işte çocuğu hasta olduğu zaman, eşi hasta olduğu zaman “Ben dünyaya bir defa geldim, canımın istediği gibi yaşayamayacaksam niye yaşayayım?” diyor, evliliğini bitiyor. Yahut da bir şekilde evliliğini bitirmenin dışında işte çocuğu hasta oluyor, “Devlet ilgilensin, kurumlar ilgilensin.” diye boşanıyor erken yaşta ve bakıyorsunuz, birçok sorunlar benmerkezciliğin sonuçlarında ortaya çıkıyor.

Hedonizm dedik, egosantrizm dedik. Üçüncü semptomu yalnızlık. Onun için geçtiğimiz günlerde dikkat ettiyseniz İngiltere’de yalnızlık bakanlığı kuruldu. Basına yansıdı. Bakanlığın kurulma sebebi: “Zaten İngiltere’de yalnız yaşayan 9 milyon insan var, bunlar evde sınırsız ve ölüyorlar, soğukta özellikle kışın sorun yaşıyorlar. Buna karşı çözüm arıyoruz.” diyerek yalnızlık bakanlığı tarzında bakanlık kurulmakta. Yani nüfusun yüzde 12’si civarında 9 milyon kişinin ve ileri yaştaki kişinin yalnız yaşaması. Aslında bu yaşam felsefesinin sonucu. Benmerkezciliğin yükseldiği toplumlarda insanların yalnızlaşması oluyor.

Dördüncü semptomda mutsuzluk ortaya çıkıyor. Mutsuzluk ve bağımlılık. Mutsuz olan kişi de olumsuz duygularını gidermek için stres azaltma tekniği olarak madde kullanmaya başlıyor. Bu nedenle bu modernizmle birlikte yaşam standartlarının artması, refah düzeyinin artması var fakat buna paralel ruhsal hastalıklar azalmıyor, artıyor. Bunun özellikle modernizm birçok şey kazandırırken bize aynı zamanda da bazı hastalıkların da bize yansıdığını gösteriyor. Yani sonuçta ergenlik dönemindekiler burada risk grubu. Ergenlik döneminde ön beyin gelişmemiş oluyor ergenlerde, frontal loblar daha olgunlaşmamış oluyor, dur-düşün-eyleme geç, dur-düşün-yap davranışını yapamıyorlar. Gençler bu özellikleri nedeniyle macera ve trajediyi tercih ederler. Frontal lobları, beynin ön bölgesi gelişmediği

için bu nahoş şeylerle uğraşmaktan hoşlanıyorlar gençler, melodramı komediye göre daha çok tercih ediyorlar. Özellikle aslında nöropsikolojik deneylerde deneklere mutlu ve üzüntülü resimler gösteriliyor. İkincisine anında daha kuvvetli tepki veriyor yani negatif görüntülere, tehlikeye, maceraya beyni daha çok tepki veriyor. Ergenin güçlü görüntülemesiyle görülebilir. İnsan da genellikle trajediyi tercih ediyor yani mutlu görüntüden çok heyecan ve macerayı tercih ediyor ve bu genç deneklerde daha yüksek çıkıyor. Bu nedenle genç deneklerin bu riski sevmeleri, heyecanı sevmeleri, maceraya tutkun olmalarının biyolojik bir arka temeli var, onları buna doğru itiyor.

Şimdi bağımlılıklarda -çok ayrıntıya girmeyeyim- sadece internet bağımlılığı en masum bağımlılık gözüküyor. Bunun ölçüleriyle kokain bağımlılığının belirtileri aşağı yukarı aynı çünkü ikisi de beynin ödül-ceza sistemini bozuyor. Hatta bağımlılığa yeni terminolojide “ödül yetmezliği sendromu” deniliyor. Yani kişiler ödüle doymuyorlar, ödül isteği daha çok oluyor. Bir aşırı zihinsel uğraş olması, devamlı bunu düşünmesi, istenilen keyfi almak için giderek daha fazla oranda internet kullanmak istemesi, internet kullanımını kontrol etme, azaltma, tamamen bırakmaya yönelik başarısız girişimlerinin olması, internet kullanımında azaltılması tamamen kesilmesi durumunda huzursuzluk, çökkünlük, yoksunluk belirtileri var. Aynı, madde kullanımında da yoksunluk belirtileri var. Burada bakıyorsunuz azaltma ve bırakma konusunda başarısız girişimler. Bugün bir saat oynayacağım yahut bugün bir iki kadeh alacağım diyor fakat bakıyorsunuz, başladıktan sonra durduramıyor yahut planlanandan daha uzun süre kullanıyor. Aşırı kullanıma bağlı okul, aile, iş, yani yaşam kalitesi bozuluyor, iş ve mesleğini aksatmaya başlıyor. Bir diğer belirti de internette kalma süresini artırmak için yalan söylemeye başlıyor ve son belirti de buna bağlı olumsuz duygularından uzaklaşmak için, rahatlamak için internete giriyor.

Aynı şey, bakın, rahatlamak için madde kullanmakla rahatlamak için internet kullanmak, internette daha çok kalabilmek için yalan söylemek, maddeyi daha çok kullanabilmek için yalan söylemek. Aynısı var çünkü internet de sanal etkenler de işte kumar da aynı şekilde, şans oyunları da aynı şekilde, siber oyunlar da aynı şekilde beyindeki ödül-ceza sistemini bozarak tıpkı diğer bağımlılık gibi bağımlılık yapıyor.

Şimdi, burada Avrupa Birliğinin bir... 2014'te Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu 800 küsur sayfalık bir rapor yayınladı. Herhâlde komisyonumuzda vardır. Onun için o rapordan söz etmeyeceğim. O raporda en önemli stratejide birincisi arzı azaltma, ikincisi talebi azaltma, üçüncüsü de zarar azaltma tarzında üç ana başlıkla mücadele öneriliyor. Şimdi arzı azaltmada daha çok güvenlik kuvvetlerinin yani narkotik birimlerinin rolü var. Çünkü narkotik birimleri bununla ilgili, arzla ilgili azaltmak için ciddi çalışıyor. Bütün dünyada çalışıyor. Hatta siyasete hükûmeti devirecek derecede bununla ilgili müdahaleler oluyor biliyorsunuz. Yani 1970'te Türkiye'de afyon ekimiyle ilgili süreçle 1980'lerde işte siyasi müdahaleler arasındaki nedensellik ilişkisini biliyoruz. Bu nedenle arzı azaltma mücadelesi çok zor bir mücadele. Bu mücadele bizim konumuz dışında ama bunun da devam ettirilmesi önemli.

İkincisi talebi azaltmayla ilgili. Bu talebi azaltma, benim Cumhurbaşkanlığı Denetleme Kurulu Raporu'nda gördüğüm en geliştirilmesi gereken konu. Talep neden çok, gittikçe artıyor, bununla ilgili neden ihtiyaç oluşuyor? Daha önceki kuşaklara göre daha fazla kullanım var istatistiklere göre. Talebi azaltmak için bununla ilgili yapılan çalışmalarda hep tedavi çalışması yapılıyor. Biliyorsunuz tıpta üç ayak vardır. Bir tedavi hekimliği, ikincisi önleyici hekimlik, üçüncüsü koruyucu hekimlik. Tedavi hekimliği hep maliyetlidir, külfetlidir, zordur, madde kullanımında da aynı şekilde. İşte AMATEM'lere yatırılıyor, birkaç hafta içerisinde, detoks yapılıyor, kişi rahatlıyor, çıkıyor, ondan sonra psikososyal rehabilitasyon gerekiyor. O da yetmiyor, mesleki rehabilitasyon gerekiyor. Bütün bu rehabilitasyonlar üç ay, altı ay sürüyor. Gelişmiş ülkelerde, bununla ilgili, kişilerin gündüz hastanesi gibi gelip gittiği ya

da sağlık köyü gibi gittiği, uzun, üç ay, altı ay kaldığı rehabilitasyon merkezleri var. Türkiye’de bu konu bir türlü gerçekleşemedi. Ben, neden bununla ilgili bir yasal düzenleme çıkmadı diye araştırıyorum. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında bir türlü bir mutabakata varılamamış. İran’da bile çok güzel rehabilitasyon merkezleri var, bizde yok. Rehabilitasyon merkezi olmadan bağımlı olan hastaların tedavisini ve topluma kazandırılmasını yapamayız. Yani şu anda bu çocuklar tedavi olduktan sonra -çünkü beyin hastalığı diyoruz- sokağa salınıyor, onun için mükerrer yatışları var devamlı ve başarısız tedavi girişimleri var. Bu nedenle yapılandırılmış bir rehabilitasyonun yapılması gerekiyor.

Denetimli serbestlik yasası çıktı 2005’te. Onun oldukça faydası oldu, şeyde de kullanılmaya başlandı. Denetimli serbestlik yasasında yalnız şöyle bir sorun çıktı. Denetimli serbestlikte bir idrar tahliliyle madde kullanıp kullanmadığı kontrol ediliyor biliyorsunuz. Madde kullanıyorsa eğer kişi, idrarında pozitif çıkarsa ya tedavi olacak ya cezaevine gidecek. Ahkâmı şahsiye mahkemelerinde alınan kararlar bu takibe alınıyor. Savcılık kararıyla bu takipte bu kişi madde... Şimdi laboratuvarlar bu maddeyi ölçemiyorlar. Yani klasik noble testi var. O testle bakıyoruz, yüzde 70-80 oranında ilacı kullandığı söyleniyor fakat yanlış pozitif, yanlış negatif çıkma ihtimali yüzde 20-30. Böyle olunca bir müddet sonra bunu öğreniyorlar, madde negatif çıktığı zaman “Kullanmadım.” diyor yahut da yanlış pozitif çıkıyor, kullanmadığı hâlde kullanıyor gibi çıkıyor. Doğrulama laboratuvarları gerekiyor bunun için. Şu anda biz İSTKA Projesiyle (İstanbul Kalkınma Ajansı Projesi) 2013’te bir doğrulama laboratuvarı kurduk, şu anda Üsküdar Üniversitesinde çalışıyor. İleri toksikoloji tarzında yani maddedeki nanogram büyüklüğündeki toksik maddeyi idrarda tespit edebiliyoruz. Şu anda onu yapabiliyor ama bu biraz külfetli bir laboratuvar, zor. Özel “LS-MS/MS” denilen ayrıntılı, maddelerin iyon yükünü ve kütüphanesini oluşturan bir sistem kuruluyor. İstanbul’da Pendik’te de Sağlık Bakanlığı kurdu onu şimdi. Fakat bu çok pratik olmadığı için denetimli serbestlik çalışmalarında artık idrar almamaya başladılar birkaç senedir. Böyle olunca da kişilerin sadece beyanına göre hareket ediliyor. Beyanında da zaten bu kişiler -hani kişilik sorunları yaşıyorlar- doğruyu söylemiyorlar. Bu nedenle denetimli serbestlik sistemi şu anda hiç yoktan iyidir ama iyi, verimli işlemiyor. Doğrulama laboratuvarlarıyla bunu ancak doğrulama, yaygınlaştırarak düzeltmek, yani bir revizyon gerekiyor.

Diğer önemli... Rehabilitasyon merkezlerinin kurulması dedik. İşte AMATEM’leri istediğimiz kadar açalım, isterseniz her kasabaya bir AMATEM açalım. AMATEM çözüm değil burada. Onun için denetimli serbestlik sisteminin etkin hâle getirilmesi ve rehabilitasyon yapılandırılmasının oluşturulması gerekiyor. Bu tedaviler, biraz önce söylediğim “harm reduction” dediğimiz zararı azaltmanın bir yöntemi, ikinci aşaması yani kişide tedavi sürecinde oluşan zararı en aza indirmeyle ilgili. İşte, ayaktan tedaviyle ilgili, özellikle morfin kullanımıyla ilgili ilaçlar var, kişiye kontrollü bir şekilde verilebiliyor, Türkiye’de de bunu SGK destekliyor, bu implant olarak cilt altına da yapılabilir. Bunlar işte zararı azaltma tedavileri ama benim gördüğüm, Türkiye’nin en çok ihtiyacı olan “talep azaltma” dediğimiz gençlerin ona isteğini azaltmak. Bunun için de bizim Üsküdar Üniversitesi olarak yaptığımız bir çalışma var, pozitif psikoloji çalışmaları. Pozitif psikoloji ve iletişim becerileri dersini biz rektörlük dersi olarak, zorunlu ders olarak lisans ve ön lisans öğrencilerine koyduk, 16 bin civarında öğrencimiz var. Ön test ve son testleri yaptık. Bu pozitif psikolojinin biliyorsunuz 2009’da ilk kongresi yapıldı. Pozitif psikolojinin topluma yansıyan adı “mutluluk bilimi” olarak geçiyor. Mutluluk biliminde şu öğretiliyor: Kişinin kendine öz bilinç kazanması, kendini tanıması, daha sonra öz yönetim, kendini yönetmesi, üçüncü ayağı olarak sosyal bilinç, yaşadığı sosyal dokuyu tanıması, dördüncüsü de ilişki yönetimi, insanlarla sağlıklı ilişki kurması. Bununla ilgili iletişim becerileri ve psikoloji dersleri koyduk. Bir arkadaşımız bunu ön test yaptı, on dört haftalık, bir dönemlik kredili ders; lisansta üç saat, ön lisansta iki saat. Dönemin sonunda son testlerini yaptık. Duygusal zekâlarının

yüzde 20 arttığını gördük burada ve çocuklarda, öğrencilerde şu var: İşte “Babamla aram düzeldi, madde kullanıyordum, bıraktım.” diyen çocuklar var, bunu Paris’te bir kongrede sundu bir arkadaşımız. Şimdi bu ders olarak devam ediyor, bu koruyucu ruh sağlığı etkili. Tedavi edici hekimlik külfetli dedik. Önleyici hekimlik var, önleyici hekimlik de risk gruplarını belirleyip erken tanı koymayla ilgili ama ondan daha önemlisi koruyucu hekimlik çalışmaları. Koruyucu hekimlik çalışmalarında hatta bu pozitif psikoloji çalışmalarına kanıt olmuş bir Duchenne Gülümsemesi var, size o gülümsemeyi gösterip size gülümsemenin önemini vurgulamak isterim.

Şimdi, bu dudak kenarlarında çizgilerimiz vardır, gözümüzün kenarında çizgiler var. Bu çizgilerin yüzde 50’si yukarı doğruysa ortalama sekiz buçuk yıl daha uzun yaşıyor bu kişiler, daha az boşanıyorlar, daha az sağlık sorunları ve bağımlılık sorunu yaşıyorlar bu Duchenne Gülümsemesi’yle. Aynaya bakılabilir gidince fakat burada...

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Hocam orayı bir daha baştan alalım mı?

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Öyle mi? Şimdi, dudak kenarlarında ve gözün iki tarafındaki çizgiler vardır hepimizin, onların yüzde 50’si yukarı doğruysa Duchenne Gülümsemesi var. Bu, Fransız bir psikoloğun bulduğu bir çalışma. Yalnız botoks yapanlar da bu şans yok, onu söyleyeyim. Bu kişiler daha az boşanıyorlar ve ortalama ömürleri sekiz buçuk yıl daha uzun. Şimdi, bu gülümseme ve mutluluk bilimiyle ilgili... Başarı mı mutluluk mu, buna bir cevap olarak düşünün.

Şimdi, Einstein’ı biliyorsunuz, Nobel Fizik Ödülü sahibi, çok yüksek zekâsı var, mükemmel keman çalıyor, satranç oynuyor, dâhi fakat duygusal zekâsı nasıl? İşte “duygusal zekâ” popüler bir tabir hani resmî terminolojide biz onu “duyguların eğitimi” olarak “emosyon regülasyonu” olarak tanımlıyoruz, daha kolay anlaşılın diye “duygusal zekâ” olarak. Einstein eşine evliliğinin 10’uncu yılında şöyle söylüyor: “Seninle evli kalmamı istiyorsan benden şikâyet etme, yemeğimi üç öğün düzenli olarak odama getir, benden dostluk ve yakınlık bekleme.” Eşine bunu söylüyor. Şimdi, bu gerçek. Einstein’a “Bunu niye söyledin?” diyorlar. Bazıları “Bunu bilerek söyledi, kovmak, uzaklaştırmak için söyledi, onurlu bir kadın da zaten kabul etmez bunu, bıraktı.” diyorlar. Şimdi, ama sonuçta IQ’su 150-160 olan birisi böyle bir şey yapıyor, yalnız yaşıyor daha sonra. Şimdi, başarılı ama mutlu değil. Şimdi, belki Einstein’ın bağımlılık sorunu yoktu ama bu tarzda olan kişilerin hayatının son kısmında tek dostu bağımlılık oluyor, madde oluyor. Bu nedenle yalnızlık burada en önemli sorun. Onun için şu anda ABD’de özellikle sosyal beyin çalışmaları, duygusal beyin çalışmaları çok fazla. Yani sosyallik üzerine, dikkat ederseniz sosyal iş birliği üzerine çok fazla çalışma ve yayın, bilimsel çalışmaları görüyorsunuz çünkü yalnızlığın kötü sonuçları görülmeye başladı. Yalnızlığın sonuçlarından birisi de maddeye yönelmesi. Bu, çocuklar, gençler için de önemli. Yalnızlık ve mutsuzluk iki önemli sebep. Bir diğeri de -ilk söylediğim gibi- “hedonizm” yani zevkçilik, beklentinin yüksek olması. Beklenti seviyesi yükseldi çağımızdaki insanlarda, zevk beklentisi. Ve üzerinde durulması gereken diğer bir sebep de şu tüketim ekonomisi. Yani, tüketim çılgınlığı bağımlılığı besliyor. Yani, modernizmin getirdiği hızlı yaşantı, sosyal hareketlilik, ekonomik hareketlilik tüketim beklentisini artırdı insanların. Yani, daha önceki insanlar 1 şeye muhtaçken şimdi bu 20 şey olacak. Yani, şimdi, diyelim ki insanlar şu anda on sene kıyafet almasa giydiği kıyafetler ona rahatlıkla yetebilecekken her sene kıyafet almaya devam ediyor. Bunun gibi kapitalist sistemin üretimi artırmak için tüketimi teşvik etmesi, tüketimi teşvik ederken haz duygusunu ön plana çıkarması. Bu nedenle 2000 yılında ve 2017 yılında iktisat ödülleri psikolojik davranış iktisatçıları aldı ve psikoloji kökenli kişiler aldılar. Bunun sebebi de alışveriş davranışında, harcama davranışında kişi temel ihtiyaca göre değil, haz aldığı, sevdiği alana yatırım yapıyor, kişi takdir edilme duygusuyla daha çok yatırım yapıyor, güven duygusuyla daha çok alışveriş yapıyor, hazzını tatmin için, zevk için daha çok alışveriş yapıyor. Bu nedenle, bu kişinin hazlarını yönetememesi, bu dönemde

zevklerini, duygularını, arzularını yönetememesi modern insanın bağımlılık konusunda riski yükseltti. Bu nedenle, aslında madde bağımlılığının öncesi tüketim bağımlılığı. Bu nedenle, gençlere ilkökul seviyesinde, tasarruf öğretmek demiyorum bakın “tasarruf” hani soğuk bir tabir, harcamanın zevki varken tasarrufun disiplininden bir çocuk rahatsız olur, onun yerine kaynak yönetimini öğretmemiz yani çocuklara kaynak yönetimi, işte, girdi kontrolü, çıktı kontrolü ve biriktirebilme, kaynağını akıllıca kullanabilme... Yani, çocuklara kaynak yönetimini öğretirsek, bütçe yönetimini öğretirsek on yaşına kadar, para yönetimini öğretirsek bu çocuk zevklerini de yönetmeyi öğretiyor, arzularını da yönetmeyi öğreniyor, madde kullanma konusunda dürtü denetimini daha sağlıklı yapıyor. Bu nedenle, dürtü kontrolünü sağlamak için psikolojik kaynaklarını yönetmeyi de çocuğa öğretmek gerekiyor. Çocuğa tarih öğretilim, coğrafya, fizik, kimya öğretilim ama hayatı da öğretelim. Yani akademik başarısını önemsiyoruz ama hayat başarısını önemsemiyoruz. Şu anda eğitim sistemimizin en büyük zayıf tarafı bu. Japonlar buna karşı ne yapmışlar? Japonlar bunu gördükleri için, aşağı yukarı 60’lı yıllarda şuna karar veriyorlar: Eğitimin ilk beş yılında çocuklara kültür şoku yapıyorlar. Yani ilk beş yılında kendi kültürlerini yoğun bir şekilde öğretiyorlar ve kendi tasarruf alışkanlıklarını, kaynak yönetimini, o disiplini, kültürel standartlarını, etik standartlarını öğretiyorlar. Çocuk bunları ilk beş yılda yani 10 yaşından önce olursa öğreniyor, 10 yaşından sonra artık geç kalıyor. Bunu öğretiyorlar, ondan sonra bilimi, teknolojiyi öğrenmesini ikinci aşamaya bırakıyorlar. Bu nedenle, biz burada bağımlılıkla ilgili mücadeleyi, özellikle talep azaltma mücadelesini, koruyucu ruh sağlığı mücadelesini ilkökul denetimindeki bununla ilgili kültürel standartları geliştirerek yapabiliriz. Bunu yapabilirsek ancak sonuç alabiliriz. Bunun için bunları vurgulamak istedim.

Burada ayrıca -çok fazla uzatmadan- Avrupa Bağımlılık Raporu var. Şimdi, bu Avrupa Birliğinin 2005’te çıkardığı rapor fakat bu “Drug, Drug Addiction Report” diye geçiyor fakat Türkçe’ye çevirirken “Uyuşturucu” diye çevirmişiz. Halbuki “drug”un karşılı “madde”dir. “Madde ve Madde Bağımlılığı Raporu” yerine –“MCDD” yazıyor orijinalinde- “Uyuşturucu Sorunları” diye çevrilmiş. Bu nedenle bu uyuşturucu sorunlarını sorgulamakta fayda var.

Şimdi, burada bazı slaytlar göstermek istiyorum. Şimdi, Ulusal Uyuşturucu Stratejileri ve Eylem Planı’nda Bulunurluk ve Kapsam. Şimdi “Birleşik yasal ve yasa dışı uyuşturucu stratejisi, ulusal uyuşturucu stratejisi yok.” diyor. Bu ülkelerde ulusal uyuşturucu stratejisi yok. Türkiye, yasa dışı uyuşturucu stratejisi olan bir ülke olarak geçiyor burada yani İngiltere, İspanya gibi. Bu yasa dışı için var yani yasa dışısını önlemek için stratejisi var ama koruyucu stratejisi yok Türkiye’nin, burada onu gösteriyor. Koruyucu stratejisi olan Almanya, Fransa, Kuzey Avrupa, İskandinav ülkelerinin hem yasal hem yasa dışı stratejisi var ama biz sadece yasa dışıyla ilgili düzenleme yapmışız yani kişiler bağımlı olmasın diye strateji yapmamışız Türkiye’de. Burada Avrupa Birliğinin 2015 Raporu’nda bize verilen verilere göre “Sağlık Üzerine Kamu Harcamalarının Tahmini Toplam Büyümesi” olarak geçiyor. Türkiye’ye bakalım, Türkiye burada sıralamada yok maalesef. Bu rapor Komisyonunuzda vardır muhtemelen ama arzu ederseniz bırakayım ben. Avrupa Birliğinin... Çünkü Amerika’yı yeniden keşfetmeye gerek yok, bu bile bize birçok verileri veriyor, Avrupa’daki karşılaştırılmış verileri gösteriyor. Şimdi, aynı şekilde ayakta tedavi gören hastaların istatistiği veriliyor burada, genel akıl sağlığı hizmeti, onun içerisinde bağımlılığın ve hapisshane olanların oranları veriliyor. Çoğu uyuşturucu tedavisi ayakta tedavi şeklinde, görüyorsunuz. Afyon türevleri, amfetamin, esrar... Esrar kullanımı burada ilginç, dünyada ve Avrupa’da yüzde 60 gibi bir oranda, onu şurada görebiliriz, şu istatistikte. Uyuşturucu kullanımının çoğu esrarla ilgili yani şu mavi kısım esrarla ilgili. Bütün Avrupa’da en çok kullanılan uyuşturucu ve uyuşturucuda işte “Ottur, zararı yoktur.” diye bilinen esrar genellikle en yaygın, en ulaşılabilir olduğu

için -rahatlıkla saksıda yetiştirebiliyorsunuz ve o kişinin yetiştirdiği haftalarca ona gidebiliyor saksıda- bu nedenle esrar üzerinden bağımlılık politikalarını yürütmek çok daha önemli çünkü yüzde 60 gibi bir kullanım bağımlılıkla ilgili.

İsterseniz burada şu slaytla bitireyim, daha sonra soru-cevap kısmına geçince cevap veririm. Bu slayt şu açıdan önemli: Avrupa ülkelerinde esrar kullanıcılarına yönelik uzmanlaşmış tedavi programlarının varlığı. Şimdi Türkiye’de sadece genel madde tedavisi var, esrara özel tedavisi yok yani esrara özel tedavi şu ülkelerde var... Bu nedenle, sadece esrara özel tedavi politikasının bizim Türkiye’de de geliştirilmesi önemli, bu rapordan ortaya çıkan bu. Daha yaşlı uyuşturucu kullanıcılarına yönelik hedeflenmiş programlar... Bu konuda algılanmış ihtiyaca rağmen burada Türkiye en az, ileri yaştaki uyuşturucu kullanımı konusunda hedeflenmiş programı yok ama mesela İngiltere’de, Almanya’da ileri yaşta kullanım sıklığı daha yüksek olduğu için oraya politika yapmışlar, Türkiye’de daha çok genç yaş sorunu şeklinde ama ileri yaş sorunu hâline Almanya ve İngiltere’de gelmiş bu artık. Yani madde kullanımı demek ki sadece genç yaştaki sorunu değil, önümüzdeki yıllarda eğer böyle giderse ileri yaşta da bu damar içi uyuşturucu kullanımı ve HIV enfeksiyonları... Bulaşma da en önemli şey çünkü HIV enfeksiyonu AIDS’in yayılmasının en yaygın olduğu alan burada. Bu konuda, Türkiye’de HIV enfeksiyonu konusunda Türkiye istatistiğe girmemiş yani iyi durumdayız o bakımdan herhâlde.

Evet, yani bunun gibi ben daha ayrıntıya sorularınızla girmek istiyorum. Bu şekilde özetledim.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Sayın Profesör Doktor Nevzat Tarhan Hocamıza bu güzel sunum için çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten zevkle dinledik. Aslında daha uzun süre dinleyebilirdik ama süremiz kısıtlı olduğu için. Ardından Berna Hocamızı dinleyeceğiz. Berna Hocamıza geçmeden önce, Nevzat Hocamızla ilgili, yapmış olduğu konuşmalar ve sunumla ilgili önemli notlar aldık. Ben önce sorusu olan arkadaşlar varsa onların sorusunu alayım. Bir on beş dakika soru-cevap kısmına geçelim.

İlksen Hanım, buyurun.

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Hocam, teşekkür ediyorum ben de, hem katılımınızdan hem sunumunuzdan dolayı.

Şu ara çok popüler, bonzainin bağımlılık yaptığı konuşuluyor ama esrar hâlâ devam ediyor mu? Bu ekimiyle ilgili kontroller olduğunu biliyorum. Bunda neredeyiz? Tedbir olarak da yapılması gerekenleri ayrıca sormak istiyorum. Neredeyiz, neyimiz eksik?

Bir de bu talep azaltma ve koruyucu hekimlik olmazsa olmazımız. Siz de buna çok güzel değindiniz. Denetimli serbestlik ile doğrulama laboratuvarlarını veya başka bir testin bu denetimli serbestlikte kullanılması gibi bir modeliniz varsa biz de hani bu proje çerçevesinde ya da bu komisyon çerçevesinde bunu araştıralım. Bir şeyi bir kerede yapalım. Hani bir daha yapıp bir daha doğrulama ya da başka bir şey... Araştırılması gereken bir yer varsa araştıralım. Sizin varsa çalışmalarınız onlardan faydalanalım siz de uygun görürseniz.

Teşekkür ediyorum tekrar size.

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Sorunuzun o birinci kısmındaki esrar kullanımı yaygın. Tabii, bunun içerisinde sentetik esrarları da dâhil etmek gerekiyor. Şimdi, sentetik esrarlar biliyorsunuz bu özellikle hızla molekül değiştiriliyor ve molekül hızla değiştirdiği için aynı esrara benzer etki yapıyor. Beyinde esrarla ilgili reseptörlere bağlandığı için “sentetik esrar” deniliyor. Fakat etkisi esrara göre çok daha şiddetli. Biz artık esrar değil daha çok kliniklere şimdi bu madde kullanımına bağlı psikozdan yatırıyoruz yani şizofreniye benzer tablo ortaya çıkıyor. Hatta son zamanlarda bu banyo tuzu gibi Türkiye’ye de girdi o. Biliyorsunuz zombi gibi yapıyor tarzında, kişiyi ciddi bir şekilde öldürecek

derecede aldığı hâlde farkında olmuyor kişi. Kişiyi tamamen bloke ediyor beynine. Bu sentetik esrar sık... Piyasaya yeni bir molekül sürüyorlar. O molekülün standardını bulup o molekülü bilgisayarlara tanıtip, cihaza tanıtip ölçümünü yapmak gerekiyor. Bunun için beş altı ay bir zaman geçiyor. Bu beş altı ay içerisinde bu madde satılıyor piyasada ve biz cihazlarla ölçemiyoruz bunu. Ölçemediğimiz için de kişiler almamış gibi oluyorlar. Sonra, beş altı ay sonra yeni bir molekül üretiyor. En son şu anda bizim ileri toksikoloji merkezinde şu anda 22 tane sentetik cannabinoid standardımız oluştu. Yani ilk başladığımızda 7 taneydi. Adli tıpta bile 5 tane vardı. Daha sonra şu anda artırdılar mı, bilmiyorum yani bunu biz yasal olarak alamıyoruz, piyasada satılıyor. ABD’deki bir merkezden istiyoruz, onun standardını programa tanıtmak gerekiyor, tanıtıyoruz. Tanıttıktan sonra onunla kütüphanesinde cihazın o kişi alıp almadığını cihaz oradan referansla tespit ediyor. Bu beş altı aylık süre. Bu nedenle bu şu anda kimya mühendisliği burada ciddi bir bilimsel destek veriyor bu illegal endüstriye, yasa dışı madde kullanmayla ilgili endüstriye veriyor. Yani bu mücadelede ve gençler en çok bunu da ve çok ucuz bulunuyor, merdiven altı üretilabiliyor. Esrar gibi dikim bile gerekmiyor, sentetik olduğu için çok kolayca üretiliyor. Şu anda esrar kapsamında, hatta bu kokain yerine geçtiğine dair, eroin yerine geçtiğine dair... Onun yerine bunu kullanmaya başladı birçok genç. Yani kokaine alışanlar kokaini bırakamıyor kolay kolay çünkü onun verdiği doyumunu hiçbir şey vermiyor, bırakamıyorlar ama yeni başlayanlar, standart, klasik esrar kullananlar sentetik esrarı çok rahat kullanıyorlar. Onunla mücadele bunun için –sorunuzun ikinci kısmı da burada- özel cihaz gerekiyor onun için. O “LC-MS/MS” diye kendi kendine doğrulamayı yapıyor yani likit kromatografi (MS) yani kütle spektrometresi yapıyor. Yani o şeyin, iyon yüküne kadar bir DNA nasıl yüzde 99,9 gibi doğrulukla veriyorsa bu da maddeyi o derece doğrulukla veriyor. Yani onun için biz sistemi kurduktan sonra uzun süre doğrulama çalışmaları yaptık şöyle ve onun üzerinde hatta dış akreditasyon aldık kendi şeylerimizi bir dış laboratuvara gönderdik resmî olarak. Orada da maddeyle ilgili bizim aldığımız verilerde bizim bulduğumuz oranı onlar da buldular. Ondan sonra akredite aldı TÜRKAK’tan laboratuvarımız. Yani bu şekilde bir laboratuvar ama şu anda o 3-4 kişi onunla çalışıyor. Bir biyokimyacı profesör arkadaş var, kimya mühendisleri var, çalışıyorlar. Bu laboratuvarı sürdürülebilir kılmak kolay değil. Onun için bir de maliyeti de yüksek. Mesela, oradaki bir cihaz 300 bin dolar. Bizde iki cihaz var. Şimdi yedekli gidiyorsunuz ama bu olmadan da kimseye bağımlı veya bağımlı değil denilemiyor. Yani kullandı veya kullanmadı kesin denilemiyor. Acil durumlarda o idrar testiyle bakabiliyoruz yani yüzde 80 doğrulukta ama aynı zamanda idrarı doğrulama laboratuvarına da gönderiyoruz. Orada kesin çıktığı zaman hasta itiraz etmiyor, hasta yakınları.

Şimdi, o doğrulama laboratuvarlarında denetimli serbestlikte şöyle bir sıkıntı da yaşandı: Kişi gidiyor, kullanmıyor, yakalanmış daha doğrusu, denetimli serbestlikte kişide yakalanmış. Yakalandığı zaman eğer idrarında çıkarsa kullanıcı olduğu için cezayı az alıyor ya da ceza almıyor denetimli serbestliğe gönderiliyor. Üzerinde kokain ya da esrar yakalanmış birisi idrarında çıkmazsa “Sen satıcısın.” deyip en ağır ceza alıyor. Hâlbuki kişi kullanıcı fakat yanlış negatif veriyor test. Test yüzünden kişi kullanıcı olduğu hâlde satıcı zannediliyor. Yani böyle şeyler de oluyor. Onun için bir avukatın eline bu düştüğü zaman da mahkeme gidiyor, bunu “Bak bu raporlar yüzde yüz doğru değil.” diye kişinin hakkında yasal işlem yapılamıyor. Bu nedenle, doğrulama laboratuvarı zorunlu şu anda ama bu tabii, çok yaygın kurulacak bir laboratuvar değil. Yani bir yerde kurulur, belki cihazlar artırılır. Onun için İstanbul’da sadece bir tane kurulu. O idrar alınıp oraya götürülüyor. Sonuç geliyor zaten. Yani bu şekilde bunlara belli merkezlerde yetki verilmesi, doğrulama laboratuvarı yetkisi... Sağlık Bakanlığının çalışması var. Onların yapılması yeterli olur. Bu nedenle doğrulama laboratuvarlarının şey yapılması, artık verimlilik ilkesine göre yaygınlaştırılması bu mücadelede önemli, onu söyleyebiliriz.

BAŞKAN – Teşekkürler Hocam.

İlhan Bey, buyurun.

İLHAN CİHANER (İstanbul) – Hocam, sunum için teşekkür ediyorum.

Özellikle esrarla ilgili anlattıklarınızla bağlantılı bir şey söylemek istiyorum. Dünyada sanki bazı ülkelerde esrarın geçiş maddesi olduğu noktasında bir ortak fikir yok ve dolayısıyla bazı ülkelerde de serbest bırakılması gibi çok güçlü tartışmalar yapılıyor. Hatta uyuşturucudan bizden daha çok çeken ülkelerde de böyle bir trend görülür hâlde. Bunun mantığı nedir? Yani hangi dinamikler bu ülkeleri bu hâle getiriyor? Ben yanlış tartışmalar aklımda kalmamışsa işte suç olarak tanımladığınız zaman geçiş maddesi değildir bu, suç olarak tanımladığınız zaman kriminal bir dünyaya itmiş oluyorsunuz insanları, büyük bir rant var ve serbest bırakıldıkça aslında daha tehlikeli sentetik uyuşturucuların kullanımı azalıyor. Bu bakışı nasıl değerlendiriyorsunuz? Yani çok fazla böyle bu işe kafa yormuş, uyuşturucuya ilk baştan böyle kalıplarla yaklaşan, insanların hiç beklemediği kişiler bile bu fikirleri savunabiliyor. Bu konuda biraz aydınlatır mısınız?

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Ben sorunuz için teşekkür ederim.

Şimdi, bu gerçekten önemli bir tartışma alanı. Bu konuda uzmanların da kafası karışık.

İLHAN CİHANER (İstanbul) – Çok zaman kaybolmasın diye... O kadarki sigaranın daha büyük bir sorun olduğunu söylüyorlar. Sigaranın içerisinde bağımlılık yapan ve daha zararlı ama çok büyük bir pazar olduğu için sigaraya güç yetmiyor, sigara tekellerine ama orada öyle bir sorun var deniliyor. Çok özür...

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Esrar medikal marihuana olarak geçiyor yani tıbbi esrar olarak geçiyor. ABD’de bazı eyaletlerde, Kuzey Avrupa ülkelerinde, İskandinav ülkelerinde, Norveç’te, Hollanda’da, oralarda satılıyor bu. Kişinin ayda diyelim ki 100 gram kadar alma hakkı var. Gidiyor dükkâna ya da eczaneye alıyor, kimliğini veriyor, adresini veriyor, o hakkı kadar alıyor. Madde kullanan kişilere bunu veriyor. Bir de medikal marihuana var. O reçeteyle veriliyor, gramla veriliyor. Bunu kullanma olarak kişinin tıbbi amaçla, mesela kanser ağrısına iyi geldiği biliniyor, kanser ağrısını en çok kesenlerden birisi. Bazı ağrı kesici gibi kullanıldığı alanlar var. Bazı, işte, nevrâlji gibi, bazı nörolojik hastalıklarda kullanılıyor. Yani onun için medikal kullanım alanı var ama bunun muhakkak hekim denetiminde kullanılması lazım. Fakat hastalar ya da insanlar şöyle düşünüyor: “Zaten esrar serbest, niye içmemi istemiyorsun?” diyor gençler geliyor. “Zaten Amerika’da, Avrupa’da bazı yerlerde satılıyor. O hâlde bırakın ben de içeyim” diyor.

İLHAN CİHANER (İstanbul) – Serbest olarak bizim duyduklarımız tıbbi esrar için mi?

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Tıbbi esrar için. Ayrıca, tıbbi esrarın dışında “harm reduction” dedikleri yani zararı azaltmak için. Yani kişi kokain, eroine gideceğine biz kontrollü bir şekilde esrar satalım, verelim onlara bu esrarla aynı şekilde, mesela morfin türevi ilaçlar da veriliyor. Belli bir merkezler var, oraya giriyor kişi, ona tahsis edilen miktar kadar alıyor. Buprenorfin gibi ilaçlar alıyor, onunla kısmi rahatlıyor ama gidip de yasa dışı almaktansa ona yasal olarak veriliyor. O rastgele yasa dışı kullanıp da kaybetmektense onu kontrollü bir şekilde daha az bir zararla götürelim diye... Az zararla götürmek için... Bu aslında buna itiraz edenler şöyle diyor: “Başaramadığınız için kabulleniyorsunuz.” tarzında. Öyle diyorlar. “Başarısızlığı için bir acziyet işaretidir bu.” karşı tezde olanlar. Bir tezde olanlar da “Bu da bir yöntemdir.” tarzında savunuluyor. Şu anda sonuçlarını göreceğiz zaman içerisinde. Başka bir, yeni büyük bir, özellikle bununla ilgili ABD’deki çalışmalar... Hatta ben onu da vurgulamak isterim. Daha önceki Cumhurbaşkanlığı Denetleme Kurulunun raporuna da onu sunmuştuk. Burada bağımlılıkla ilgili bir kurum kurulması önemli. Mesela, Amerika’da (NIDA) National Institute Drug Addiction tarzında ayrı bir enstitü var. O enstitü bütün bağımlılık politikalarını belirliyor, araştırmalarını

yapıyor, sosyal çalışmaları yapıyor yani her şey tek elden yönetiliyor, politikaları. Türkiye’de bununla ilgili BDDK gibi bir kurum kurulması gerekiyor, TMSF gibi bir kurum kurulması gerekiyor ve bu kurumun bu politikaları yürütmesi gerekiyor. Çünkü 2014’te rapor var, 2012’de var.

Şimdi, ESPAD çalışması var. Nesrin Dilbaz Hocamız var. O, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının bir projesi var, şu anda bitirmek üzere, 16 yaş grubunda ESPAD Projesi. 16 yaş grubundaki gençlerin madde kullanma ve internet kullanma alışkanlıklarını tespit eden bir proje bu. On üç sene önce yapılmıştı, tekrar ilk defa şimdi yapılacak, bitmek üzere. O da bize on-on iki sene öncesine göre bir kıyaslama verecek.

Bunun için, madde kullanımının yaygınlığında maddeyle ilgili algılar çok önemli sizin söylediğiniz. Esrarı devalüe eden, “Esrar zararsızdır.” diye yaklaşanlar teşvik edici oluyor. Avrupa Birliğinin bu 2015 raporu esrarı ciddi şekilde sanık sandalyesine oturttu. Ama biz bağımlı olan kişileri suçlu olarak görmeyeceğiz, onları hasta olarak görmeliyiz. Yani onları suçlu olarak gördüğümüz zaman zaten onların beyin kimyası bozulmuş, nöroplastisiteleri bozulmuş, bu beyin hastalığı. Onlar tedavi edilmesi gereken kişiler yani ahlaki zaafı olan, suçlu olan kişiler değil. Bu nedenle, onlara biz hasta olarak yaklaşıp daha sonra sosyal rehabilitasyonlarla onları kazanma planlarını yapmamız gerekiyor. Onu bir suçlu gibi hemen cezaevine atma tarzındaki yaklaşım bilimsel yaklaşım değil. O nedenle, esrar konusunda da bu kafa karışıklığı zamanla daha netleşecek yani.

O konuda Berna Hocamın da Başkanımız izin verirse bir...

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Ben de cevap verebilir miyim bu soruya...

BAŞKAN – Buyurun Hocam.

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Şimdi, bu, önemli bir konu gerçekten.

Medikal marihuana farklı bir şey, tıbbi esrar kullanımı, o başka bir kategoride, bir de geçiş maddesi olarak yani dediğiniz gibi buradan esrar yasa dışı olursa diğer yasa dışı maddelere geçit sağlar diye yani Hollanda’nın... Ama Hollanda’nın tabii çok ciddi bir ticari kazancı var bunun üstünden. Fakat ben hep derslerde de bunu konuşurken öğrencilerle de bunu paylaşıyorum, Jim Van Os diye bir araştırmacı var ve bu araştırmacı Hollandalı bir psikiyatrist ve araştırmacı. Jim Van Os çok iyi bir araştırmacı. Bütün kariyerini esrar psikozları üzerine yaptı.

Esrar -az önce Nevzat Hoca’nın dediği gibi- ya bunu yasal yapalım, o zaman da en azından bu yasa dışı maddelerden ayrılın, az az kullanılsın, bir problem teşkil etmez... O düşünce biraz problemli geliyor bana. Çok tartışılan bir konu. Hep tartışılıyor ama hakikaten esrar ciddi bir madde ve -belki biraz bağımlılık nörobiyolojisine ben değinebilirim azıcık- önemli olan beyinde aynı devreleri, nöral devreleri etkilemeleri. Dolayısıyla esrar da bir uyuşturucu madde ve bağımlılığı ciddi bir bağımlılık. Onun ötesinde psikoza yol açıyor, şizofreni benzeri sendromlara yol açıyor.

Çok merkezli yaptılar bu çalışmaları. Bütün dünyadan hasta topladılar. Biz de şimdi çok görüyoruz esrar psikozları. Esrar çok kullanıldığı zaman, uzun süre kullanıldığı zaman gerçekten psikoza yol açıyor, şizofreni benzeri hastalığa yol açıyor.

Peki, kendi kullanımının kontrolünü kaybettiriyor mu? Evet, kaybettiriyor. Yani hakikaten esrar da bağımlılık yapan bir madde. Esrar bağımlısı görüyoruz, psikoza da görüyoruz. Dolayısıyla ben Hollanda’nın politikasına karşıyım, en azından ben karşıyım.

BAŞKAN – Evet, teşekkür ediyoruz Hocam.

Alim Bey, buyurun.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Çok teşekkür ediyorum.

Hocam, sunumunuz için de çok teşekkür ediyorum.

Aslında sormak istediklerimin bir kısmı da cevaplanmış oldu ama genel anlamda söyleyeyim. Hem pratik olarak hem teorik olarak bilen kişiler olarak... Bizim Türkiye Büyük Millet Meclisi olarak 2008’de yapılan bir araştırma komisyonunda -dün Necdet Ünüvar Hocam bize bir sunu yaptı-yaklaşık orada tespit edilen 100’ün üzerindeki önerinin 92 tanesinin hayata geçtiğini gördük. Bu anlamda -siz de belki o komisyonlarda da gelip bilgi verdiniz- hem teoreği bilen hem pratiği bilen, bütün sorunlarla karşılaşanlar olarak genel anlamda sorayım o zaman, diğer hocama da sormuş olayım.

Bizim karşılaşacağımız ya da yeni karşılaştığımız sorunların çözümüyle ilgili yönetmelik ya da yasama anlamında önerilerinizi alabilir miyim? Aslında konuşmalarınızda rehabilitasyon merkezini söylediniz, bağımlılıkla ilgili bir kurum olmasıyla ilgili söylediniz. Bununla ilgili de bir yüksek kurul, sekiz bakanlığın oluşturduğu bir kurum olarak var şu anda belki ama sizin söylediğiniz gibi bir EPDK gibi bağımsız bir kuruluş olması yönündeki önerinizi de aldık. Bunun dışında önerileriniz var mıdır?

Teşekkür ederim.

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Teşekkür ederim soruya.

AB raporunda yasa dışı madde kullanımıyla ilgili yasal düzenleme olan ülkeler, olmayan ülkeler diye bir şey vardı. Biz olmayan ülkeler arasındayız. Yani maddenin, kişilerin madde kullanmasına talebi azaltmayla ilgili yasal düzenlemeye ihtiyacımız var. Bu yasal düzenlemenin bir Millî Eğitim Bakanlığıyla ilgili ayağı var, diğeri de Sağlık Bakanlığıyla ilgili.

Millî Eğitim Bakanlığıyla ilgili ayağı: Şimdi, okullarda, işte ilkokul ve ortaokul seviyesinde – lise geç- biz gençlere... Şu anda yaşam felsefesi olarak soğuk savaş bittikten sonra bütün dünyadaki gençlerde bir amaçsızlık var. Yani 1990 öncesi gençlerin hangi dünya görüşünde olursa olsun bir sosyal amaçları vardı, yaşadığı toplum için bir idealleri vardı, ego idealleri vardı. Toplum için, kendi dışında diğer insanlar için, ötekiler için bir şeyler yapma çabası vardı hangi dünya görüşünde olursa olsun. Ama 1990 sonrası yetişen kuşak son derece egosantrik ve konformist yetişiyor. Yani sadece kendine odaklı, evim, arabam olsun yeter; şöhretli olayım, varlıklı olayım yeter gibi ego idealini maddeci keskinliklere indirgemiş. Hayatının sonuna gelince nasıl bir insan olmalıyım, iyi bir insan olmaya ne gerek var, zengin olmak iyi insan olmaktan daha iyidir tarzında... Biz nasıl bir insan olacağıyla ilgili ego ideali veremiyoruz gençlere.

İyi bir insan olmayla ilgili pozitif psikoloji dersini Amerikalılar aldı... Şu anda biz California State University’le dual program görüşmesi yapıyoruz. Cal State Üniversitesine gittik. Oranın psikolojik müfredatını aldık. Pozitif psikolojiyi zorunlu dersler arasına koymuş. Ve bir müddet sonra orada ortaokul, liselere de koyulacak bu.

O ne öğretiyor? Kendini tanımayı öğretiyor. Stres yönetimini, öfke yönetimini öğretiyor gençlere. Bağışlayıcılığı öğretiyor. Minnettarlık eğitimi veriyor. Bunları öğrendiği zaman, iyi insan olma davranışını öğrendiği zaman bir çocuk, bir genç... Kötülükle yapılacak en güzel mücadele iyiliği artırmaktır. İyiliği artıracak şekilde, iyilik yapmayı, iyi insan olmayı, sözünde durmayı, dürüst olmayı, bunları artıracak bir insan yetiştiremezsek biz genç kuşaklarda şu anda zorluk yaşıyoruz. Genç kuşaklar şu anda ego idealinde sadece para ve cinsellik var. Böyle bir kuşak bir müddet sonra kayıp kuşak olur. Bu nedenle, bunun için pozitif psikoloji gibi bir yöntem geliştirdiler. Bu yöntemi hızla yaygınlaştırıyorlar. Bizim de pozitif psikoloji ve iletişim becerileri gibi bir uygulamayı bizim talep azaltma...

“100 şeyden 92’sine uyuldu.” dedi sayın vekilimiz. Şimdi, orada bir yanlış uygulama var. Şu anda Türkiye’deki uyuşturucu politikaları sadece Yeşilaya ihale edilmiş durumda. Bu yanlış. Yeşilay bunu yapabilecek kapasitede değil. Yeşilay STK. Tamam STK önemli fakat STK’nın çalışmasında bir

rehabilitasyon açma konusunda sonuç alamadı. Üç beş tane merkez açmayı bir dernek yapmamalı. Derneğin yapacağı şey, böyle durumlarda genç kuşaklara ulaşabilecek şeyler yapması gerekiyor. Semtlerde birer tane bağımlı gençlerin uğrayabileceği merkez açmak Yeşilayın yöntemi olmamalı. Bu bir vizyon eksikliği. Yeşilayın vizyonunun ben yanlış olduğunu düşünüyorum. Yeşilayın şu anda bize zaman kaybettirdiğini düşünüyorum. Bu nedenle, Yeşilay size hesap vermeli yaptığı işler nelerdir, ne değildir. Onlardan bir görüş alsanız iyi olur. Haksızlık yapmak istemiyorum, bir şeyler yapılmaya çalışılıyor fakat yeterli değil. Özellikle politika üretme konusunda vizyonu ile ilgili kısıtlılık var. O kısıtlılığı yeni kuşaklara ulaşma konusunda, sağlıklı nesillere ulaşma konusunda bir projesi var mı, ben merak ediyorum. Hiç rastlamadım.

Dergi çıkararak yahut da “Madde kötüdür, şu kötüdür.” deyip negatif üzerinden propaganda yaparak gençleri kurtaramayız. Pozitif üzerinden giderek gençleri kazanmamız lazım. “Alkol kötüdür.” diye yaklaşım bu çağın genç anlayışına aykırı. Onu hemen makaraya alıyorlar. “Sigara zararlıdır.” diye üzerinde yazıyor, makaraya alıyorlar, etki etmiyor ama pozitif güçlendirme tarzındaki yaklaşımlar, politikalara gerekiyor. Onun için, bir strateji değişikliğine ihtiyaç var diye düşünüyorum o eksikliklerin tamamlanması için. Benim kanaatim öyle.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz Hocam.

Süremizi de epey aştık. Müsaade ederseniz ben sunum için tekrar teşekkürlerimi sunuyorum.

İkinci sırada, Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı Sayın Profesör Doktor Berna Diclener Uluğ Hocamızı dinleyeceğiz.

Hocam buyurunuz.

2.- Profesör Doktor Berna Diclener Uluğ’un, madde bağımlılığının mekanizmaları, nasıl oluştuğu, tanı ölçütleri hakkında sunumu

PROF. DR. BERNADİCLENUR ULUĞ – Ben kendimi tanıttayım önce. Bir de Nevzat Hoca’nın çok güzel, kapsamlı sunumundan sonra daha kısa bir sunum yapmaya çalışayım, daha sonra da zaten soru-cevap, belki uzmanla buluşma gibi bir format daha uygun olabilir, bize sorular sormak isteyebilirsiniz.

Benim hayatım Hacettepe’de geçti. 1976’da girdim 1982’de mezun oldum, sonra psikiyatri ihtisası yaptım, sonra 1995-96’da Amerika’ya gittim. İki yıl Amerika’da kaldım. Orada NIDA “fellow”uydum. Az önce Nevzat Hoca’nın söylediği National Institute on Drug Abuse bir enstitü, Ulusal Sağlık Enstitüsü’nün çok önemli bir parçası. NIDA “fellow”uydum. Orada iki yıl alkol ve madde bağımlılığı üzerine hem tedavi hem önleme hem koruma çalışmaları ama döndükten sonra daha çok tedavi bacağına kaldım. Yani klinik çalışmalar çok yoğun olduğu için ne yazık ki önleme ve koruma tedavilerinde yeterince yer aldığımı düşünmüyorum.

Şimdi, klinik olarak bu hastalar bize çok geliyorlar, çok sayıda bağımlı görüyoruz. Ben size bağımlılıkla ilgili öğrencilerle paylaştığım, önemli saydığım, vurgulamak istediğim... Ben yirmi-yirmi iki yıldır bu konuda çalışıyorum, neyse onları bir toparlamaya çalıştım, umarım dağınık olmamıştır ama şunları söylemek isterim: Az önce Nevzat Hoca’nın dediği uyuşturucu yanlış tabii öyle daha iyi anlaşılıyor. Yani “uyuşturucu” deyince hepimizin, herkesin zihninde belli bir şey, bir kavram canlanıyor. Maalesef “madde” deyince o canlanmıyor. Onun için, bu uyuşturucu diye gidiyor. Ama bunun içinde uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin olduğunu unutmamamız lazım. Biz daha çok “madde” diyoruz.

Şimdi, bu, bizim kitabımız. Bu kitapta şöyle bir şey –bu en son sınıflama kitabımız- maddeyle ilişkili ve diğer bağımlılık bozuklukları diye çevirebiliriz. Burada da addiction... Yani addiction aslında davranışsal bağımlılıkları da içeren bir şey. Yani burada da sizin öğrenmek istediğiniz zaten hem madde bağımlılıkları hem de diğer davranışsal bağımlılıklar.

Şimdi DSM-5'e internet bağımlılığı eke girebildi, daha yeterince veri yok. Yani yeterince veri toplanacak ki bunun bir bozukluk, hastalık olarak varlığına dair, o DSM'ye bir kategori, hastalık kategorisi olarak girecek. Ama bu addiction yani bağımlılık -dependence İngilizcesi- bundan farklı bir şey çünkü her türlü bağımlılık ister madde bağımlılığı olsun ister davranışsal bağımlılık olsun gerçekten çok güçlü bir davranışsal sendrom. Yani neler belirler? Siz nedenlerini araştırıyorsunuz. Hakikaten çok multifaktörel, çok faktörlü bir hastalık. Çok faktörlü. Çünkü az önce Nevzat Hocanın dediği gibi, mesela etrafta olduğu zaman karşılaşma artıyor. Aslında bir tür enfeksiyon gibi. Yani muhakkak risk grupları var toplum içinde. Bu risk gruplarında ergenlik kesinlikle bir risk grubu. Tüm ergenler bir risk grubunu teşkil ediyor ama bu karşılaşma imkânları arttıkça oradan bir enfeksiyon gibi o ona bulaştırıyor, o ona bulaştırıyor, o ona bulaştırıyor.

Şimdi son dönemde gördüğümüz örneğin eroin çok yaygın, çok küçük yaşlarda. Ben 1995-1996'da Amerika'da yataklı çocuk servislerinde 10 yaşlarında eroin bağımlısı hastalar görmüştüm. Şimdi bizde başlama yaşı eroin için bile çok düştü. Dolayısıyla esrar arzla ilgili... Mesela son dönemlerde hastalarım hep şeyi söylüyor: "Esrarı kıstılar, jamaica bonzai şimdi arzı arttı." Çünkü bir dönem jamaica bonzai kullanıldı fakat çok ciddi toksik tablolar gelişti. Bunun üzerine hafif durdu kullanıcılar çünkü onlar kendi aralarında çok etkili bir komünite, birbirleriyle çok iyi haberleşiyorlar. Dolayısıyla bir durdu. Ondan sonra geçen bir hastam dedi ki: "Ben esrar bulamıyorum artık, jamaica bonzai'ye yönelmek zorundayım." O arzı ayarlıyorlar. Şimdi tekrar bir jamaica bonzai. Jamaica bonzai, Nevzat Hocanın dediği gibi sentetik kannabinoid, gerçekten çok toksik etkileri var, nörotoksik etkileri. Beyin üstünde çok etkileri. Yani "cannabis"le, esrarla karşılaştırılmaz ve ne olduğunu bilmiyoruz çünkü tarım ilaçlarıyla hazırlıyorlar ve dolayısıyla çok kötü bir madde ve şöyle söylüyor kullanıcılar: "Bu esrara benzemiyor, bu eroine benziyor." Yani kullandığı zaman müthiş bir istek yaratıyor tekrar kullanmak için. Yani esrar az önce konuşmalarımız çerçevesinde yine de daha yumuşak bir madde. Ama jamaica bonzai o kadar güçlü maddeler ki eroin gibi, kokain gibi çok güçlü bir istek yaratıyorlar. Şimdi dolayısıyla "addiction" veya bağımlılık, davranışsal bağımlıklar da dâhil olmak üzere çok şey...

Şimdi burada maddeleri görüyoruz. Ben bir şeyi vurgulamak istiyorum. Klinik olarak bizim "comorbidite" de dediğimiz bir şey var, yani ek tanılar. Yani aslında madde bağımlılıkları tek başına olmuyor. Yani diğer hastalıklarla birlikte oluyor. Hem diğer psikiyatrik hastalıklara yol açıyor hem de zaten baştan beri diğer rahatsızlıklarla beraber, örneğin ergenlerde -risk grubu ama- alt bir risk grubu var. Az önce Nevzat Hocanın dediği gibi duyu regülasyonu bozuk olan çocuklar ve bu çok ilginç bir şey. Az önce dedim ki mesela sosyal belirleyicileri var. Genetik belirleyicileri de var. Bu benim muhakkak araştırmak istediğim bir konu. Aynı aile içinde -daha geçenlerde gördüm- bir çocuk 24 yaşında İzmit'te liman işletiyor, o kadar fonksiyonel, o kadar iyi durumda, kardeşi 21 yaşında darmadağın bir çocuk. Aynı aile ortamında yetişmiş, ilkokuldan beri davranışlarını düzenleyemiyor, duygularını düzenleyemiyor, hiperaktivitesi var, okula devam edememiş, okuldan kopmuş. Okuldan kopma da başka bir risk faktörü. Yani önleyici çalışma yapamadığımız zaman, bu çocukları tespit edip de okulda tutamadığımız zaman zaten kayıyorlar. Zaten bomboş bir yaşamın içinde, orada muhakkak madde kullanımı oluyor. Madde kullanımı bir kez başladıktan sonra... Onun için hani genetik yönleri de var. Ben araştırıyorum, ailelerle konuşuyorum. Diyorum ki nasıl oluyor? Onlar da şaşkınlık içinde. Hani aileleri suçlamamak gerekiyor. Ailede bir disfonksiyonel durum varsa, aile içerisinde çatışmalar, duygusal problemler, çözilemeyen gerilimler varsa o tabii ki bir sebep oluyor. Ama bakıyorsunuz aynı aile içinde iki çocuk bambaşka yönlerde. Şimdi o zaman genetik. Yani bu çok faktörlü bir sendrom. Öyle düşünmemiz lazım. Sosyal belirleyicileri var, biyolojik belirleyicileri var, psikolojik belirleyicileri var. O yüzden de hem nedenleri düşünürken hem de ele alırken gene çok boyutlu, çok faktörlü düşünmemiz gerekiyor.

Şimdi bu “comorbidite”ler önemli. Mesele hiperaktivite. Hiperaktif çocuklar hakikaten önemli. Ben onun için bir ön yazı yazmıştım bir dergiye. Orada da diyorduk ki bu görünen yüz madde bağımlılığı ama onun arkasında başka bir şey var. Onun arkasında çok zorlayıcı başka bir şey var. Onu bulup ona hâkim olmak zorundayız. Şimdi tarifi, anlaşılması, idaresi zor çocuklar bunlar. Kural tanımıyorlar. Bizim tanı sistemlerimiz de çoğul tanı. Yani biz bir tanı koyamıyoruz, dört beş tanıyı birden koyuyoruz ve bir tanı koyarak da tarif edemiyoruz aslında.

Şimdi vurgulamak istediğim şeylerden bir tanesi bu ek tanılar, ek psikiyatrik hastalıklar ve genetik risk faktörleri konusuydu. İkinci konu, gene az önce Nevzat Hocanın dediği gibi “stigmatize” etmemeliyiz. Yani “stigma” tanı ve tedavi önündeki en önemli engellerden bir tanesi, damgalama. Dolayısıyla şu soruları sormamız lazım: Bağımlılık kişinin kendi isteğine bağlı bir durum mudur; başka tıbbi durumlara benzer mi, benzemez mi; bağımlılık tedavisi için uğraşmaya değer mi, değmez mi? Örneğin, hekimler çok bu hastalarla uğraşmak istemiyorlar. Biz bunu biliyoruz. Çok AMATEM’de çalışmak istemiyor hekimler. Oysa hani biraz daha “destigmatize” etmek için yani bu hastalığın üstündeki damgalama yükünü azaltmak için ve bununla herkesin uğraşmasını sağlamak için başka bir ideolojiyi işlememiz gerekiyor. Biz mesela diyoruz ki bu hipertansiyona benzer aslında bağımlılık. Belirtiler ortaya geç çıkıyor. Çünkü bir bakıyorsunuz, çocuk kullanmaya başlamış, aileler üç dört yıl sonra haberdar olmuş. Arada üç dört yıl çocuk hiç başı boş, yani ne yaptığı belli değil. Gidişi ve sonlanışını yordamak, tahmin etmek güç. Tedavide davranış değişikliği ve tedaviye uyum çok önemli. Rehabilitasyon konusunda çok çok katılıyorum. Bu çok önemli. Şunu vurgulamak gerekiyor: İyi gidişli aslında. Sandığımız kadar kötü gidişli bir hastalık değil. Birçok insanı ben on yıldır, yirmi yıldır izliyorum, çok ağır bağımlılık sendromlarından çıkış yapabilen çok sayıda hasta gördüm. Ama bunun için gerçekten ciddi bir efor harcamak gerekiyor. Burada da beyin görüntüleri, mesela yukarıda bir beyin görüyorsunuz. İşte burada bir madde kullanıcısının beyinde beyin metabolizması bozuluyor. Aşağıda da bir kalp hastası. Kalp metabolizması nasıl azalıyorsa beyin metabolizması da öyle azalıyor. Dediğim gibi, hani “stigma”yı bir şekilde yenmemiz lazım.

En önemli konulardan biri burada bağımlılık ölçütlerini görüyorsunuz. Burada şunu vurgulamak istiyorum ben hep, esrar için bu çok önemli: “Esrar ottur, zararı yoktur, bağımlılık yapmaz.” Bağımlılık tanısı koymak için illa fiziksel bağımlılık şart değil veya yeterli değil. Daha geniş bir sendrom dedim ya. Yani hakikaten şöyle diyorlar: “E kesilmesi yok, ben bunun krizine girmiyorum.” Çünkü eroinle kıyaslandığında eroinin kesilme sendromu var ama esrarın yok. Ama zaten kesilme sendromu olması bağımlılık tanısı koyması için şart değil, yeterli de değil.

Tanı ölçütleri arasında en önemli konu kontrol kaybı, yani kontrol edememe. Birey eğer bir kez kullanmışsa nörobiyolojik süreçler, beyindeki kronik adaptasyonlarla gerçekten kontrol edemediği bir sürecin içine giriyor. Ben bunu söyleyeyim. Sonra nörobiyolojiyi anlamak çok önemli. Yani beyinde ne oluyor, madde beyne ne yapıyor? Bu çok önemli. Çünkü birçok ilaç tedavisinin temeli. Bu çok önemli bir boyut. Hastaya ve hasta yakınlarına yaklaşıma büyük katkısı oluyor. Hastalığı ele almada vazgeçilemez bir boyut ve psiko-eğitimde ve önleme çalışmalarında da kullanılacak bir şey.

Şimdi NIDA’yla ilgili şunu söyleyebilirim size... Gene Nevzat Hocaya çok katıldığım bir nokta şu: “Yeşilay” dedi. Tamamen katılıyorum fikirlerine. Çok gayret içindeler ve çok güzel çalışmalar yapıyorlar ama korkutarak, vazgeçirerek... Böyle bir şey yok. Çünkü risk grubunu aşağı yukarı konuştuk, nasıl insanlar bunlar diye. Yani zaten zorluk içinde ve dürtüsel, aklına geleni yapan, duygusunu tam denetleyemeyen, zaten bütün ergenler öyle aslına bakarsanız. Ama korkutarak değil, NIDA’nın şöyle bir şiarı vardı, NIDA diyordu ki: “Biz eğer toplumu, çocukları, gençleri koruyacaksak bilimsel bilgiyi paylaşıp koruyacağız.” Ben 1996’da döndüm ve Sağlık Bakanlığının çeşitli komisyonlarında

yer olarak bunu yapmaya çalıştık ama dediler ki “Hayır, hayır, konuşmayın, bu konuyu konuşmayın. Çocukların aklına düşürmeyelim.” Yirmi yıldır biz konuşmadık, başkaları konuştu. Ben böyle ifade etmek istiyorum ve yirmi yıl sonra geldiğimiz nokta burası. Yani gerçekten çok yaygınlaştı. Dolayısıyla bunu konuşmamak, bunu halının altına süpürmek gerçekten... Peki, ne yapacağız?

Gerçekten bilimsel bilgede çok çok güzel NIDA broşürleri var, beyni gösteren... Benim size belki -çok hızlıca geçelim bunu- az önce hani ahlaki bir zayıflık değil, bu tıbbi bir hastalık. Dopamin merkezi nasıl? Hem ödülle ilgili bu hem de öğrenmeyle ilgili. Yani şunu demek istiyoruz: Madde alınıyor, bu maddelerin hepsinin ortak özelliği var, ister kokain olsun ister taş olsun ister metanfetamin ister eroin ister esrar, hepsinin ödül merkezi üstünde bir etkileri var ama ödül merkezi aynı zamanda öğrenme merkezi ve koşullanma merkezi. Dolayısıyla bir yandan haz, zevk alırken öbür yandan koşullanıp öğrenme oluyor ve sadece haz meselesi de değil. Hani “hedonizm” dendi ama sırf mesele o değil. Bence o bizim bir eksikliğimiz. Yani biz şimdi beyni eskiden böyle gösteriyorduk, hakikaten böyle gösteriyorduk, şöyle gösteriyorduk... Yani burada bir ödül merkezi var, maddeler buna etki ediyor. Şimdi nasıl gösterdiğimizize gelelim hızlıca: Bu bir döngü. Bir bağımlılık, bir döngü hâlinde gidiyor. Şimdi böyle gösteriyoruz çünkü burada görüyorsunuz ki üç tane renkle... Yani mavi, yeşil ve kırmızı renkler görüyorsunuz. Şimdi bunlara bütün beyin bölgeleri katılıyor. Özellikle bu yeşil bölge bizim davranışlarımızı kontrol etmemizi sağlayan, beynin ön bölgesi, frontal bölge, bütün bağımlılıklarda yani ister madde ister davranışsal bağımlılıklarda beynin frontol bölgesi daha az çalışıyor ve biz bunu beyin görüntüleriyle çok açık olarak gösterebiliyoruz. Yani karar verme, sağlıklı karar verme, zarar veren şeyden sakınma, doğru karar verme. Yoksa çünkü geliyorlar diyorlar ki çocuklar: “Beni durdurun. Ben kendimi durduramıyorum.” Dolayısıyla aslında beynin birçok bölgesine ve bir de “negative affect” kırmızı bölge -az önce Nevzat Hoca da söyledi- almadığı zaman gerçekten kendini iyi hissetmiyor. Onun için almaya devam etmek zorunda. Stresle başa çıkamıyorlar. Yani hayvan modellerinde zaten görüyoruz. Hayvan önce bir pedala basıyor ve kateterle bir madde veriliyor, bağımlılık geliştiriliyor. Aslında psikiyatride hayvan modellerini çok bire bir geliştirebiliyoruz. Yani şizofrenide, depresyonda bu kadar bire bir hayvan modelleri geliştiremiyoruz ama bağımlılıkta geliştirebiliyoruz. Hayvanlar bağımlı oluyor. Sonra madde verilmiyor. Hayvan pedala basıyor ama madde verilmiyor. Pedala basıyor. Bir süre sonra pedala basma davranışı sönüyor. Tekrar bakılıyor. Ne gibi durumlarda tekrar pedala basmaya başlıyor. Mesela elektroşok uygulanıyor hayvana, stres. Herhangi bir stres maruziyetiyle tekrar pedala basmaya başlıyor. Bu çocuklarda da öyle. Yani stresle başa çıkma sistemleri, kortizol sistemleri de bozuluyor. Dolayısıyla hani o relapslar, nüksler o şekilde meydana geliyor. Yani tamam, bunlar bir bir hastalar. Biz bunları tedavi etmek için uğraşalım. Problem şurada: Her bir hasta, her bir kullanıcı toplum için bir enfeksiyon kaynağı. Yani hasta olduğunu biliyoruz, suçlamayalım, “stigma”yı kaldıralım, tedavi etmeye çalışalım ama onları tedavi edemedikçe her bir kullanıcı başkaları için bir enfeksiyon kaynağı.

Dolayısıyla ben bunları biraz vurgulamak istedim ve tamamen hakikaten kontrol kaybı oluyor, hedonik denge bozuluyor. Bunları hızlıca geçeyim ben. Şimdi kontrol kaybı da şöyle bir şey esasında: Yani bazı hastaların da mesela kendi kendilerine bıraktıklarını görüyorsunuz. Bir de niye yani hekimler de dâhil hepimiz niye bu hastalıktan biraz da korkuyoruz ve uzak duruyoruz? Çünkü “insanın özgür iradesi” diye bir kavram var, şimdi onu zorluyor, onu “challenge” ediyor. Biz inanıyoruz ki insan yapabilir bunu, zaten yapabiliyor da gerçekten fakat herkes değil.

Onun için hani ben -tekrar çok uzatmayayım ama- çok boyutlu bir yaklaşım öneriyorum, rehabilitasyonun çok önemli olduğunu... Çünkü hastaneler maliyetli, hastane yüksek maliyetli bir şey. Amerika’da şöyleydi: Yani, önce detoks merkezi hastaneler var, hatta hastane dışı merkezler ama hasta diyelim ki bir ay detoksta yatıyor, ondan sonra “residential treatment” denilen yani o hasta orada ikamet

ediyor, oranın “resident”ı oluyor, dolayısıyla şöyle oluyor: Gidiyor bir yere -bazen uzak yerlerde oluyordu- oranın çevrilmesine katılıyor -orada işte bir iş bölümü var- oraya doktor haftada bir geliyor ama daha çok mesela eski bağımlılar geliyor, gruplar yapılıyor, psikoeğitimler yapılıyor. Biraz davranış ve hayat stili modifikasyonu için zamana ihtiyaç var yani bir beş altı aya ihtiyaç var en az -belki daha bile çok olabilir- ama bunun düşük maliyetli olması lazım. Onun için biz ne yapıyoruz? Döner kapı. Hastalar giriyor, detoks yapıyoruz. Ama şimdi elimizde çeşitli imkânlar var. Mesela, eroin için Naltrekson çip -duymuşsunuzdur- yani karnına bir çip koyuyoruz. Bu nedir? Eroinin gidip beyindeki alıcılarına bağlanmasını önüyor. Üç ay etkili bir ilaç bu, karna konuluyor implant şeklinde. O zaman en az üç ay hastayı eroinden uzak tutuyor, bu da çok kıymetli bir şey çünkü o arada hani gerçekten... O arada ne yapıyorlar? Başka madde kullanıyorlar, eroini deniyorlar. Üst üste, birkaç sefer olunca o zaman hayat stilini değiştirebilmek için de bir zaman kazanabilmiş oluyoruz. Onun dışında -az önce Nevzat Hoca dedi- esrar bağımlılığı. Mesela, şimdi, özellikle -tam gösteremedim ama- dopamin kadar glutamat da önemli, bir nörotransmitter, bir kimyasal. Şimdi mesela glutamaterjik ilaçlar var, bunlar çalışıyor, mesela esrar bağımlılığında etkili oluyor.

Ben size şunu söyleyeyim: Alkol ve madde bağımlılıklarında ilaçlar hekimler tarafından yeterince kullanılmıyor. Hani hekimler, psikiyatrlar kullanmıyor. Halbuki Buprenorfin’i Fransa’da eczacılar veriyor. Yani, ben yine 96’da döndüğümde “Metadon’u alalım yani agonist bir tedavi lazım.” dedik, yok, kabul edilmedi, sonra Buprenorfin geldi. Buprenorfin de kötüye kullanılıyor ama şunu söyleyebilirim size: Anneler babalar çocuklarını hiç değilse birkaç gün, birkaç hafta, birkaç ay eroinden uzak tutmak için Çinçin’e gidip Buprenorfin tabletleri oradan alıyorlar. Yani, ben o kadar çok anne baba biliyorum ki gidip oradan Buprenorfin, Suboxone tablet alan. Hâlbuki bunun dağıtımı... Yani, tamam, kötüye kullanılacak, yapılacak bir şey yok, kullanılıyor, her hâlükârda kullanılıyor, alıp satan da var ama Fransa’da gidip de bir insan “Ben eroin bağımlısıyım, bana bunu verin.” dediğinde, bir de raporunu gösterdiğinde eczaneden Suboxone alabiliyor. Yani, bizde biraz regülasyonların da tekrar gözden geçmesi gerekiyor, benim kanaatim bu.

Bu kadar, şimdilik bunları vurgulamış olayım çünkü sabrınızı da zorlamayayım ama hani belki soru-cevap kısmında da devam edebiliriz. Daha çok vardı ama şimdi çok zaman geçti, yorulunuz, yorulduk; onun için hani isterseniz soru-cevaplarla devam edebiliriz.

BAŞKAN – Berna Hocamıza çok teşekkür ediyoruz, çok güzel bir sunumdu. Hasta olmasına rağmen buraya kadar geldi. Kendisine de çok geçmiş olsun dileklerimizi iletiyoruz, şükranlarımızı sunuyoruz.

Çok önemli bir konu. Gerçekten bütün bir bireyi, aileyi, toplumu, ülkeyi ve devletleri ilgilendiren çok önemli bir sorun. Şimdi sorusu olan arkadaşlarımız varsa soruları alalım. Zamanımız da oldukça ilerledi. Aslında biz yorulmadık, zevkle dinledik hem Nevzat Hocamızı hem Berna Hocamızı, daha da uzun süre dinlemek isterdik ama soruları alalım, sonra da oturumumuzu kapatacağız.

Alim Bey, buyurun.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Ben Hocama teşekkür ediyorum sunuları için.

Yine aynı soruyu soracağım: Şu anda Türkiye Büyük Millet Meclisinden hem pratik hem teoriyi bilen kişiler olarak bir isteginiz, bizim yapmamızı önereceğiniz bir öneriniz var mı?

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Ben de Nevzat Hocama katılıyorum yani rehabilitasyon konusu çok çok önemli, bu bir. İkincisi de koruma-önleme çalışmalarının daha iyi dizayn edilmesi. Yani, bu koruma-önleme çalışmaları için ne yapmak... Bunun kültüre uyumlu olması lazım. Biz Amerika’daki modelleri kullanamayız. Aslında bizde hep şey eksik kalıyor yani kendimize ait verileri

ortaya koymamıza yardımcı olacak araştırmalarımız eksik kalıyor. Dolayısıyla, kültürümüze uygun, uyumlandırılmış koruma-önleme çalışmaları nasıl olabilir, bu önemli. Bir de rehabilitasyon. Çünkü tedavide iyi-kötü bir yerdeyiz yani yetebildiğimiz kadar yapmaya çalışıyoruz ama o tedavi ortadaysa koruma önlemi ve rehabilitasyon bacaklarında ciddi eksik... Yani ona odaklanırsak çok faydalı olur diye düşünüyorum.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Çok teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – İlksen Hanım...

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Hocam, teşekkür ediyorum ben de her ikinize.

Şimdi, bu iş çocukların kendinde bitiyor veya bağımlının kendisinde bitiyor. Ne oranda farkındalık yaratmalıyız? Yani bu çok hassas bir denge diye düşünüyorum bir anne olarak da. Ne oranda bilmeli? Özendirmemeliyiz... Hani “Az verip aratma çok verip azdırma”yı nasıl uygulayabiliriz buna? Kamu spotu, eğitim, anne, toplum olarak nasıl bir yolda olmalıyız? Sizin verdiğiniz tüm detayları bilmeli mi? İşte “Beynimin şurası gidiyor, evvah ben kötü duruma düşünüyorum.” mu bir yöntem? Ne olmalı?

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Yani şöyle aslında: Çocuğun kendisinde bitmiyor, ben o cümleye karşı çıkıyorum. İyi ki söylediniz yani hani “Bu iş kafada biter.” hep böyle bir ideoloji var ya, ön yargı “Bu iş burada biter.”

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Kabullenirse tedavi olur diye düşünüyorum ben hani tedaviyi kabul eder...

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Değil öyle.

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Değil, tamam.

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Öyle değil yani öyle vakalar var ki anne babanın o gayreti, o çabası, o kurtardığımız çocuklar... Yani, hakikaten “Bu iş burada biter” yanlış bir ideoloji. Hani az önce “stigma” dedim ya, damgalama, onun gibi bir şey aslında. O da çok yaygın bir fikir ve yanlış bir fikir esasında. Dolayısıyla, bir kere hem başlama hem de sürmesi bakımından bizim bunu başlatan ve sürdüren sebepleri biliyor ve hâkim oluyor olmamız lazım. Dolayısıyla, aslında biz diyoruz ki... Ben size anlattığımı hasta ve hasta yakınlarına da anlatıyorum, öğrencilere de anlatıyorum, öğrencilere veya asistanlarıma diyorum ki: Bunun psikoeğitimi sürekli yapmak zorundasınız çünkü bu artık bir halk sağlığı sorunu oldu, çok yaygın. Onun için mesela Türkiye’de anne babalar da çok hazırlıksız yakalandılar, hiçbir şey bilmiyorlar. Dolayısıyla, aslında bunun bir beyin hastalığı olduğunu yani... Tamam, sosyal faktörler var, psikolojik faktörler var ama işin özünde bir madde var, gidiyor, beyinde bir yere etki ediyor. Bir tek hani kumar bağımlılığı ve işte diğer davranışsal bağımlılıklar buna benzer bir mekanizmayla çalışıyor ama madde bağımlılığında gerçekten bir madde var, gidiyor ve etki ediyor beyne ve beyni kronik olarak hem akut olarak kısa dönemde hem uzun dönemde -“plastiklik” dedi Nevzat Hoca- değiştiriyor. Dolayısıyla, biz bunu biliyoruz. Mesela, benim o zaman anne babalarla yani çocuğu tedavi edemeyip anne babayla yürüdüğüm yıllarca yıl olabiliyor. Yani çünkü o aynı kanser hastalığı tedavi etmek gibi bir şey. Yani edemeyince hiçbirisi de beni suçlamıyor, demiyorlar ki “Bak çocuğun hâline...” Çünkü hep paylaşıyorum yani bu böyle kronik ve tekrar eden, nükseden bir hastalık. Bazen çok iyi cevap alıyoruz. Ayrıca bu arada gidiş sanıldığından daha iyi çünkü iyileşenler gelmiyor, alkolde de öyle, alkol bağımlılığında da öyle yani prognoz, baştan da umut vermek lazım, umut da çok önemli, Nevzat Hoca’nın dediği pozitif psikoloji, o da önemli. Umutsuz olmamak lazım ama karşısında

olduğumuz sorunu da bilmemiz lazım. Dolayısıyla ben diyorum ki bu bir mücadele, böyle gideceğiz. Çok kısa sürede bu işin içinden çıkarlar da oluyor, uzun süre daha debelenenler de oluyor ama her türlü yardımı yapmak gerekiyor o süreçte.

Haklısınız, çok doğru bir soru, tam da bir cevabını veremiyorum “Ne kadar söylemeli”nin ama yani bu maddenin çocuğun kendi kontrolünü elinden alacağını, bir şekilde bunu yaygınlaştırarak hem annelerin babaların hem çocukların hem gençlerin bilmesi gerekiyor. Onun için keşke getirseydim buraya ama çok güzel NIDA broşürleri vardı, böyle çocuklara yönelik çizimlerle... O bize uyar uymaz, denenmesi lazım ama Yeşilayın broşürlerine ben bakıyorum, aynı havada değil yani o bilimsel bilgiyi kullanma telaşında değiller, öyle diyeyim ben size.

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Dün benim kızım krup olmuş, steroid veriyorduk nebülizatörle, o da başını döndürmüş ama anlayamadık biz tabii. “Başın dönüyor mu?” diye bir iki gün sonra sordum “Anne tümör var zannetmiştim, iyiki söyledin.” dedi. Hani bu onu soğuk buhara yönlendirdi çünkü soğuk buharı sevmiyordu “Bu çok üşütüyor beni.” falan diyordu hani, böyle bir sınırı nasıl ayarlarız diye ben şey yaptım. Hani bilince caydırıcılık oluşacak mı yani çözemediğim için size sordum.

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Yani bilmek caydırıcı oluyor diye çalışmalar var ama hani sorunuza dediğim gibi tam ... Yani çok hassas bir konu o, nasıl vermeli falan o önemli bir şey ama bunlar doğru bilgiler, biz bunu biliyoruz. Hani, ben hastalık olduğunda bunları daha rahat paylaşıyorum ama hasta olmayan çocuğu, genci ne kadar bilgilendirmeli, o bilgi nasıl taşınmalı bu ciddi... Ben dedim ya, koruma-önlemede ben çalışmadım yani bu işin uzmanı ben değilim aslında; pedagoglar lazım, çocuk psikiyatristleri lazım. Koruma-önleme konusunda çalışabilmiş bir hekim değilim çok.

BAŞKAN – Nevzat Hocam...

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Berna Hocama bu son soruda bir katkıda bulunmak istiyorum. Şimdi, bir bağımlılık hastasına “Kendi kendinin doktoru ol, bu senin elinde.” demek onu kaybetmektir çünkü o kişinin zaten sanki içinde ikinci kişi var gibi yani beyninin bir tarafı “İç.” diyor bir tarafı “İçme.” diyor bir konuda, bu genellikle başlangıç döneminde. Belli bir dönemden sonra da zaten kişide artık hastalıkla ilgili sonuç bilinci gelişmiyor, hastalık farkındalık oluşmuyor. Kontrol kaybı -oradaki kritik bilgiyi Berna Hocam vurguladı- yani kişi madde kullanmayla ilgili artık denetimi kaybettiği an bağımlılığın en güçlü belirtisi çıkmıştır ortaya.

Şimdi, burada iki türlü yaklaşım var: Mesela Kuzey Avrupa yaklaşımında Norveç, Hollanda diyor ki: “Madde kullanmak bir özgürlük talebidir.” Mesela Norveç’te kişi madde kullanıyor, etrafında polis duruyor

“Çevreye zarar vermesin, yeter.” diyor. Yani kişinin madde kullanmasıyla ilgili “Bu bir tercihtir, o onun tercihidir, maddeyi tercih ediyor, kullanır.” diyerek “Kendi kendine zarar verme özgürlüğü vardır bir insanın.” diyor ve bunu bir özgürlük konusu olarak görüyor. Bu özgürlük konusu olarak görmek her şeyi sağlıklı olan bir kişi içindir yani özgürlük sosyal içiciler içindir ama sosyal içici olmayan, madde kullanan, artık beyin kimyası bozulmuş kişi artık zorunlu tedavi gereken kişidir. Yani o kişi artık özellikle yedi-on dört gün klinik ortamda tutulup farkındalık oluştuktan sonra “Eğer içersen...” O dönemde de biz zarar algısı çalışması yapıyoruz -onu Berna Hocam da yapıyordu- klinikte kişiye “Senin bu madde beyninin şu bölgesini etkiliyor, şu sinirsel devreleri etkiliyor. Eğer devam edersen buna şöyle şöyle sonuçlar seni bekliyor.” diye zarar algısı çalışıyoruz hatta o kişinin kendi beyin görüntülemesini gösteriyoruz. Düzeldikten sonra düzelmiş hâlini gösteriyoruz, onu gördükten sonra biyolojik kanıt olduğu için daha çok inanıyor. Onun için diğer hastalıklarda insanın elinde yara varsa herkes görür “Geçmiş olsun.” der, bu böyle değil, yarısı gözüküyor bunun, içinde. Hâlbuki o kişiler

beyin fonksiyonu bozulmuş kişiler. Onun için onlara “Sen kendi kendinin doktoru ol, bu senin elinde, iradeni kullan.” dediğin zaman zaten o iç denetim bozulduğu için o kişilerde kullanamıyor, iç kontrol bozuluyor bu kişilerde. İç kontrol bozulduğu için dış kontrol gerekiyor. Dış kontrolde de ya klinik, zorunlu tedavi gerekiyor yahut da ailenin denetimi gerekiyor. Yani iç kontrolü bozulmuş kişilere zorunlu tedavi yapmak... Burada, şimdi, Kuzey Avrupa ekolünde olan Türkiye’deki bazı AMATEM uygulamaları onun gibi. Bu yatıyor, 3’üncü gün hasta zaten sıkılmış, “Ben çıkacağım.” diyor, “Peki, çık.” diyorlar. O kişinin özgür iradesi bozulmuş zaten. Ona “Çık.” demek, tedaviyi yarım bırak... O kişinin kendi kendine kötülük yapma hakkı yok. O çünkü sosyal içici değil artık, beyin fonksiyonu bozulmuş bir içici. Onun için, ona zorunlu tedavi gerekiyor, hatta bize hastanede böyle bir şey olursa sonradan çıkıp da yasal sorun yaşamamak için biz mahkemede ailesinin de iznini alarak ahkamı şahsiye mahkemesinden geçici vesayet alıyoruz. Geçici vesayetle zorunlu iki uzman imzasıyla “Zorunlu tedavi gerekir.” diye yatıyor, çıkarken kalkıyor ve tedaviyi ondan sonra yapıyoruz. Çıktığı zaman da, bazıların entelektüel seviyesi yüksek, mahkemeye veriyorlar bizi “Beni niye zorunlu tedavi ettin?” diye. Ama büyük çoğunluğu “İyi ki tedavi ettin.” diyorlar, onu söyleyeyim.

Onun için, zorunlu tedavi konusundaki Türkiye’deki uygulamalarda da bu çifte standart var. Onu da, bilmiyorum, eğer şey olursa... Bağımlılık kongrelerinde de tartışılıyor, onu söyleyeyim yani, en doğru yol bulunmaya çalışılıyor. Bunu da kayıtlara geçirmekte fayda var diye düşündüm.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Teşekkür ediyorum Hocam.

Berna Hocama birkaç soru da ben yöneltmek istiyorum.

Hocam, şimdi, dediniz ki: “AMATEM’lerde, ÇEMATEM’lerde hekimler çalışmak istemiyor.” Bunun için, yönlendirmek veya daha cazip hâle getirmek için hekim arkadaşları oraya nasıl yönlendirebiliriz? Bir.

İki: Sağlık çalışanları arasında, özellikle ameliyathanelerde çalışan hekim, hemşire veya sağlık çalışanlarının içerisinde de maalesef uyuşturucu kullanımı da artmış durumda. Bunların önlenmesi noktasında neler yapabiliriz? Ben onkologum. Mesela, biz fentanil gibi, durosic gibi subkutan bazı maddeleri kanser hastalarında kullanıyoruz ağrı kesici olarak. İşte, hastanelerde bunun kontrolünde bazı sıkıntılar var. Bu konuda bir deneyiminiz veya bir öneriniz var mı?

Rehabilitasyon çok önemli. Hepimiz aynı fikirdeyiz. Türkiye’de ve dünyada rehabilitasyon konusunda iyi uygulama örneklerinden söz ederseniz memnun olacağım.

Bir de, bu Buprenorfin’i bildiğim kadarıyla SGK ödüyor herhâlde değil mi İlksen Hanım, sen daha iyi biliyorsun.

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Ödüyor.

BAŞKAN – Yani niye Çin’in’den gidip alıyorlar ya da başka yerlerden? Yani bu konuda, en azından biz kanun yapıcılar olarak Mecliste neler yapabiliriz?

Madde kullananlar öncelikle sigara içiyor, alkol kullanıyor, ondan sonra genellikle madde kullanımına geçiyorlar. Böyle konuşmalar arasında da geçmişti.

Ben teşekkür ediyorum.

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Ben sondan başlayayım isterseniz.

Sigara ve alkol yasa dışı madde kullanımı için geçit durumlar değil, esrar öyle. Yani Amerika’da yapılmış çalışmalar var. Erken yaşta sigara, esrar, sonra belki başka maddeler ama çok erken yaşta madde kullanımı ve sigara kullanımı başladığı zaman işte o az önce belirttiğim çocuklar. Zaten riskli

grup mesela. Hakikaten bakıyorsunuz 10 yaşında, 12 yaşında sigara içmeye başlıyor yoğun bir şekilde çünkü stres yönetimi zayıf. Yani onu stres yönetimi için kullanıyor ve o bakımdan, sigara ve alkol yasa dışı maddelere geçiş için bir şey değil, onu gösteren bir çalışma yok.

Geriye doğru gidersek Buprenorfin regülasyonlarıyla ilgili sıkıntılar var. Yani Bozkurt Güvenç'in bir hikâyesi vardır şöyle hani. Biz biraz belki paranoid bir toplumuz, öyle olmak zorunda kalıyoruz coğrafya, şu, bu vesaire gibi sebeplerle ama. Hani fillerle ilgili bir uluslararası konferans varmış. İşte, herkes bir şeyler sunuyor. İşte, Ruslar, Almanlar “Kısa bir giriş.” diyorlar ama çok uzun felsefi bir metin sunuyorlar. Ruslar fillerin devrimdeki rolünü sunuyor. Fransızlar fillerin aşk hayatını sunuyor. Amerikalılar “Daha çok, daha çok, daha büyük filler istiyoruz.” gibi bir sunum yapıyor. Türkler şöyle bir şey: “Filler dost mu düşman mı?”

Şimdi, dolayısıyla hani hep böyle dostluk, düşmanlık ekseninde aldığımız için... Şimdi, Buprenorfin yani regülasyonlar böyle. Hani biz kötüye kullanılacak diye korkumuzdan regülasyonu sıkıyoruz ama o da tedavi amacına ulaşmıyor. Hani bu belki bizim Sağlık Bakanlığıyla çözebileceğimiz bir şey, kendi bakanlığımızla.

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Belki aile hekimlerinin talebiyle olabilir.

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Tabii. Ama yani halkımız da kötüye kullanımda sınır tanımıyor tabii, bunu da göz önünde tutmak lazım yani bu da bir gerçek. Kötüye kullanımda, her türlü kötüye kullanımda çeşitli yollar. Ama hani Buprenorfin de çok önemli bir konu. Bence bunun da biraz regülasyonlarının tekrar revize edilmesi gerekiyor.

Ondan önceki soru rehabilitasyonla ilgili. Rehabilitasyon konusunda İtalya belki. Amerika’da bu “residential treatment center”lar var. Yani Amerika’da çok iyi işleyen şeyler onlar.

BAŞKAN – İtalya’da San Petrigon diye bir merkez var, onu biliyoruz.

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Büyükşehir Belediyesi dolaştı geçen sene, bir şeyler yapılmaya çalışılıyor. Rehabilitasyon merkezi bir örnek model olarak yapılabilirse iyi olacak tabii ama ne aşamada bilmiyorum.

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – “Kocam bu gece rakı içmesin, ver de ilacı yemeğine atayım.” diye gelen hanımlar var bizim. Yani sosyoekonomik düzey de...

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Tabii, tabii, evet. Ama tabii Türkiye’de hâlâ aile çok koruyucu yani Avrupa’yı bilmem ama hani Amerika’yla kıyaslanırsa aileler çok destek, her zaman aile sistemi yani çocuklarını da öyle bir taşımaya çalışıyorlar ki yani o bizim büyük bir şansımız diye düşünüyorum.

İlk sorunuz neydi?

BAŞKAN – AMATEM, ÇEMATEM’lere nasıl yönlendirebiliriz? Psikiyatristler gitmek istemiyor.

PROF. DR. BERNA DİCLENUR ULUĞ – Yani, evet, onda da özellikle çocuk grupta. Mesela, ben Florida’ya, Orlando’ya özel bir yerde bir araştırma için gitmiştim. Orada bir pembe bina... Hani, dedim ya 10 yaşında... Ben şeyi hatırlıyorum, çocuklar “Teddy Bear”leriyle, ayıları vardır ya Amerikalı çocukların, onlar yataklarında çünkü 10 yaşında eroin bağımlısı, yatırılmış. Yani yatırılacak kadar hasta, bağımlı 10-12 yaşında ayıcığıyla gelmiş yatıyor. Ama mesela bu şöyle bir şeydi: Pembe bir bina, üstünde “Akademia” yazıyor. Yani hiç AMATEM’e, ÇEMATEM’e benzemiyor. Bu gençlik merkezleri yani aslında çok bağımlılık tedavi merkezi gibi görünmemesi gerekiyor. Dolayısıyla gençlik merkezi hani orada onun iki bölümü vardı, yatarak, bir de ayakta bölümü. İki biribirinden bağlantısını koparmışlardı. Okul devam ediyordu içeride falan gibi.

Dolayısıyla bu risk grubu çocukları belki, hani okullarına da devam edebilecekleri... O maddeye başlamış, küçük yaşta, onu o yaştan ele alıp biraz daha rehabilite edecek sistemler, merkezler olabilirse hani... AMATEM ve ÇEMATEM'lere her hâlikârda ihtiyaç var, ona hiç kuşku yok yani onlarsız olmaz yani onun da bir tedavi merkezi olmak zorunda ama yeterli değil. Yani onun için arkasında rehabilitasyonu olmalı, önde de gençlik merkezi olmalı. Yani gençlik merkezleri çocukların bu duygusal sorunlarını, duygusunu, davranışını ayarlayamayan çocuk mesela, onları daha erken tespit edip daha izlemeye alabilse çünkü risk faktörü o çok net çıkıyor. Yani emosyon regülasyonu bozuk, hiperaktif çocuklar, onlar ciddi bir risk grubu. Onu mesela öğretmen bilse, gençlik merkezlerine başvuru olsa, hastane gibi, çocuk psikiyatristi gibi... Hani böyle çok korkuyorlar ya. Mesela, getiriyorlar, Ritalin veriliyor, kullanmıyor hiçbir anne-baba. 18 yaşında bana getiriyor, diyorlar ki: "Biz 10 yaşında götürdük, Ritalin verildi, biz kullanmadık." E iyi ettiniz. Yani Ritalin kötü bir ilaç değil. Çocuğun iyi kötü regülasyonuna yardım ediyor.

Dolayısıyla hani bu tür şeylerin daha erken teşhis ve tespit edilmesi koruma ve önleme için faydalı olur diye düşünüyoruz.

BAŞKAN – Evet.

Buyurun Kerem Ali Bey.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Evet, iki hocama da teşekkür ediyorum. Gayet güzel bilgiler burada edindik.

Tabii, bizim Komisyonun bir alt başlığı da teknoloji bağımlılığı, fazla girmiyoruz, ilerleyen günlerde onları da konuşacağız da; hazır bugün bu kadar güzel bilgileri de bize verdiniz, teknoloji bağımlılığıyla ilgili, çok kısa tabii, süre de sınırlı, ne yapılabilir? Çarpıcı, spot hâlinde cümleler -hangi hocamız konuşmak isterse- alabilirsek o konuya da değinmiş oluruz.

Teşekkür ediyorum.

PROF. DR. NEVZAT TARHAN – Şimdi "teknoloji bağımlılığı" derken "internet bağımlılığı" gibi söz etmeye çalışmıştım ben. Şimdi, o teknoloji bağımlılığında bu "davranışsal bağımlılık" olarak geçiyor sınıflandırma sistemlerinde. O davranışsal bağımlılıklarda kişi herhangi bir dışarıdan madde almadığı hâlde beyindeki ödül-ceza sistemi sanki madde almış gibi harekete geçiyor bu kişide. Hatta insan beyninde ne harekete geçiyor bu ödül-ceza sistemini diye yapılan çalışmalar var. Böyle beklenen ödüller değil de beklenmeyen ödüller daha çok beyni harekete geçiriyor. Bu, sürprizler mesela, ilgi çekici haberler. Bu gibi şeyler kokainin beyinde aktif ettiği alanı aynı şekilde beklenmeyen ödüller de hareket ettiriyor. Onlar da bu teknolojideki heyecan uyandıran, merak uyandıran görüntüler.

Bunlar, şimdi, evin güvenli ortamında çocuk bilgisayarla saatlerce ilgileniyor. Evin güvenli ortamında olduğu için anne-baba diyor ki: "Aman gözümün önünde olsun da ne yaparsa yapsın." Aslında o bizim evin güvenli ortamı dediğimiz ortamda çok güvensiz şeyler yapıyor. Mesela, sanal seks var, siber seks var, bütün pornografik materyallerle, erotik materyallerle karşılaşılıyor. Uyuşturucu, kavga, şiddet, birçok o şeyleri ve orada en çok da kimliğini saklıyor. Kimliğini saklayarak bunu yaptığı için de yalan söylemeyi doğallaştırıyor. Yani internetin en büyük zararı aslında yalancılığı doğallaştırdı toplumda. Yani çocuklarda yalan söylemeyi, "Yalan söylediğiniz zaman bazı kazanımlarda elde edebiliyormuşsun." tarzında o çocuğun dürtü kontrolü yapmadığı bir dönemde yalan davranışının yaygınlaşması gibi olumsuz bir etkisi var. Bu nedenle, internetin ve bağımlılık yapıcı etkisi de aynı beyindeki ödül-ceza sistemine olduğu için benzer etki yapıyor. Bunun için ve bu internet öyle ki elverişli, kolay ulaşıyor. Gece gündüz ulaşıyor, maddeye göre daha ucuz ve o şekilde internet

karşısında yirmi yedi saat durup kalp krizi geçirip ölen gençler var. Yani modeminin çekti diye annesini bıçaklayan gençler var literatüre girmiş. Kore’de var bu şekilde. Onun için onlar masum değil internet bağımlılığı.

İnternet şöyle kabul ediliyor: Hani sanal değil. Mesela, EFT’yle bir yerden bir yere 10 bin dolar transfer ediyorsun, sanal ama sonuç gerçek. İşte, internetin sonucu da aynı şeklide gerçek. Sanal oyunda fakat karşılaştığı, yaptığı şey beyinde aynı madde kullanır gibi aynı o yer, alanı etkiliyor, beyindeki ödül-ceza sistemini bozuyor, hazzını yönetemeyen bir ocuk ortaya çıkıyor. Bu nedenle, internet kullanımını şimdi ocuk psikiyatristleri ebeveyn gözetiminde kullanmayı yani ilk, çocukta 0-6 yaş arasında ocuk öğrendiği şeyler, beynin öğrendiği bilgiler 6 yaştan sonra öğrendiği bilgilerden daha fazla. 0-6 yaşta çocuğa tek başına seyrettirmemek hedefleniyor. Muhakkak anne-baba birisi olarak çünkü orada soyut düşünce gelişmediği için oradaki televizyon ya da bilgisayardaki bilgileri ocuk gerçek gibi görüyor. Hatta on sene önce, bu akıllı telefon yaygınlaşmadan önce ABD’de yapılmış bir televizyon çalışması var. 10 yaşındaki çocuklara diyorlar ki: “Evden televizyon mu gitsin, babanız mı gitsin?” diye soruyorlar. Çocukların yüzde 63’  “Babamız gitsin.” diyorlar. Yani o ocuk için o derece tutku hâline geliyor yani bu derece etkiliyor çocuğu. Yani internet bağımlılığına bu nedenle madde bağımlılığı konusunda da risk grubunu artırıyor. Onlara denetimli kullanmayı öğretmek gerekiyor ama çocuktan çok anne-baba eğitimi önemli burada. Yani internette ocuk küçük... 10 yaşından sonra geçti, çok geçti. 10 yaşından önce çocuğa internet kültürü kazandırmamız lazım. Yani interneti, cep telefonu ilk çıktığı zaman cep telefonu kültürü yoktu, zamanla oluştu. Akıllı telefon kültürü de oluşması gerekiyor. Bu kültür oluşup onun standartları oluştuğu zaman çocuklar onunla, işte, sosyal medya bağımlılığı gibi... şimdi, “fear of missing out” diye bir ölçek vardı, Türkiye’de benzerini geliştirdik biz. Kişi internete bağlanamadığı zaman, ulaşabilir, online olamadığı zaman krize giriyor; aynı bağımlılık gibi. Yani, bununla ilgili ölçek bile geliştirildi. Bu nedenle, internet bağımlılığı önemli fakat bağımlılık için o sadece bir alan, biz politikamızı sadece internet bağımlılığına göre yapmayalım. Yani, çünkü gençler... İnternetin kendisi bizaatihi tarafsızdır, madde gibi değil; madde illegal bir şey, zararlı bir şey ama internet teknik bir araç, iyiye kullanılırsa iyi amaca hizmet ediyor, kötüye kullanılırsa kötü amaca hizmet ediyor. Onun için, bilinçli kullanımla internet okuryazarı olabilmeyi, medya okuryazarı olabilmeyi -RTÜK’ün bu konuda çalışmaları vardı zaten- yaygınlaştırmak... Yani, internet kültürü oluşturulursa ancak öyle öğrenilir, yoksa o da... Ama bakıyorum ben -son olarak şunu söyleyeyim- ailede sıcak bir ortam varsa, anne baba, aile ilgili bir aileyse ocuk bağımlılığa dönerse bile bir müddet sonra bırakıyor ama ailede, aile içinde karı koca geçimsizliği varsa, ailede çatışma varsa, evde sevgi ortamı yoksa ocuk bilgisayara sığınıyor, bilgisayar kaçış nesnesi oluyor onun, sevgi nesnesi oluyor. Bu nedenle, aileyi güçlendirmek aslında gene çocuğu internet ortamından, bu bağımlılık ortamından uzaklaştırmanın temel ayaklarından birisi. Yani, güçlü aile burada en önemli... Aile bağlarının güçlenmesi, aile değerlerinin güçlenmesi koruyucu tedavinin, pozitif psikolojinin zaten ayaklarından birisi. Bu nedenle, aile bağlarını eğer... şu anda, Türkiye’de ailede de, biliyorsunuz, kriz var. T  K istatistiklerine göre Türkiye’de ilk beş yılda boşanma oranı yüzde 38, 2016’da; bu, Avrupa’da yüzde 50 şu anda. Yani, Türkiye’de de evlilikte ilk beş yıl boşanma hızı arttı. Yani, aile bağları zayıfladığa bağımlılık artacaktır. Burada aileyi güçlendirme politikaları da, koruyucu ve önleyici çalışmaları da çok önemli, bu vesileyle onu da söylemiş olayım.

Teşekkür ederim, sağ olun.

BAşKAN – Değerli hocalarımıza çok teşekkür ediyorum.

Oturumumuza,  ğleden sonra saat 14.30’da toplanmak üzere ara veriyorum.

Kapanma Saati: 13.18

İKİNCİ OTURUM**Açılma Saati: 14.37****BAŞKAN: Yılmaz TEZCAN (Mersin)****BAŞKAN VEKİLİ : Kerem Ali SÜREKLİ (İzmir)****SÖZCÜ: Gökçen ÖZDOĞAN ENÇ (Antalya)****KÂTİP: Lütfiye İlkse CERİTOĞLU KURT (Çorum)**

BAŞKAN – Kıymetli hocalarım, bugün uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni bağımlılık türlerinin araştırılarak bağımlılığın nedenlerinin ve alınacak tedbirlerin tespit edilmesi maksudıyla kurulan Meclis Araştırması Komisyonumuzun 3'üncü toplantısının İkinci Oturumunu açıyorum.

Toplantı yeter sayısı vardır.

Değerli arkadaşlar, değerli basın mensupları, kıymetli hocalarım; bugün 3 hocamızı dinleyeceğiz. Birincisi Profesör Doktor İsmet Çok, Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı Başkanı. Bize uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni madde bağımlılıklarıyla ilgili bilgi verecek. Diğer hocamız Doçent Doktor Okan Cem Çirakoğlu, Başkent Üniversitesi Psikoloji Bölümü. Bağımlılıkta psokososyal etkenlerden bahsedecekler. Diğer hocamız da Uzman Psikiyatrist, Psikolog Doktor Tamer Numan Duman, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden. Uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisinde psikolojik müdahaleler konusunu anlatacak.

İsmet Hocam, buyurun.

3.- Profesör Doktor İsmet Çok'un, uyuşturucu madde bağımlılığı ve yeni madde bağımlılıkları hakkında sunumu

PROF. DR. İSMET ÇOK – Sayın Başkanım, Sayın Komisyon üyeleri, değerli hocalarım; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Komisyonunuza davet ettiğiniz için de ayrıca şükranlarımı bildiriyorum.

Ben biraz evvel buyurduğunuz gibi Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı öğretim üyesiyim. Bağımlılıkla olan ilgimiz kimyasallardan kaynaklanıyor, kimyasallar direkt çalışma alanımız içinde. Sağlık Bakanlığının da Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı başta olmak üzere bağımlılıkla ilgili pek çok komisyonda görev aldım. Esas çalışma alanım da -bunu da söylemem gerekiyor, kendimce hissettiğim için- elektronik sigara ve sağlık üzerine etkilerine yönelik yoğun olarak çalışıyorum. Bu konuda da pek çok yayınam, TÜBİTAK projelerimiz var. Dolayısıyla toksikolojiyle ilgili bir ana bilim dalı söz konusu olduğu için tek bir slaytta biz neyizi ilk önce size arz etmek istedim.

Toksikolojinin sözlük anlamında zehir bilimi var fakat gerçekte bu üç tane tanımını görüyorsunuz. Bunun sonuncusu olan kimyasal maddelerin zararsızlık limitlerini belirleyen bilim dalı benim en çok sevdiğim tanımıdır. Olabilecek her türlü kimyasalın bizim için hangi dozdan sonra ne derece risk taşıyıp taşımadığını belirleyen bir bilim dalında çalışıyorum. Bundan dolayı da her zaman bir kimyasalla tanıştığım zaman heyecanlanmışımdır, bağımlılık yapıcı maddeler de böyle. Özellikle bugün size arz etmeye çalışacağım, bir önceki slayta geri dönersem yeni nesil pisikoaktif maddeler de direkt toksikolojiyi ilgilendiren kimyasallar açıkçası. Ben işin bağımlılık boyutunda değilim, böyle bir eğitimim yok, sadece kimyasal boyutundayım. Yeni kimyasalların neler olduğunu, Türkiye'deki bulunma durumları ve olası toksik yani zararlı etkilerinden size kısa kısa bahsetmeye çalışacağım.

Yeni nesil psikoaktif maddeleri kısaca tanımlamaya kalktığımızda Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi der ki: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddeler Tek Sözleşmesi veya 1971 Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Sözleşmesi kapsamında yer almayan -burada listelerimiz vardır- bu listelerde yer almayan, kontrol de edilemeyen fakat halk sağlığı için ciddi boyutlarda tehdit teşkil eden saf madde veya müstahzarlar olarak adlandırılıyor. Bunların da narkotik veya psikotrop etkilerinin olması gerekiyor. Yeni nesil psikoaktif maddelerin tanımı biraz uzun olmakla beraber Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi tarafından bu şekilde yapılıyor. Peki, bu yeni nesil psikoaktif maddeler niye önemli? Çok basit, mevcut yasal sınıflama ve cezaları atlatılabilmek için geliştirilmiş olan maddeler. O yüzden bir önceki slaytta belirttiğimiz sözleşmeler kapsamında değil, kontrole de tabi olmadıkları için tercih edilen maddeler arasında. Kaldı ki bu maddelerin temel özelliği -kontrole tabi olmalarını bir kenara bırakırsak- psikoaktif etkililer yani o biraz önceki sözleşmelerle belirlenmiş olan ve listelere girmiş olan pek çok kimyasalın etkisine benzer etki gösterirler hatta bir sonrakinde olduğu gibi daha ödüllendiricidirler. Bu iki özellikten dolayı da yani hem yasa kapsamına girip kaçmaları, cezaları atlatabilmeleri hem de psikolojik psişik etkilerinin olmasından dolayı kendilerini yasal sınıfta gösteren maddelerdir.

Biz yeni nesil psikoaktif maddeleri çeşitli isimler altında rahatlıkla görebiliyoruz. Tasarım maddeleri, yasal keyif vericiler, kafa yapıcılar, bitkisel keyif vericiler, banyo tuzları, araştırma kimyasalları, laboratuvar reaktifleri gibi isimler altında rahatlıkla kendilerine ulaşılabilmesi mümkün. Fakat bu maddelerin yaygınlığında en büyük rolü özellikle tüm dünyada internet aldı. İnternet dediğimiz bizim basit Google aramalarından bahsetmiyorum ki bunlarda önemli rol oynadı bu maddelerin gelişmesinde. Gerçekte “dark net” olarak adlandırılan, sizin bizim pek girmeye şansımızın olmadığı, büyük alımların alınıp verilip yapıldığı, internetin daha alt safhaları olan safhalarda bu maddeler geniş miktarlarda alınıp satılıyor. Yani tekrar ediyorum, basit Google aramalarından bahsetmiyorum, daha derin aramalardan, dördüncü, beşinci derecedeki aramalardan bahsediyorum. Tekrar ediyorum, sizin bizim, normal insanların oralara pek girme şansı yok. Dolayısıyla esas internet bu maddelerin gelişiminde en büyük rolü almış durumda.

Bana verilen süre kısıtlı olduğu için daha hızlı hızlı aktarayım istiyorum. Yeni nesil psikoaktif maddeleri Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi sentetik kannabinoidler, sentetik katinonlar, aminoindanlar, ketamin ve fensiklidin tipi maddeler, feniletilaminler, piperazinler, triptaminler, bitki kökenli maddeler ve diğer maddeler olarak bir sınıflandırma yapmış. Gerçekte bu sınıflandırmada, şu anki sınıflandırmada seneler içinde ufak tefek bu maddelerin yeri değişebiliyor. En son 2017 sınıflandırmasında böyle. Örneğin, bu diğer maddeler sınıfındaki bazı maddeler birden öne geçebiliyor.

Yeni psikoaktif maddeler bizim için niçin önemli? Bir kere, sağlığımızı tehdit etmesi bir kenara, esas tehdit ettiği yer ve konum bizim geleceğimiz olan gençler. En fazla gençler arasında yaygınlık gösteriyor, gençler tarafından tercih ediliyor. Avrupa bünyesinde, yirmi dört ülkede yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, 15 ile 16 yaş arasındaki okul çağındaki çocukların yüzde 3’ü son bir yıl içinde bu maddelerden bir veya birkaçını denemiş durumda. On altı senelik ömürlerine bakıldığında, bu maddelerden yaklaşık yüzde 4’ünü denemiş durumdalar. Yaş ve yaşam itibarıyla bakıldığında rakam hiç küçük bir rakam değil, hem de yüzde 3 civarındaki rakam hiç küçük bir rakam değil çünkü biz binde 1’li seviyelerle konuştuğumuz zaman irkiliriz. Bu rakamlar bizim için ürkütücü rakamlar.

2016 sonu itibarıyla Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi verilerine göre, şu an Avrupa uyuşturucu pazarında 620 adet yeni psikoaktif madde izlenmektedir. Bunların dağılımı yıllar itibarıyla farklılık göstermekle beraber, giderek artış eğilimindedir. Örneğin, 2005 yılında 13 tane psikoaktif madde söz konusuken sadece 2014 yılında –yeni rakamlardan- 101 tane, 2016 itibarıyla da

66 yeni psikoaktif madde eklenmiş durumdadır. Yani, total itibarıyla bakıldığında, 620 adet yeni nesil psikoaktif madde izlenmekte ve bunların içinde en büyük oranı biraz önceki sınıflandırmada bulunan “sentetik kannabinoid” adını verdiğimiz maddeler alıyor yüzde 33 oranında, 2015 verileri bunlar. İkinci sırada “katinon” adını verdiğimiz maddeler yer alıyor. Bu iki grup neredeyse tüm yeni nesil psikoaktif maddelerin yüzde 50’sinden fazlasını oluşturuyorlar kullanım açısından. Dolayısıyla, bu durumu göz önünde bulundurarak bundan sonraki sunumda biraz önceki sınıflandırmayı baz alarak bu iki grup üzerinde biraz daha geniş duracağım çünkü bizim de başımızı ağrıtan esas gruplar bunlar.

Sentetik kannabinoidler bütün dünyada yükselişi inanılmaz hızla devam eden ve yükselişi de asla durdurulamayan, ne yaparsak yapalım durduramadığımız ve de yeni psikoaktif maddeler arasındaki en geniş grup, sayı olarak da en geniş gruplar. Bu maddelerin temel özelliği, esrarın veya marihuananın etken maddesi olan tetrahidrokannabinolün etkilerini taklit etmektedirler. Taklit etmelerine, açıkçası bir bakıma sadece bu kadar olsa şükredeceğiz diyeyim çünkü çok daha farklı boyutlara bu etkileri taşıyabilmekte sentetik kannabinoidler ama temel etki olarak esrarın etken maddesi olan tetrahidrokannabinolün etkilerini taklit ediyorlar.

Sentetik kannabinoidler Türkiye’de özellikle “bonzai”, “Jamaika”, “Jamaika Gold” isimleriyle geniş bir yelpazede kendine yer bulmuş vaziyette. Bir önceki Meclis tutanaklarına baktım. Sayın komisyon üyelerimiz de doğal olarak bu maddeleri tanımlarken “bonzai” tanımlaması üzerinden hareket ediyorlar. Bir miktar sempati de yaratması itibarıyla “sentetik kannabinoid” tanımlamasının yapılmasını sizden rica ediyorum. Böylelikle en azından psikolojik olarak biraz daha korkutucu boyutta da olabilir. Dolayısıyla mümkün olduğu kadar “bonzai” tanımlamasından kaçınmamızda yarar var.

Avrupa ve Amerika’da en fazla rastladığımız türü “spice” veya “K2” olarak adlandırdığımız ürünler. Bunun haricinde de pek çok firma, kişi tarafından pek çok ticari isim altında rahatlıkla bulundurulabiliyor.

Sentetik kannabinoid içeren ürünlerin tek başına bulunması gibi, birden fazla sentetik kannabinoid de aynı ürün içinde veya müstahzar içinde rahatlıkla bulunabiliyor. Sentetik kannabinoidlerin, adı da üzerinde, laboratuvar koşullarında sentezlenmesinde ya saf hâlde katı veya yağ şekliyle de bulundurmak mümkün. Bu maddelerin daha sonra uygun bir organik çözücüyle çözülerek -ki çözümleri son derece kolay olur- çözüldükten sonra bitkisel ürünler genellikle tercih edilir. Bitkisel ürünler üzerine püskürtülmesiyle ticari preparatlar veya müstahzarlar hazırlanır. Çoğunlukla da dikkat çekmesi amacıyla hazırlanan ürünler parlak torbalar üzerinde satışa sunulur. Sadece bu mudur? Hayır, tablet gibi şekilleri de sentetik kannabinoidlerin mevcut.

Peki, niye insanlar bunu kullanıyorlar, kullanım nedenleri ne? Bir kere, her şeyden evvel, sentetik kannabinoidlere yönelik bazı standartlar hâlâ elimizde değil. Sadece bizim için geçerli değil bu durum, diğer Avrupa ülkelerinde de geçerli çünkü birazdan anlatacağım formülasyondan dolayı bugün dahi yeni bir ürün piyasaya çıkmış olabilir. Dolayısıyla yetişmekte zorluk çekebiliyoruz. Dolayısıyla bunları kullandıklarında kan, idrar gibi biyolojik sıvılarında bunları yakalama şansımız olmayabiliyor. Nedenlerden birincisi bu.

İkincisi, çok fazla yaygın, bulunma şansı çok fazla. Bizde çok yok ama özellikle “head shop” adını verdiğimiz bakkal gibi, tütün ve tütün ürünlerinin satıldığı yerlerden de rahatlıkla ulaşılması mümkün. Benzin istasyonlarından ulaşılması mümkün, ülkemizde de dâhil olmak üzere. Dolayısıyla ulaşılabilme rahatlığı var.

Bir de en temel nedenlerinden biri, “Esrarın etkilerini taklit ediyorlar.” diye söylemişim ki bazı ürünlerin, bazı etken maddelerin esrarla karşılaştırdığımızdaki etkinlikleri yaklaşık 100 kat daha fazla olabiliyor. Dolayısıyla bu da ayrı bir tercih. Hatta farmakolojik etkilerine baktığımızda, esrarın bir

platosu vardır, o platoyu aşma şansımız yoktur ne kadar kullanırsanız kullanın, burada öyle bir şans yok. Dozu artırdıkça etkiyi de artırıyorsunuz. Dolayısıyla esrardan da bu şekliyle ayrılıyor. Bir de etki çok kuvvetli, tercih nedenlerinden biri de bu.

Sentetik kannabinoidlerin çeşidi her geçen gün artıyor. Örneğin, 2009'da 9'ken Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2016 sonuyla toplam rakamın 169 olduğunu bildirmekte ve piyasada Avrupa bazında yakalanmış miktar olarak da 2015 itibarıyla 2,5 tonu geçmiş vaziyette. Bu da ne derece yaygın olduğunun bir göstergesi.

Peki, bunlar her zaman aynı dozlarda mı kullanılıyor? Yapılan bilimsel çalışmalar gösteriyor ki sentetik kannabinoidlerin dozları aynı markada dahi farklılık gösterebiliyor. Örneğin, JWH olarak bahsettiğimiz JWH-073 için 9 ayrı markada 6 ile 23 miligram arasında değişiklik gösterebildiği gibi, diğer sentetik kannabinoidler için de bu geçerli. Yani, belirli bir standardı yok. Aynı firmadan 46 farklı numune alınmış, bunda dahi belirli bir standartları yok. Dolayısıyla dozlar standardize edilmiş değil. Yaygın olarak alındığında sigara, puro, e-sigara –esas meselemiz bu, giderek başımızın de derdi olmaya başladı, bununla da ilgili çok kısa bir bilgi aktaracağım- nargile içine katılarak sigara gibi içilme suretiyle alındığı gibi, buharlaştırılarak oral yani ağız yoluyla ve rektal, anal yolla da uygulamalarının bulunduğu literatürde bildiriliyor. Parenteral yolla kullanımı ise henüz literatüre yansımış değil.

İsimlendirmelerde belki bir karışıklık olabilir diye bunu özellikle koymak istedim. İlk bulunan ve en fazla da piyasada tercih edilen JWH-018 için, JWH bunu kimya laboratuvarında oluşturan John W. Huffman adlı kişinin baş harflerinden oluşmuş vaziyette JWH. Hemen altında görüyorsunuz, bir örnek daha var, Hebrew Üniversitesinde geliştirilen türevleri HU ismini alıyor; üniversitesinin isminden gelir HU olarak. Alexandros Makriyanniis tarafından geliştirilen, sentezlenen yeni maddeler ise bu kişinin isminin baş harfleri olarak AM'yle anılanlar. Hep böyle mi? Değil. Örneğin, Pfizer firmasının yarattıkları, çıkardıkları CP olarak isimlendirilip giderler veya kimyasal maddenin bazılarının isimleri çok uzundur. Bu kimyasal maddelerin isimlerinden yararlanarak isim verilir.

Çok kimyaya girmek istemiyordum ama konunun net, esas anlaşılacağı yerlerden biri burası olduğu için bunu özellikle getirdim, biraz kimyasal bir formül gibi görülüyor. Şu iki daire içinde bulunan iki büyük kimyasal grup var; biri indol grubudur sol tarafta bulunan, diğeri de dibenzopyran dediğimiz bir grup. Normal koşullarda bu iki grubun bir oksijen köprüsüyle bir araya getirilmesiyle ve bu RR olarak adlandırdığımız –pek çok R'ler görüyorsunuz dikkat ederseniz- buralara farklı farklı kimyasallar katılarak sentetik kannabinoidlerin çok büyük bir kısmı oluşturuluyor. Dolayısıyla nereden bakarsanız bakın sonsuz boyutta yeni madde oluşturma şansınız var. Hatta bu maddelerin etkinliği de buraya katmış olduğunuz, örneğin R1 ve R2'ye katmış olduğunuz gruplara bağlı. Grupların bazılarını metil grupları uzadıkça etkinlik artar, kimilerinde sadece hidrojen grubu katarsanız etkinlik artar. Dolayısıyla özellikle bunu getirmek istedim ki daha net anlaşılсын konu diye. Bu iki grup üzerindeki değişiklikler yeni maddelerin oluşmasını sağlıyor piyasaya. Bundan dolayı da sürekli olarak laboratuvarlardan yeni maddeler sentezleniyor. Sentetik kannabinoidlerin sınıflandırılmasından çok bahsetmeyeceğim ama bu kimyasalların almış olduğu gruplara göre çeşitli sınıflandırmaları söz konusu.

Peki, yurdumuzdaki durum ne? Yurdumuzda ilk kez 2010 yılında “bonzai” adı altında JWH-018 görüldü ve TUBİM erken uyarı sistemi vasıtasıyla da 13/02/2011 tarihinde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun kapsamına alındı. O zamandan bu zamana kadar, en son 2015 yılı itibarıyla 142 tane sentetik kannabinoid madde kanun kapsamına girmiş vaziyette. Kanun kapsamındaki diğer yeni nesil psikotropoların sayısı ise şu an için 383 tane ve bu sayı her geçen gün artıyor fakat bizde güzel bir düzenleme yapıldı, genel olarak biraz önceki kimyasal grupların ismi verilerek neredeyse daha sonra üretilebilecek tüm sentetik kannabinoidler de baştan yasak kapsamına

alındı. En son Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi verilerine göre sentetik kannabinoidlerin yakalanma sayısı, miktarı, olayları her geçen gün artış göstermekte. Sadece bir veriden bahsedeyim istedim; örneğin, yakalanma miktarları 2016 itibarıyla 626 kilogram, bu, Türkiye için de geçerli.

Peki, yakalanma ve olay miktarları artıyor, hangi şehirler başta? Yine TUBİM bilgileri çerçevesinde, İstanbul ilk sırayı alıyor, daha sonra İzmir, Bursa ve Eskişehir bu illeri izliyorlar.

TUBİM verilerini kullanarak -şu an için elimizde başka veri yok açıkçası, kişisel veriler haricinde- Türkiye’de sentetik kannabinoid kullanma yaşının 14’e düşmüş olduğu saptanmış vaziyette ki gerek basından gerekse belki hocalarımın görmüş olduğu hastalarda çok daha düşük yaşta da var, ortalama bir yaştan bahsediyoruz, 14 yaştan. Bir karşılaştırma yapmaya çalışırsak Amerika Birleşik Devletleri’nde 12’nci, 10’uncu ve 8’inci sınıftaki öğrencilerde yapılan bir ilk çalışmada oldukça yüksek veriler saptanmış. Örneğin, 12’nci sınıflar için 2012 yılında yüzde 11,3 verisi varken 2016 yılında yapılan yeni bir çalışmayla da bu rakamın yüzde 3,5 olduğu belirlenmiş. Rakam gerçekten küçük değil, 12’nci sınıfta okuyan her 100 öğrenciden 3,5’inin bu maddeleri kullanıyor olması. Amerika’yla karşılaştırıldığında Avrupa’da bu rakamlar daha düşük.

Yine, yurdumuzda ilk kannabinoidin yakalanmasıyla 2016 yılı arasında 17 katlık bir artış söz konusu yakalanan miktarlar açısından ve her geçen gün il sayısı da artıyor. En son 2016 verilerine göre -2017’de yok çünkü- Türkiye’de 71 ilde sentetik kannabinoid yakalama durumu söz konusu.

Sentetik kannabinoidlerin yurdumuza girmesi büyük ölçüde Avrupa, Afganistan ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nden söz konusu, Çin’den de gelmesi söz konusu. Son yıllarda Bulgaristan kaynaklı girdilerin fazla olduğu bildiriliyor hem hava hem kara yoluyla. Ama benim de kendi tecrübelerimden gördüğüm, Rusya kaynaklı girişler çok daha artmış vaziyette yurdumuz için.

Biraz da bilimsel verilerden söz edeyim, TUBİM’de çok fazla görülüyor, TUBİM’de bazı eksik rakamlar da var, bunu da belirtmem gerekiyor. Türkiye’de bilimsel dergilerde, özellikle “impact” faktörü yüksek bilimsel dergilerde yayınlanmış, konuya yönelik çok fazla yayın yok. Yapılmış bir çalışmada Adli Tıp Kurumu İstanbul Narkotik Bölümünde hazırlanan raporlar incelenmiş. 1.200 “herbal” yani bitkisel preparatın 1.179’unun sentetik kannabinoid içerdiği saptanmış. Geçen yıl itibarıyla... Buraya da getirdim Sayın Başkanım, Komisyona da sunacağım, gerekirse de herkese iletebilirim ama iki tane örnek getirdim. Yeni, bir ay önce yayınladığımız bir çalışmayı biz Ankara’da tamamladık, yine Adli Tıpta yapılmış bir çalışma bu. 4.610 narkotik raporu değerlendirdik ve bunların yüzde 8’inin kannabinoid içeren “herbal” preparatlardan olduğu belirlendi. Genel olarak, yanlış anlaşılmasın, sadece “herbal” preparatları yani bitkisel preparatları incelemedik, Adli Tıp Kurumuna ulaşmış tüm raporlar arasındaki sentetik kannabinoidlerin durumunu inceledik, yüzde 8’i sentetik kannabinoidlere yönelikti. Hangi yıllar? 2011’den 2015’e kadar çalışma yapılan yıllarda. 2011’de örneğin, 3 tane madde saptanmışken 2015 yılında bu rakamın 101’e çıktığını görüyoruz. Yakalanan miktarların da 2011’de 30,72’yken 2015’te 5.680 grama çıktığını görüyoruz; sadece bu çalışma için söylüyorum. Yaptığımız çalışmada Ankara için geçerli olan bu verilerde “ADB-FUBINACA” adlı sentetik kannabinoidin en fazla tercih edilen madde olduğunu sizlere bildirebilirim.

Farmakokinetiğinden çok fazla söz etmeyeceğim; sadece, bu maddeler inhalasyon yoluyla alındığından çok hızlı vaziyette etkiliyorlar, hemen, başta beyin olmak üzere diğer organlara yayılıyorlar. Oral yolla alındığında midenin dolu veya boş olmasına bağlı olarak emilim hızlı veya yavaş olabiliyor. Bu maddelerin hepsinin ortak bir özelliği var, lipofilik olarak adlandırdığımız, yağda çözünüyorlar. Dolayısıyla, kronik kullanımda bu maddeler yağda birikme özelliğine sahip. Bu, bize

ayrıca, vakaların değerlendirilmesinde rahatlık getiriyor. Etki süreleri birbirlerinden farklı, etkisi bir iki saat süren maddeler olduğu gibi etkisi beş altı saatten daha uzun süren sentetik kannabinoidler de söz konusu.

Bir özellikleri daha var, bu da çok önemli. Sentetik kannabinoidin kendisi etkin olduğu gibi sentetik kannabinoidi vücudumuza aldığımızda vücudumuzda dönüşmüş olduğu “metabolit” olarak adlandırdığımız ürünleri de sentetik kannabinoid kadar etkili olabiliyorlar, hatta bazıları daha etkin olabiliyor. Bu yüzden, metabolizasyonu önemli. Vücuttaki yarılanma ömürleri, en azından etkisini karşılaştırdıkları esrarla karşılaştırdığımızda çok daha fazla ve toksik etkileri çok daha uzun.

Toksisitelerinden bir iki cümleyle, kısaca bahsedeyim, çok değil. Alındığında hemen terleme, titreme, “midriyazis” dediğimiz göz bebeğinin büyümesi ilk tanımlayacak işlemlerdendir. Bulantı, kusma ilk alınmada hemen karşımıza çıkar. Zaman içinde hipertansiyon ve bunu izleyen hipotansiyon görülür. Göğüs ağrısı, taşikardi, bradikardi kardiyovasküler semptomlardır. Solunum depresyonu doza bağlı olarak karşımıza çıkar. Psikomotor ajitasyon ve bazen de sedasyon gördüğümüz etkiler. Yapılmış bir çalışmada –az değil sayı çünkü biz sentetik kannabinoidle çalışmada çok zorluk çekiyoruz- sentetik kannabinoid kullanan 316 kişide bu etkiler derlenmiş. En fazla, motor koordinasyonda azalma, taşikardi, aritmi ve “dissosiasyon” adını verdiğimiz semptomlar görülmüş. İlerleyen, doza bağlı olan durumlarda depresyon ve psikoz görülen durumlar. Uzun kronik kullanımda ise psikoaktif etkilerinin yanı sıra özellikle, kırmızı konjonktiva bizim tanımlayıcı özelliğimiz, zaten esrara yönelik genel tanımlamada da bu vardır, uzun süreli kullanımlarda karşımıza çıkar. Pupillada dilatasyon, genişleme, bozulmuş motor ve kognitif aktiviteler de yine uzun süreli kullanımlarda temel göstergeler. Taşikardi ve tansiyon kronik kullanımın temel belirteçlerinden biri. Hocalarım çok daha iyi bilirler, bilişsel bozukluktan anksiyete, ajitasyon, deorganizasyon, paranoid sanrılar, intihar düşüncesine kadar ilerliyor uzun süreli kullanımda kişilerde görülen etkiler.

Bunların haricinde toksikoloji olarak üzerinde durduğumuz bir konu daha var. Bazı sentetik kannabinoidlerin kronik kullanımına bağlı olarak karsinogenik etkilerin görüleceği literatüre yansımış vaziyette. Özellikle, kronik kullanıcılarda akciğer hastalığı ve akciğer kanserinin sigara içenlere göre 5 kat daha fazla görüldüğü bildiriliyor. Genç erişkinlerde baş, boyun kanserleriyle ilişkisi kanıtlanmış durumda. Kan kanseri, beyin ve kas tümörlerinde artma bildiriliyor literatürde. Böbrek fonksiyonları üzerine de etkileri var; özellikle, böbrek yetmezliği geliyor uzun süreli kullanıcı olan kişilerde.

Esrardan ayrıldığı bir nokta daha var. Esrarın, özellikle epileptik nöbetleri engelleme –esrar derken etken maddesinden bahsediyorum tabii- özelliği var; sentetik kannabinoidler ise tam tersi bir özelliğe sahip, epileptik nöbetlere neden olabiliyor. Ayrıca, gastrointestinal sistemdeki anoreksi, kilo kaybı, bulantı, kusma gibi semptomlar, hatta kanlı kusma da diğer durumlarımız.

Acil başvurularında biraz önce saydığımız etkilerden en fazla karşımıza çıkan, ajitasyon, konfüzyon, halüsinasyonlar, intihar eğilimi, kalp krizi, böbrek yetmezliği gibi konular. Eğer bir ölüm söz konusuysa yapılan postmortem incelemelerde yaygın olarak akciğer ödemi, inflamasyonlar, akciğer, karaciğer, dalak ve böbrekte tıkanıklıklar söz konusu. Çoğunlukla kalple ilgili nedenlerden dolayı mortalite söz konusu.

Bana bildirilen konular arasında analizlerle ilgili bilgi vermem de isteniyordu. Sentetik kannabinoidlerin analizlerini sofistik aletlerle yapmamız mümkün. Sofistik aletlerin başında da “LC-MS/MS” adını verdiğimiz bir kromatografi tekniği geliyor ki bugün örneğin, Adli Tıp Kurumundan üniversitelerimize kadar herkesin elinde var. Pahalı bir alettir ama neredeyse ölçemeyeceğimiz hiçbir madde yok. Dolayısıyla, hem idrar hem kan numunelerinde rahatlıkla maddelere ulaşmamız mümkün. Tek bir handikabımız var, madde eğer piyasaya yeni sürülmüş ise -yani biraz önceki formüllerden

hareketle göz önüne getirebilirseniz- bunu yakalama şansı zor. Çünkü çalışılan aletlerin bir kütüphanesi var, tüm kimyasallar bu kütüphanede bulunurlar, siz biyolojik numuneyi alete verdiğiniz zaman maddeyi görür ama maddenin ne olduğunu söyleyemez. Bu bize bir miktar tanıma zorluğu getiriyor. Bir de bu maddelerin standartları olmaz, çalışırken muhakkak standartlarıyla karşılaştırmamız gerekir, yeni maddelerin standartlarına ulaşma problemimiz var. Bunun haricinde çok fazla problem yaşamıyoruz ki ilk başlarda çok yaşıyorduk, üzerinde benim de çalıştığım konulardan birisi. Çünkü piyasada -tümüyle afaki söylüyorum- 100 çeşit kannabinoid varsa bizdeki standart 10 taneydi dolayısıyla yeni gelenleri yakalama şansımız olmuyordu ama şimdi standartların üretimi de arttı. Biraz önce söylediğim, bir de metabolit kısmı var yani vücuda girdikten sonra dönüşen kısmı, onları da bulmamız gerekiyor analizlerde. Ama sonuç itibarıyla, LC-MS/MS analizleriyle neredeyse tüm sentetik kannabinoidlerin analizlerinin yapılması mümkün.

Kannabinoidlere yönelik son slaydım bir miktar uyarıcı da bir slayt. 2015 yılında bir kongrede verdiğim slaydı direkt getirdim buraya koydum. Bir uyarıydı o, elektronik sigarayla ilgili bir uyarıydı. Dedim ki: Elektronik sigarada sigaranın yerini, nikotin yerini marihuana aldı yani esrar aldı, artık nikotini çıkardılar tetrahidrokannabinolü koydular. Dolayısıyla, elektronik sigaranın böyle de bir durumu var, tetrahidrokannabinolün çekilmesi. Bu literatür de yeni çıkmış bir literatürdü, daha baskıda olan bir literatürdü, 2015 yılından bahsediyorum; bununla uyarıydım. Şimdi başka bir uyarı daha yapacağım. İş daha da gelişti, biraz önce söylemiştim, tetrahidrokannabinolü de çıkardılar elektronik sigaraların kartuşlarının içinden, onun yerine sentetik kannabinoidleri koydular. Dolayısıyla, her koşulda bağımlılık yaratıcı iki etken madde bir araya gelmiş durumda. Yeni bir ürün olarak bunu da Komisyonun bilgilerine sunayım.

İkinci büyük grubumuz sentetik katinonlardı. Sentetik katinonlar daha ziyade banyo tuzları olarak belki dikkatinizi çekmiş olabilir, piyasaya sürülme nedenleri bunlar. Sentetik katinon denilmesinin temel nedeni de Afrika'nın doğusunda ve güney Arabistan'da yetişen bir bitki var "Catha edulis" adlı bir bitki. "Catha edulis" suistimal edilen bir bitki, zaten Dünya Sağlık Teşkilatının bildirmiş olduğu bağımlılık türlerinden biridir "Khat" türü bağımlılık. Sürekli çiğnenerek bitkinin yapraklarında bulunan "katinon" adlı maddenin suistimal edilmesi söz konusudur. Bizim çok dert ettiğimiz bir konu değildi açıkçası çünkü bitki ancak tazeyken yaprakları emildiğinde bu madde aktif. Örneğin, oradan buraya gelene kadar geçen sürede tazeliğini kaybettiği için katinon da etkisini kaybediyordu. Fakat sentetik kannabinoidlerde olduğu gibi sentetik katinonlar geliştirildi, laboratuvarında katinon örneği alınarak sentetikleri oluşturuldu. Bu sentetiklerin oluşturulması biraz önceki maddenin etkinliğinin kaybolmasının önlenmesine neden oldu. Dolayısıyla rahatlıkla ulaşılacak bir madde. Kendisi, formülden dikkat ederseniz, A formülünde "amfetamin" adını verdiğimiz, bizim yasal olarak sınıflandırdığımız bir madde. Hemen E'de de katinon var. Formül itibarıyla birbirlerine çok benzerler. Zaten sentetik katinonlar da halusinojenik ve psikostimülan maddelerdir, amfetaminler de böyle. Bir de bunun içine yasal olmama, yasal boyutlardan kaçma katılırsa katinonlar için iş çok daha cazip hâle geliyor. Bu yüzden çok yüksek boyutta suistimal edilen madde türevleri olarak piyasada dolaşır durumdadır. Bu slayttaki örneklerden sadece bazıları, daha onlarcasını eklemek mümkün. Sadece örnek olsun diyerek, ilk sırada dikkat ederseniz mefedron, hemen yanına metilon ve hemen onun yanına da MDP adını verdiğimiz 3 tane katinon bileşiği, en fazla, daha doğrusu en popüler sentetik katinonlar arasında, bunları içeren kristal yapısındaki maddeler özellikle banyo tuzu olarak bağımlıların dikkatine sunuluyor. Çeşitli isimler altında, "fildişi dalgaları", "keyif", "mavi ipek", "beyaz yıldırım", "okyanus kırı" gibi isimler adı altında. Ve de ilginç olan konu da bu, üzerine "İnsan tüketimi için değildir." muhakkak yazılıyor, "Tehlike ve toksisite açısından da test edilmemiştir." ibarelerini taşıyor bu ürünler. Bu dahi bu ürünlerin görülmesinde tüketimi cezbediyor. Genellikle beyaz renkte amorf kristal maddeler

bunlar, kapsül veya tablet formunda olabiliyor. “Tablet formu daha az yaygındır.” gibi bir not görülse de burada, bizde tablet formu biraz daha fazla yaygın toz formundan. 50 ila 500 miligramlık paketlerde genellikle satılıyor. Hem oral yoldan hem enjeksiyon yoluyla hem de burun içine çekmek suretiyle bu maddeler rahatlıkla kullanılabilir. Diğer sentetik katinonlardan bir farklı kullanım yolu daha var, küçük kâğıt parçalarının içine bu maddeleri yerleştirip kâğıdı kapatıp direkt yutuyorsunuz, buna da “bombing” adı veriliyor. Mefedron en fazla bu yolla kullanılan maddedir.

Geçen aylar itibarıyla, iki ay önce, Avrupa’da bir bağımlılık kongresi gerçekleştirildi, açıkçası şu sarıyla gösterilmiş olan slaytları oradan aldım. En son veriler, bu bakımdan önemli, katinonlara yönelik. Çünkü sentetik katinonlara yönelik çok fazla bilgi yok. 2008 yılında Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezince rapor edilen katinon sayısı 8 iken, 2014 sonunda 68’e çıkmış, 2016 sonunda 118 ve 2017 itibarıyla da 128’e ulaşmış. Sadece 2016 yılında 14 tane yeni sentetik katinon rapor edilmiş vaziyette. 2015 yılında Avrupa’da en fazla yakalanan ilk 5 katinonu görüyorsunuz: Alfa-PVP, bizde de çok yaygın adıyla “flakka” olarak ilk sırada ve diğerlerini görüyorsunuz. Flakkanın tablet şeklinde kullanımı söz konusu olduğu gibi şekerlere emdirilmesi şeklinde sunulması da söz konusu, farklı yollarla alınabiliyor. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi verilerine göre, 2010 ve 2011 yılında Avrupa’da 200 kilogram sentetik katinon yakalanmışken, bu rakam 2014 yılında 1,3 tona ulaşmış vaziyette, eminim 2017 rakamları çok daha yüksek olacak. Çünkü amfetaminlerin neredeyse yerini aldılar bunlar, almaya meyilliler, o yüzden tercih edilen yeni maddeler arasında yer alıyorlar. En fazla Doğu Avrupa’da, Rusya Federasyonu’nda bu madde karşımıza çıkıyor. Batı ve Orta Avrupa’da 312 kilogramken, Rusya Federasyonu’nda 692 kilogram gibi bir yakalama rapor edilmiş. Doğu ve Güneydoğu Asya’da ise 2017 itibarıyla 226 kilogram maddenin yakalandığı bildiriliyor.

Bu da teknik bir not, çok fazla koymak istemiyordum Komisyona getirmek açısından ama yine bir önceki sentetik kannabinoidlerde olduğu gibi konunun biraz daha iyi anlaşılması açısından söylüyorum. Sentetik katinonlar bizim doğal olarak salgıladığımız ve bize keyif veren maddelerin yapısına çok benzerler ve o maddeler üzerinden etki gösterirler. İşte, bunların arasında dopamin, norepinefrin, epinefrin, serotonin gibi maddeler var. Ortadaki formüle bir miktar dikkatinizi rica ediyorum. Ortadaki formülümüz bizim katinon, R’yle gösterdiğimiz yerlere farklı farklı kimyasal gruplar ilave edilebiliyor. Dolayısıyla bu yüzden de çeşitleri her gün artıyor. Örneğin R1 ve R2’yle gösterdiğimiz yere bir tek metil grubunun gelmesi bizim serotonin salınımımızın artmasına neden oluyor. Tam tersi, yine aynı R1 ve R2 grubunu alın, diğer grupları bir kenara bırakalım. Metil grubunu kaldırıp da sadece bir hidrojen koyduğumuzu düşünürsek bu takdirde de salınmış olan serotoninin geriye alınımının engellenmesi söz konusu. Yani tek bir kimyasal grup çok farklı etkiler yaratabiliyor. Sadece bunu açıklamak için bunu koydum, tekniğini derin derin açıklamadım sizlere.

Türkiye’de durum ne?

BAŞKAN – Sorular da soracağız.

PROF. DR. İSMET ÇOK – Hemen bitireyim o zaman. Türkiye’deki durumla ilgili çok fazla bilginiz yok sentetik katinonlara yönelik. Sadece yasaklanmış olmaları ve resmî gazetelerde başta katinon ve gat bitkisinin yasaklanmış olmasını size söyleyeyim. Katinon bileşiklerinin hemen hemen hepsi bizde yasaklar. Sıklıkla ölümlerin görüldüğü bir grubu oluşturuyor -biraz önce söyledim- amfetaminlerle etkisi benzerlik göstermesi açısından Amerika Birleşik Devletleri’nde örneğin amfetamin kullanımının azalmasına, sentetik katinonlar piyasaya girdikten sonra kendilerinin düzeyinin artmasına neden olmuşlardır.

Etkilerden o zaman çok fazla bahsetmeyeyim ama özellikle yarattığı delirium önemli. Hem delirium hem de “exthedelirium” adını verdiğimiz durumlar. Çünkü tümüyle saldırgan durumuna geçebiliyor kişi, hem kendine hem çevreye zarar verebiliyor.

Sentetik katinonların analizini de yapmamız mümkün analizlerinden bahsederken. Yine başta GC/MS kütle muhakkak gerekiyor tanımda. Ve biraz önceki LC/MS/MS’ten yararlanarak sentetik katinonların analizini yapmak mümkün.

Diğer gruplardan uzun uzun zaten bahsetmeyeceğim, her biri için bir tek slayt hazırlamıştım, isterseniz sunayım isterseniz sunmayayım, yani totalde üç-dört dakikamızı alır. Diğer gruplardan feniletilamin genellikle amfetamin benzeri maddeler. Bunlardan bizim özellikle üzerinde durduğumuz yeni nesiller “benzodifuranlar” olarak adlandırdığımız maddelerdir. Yurdumuzda Bromo-Dragonfly görülmeye başladı son bir senedir. Çok tehlikeli bir madde. Çoklu kullanıma müsait ve fazlaca ölümlere neden olan bir madde. Temel kaynağı da Meksika’da kullanılan... Daha doğrusu Meksika’nın doğal bir bitkisi var. Bu “meskalin” adını verdiğimiz bir madde içeriyor, halüsinojenik bir madde, yüzyıllardır kullanılan bir madde. Bundan kaynaklanmış bir yeni nesil bileşik. En korktuklarımızın arasında açıkçası kendi adıma söyleyeyim. Piperazinler önceleri ilaç olarak geliştirilmiş maddelerdir, hatta “başarısız ilaç” olarak adlandırılırlar, çünkü bağımlılık yapma potansiyelleri görüldükten sonra vazgeçilmişlerdir. Amfetaminin muadilleri olarak piyasada bilinirler. Hatta piyasadaki ürünlerin hepsinde aynen “extacy”de olduğu gibi üzeri şekilli renkli tabletleri vardır. Ketamin ve fensiklidin tipi maddelerdir. Ketamin esasında tababette kullanılan bir madde, anestezi etkisi var, daha ziyade veteriner hekimlikte kullanılıyor. Daha ziyade bu madde cinsel yolla olan suçlarda ön plana çıkıyor. Çünkü renksiz, kokusuz bir madde, rahatlıkla kişilerin içkilerine, suyuna, şununa bununa karıştırılabilir. Çok yüksek dozda oldukça ölümcül etkileri de var açıkçası ketaminin, hatta “k deliği” olarak adlandırdığımız, tümüyle renklerin sese, seslerin renge dönüştüğü durumlar söz konusu. Depresyona sokuyor ve delirium yaratması söz konusu. Fensiklidinler de bu gruba benzerler. Yurdumuzda hepsi yasal boyutta değerlendirilmiş ve yasaklanmış maddeler. Sondan bir grubumuz var “aminoindanlar” adını verdiğimiz maddeler. Bizde çok fazla görülüyor. Bronkodilatör ve analjezik etkisi nedeniyle yararlanılmış olan maddeler. Bu maddelerin hemen hemen hepsi bizde yasaklanmış vaziyette. Açıkçası şu ana kadar da, benim bildiğim çalışmalarımın, yakalanmış olan yok. Triptaminler ise bir önceki cümlemin tam tersi, bizde görülmeye başlamış olan maddeler, halüsinojenik etkili maddeler. Özellikle mantarlardan hareketle, “magic mushroom” adını verdiğimiz halüsinojenik mantarlardan hareketle hazırlanmış maddelerdir. Bazen mantarların kurutulmuş olanları bazen de kurutulmuş olan mantarlardaki etken maddelerin sentetik hâle getirilmiş hâle kullanılması söz konusu. Biraz önce de söylediğim gibi, bizde görülmeye başladı ufak ufak. İki bitkimiz var, aynen “gat”ta olduğu gibi bu bitkiler de bizim dikkatimizi çeken bitkiler: Bir tanesi kratom bir tanesi de salvia divinorum maddeleri. Bunlar özellikle halüsinojenik maddeler, yurdumuza sokulması yasal olarak önüne geçilmiş olan maddeler.

Sayın Başkanım, biraz uzun oldu farkındayım. Ama başta söylediğim, özellikle “sentetik kannabinoid” tanımlamasından kaynaklanan, benim dikkatimi çeken bir konu olduğu için uzun tutma ihtiyacı duydum, o yüzden sabır ve ilginiz için teşekkür ediyorum.

BAŞKAN – Sayın Hocam, çok teşekkür ediyoruz.

Bizim için de ilginç ve önemli bir sunum oldu.

Şimdi, Profesör Doktor İsmet Çok Hocamız uyarıcı madde bağımlılığı ve yeni madde bağımlılıklarıyla alakalı özellikle farmakolojik bilgiler verdiler.

Sorusu olan arkadaşlarımız var mı?

Müsaadenizle ben bir soru sorayım Hocam bu elektronik sigarayla alakalı: Şu anda kullanılan elektronik sigaraların içerisinde kannabinoidler var mı?

PROF. DR. İSMET ÇOK – Yasal olarak henüz elimize geçmedi öyle bir durum. Ama bilimsel literatüre ciddi olarak yansımış vaziyette. Dolayısıyla literatürdeki bu durumu bizim yansıtmamız gerekiyor. Ama Avrupa’da içinde sentetik kannabinoid olan elektronik sigaraların bulunması ve bildirilmesi söz konusu. Bizde benim bildiğim kadarıyla böyle bir durum yok. Bunu esas tütün -ki oraya da bildiren yine benim- ve diğer bağımlılık yapıcı daire başkanlarımız daha iyi bilir. Beraber çalıştığımız için de oradan biliyorum, henüz böyle bir durum bildirilmedi Sayın Başkanım.

BAŞKAN – Çünkü Türkiye’de sigarayı bırakmak için bu elektronik sigaraya yönelmeler...

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Yasal değil zaten Türkiye’ye girişi, kaçak giriyor.

BAŞKAN – Kaçak mı giriyor?

LÜTFİYE İLKSEN CERİTOĞLU KURT (Çorum) – Evet. O aparatları kaçak geliyor, “Tobacco Shop”larda da o şeylerin yedekleri satılıyor. Ama şu anda izinli değil.

PROF. DR. İSMET ÇOK – Elektronik sigaranın satışının yapılabilmesi için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan izin alınması gerekiyor Sayın Başkanım. Bugüne kadar da böyle bir izin söz konusu değil. Çünkü cihazın kendisi tıbbi cihaz olarak değerlendirilmiş vaziyette. Benim bilgilerim dâhilinde olan, böyle bir izin henüz verilmedi. Dolayısıyla bu izne sahip olmadan piyasada satılmış olan her ürün hem risk hem de yasal olmayan üründür.

BAŞKAN – Kaçak olarak kullanıyorlar maalesef.

Başka soru var mı? Yoksa, İsmet Hocamıza çok teşekkür ediyoruz bu güzel sunum için.

PROF. DR. İSMET ÇOK – Sağ olun Başkanım.

BAŞKAN – Şimdi, Başkent Üniversitesi Psikoloji Bölümünden Doçent Doktor Okan Cem Çirakoğlu bize bağımlılıkla ilgili psikososyal etkenleri anlatacak.

Okan Hocam, buyurun.

4.- Doçent Doktor Okan Cem Çirakoğlu’nun, bağımlılıkla ilgili psikososyal etkenler hakkında sunumu

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇİRAKOĞLU – Sayın Başkan, sayın milletvekilleri; ben size olabildiğince kısa bir sunum yapacağım çünkü daha önce yaptığımız temasta, özellikle bağımlılık fizyolojisi ve psikofarmakolojisi konularında çalışmalar yapıldığını ve sunumlar olacağının bilgisini almıştım.

Ben genellikle belirli problemlerin sosyal algıları üzerinde çalışıyorum, çalışma alanlarımdan bir tanesi bu. Geçmişte madde bağımlılığıyla da ilgili bir çalışma yaptık ama zaten, hani, bağımlılık, kötüye kullanım, bunlar özellikle klinik psikoloji alanında pek kaçınma şansımız olan konular olmadığı için karşılaşıyoruz dönem dönem.

Ben özellikle bu maddeleri, Hocamın anlattıklarını şöyle yorumlamak durumundayım: Bu sahne çok değişmiyor, sahne aynı, maddeler, aktörler vesaireler değişiyor ama bundan otuz yıl önceye gittiğimizde bu maddelerin belki birçoğunu görmeyecektik ama yeni yeni bir sürü madde vardı. Gelecekte bu maddelerin sayısının çeşitleneceği, artacağı, bazılarının ortadan kalkacağı, demode olacağı vesaireyi düşünebiliriz, öngörebiliriz, çok büyük bir sürpriz olmaz. Fakat kullanıcı üç aşığı beş yukarı benzer özellikler göstermeye devam edecek çünkü burada bir insan faktörü var. Onlarda da çok ciddi değişimler olmakla birlikte maddeler arasında ve zaman içinde çok tutarlı bazı bulgular var. Çünkü bir pozitif psikoloji, bir de daha böyle işin olumsuz yanından baktığımızda şöyle bir şey elde

etmek mümkün: Aynı sosyal çevrede, aynı yaş aralığında, aynı ya da benzer aile yapılarına, kültürel özelliklere sahip insanların bazıları madde kullanırken bazıları kullanmıyor, bazıları deniyor bazıları denemiyor. Dolayısıyla burada komplike bir yapıdan da bahsediyoruz yani çok değişkenli bir şey olduğu için çok kesin, bu bunu kullanır, bu bunu kullanamaz, kullanmaz diyebileceğimiz yapılar yok fakat yine zaman içinde gayet net belirmiş bazı risk faktörleri ve koruyucu faktörler var. Ben izninizle biraz bu konulardan sizlere bahsedeceğim.

Gerçekten çok temel ve önemli bulduğum, özellikle ülkemiz için, biraz da ülkemiz koşulları açısından düşünerek sizlere bir bulgu getirmek istedim, daha doğrusu bir sunum yapmak istedim.

Özellikle bunların içinde bazı bireysel risk faktörleri çok yüksek. Şimdi, neyin bireysel, neyin sosyal olduğunu ayırt etmek de kimi zaman çok kolay değil ama insanın zihninde örneğin bir esrar ya da marihuana ya da eroine ilgili bir maddenin temsilinin oluşması, onun nasıl bir madde olduğu, ne kadar zararlı olabileceği, nasıl bir bağımlılık yapacağıyla ilgili temsiller de aslında işin sosyal boyutunu gösteriyor. Bu konuda yapılmış bir çalışmamız var, bir süre önce, yaklaşık sekiz on yıl oldu ama çok değiştiğini düşünmüyorum. Örneğin, Türkiye’deki üniversite gençleri arasında esrarı, eroini, kokaini ve genel olarak uyuşturucu terimini test ederek bir tutum araştırması yapmıştık. Bunların içinde en olumlu tutum esrara karşı. Yani esrarla ilgili şöyle bir genel inanç da var: Bağımlılık yapmaz, hani rekreasyonel olarak kullanılabilir. En olumsuz tutum eroine karşı. Mesela, uyuşturucu da ikisinin arasında bir yerdedi. Yani maddenin sadece adını değiştirdiğimizde bile kişilerin buna bakış açısında ciddi bir değişiklik oluyor. O yüzden, hani biz genellikle “madde kullanımı”, “madde istismarı”, “madde bağımlılığı” gibi söylemeyi tercih ediyoruz. Örneğin, Hocamın verdiği örneklerin bazıları gerçekten uyuşturucu değil, yanılmıyorum değil mi Hocam? Özellikle uyarıcı nitelikleri daha baskın. Dolayısıyla, bir kere, kullandığımız dil açısından gerçekten kritik bir noktadayız. Bunun şöyle bir dezavantajı var bireysel olarak: Eğer bir kişinin örneğin esrar gibi bir maddenin bağımlılık yapmayacağına dair bir inancı varsa, dolayısıyla algılanan risk de düşük olacaktır. Algılanan riskin düşük olması maddenin denenmesini kolaylaştırır. Bu, uzun vadede şununla sonuçlanabilir: Bu maddeleri her zaman saf olarak bulmak mümkün değil. Bunlar satıcıların, dağıtıcıların, hatta kimi zaman -Hocam daha iyi bilecektir- sanırım üreticilerin iki dudağının arasındaki işler. Dolayısıyla, bir kişinin doğal bir madde aldığını ve kullandığını düşünürken aslında içine karıştırılmış bazı sentetik maddeleri kullanıyor olması mümkündür. Bu da bir pazar yaratmak açısından bilindik bir yol diye düşünüyorum. Dolayısıyla riski doğru tarif etmemiz ve doğru algılanmasını sağlamamız kritik. Bu sadece tabii ki bir kişinin aldığı bilgiyle ilişkili değil. Onun problem çözme becerisi, stresle başa çıkma becerisi, karar verme becerisi gibi bir sürü becerisini de getiriyor.

En önemli kişisel faktörlerden biri benlik ve benliğin bileşenleriyle ilgili konular. Burada genellikle öz kontrol, öz yeterlilik, öz saygı yani kişinin dünyada olup biten olayları, başına gelenleri ne kadar kendi kontrolü altında algıladığına dair inancı, kendisini dünyada ne kadar yeterli hissettiğine dair inancı ve kendisini diğer insanlardan ne kadar değerli ya da değersiz bulduğuna dair inancı çok kritik. Bunların hepsini toplarsak, bunlar olumlu bir benlik anlayışına sahip bir bireydeyse şöyle sonuçlanıyor: Bir kişi kendisine ikram edilen maddeyi deneme ihtiyacı duymuyor, “hayır” demesi kolaylaşıyor. Bu bizim için çok kritik bir şey çünkü aslında önümüzde riskli ve risksiz profiller varsa ne yapabiliriz o konuda bize yol gösterecek şeylerden biri. Bütün bağımlılıklarda -birazdan ben de Hocamın söylediklerine atıfla bir iki şey söyleyeceğim ama- akran grubunun etkisi çok fazla, özellikle gençlerde. Bu, tütünde de böyle, esrarda da böyle, eroinde de muhtemelen böyle. Kimliğini oluşturmaya çalışan bir gence ikram edilen bir madde ve onu kullanmayı reddetmesi hâlinde başına gelebileceklerden bahsediyorum; bu, zorbalığa uğramaktan alay edilmeye kadar çeşitli şeyler söylüyor ama gelişimsel olarak düşündüğümüzde ergenlik bu tür saldırıları çok kabul edebileceğimiz bir dönem değil. “Ben gerekirse bağımlı olurum ama bana

‘süt çocuğu’ dedirtmem.” diyor kendisine burada birey. Dolayısıyla akran etkisi çok kritik. Şu açıdan da kritik: Özellikle gelişimsel olarak düşündüğümüzde ergenlik anne-baba denetiminin azalmaya başladığı bir dönemdir, sağlıklı olarak böyledir çünkü ayrışma gerekecek, bireyin annesinden, babasından ayrı bir birey olarak ayrışması söz konusu. Bunun sonucunda da akranlarıyla daha fazla zaman geçirmeye başlıyor. Eğer bir de aile yapısında gerçekten iyi bir denetim sağlanamıyorsa -baskıcı bir denetimden bahsetmiyorum, iyi bir izlemeden- o zaman biz burada çocuğun oluşmakta olan kişiliğine ve akran grubunun insafına kalmış oluyoruz belli açılardan. Eğer bu akran grubu tamamen riskli bir çevredeyse de neredeyse norma dönüşüyor zaten madde kullanıyor olmak.

Stresle yetersiz başa çıkma stratejileri ve olumsuz rol modelleri birey için çok riskli bu açıdan.

Şimdi, bunları tek başına düşündüğümüzde tabii ki bir yere muhtemelen varamayacağız, sosyal varlıklarız, hepimiz bir sosyal yapı içinde yaşıyoruz.

Türkiye’de ve dışarıda bugüne kadar yapılmış çalışmalar içinde herhâlde en önemli bulgulardan biri şu: Parçalanmış aileler, özellikle gençler ve çocuklarda madde istismarı ve bağımlılığı için önemli bir risk faktörü. Burada şunu söylemek istemiyoruz kesinlikle, bir nedensellik kurmak doğru değil: Her parçalanmış ailenin çocuğu madde kullanır demek istemiyoruz, buna dair bir bilimsel bulgu da yok. Ama diğer risk faktörleriyle birleştğinde ve kendisinin yarattığı diğer risk faktörlerini düşünersek, parçalanmış aile yapısı gerçekten çocuklar üzerindeki denetimi azaltıyor, kontrolü azaltıyor, birtakım ihtiyaçların giderilmesini zorlaştırıyor, stresi artırıyor ve başa çıkmayı zorlaştırıyor. Dolayısıyla parçalanmış aile gerçekten önemli bir risk.

Yine, hani son yıllarda gerçekten sentetik maddelerin çok fazla artmış olmasının şöyle bir avantajı var: Örneğin bu maddelerin geçmişte bölgesel, kültürel kullanımları var. Hatta Yemen’de “gat” gündelik kullanılıyor neredeyse ya da bizde “cannabis”in, esrarın yetiştirildiği bölgelerde sık kullanımlar olabilir ama artık sentetik maddeler bu tür şeylerin herhangi bir yerde üretilmesini kolaylaştırıyor. Dolayısıyla, erişim çok kolay, satışı çok kolay, dağıtılması çok kolay. Bu çok ciddi bir risk, tıpkı intiharda silahlara erişim gibi düşünelim bunu, evde silah varsa risk artar ama bakkalda “extacy” satılıyorsa en son kullanım olasılığı da artabilir. Bazı sosyal çevreler, özellikle sosyoekonomik düzey açısından çok riskli. Maddelerin hangi çevrede nasıl kullanıldığını belirleyen şey, dürüstçe söylemek gerekirse, daha çok fiyatlarıdır. Çok lüks maddeler yüksek sosyoekonomik düzeyde daha çok kullanılırken, kolay erişilen daha ucuz maddeler, örneğin esrar, düşük sosyoekonomik çevrelerde daha yüksek kullanılabilir. Ama belli çevrelerde, tıpkı suç gibi düşünelim bunu, sanki bu bir hayatta kalma bileşeni gibi algılanıyor, o çevrede herkes suç işliyor, o çevrede birçok insan hırsızlık yapıyor. Dolayısıyla suça, madde kullanımına, belli davranışlara olan tolerans yüksek olabilir, bu da o çevrelerde kullanımı artırabiliyor.

Şunu bir Amerikan çalışmasından getirdim ama benim kafamdaki yıllardır söylemeye çalıştığımız şeylerden birini çok iyi vurguluyor, slaytlardaki, barlardaki siyah çubuklar 18 yaş ve sonrasındaki bağımlılık miktarlarını gösteriyor. Griler de o madde için ilk başlangıç yaşlarını gösteriyor. Burada grafik biraz karışık olabilir ama nikotin, alkol ve yasa dışı diğer maddeler için 14 yaş sütunlarına bakarsak bizim için en kritik şey o. Yani 15 yaşın altında maddelerden birine başlamış olmak aslında 18 yaş sonrasında bağımlılığı getiriyor. Yani 14 yaşından küçükken sigarayı denemiş olmak 18 yaşından sonra madde bağımlısı, sigara bağımlısı olma olasılığını çok artıran bir faktör. Yaş 18’in üstüne çıkmaya başladığında bazı maddeleri deniyor olmak o kadar yüksek bağımlılıklarla sonuçlanmayabiliyor. Buradan bizim alacağımız ya da naçizane benim bu slaytı değerli bulmamın nedeni şu: Bağımlılık yaşının düşmesi çok kritik bir şey. Bağımlılık yaşının düşmesindeki en önemli faktörlerden biri tabii ki maddelere kolay erişim. Örneğin eroinin sigarayla içilen formları çıktıktan sonra bağımlılık oranları patladı Amerika’da ve zaman hızlandığı için artık bunu söyleyemiyoruz ama bizim genel

olarak Amerika'yı, Avrupa'yı izleme hızımız on yıldır bu alanda, muhtemelen şimdi eş zamanlı gidiyor olabiliriz. Yani oradaki her değişimi biz bu ülkede görmek durumunda kalabiliriz. O yüzden uzun vadeli adımlar atarken gözümüzü en çok dikmemiz gereken yaş grubunun özellikle 15 yaş altındaki grup olduğunu söylemek herhâlde yanlış olmaz. Hani benim kendimce ifade etmek istediğim en temel şeylerden biri şu. Bugüne kadar işte burada sizler de psikiyatrist arkadaşlardan, tedaviyle çalışan arkadaşlardan dinlediniz, bütün dünyada neredeyse fizyolojik olarak da sosyal olarak da literatür bize şunu söylüyor: Madde bağımlılığı çok dirençli bir problem ve nüks oranı çok yüksek bir problem. Özellikle ağır bağımlılıklarda, örneğin alkol, eroin, damar içi alınan opiat bağımlılıklarında şöyle bir süreç işliyor: Bir kişi madde istismarından madde bağımlılığına giden bir yolda ise muhtemelen sosyal çevresi çok şiddetle daralıyor. Şimdi, eroin düşünelim, eroin kullanıcısı gerçekten çok zor çünkü opiat zaten çok kuvvetli bir madde. İkincisi -kaçımızın eroin kullanan arkadaşı olur ki- bir müddet sonra sosyal çevremiz hem temin etmek hem kullanmak açısından daralmaya başlıyor. Pahalı bir madde. Bir müddet sonra önce ev içinden, sosyal çevreden başlayarak suça yönelimler artıyor. Bir müddet sonra etrafınızda neredeyse eroin kullanmayan, madde kullanmayan kimse kalmamaya başlıyor. Şimdi bunun tedavi için şöyle bir riski var: Oldu ya siz gittiniz tedaviye başladınız ve arındınız aslında, tedavi çıkışında gideceğiniz yeriniz yok ne yazık ki. Bu insanların çoğunda aile yapısı onları reddetmiş oluyor, iş, okul, sosyal işlevsellik açısından çok tahribat oluyor. Dolayısıyla bu insanın geriye döndüğünde kendini sürdürebileceği, koruyabileceği bir işi gücü, okulu, ailesi, sosyal desteği kalmayabiliyor. Bu açıdan maddelerin kullanımından sonra geriye dönüşü hedefleyen adımlar her zaman -tabii ki tababet ve psikoloji ve diğer bilimlerin bununa yükümlüdür ama- çok olumlu ya da çok mucizevi sonuçlar üretmiyor. Burada önemli olan başlamayı engellemek, koruyucu çalışmalar yapmak. Dolayısıyla bunun içine bir de sosyal yaftalamayı, etiketlemeyi koyduğunuz düşünün, okullar bunun en iyi örnekleridir. Ben ağır bir sigara içicisiyim. Benim 14-15 yaşından sonra okuldaki tüm çevrem neredeyse sigara içen arkadaşlarımdan oluşuyordu, diğer arkadaşlar da muhtemelen bana farklı bakıyorlardı, ben de onlara farklı bakıyordum. Bu, bugün farklı değildir. Yani bu tür maddelerin kullanılmaya başlamasıyla birlikte iki taraf birbiriyle ayrışır ama kendi içinde de ciddi bir konsolidasyon olmaya başlar. Gruplar kendi içlerinde bakış açılarını sivriltebilir, radikalleştirmeye çok eğilimli yapılarıdır ve genel olarak gruplardan radikal sonuçlar çıkar. Dolayısıyla bizim öncelikle koruma odaklı olmamız lazım. Dünyanın hiçbir alanında şu anda -kişisel gözlemim naçizane- dünyanın başına bela olmuş problemlerin hiçbirini askerî ve polisiye tedbirlerle çözemiyoruz şu anda; terör, uyuşturucu, uyarıcı madde, kara para aklama vesaire gibi şeyler. Dolayısıyla burada bizim polisiye tedbirlerin, yasal tedbirlerin ötesinde uzun vadeli bir plana ihtiyacımız olduğu açık gibi gözüküyor. Burada da şunu örnek alıyorum, örneğin, Amerika'da obezite çok ciddi bir problem ve Amerika'nın kırmızı defterine gelecek on yıllık hükümet, devlet politikalarına bunu bir hedef olarak koydular çünkü dünya tarihinde muhtemelen ilk kez bir nesil kendinden önceki nesilden daha büyük bir sağlık riskiyle doğuyordu, hep ömrümüz uzamış, daha iyi koşullarda yaşamış ama bu obezite ve onu yaratan şeyler nedeniyle gelecek kuşaklar tehlike altındaydı ve bunu görüp bir tedbir aldılar. Bizim için de bu hani iyi bir örnek olabilir, her şeyin aydınlık ve karanlık yanları var diye düşünüyorum. Bizim de madde konusundaki atacağımız adımların hükümet politikası kadar benimsenmiş olması gerekiyor. Bunu şu açıdan naçizane öneriyorum: 20 milyona yakın öğrencisi olan bir ülkeyiz biz, genç nüfusun çok yoğun olduğu bir ülkeyiz. Dolayısıyla her türlü eğitim için eşsiz bir fırsat bu. Hepsini okuldan geçiriyorlar, bir yerdeler. Dolayısıyla bizim orada ciddi bir adım atmamız gerekir. Ama bu adım yukarıdan gelmezse, devlet desteğiyle olmazsa bireysel çabalarla bir yere varmıyor. Mesela biz bilgilendirme açısından okullarda çalışmalar yapmak istediğimizde iki konuda çok zorlanıyoruz, hatta üç, meslektaşlarım adına da konuşuyorum; madde bağımlılığı, cinsel konularla ilgili bilgilendirme ve eğitimler, intiharla ilgili koruyucu çalışmalar. Bunları ne zaman bir

yere götürsek bize diyorlar ki, özellikle okul idarecileri: “Hocam güzel diyorsun ama şimdi ben bunu yaparsam bu okulda, derler ki bu okulun öğrencileri demek ki çok madde kullanıyor ki burada böyle bir şeye ihtiyaç duyuldu.” Şimdi bir yandan tutum diğer yandan karar verici mekanizmasıyla etkileştiği zaman benim orada çalışmamı zorlaştırıyor. Ama bu bir panelle, bir uzmanlar heyetiyle ülkemize uygun bir standarda da dönüştürülebilir devletimizin desteğiyle, bakanlıkların onayıyla, arkasında desteğiyle öne getirilse aynı reaksiyonu almayız ve bu tutum da değişir. Dolayısıyla bir yandan bu eğitimleri yapalım, gözümüzü bu öğrencilere dikelim ama bunun dışında okullaşma oranının düşük olduğu yerlerde de özellikle eğitimden yarar göremeyecek durumda olan, eğitime gidemeyen, okula gidemeyen, çalışmak durumunda kalan ya da çalışmayan bir sürü insanın da bu benliğini güçlendirecek tedbirlere ihtiyacımız var. Dolayısıyla ben burada sizlere naçizane fizyolojik ya da genel tıbbi bir şeyden ziyade sosyal bir mekanizma öneriyorum; bu ikisini birbirinden ayırmak zaten mümkün değildir. En iyi işleyen sistemler bile hataya uygun. Biz bunları yapsak bile mutlaka bağımlılarımız olacak. Ama bunu ne kadar azaltırsak o kadar iyi bir adım atmış oluruz. Bu işin eğitim, devlet, yasa, fizyoloji, tıp gibi birçok bileşeni var. Bunları bir araya getiren gerçekten kapsayıcı bir çalışmanın bu ülkede olmasını çok arzu ederim, temenni ederim.

Hepinize teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

BAŞKAN – Biz de Doçent Doktor Okan Cem Çirakoğlu'na çok teşekkür ediyoruz. Hocam, gerçekten güzel bilgiler verdiniz. Hocamız madde kötüyü kullanımı ve bağımlılığında bireysel ve psikososyal faktörlerle ilgili bilgi verdi. Bireysel risk faktörlerinden, Türkiye'deki durumdan, akran grubunun ne kadar önemli olduğundan bahsetti. Eğitimi hepimiz biliyoruz, eğitim gerçekten çok önemli, o noktada katılmamak mümkün değil. Anaokulundan ilkokula kadar eğitim gerçekten Türkiye'nin olmazsa olmazı, sadece uyuşturucu madde değil her konuda çocuklarımızı eğitmemiz gerekiyor.

Hocam, teşekkür ediyorum.

Şimdi, sorusu olan arkadaşlara söz vereceğim.

Kerem Ali Bey, buyurun.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Hocam, teşekkür ederiz.

Tabii Komisyonumuz yeni çalışmaya başladı. Bugüne kadar da aldığımız sunumlardan bazı noktaları çıkardık, bazı tespitlerimiz var. Şöyle ki, madde bağımlılığıyla, bağımlılıkla mücadelede arz konusu var, talep konusu var, tedavi konusu var. Arz konusunda şu anda başarılı çalışmaların yapıldığı şu ana kadar bilgilerimizde sabit. En iyi hemen hemen -belki de erken konuşuyorum ama bilmiyorum- arz konusunda yapılan çalışma yani emniyet, polis, jandarmanın yaptığı çalışma başarılı bir şekilde gidiyor.

Yine gördüğümüz bir husus, tedavi konusunda hayal kırıklığına uğradık yani şu an itibarıyla gelen bilgiler pek iç açıcı değil. Yani bunu epeyi çalışmamız lazım. Bu konuda da sizin tedavi, rehabilitasyon, bu konularda somut önerileriniz varsa onu da alalım. Bir de önleyici, esas işin şeyi, siz de onun üstünde durdunuz. Ben iki şeyi rica ediyorum sizden. Bir, talebi önleme konusunda ya da bağımlılığa giden yolları kapatma konusunda somut olarak birkaç cümle ne söyleyebilirsiniz? Bir de rehabilitasyon, tedavide -bu Türkiye'de değil dünyada- başarısızlığı size göre hangi somut cümleleri ifade ederek aşabiliriz, ne diyebilirsiniz?

Teşekkür ederim.

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU - Sayın milletvekili, benim kişisel algım şu: Maddeyle ilişkili her şeyin arkasında çok kirli eller var ve bu ellerin giremeyeceği yer yok yani gerçekten öyle yorumluyorum. Şimdi dünyanın neresine giderseniz gidin bağımlılık tedavilerini diğer tedavilerle

aynı fiziksel çevrede yapamıyorsunuz, kalp hastasıyla yan yana koyabildiğiniz bir hasta değil çünkü belirtileri var. Dolayısıyla bir arada olunan her yerde dünyanın her tarafında şeyi görürsünüz, oraya sızmış satıcılar, oradaki kullanıcılar, bir sürü şekilde. Bunlara ne kadar tedbir alabileceğimizi gerçekten çok iyi kestiremiyorum. Ama genellikle şöyle bir yanılğı içinde olduğumuz düşünüyorum toplumsal olarak: Bizim burada hepimizin çok iyi bir niyeti var. Bu iyi niyet çalışmazsa bunun mesela etkilerini ben on yıl sonra görmeyi çok arzu ederim ama, yarına alabileceğimiz, gelecek yıla alabileceğimiz sonuçlar çok polisiye sonuçlar. Burada biz bir kuşağı alıp takip edebilecek bir yatırım yapmalıyız. Bunu da biz çoğunlukla şöyle düşünüyoruz: Ben bu alanda çalıştım, hocam çalıştı, sizler değerli yasa yapıcılarınız, biz oturup kafa kafaya veriyoruz ve bir şey çıkarıyoruz. Bunun içinde çok kıymetli adımlar var. Fakat acaba bunlar ne kadar kapsayıcı oluyor? Benim somut önerim şu: İlkokuldaki eğitimcisiinden, anne babasından, uzmanından, sosyal bilimcisiinden, tababet uzmanından hepsinden oluşan bir grubun bu konuda gerçekten bir vizyon belirleyecek kadar bir araya gelip çalışması olurdu. Çünkü bizim şu anda iyi bir niyetle ilişkili bir bilgilendirme yaptığımızı düşünüyorum ama bu işin yasaya dönüşmesi hâlinde gerçekten çok kapsayıcı bir şeyler iyi niyete rağmen çıkmayabilir. Muhataplarını daha sık işin içine dâhil eden bir bakış açısıyla bir çalışma öneriyorum naçizane. Yani burada anaokulu öğretmenin de belki bu fırsatı olmalı. Anne babanın tedirginliğinin uygun bir şekilde çocuğu nasıl koruyabileceğine etkisi olmalı. Çünkü anne baba korumaktan... Artık jandarmayla koruyamıyoruz, internette riskler var, sokakta risk var, okul çıkışında risk var, yakınlarda risk var. İstismar mağdurlarının çoğu yakınları tarafından istismar ediliyor. Yani böyle bir dünyaya bakarsak her yer risk dolu. Bunlarla ancak çocuğu güçlendirerek, genci güçlendirerek adım atabiliriz. Bunun yöntemini öğretmiyoruz biz, şu anda hep tehlikeden bahsettik, yöntem konusunda kitlesel bir kampanyaya ihtiyacımız var ve muhataplarının da içinde olduğu bir şey. Çocuklara sormalıyız örneğin. Bilimsel araştırmalar yapmalıyız.

BAŞKAN – Evet hocam, çok teşekkür ediyoruz.

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU - Ben teşekkür ederim.

BAŞKAN – Arkadaşlarımızdan başka soru yoksa...

Hocam, teşekkür ediyoruz.

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU - Çok sağ olun.

BAŞKAN – Sayın Uzm. Psk. Dr. Tamer Numan Duman Bey Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinden.

Hocam, sizin sunumunuzu alalım.

Ben hocalarımızdan eğer mümkünse... Bir rapor hazırlayacağız, bu rapor çok kapsamlı olacak. Sadece bu slayt sunumu değil de daha böyle geniş, bilimsel tarzda rapora ekleyeceğimiz yazılarınızı, konuşmalarınızı gönderirseniz hocam çok memnun olurum.

5.- Uzman Psikolog Tamer Numan Duman'ın, uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisinde psikolojik müdahaleler hakkında sunumu

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN - Sayın Başkanım, değerli vekillerim; diğer değerli katılımcılar; öncelikle sizi saygıyla selamlıyorum ve bu toplantıya beni davet ettiğiniz için teşekkür ediyorum.

Bir düzeltme yapmak istiyorum izinizle, psikoloğum yani psikiyatrist gibi ifade ettiniz, onu bir ifade etmek istedim. Akademik unvanım da henüz uzman psikolog düzeyinde “Dr.” şeyi yok çünkü bana gelen mailde öyle bir ifade vardı.

Benim ismin Tamer Numan Duman, psikoloğum biraz önce söylediğim gibi. Meslek hayatımın ilk altı yılında uçuşu madde bağımlısı çocuklarla çalıştım Ankara’da. Bentderesi’nde yedi katlı bir binaydı, 26 yaşındaydım ilk meslek hayatımın ilk tecrübesini orada yaşadım, altı sene sürdü o. Sonrasında 12 sene Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı AMATEM’de çalıştım. Hatta AMATEM’in kuruluşunda ve işleyişinin dizayn edilmesinde de şahsen emeklerim olduğunu düşünüyorum, katkılarım olduğunu düşünüyorum. Şu an genel psikiyatr kliniğinde çalışıyorum Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ama hâlâ madde bağımlılığıyla ilgiliyim.

Şimdi, madde bağımlılığı aslında bir ruh sağlığı sorunu, bir ruh sağlığı bozukluğu. Ruh sağlığı deyince de aklımıza iki temel disiplin geliyor, bunlardan biri psikiyatri, ki genel olarak bilinen budur, bir diğeri de psikoloji. Psikiyatri ve psikoloji ruh sağlığı söz konusu olunca aslında iç içe geçmiş disiplinler ancak bunların temel ayrımı şu: Psikiyatri ruh sağlığı sorunlarına, ruh sağlığı bozukluklarına daha çok biyolojik modelde bir hastalık modeliyle bakma eğiliminde, psikoloji ise ruh sağlığı sorunlarını biyopsikososyal modeli kabul etmekle birlikte daha çok öğrenilmiş, kazanılmış davranışlar olarak ele almaktadır. Peki öğrenme ne bu durumda? Öğrenme deyince bu çok kapsamlı bir kuram aslında ve hatta psikoloji biliminin ana çekirdek kuramı öğrenme kuramı. Öğrenmenin genel olarak üç boyutu var. Bunlardan biri bilişsel boyut yani olayları algılama, anlama, yorumlama, muhakeme, muhasebe, inançlar, hatırlama, mantık yürütme, tüm bu zihinsel süreçlere biz bilişsel süreçler diyoruz. Öğrenmenin duygusal boyutu var yani hissettiğimiz şeyler üzüntü, keder, neşe, öfke gibi duygular. Davranışlar boyutu var; araba kullanmayı öğrenme, yüzmeyi öğrenmek, bunlar psikomotor davranışlar; dişlerini fırçalamak, onu öğrenmek davranışsal bir öğrenme modeli.

Peki, psikoloji ne? Toplumda psikoloji ile psikiyatri genellikle çok ayırt edilemiyor, birbirine karıştırabiliyor. Psikoloji, bilişsel zihinsel süreçlerin tutum ve davranışların, ruhsal ve duygusal durum ve bozuklukların bilimsel yöntemlerle incelenmesi, tanımlanması, açıklanması ve yorumlanmasını içeren bir bilim dalı. Psikolojinin çalışma konuları arasında, mikro düzeyden makro düzeye doğru beyin davranış ilişkisine dair süreçler, algı, biliş, dikkat, bellek, kişilik, duygular, davranışlar, tutumlar, kişiler arası ve grup süreçleri ve kültür temel başlıkları oluşturuyor.

Yine yaygın bir kanı, psikolog denilince, psikoloji denilince hani böyle bir ruh sağlığı sorunu vardır, duygusal sorunlar yaşayan insanlar var onlara yardım eden bir bilim dalı veya işte bir meslek gibi görülür. Hâlbuki psikolojinin birçok alt alanı var, birçok çalışma alanı var; bunlar: Sosyal psikoloji, deneysel psikoloji, endüstri psikolojisi, gelişim psikolojisi, nöropsikoloji, okul psikolojisi, trafik psikolojisi, spor psikolojisi, sağlık psikolojisi, adli psikoloji ve en son, klinik psikoloji ki, bizim bugün asıl üzerinde konuşacağımız alan klinik psikoloji kapsamında.

Klinik psikoloji, psikoloji biliminin uygulamalı ve kuramsal bir alt alanı olup ruh sağlığı alanının hem bilimsel bilgi ve literatür hem de tedavi ve rehabilitasyona yönelik uygulamalar açısından önemli katkılar sunuyor.

Peki, “Psikolojik müdahale ne?” diyecek olursak: Psikoloji biliminin bilimsel yöntemlerle ortaya koyduğu, araştırmalara dayalı bilimsel bilgilerin duygusal ve davranışsal sorunların belirlenmesinde, değerlendirilmesinde ve çözümünde kullanılmasıdır.

Bu tanımı, itiraf etmek gerekirse ben yaptım, umarım olmuştur. Ne dersiniz Okan Hocam?

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU – Güzel olmuş.

BAŞKAN – Kayıtlara girdi Hocam.

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Şimdi, ruh sağlığı alanında kullanılan psikolojik müdahaleler nelerdir? Tabii buna ben koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini çok fazla dâhil etmedim, daha çok tedaviye yönelik hizmetlerle ilgili müdahaleleri slayt olarak hazırladım.

Psikolojik değerlendirme yani psikologların yaptığı işlerden veya psikologlardan beklenen işlerden bir tanesi bazı testler ki bu testler de yine psikologların geliştirdiği testlerdir. İşte zekâ testleri, kişilik testleri gibi testlerimiz var. Kişinin sorunlarını, problemlerini, bir ruh sağlığı sorunu varsa tanısını belirlemeye yardımcı oluyor bu testler.

Psikolojik müdahaleler kapsamında bir diğer en yaygın bilinen şey psikoterapi. Psikoterapiler bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, aile ve evlilik terapisi gibi sınıflandırılabilir. Bunun dışında psikolojik danışma, psikoeğitim ve psikolojik rehabilitasyon da yine psikolojik müdahaleler kapsamında ele alacağımız konular.

Şimdi, tabii konumuz bağımlılık. Önce bağımlılığın ne olduğunu -gerçi daha önceki toplantılarda sayın hocalarım, uzmanlar bunu ayrıntılı olarak ele almışlardır ama- ben konuşmak isterim.

Bağımlılık aslında bir psikiyatrik tanı. Şimdi, tıbbın diğer alanlarında bir rahatsızlığın tanısını koymak için kan tahlillerine bakıyorsun, röntgen çekiyorsun, MR çekiyorsun ve o sonuçları değerlendirip muayene yapıyorsun, bir tanı koyuyorsun ve o tanıya yönelik de bir tedavi uyguluyorsun ama psikiyatri tıbbın diğer alanları gibi değil, öyle röntgenle, kan tahliliyle rahatsızlıkların ne olduğu belirlenmiyor. Peki, neye bakılıyor? Birtakım ölçütlere, kriterlere bakılıyor. Bu ölçüt ve kriterlerde dünyada kullanılan iki standart var; bir, Amerikan Psikiyatri Birliğinin kullandığı DSM sınıflandırması. Diğeri, Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması. Ben Dünya Sağlık Örgütü bağımlılık kriterlerini bugün ele aldım çünkü daha anlaşılabilir ve dil olarak günlük kullanıma uygun diye.

Bağımlılığın ilk kriteri, maddeyi almak için güçlü bir istek olması yani kişinin maddeyi canının istemesi, “craving” aşerme olarak da tanımlanıyor bu.

İkinci kriter, kişinin maddeyi alma davranışını denetlemede güçlük çekmesi. Peki, neyi denetleyemiyor? Alınan madde miktarını ayarlayamama, kullanım süresini ayarlayamama ve başarısız bırakma girişimleri.

Üçüncü kriter, kullanılan madde azaltıldığında ya da bırakıldığında o maddeye özgü tipik birtakım bırakma belirtilerinin ortaya çıkması; bunlara, yoksunluk belirtileri veya yoksunluk sendromu deniliyor. Mesela, alkolde yoksunluk belirtisi olarak daha çok huzursuzluk, gerginlik, yerinde duramama, terleme, titreme gibi belirtiler. Yoksunluk belirtileri en genel olarak şöyle tanımlanabilir: Maddenin etkisi neyse yoksunluğu onun tam tersi oluyor. Mesela, kokain güçlü bir uyarıcı madde, yoksunluğu isteksizlik, depresyon, hâlsizlik gibi belirtiler. Eroin dünyanın en güçlü ağrı kesicisi, yoksunluğu şiddetli ağrılar, kramplar şeklinde oluyor. Alkolün sedasyon etkisi var, rahatlatma etkisi var; yoksunluğu, huzursuzluk, gerginlik, kaygı, anksiyete gibi belirtiler.

Dördüncü kriterimiz, maddeyle ilgili iyilik hâlini elde etmek için yani rahatlatma, keyif, sarhoşluk gibi etkiler gittikçe artan miktarda maddeye gereksinim duyma ki buna da tolerans gelişimi deniliyor. Kişi aynı etkiyi elde edemiyor. Alkol bağımlısı diyelim iki kadehle alkolle başladı, zamanla düzenli kullanım sonucu artık o iki kadeh aynı etkiyi, aynı sarhoşluğu, aynı rahatlamayı vermiyor. Kişi o zaman ne yapıyor? Miktarı ve sıklığı artırmak durumunda kalıyor.

Beşinci kriter, maddeyi elde etmek, kullanmak ve etkilerinden kurtulmak için harcanan zaman ve çabanın diğer uğraşlara yer vermeyecek şekilde giderek artması. Yani artık madde kullanımı kişinin hayatının en önemli fonksiyonu olmaya başlıyor.

Altıncı kriter, başarısız bırakma girişimleri.

Yedinci kriter ise kişi madde kullanmaktan dolayı birtakım zararlar gördüğünün farkında ama buna rağmen madde kullanımını durduramıyor, devam ettiriyor.

Şimdi, bu yedi kriterin en aç üç tanesinin son bir yıl içinde kişide mevcut olması, o kişide o maddeye özgü bağımlılık geliştiğinin göstergesi. Aslında madde bağımlılığı da teknik olarak bu demek yani bu 7 kriterin 3 tanesi kişide mevcutsa o kişide o maddeye karşı bir bağımlılık gelişimi söz konusu.

Bağımlılık nasıl gelişir bundan biraz bahsetmek istiyorum öğrenme ilkeleri bağlamında. Şimdi aslında kullanılan tüm maddelerin birtakım etkileri var. Bu etkiler de haz, öfori, rahatlama, kendini enerjik hissetmek gibi kişi tarafından hoş olarak değerlendirilen etkiler, duygular.

Şimdi, genel prensip olarak da insanlar kendisine haz veren, iyi gelen davranışları tekrarlama eğiliminde olurlar. Buna biz psikoloji dilinde “pekiştirme” diyoruz. Dolayısıyla kullanılan madde de bu durumda pekiştirici oluyor. Başlangıçta kişi diyelim ki kokain kullandı, işte kendini son derece enerjik, güçlü, neşeli hissediyor; bu, hoşuna gidiyor, devamında o hoşluğu, o etkiyi tekrar tekrar yaşamak istiyor. Bunu yaptıkça yaptıkça bir süre sonra tabii bağımlılık gelişiyor. Bağımlılık geliştikten sonra da kişi bu sefer yoksunluk belirtileri yaşamaya başlıyor yani o maddeyi kullanmadığı zaman hem bedensel hem de psikolojik birtakım sıkıntılar yaşamaya başlıyor. Bu sefer o maddeyi kullanıyor, kullandığı zaman o sıkıntılar, huzursuzluk veya bedensel rahatsızlık belirtileri hafifliyor. Bu da olumsuz pekiştirme olarak yine öğrenme psikolojisi literatüründe teknik olarak kullanılan terim.

Kişi maddeye bu şekilde başlıyor. Peki sonrasında ne oluyor? Tüm araştırmalar şunu gösteriyor ki: Tamam, farklı farklı maddeler, beyinde farklı reseptörleri etkiliyor ama bağımlılığın gelişiminde, oluşumunda tüm maddeler doğrudan veya dolaylı olarak beyin ödül sistemini etkiliyor. Peki, beyin ödül sistemi ne? Beyin ödül sistemi aslında var oluşu itibarıyla hayatta kalmaya dönük bir beyin fonksiyonu. Diğer canlılarda da var bu sistem. Peki, görevi ne? Bizim için, yaşamımızı devam ettirmemiz için gerekli olan şeylere bizi yönlendirmek. Yaşamımızı devam ettirmek için neye ihtiyacımız var? Beslenmeye ihtiyacımız var. İşte açlık hissediyoruz ve açlık dürtüsüyle besin arayışına çıkıyoruz. Suya ihtiyacımız var, su arıyoruz. Şimdi günümüzde, modern hayatta dünya var oldu olalı yiyecek hiç bu kadar bol olmadı ama düşünün, hâlâ ilkel kabileler var yani bir öğün yemek bulmak için Eskimo buzda bir delik açıyor, o deliği açmak için saatlerce uğraşıyor, elinde bir mızrak başında saatlerde bekliyor, işte avladığı da bakıyorsanız sonuçta bir tane küçük bir balık. İşte Eskimo’ya buna yaptıran beyin ödül sistemi; o enerjiyi, o istekli olma hâlini, o arzuyu veren.

Maddeler beyin ödül sistemini etkiliyor demiştik. Peki, nasıl etkiliyor? Normalde olduğundan 2 kat, 4 kat daha fazla burada aktivasyon yapıyor. Yani, işte bir maddeyi alıyorsun kullanıyorsun sana hiçbir şeyin vermediği zevkleri, enerjiyi, mutluluğu yaşıyor. Sanki buraya kadar da kötü bir şey yokmuş gibi geliyor yani hep böyle devam etse ama maalesef böyle devam etmiyor çünkü vücut sistemimizin bir özelliği var yani aşırılıklara tahammülü yok özellikle beynin; bir aşırılık olduğu zaman o aşırılığı baskılamaya çalışıyor. Ne oluyor? İşte reseptör düzeyinde, mesela, beyin ödül sistemindeki nörotransmitter dopamin, dopamin D2, mesela, dopamin aktivasyonu azalmaya başlıyor. Azalınca bu sefer kişi o etkiyi elde edemiyor -biraz önce tolerans gelişiminden bahsetmiştim, orada olduğu gibimiktartıyor, miktar arttıkça bir süre onu idare ediyor, bu sefer daha fazla reseptör kapanıyor. O reseptörün ateşleme gücü zayıflamaya başlıyor. Peki, sonuç nereye geliyor? Bağımlılığa.

Şimdi, beyin ödül sistemi doğal olarak daha doğduğumuz andan itibaren birtakım programlara sahip yani küçük bir bebek bile açlığını biliyor, acıktığı zaman bunu ağlayarak ifade ediyor, susadığını biliyor aynı şekilde; yani, tüm memelilerde, tüm canlılarda bu söz konusu. Fakat bizim doğamızda madde yok ama kişi maddeyi düzenli olarak kullandıkça, kullandıkça bir süre sonra beyin o maddeyi tabiri caizse hayati öneme sahip bir şeymiş gibi algılamaya başlıyor. Sanki o olmazsa yaşam devam

etmemiş gibi algılamaya başlıyor. Peki, o zaman ne yapıyor? Kişiyi dürtüyor yani “Sen bunu kullanacaksın.” Diyelim ki bıraktı, kullanmıyor, kullanmadığı hâlde bir dürtü hissediyor yani “kullan, kullan” diye. Beyin ödül sisteminin çalışma prensibi de daha çok bir “impulse” olarak yani bir dürtü olarak söz konusu. Tabi bunlar aynı zamanda şuna da yol açıyor: Madde kullanımı esnasında kişi, işte bir ortamda o maddeyi kullanıyor, işte çevresinde bazı başka insanlar olabiliyor. Bu durum bir tepkisel koşullanmaya yol açıyor. Nasıl? Mesela, bir alkol bağımlısı, işte diyelim bıraktı alkolü, ki çok duymuşumdur bu ifadeyi “Hocam akşam saat altı olunca bana bir şeyler olmaya başlıyor yani kaşınmaya başlıyorum.” diyor, aynen böyle söylüyor veya bir eroin bağımlısı, Vanlı, yıllarca eroin kullanmamış, İstanbul’a yerleşmiş, orada çalışmış, sonra bir şey olmuş Van’a gitmesi gerekiyor, ki eroinle ilgili bir sıkıntı da yaşamıyor ama “Otobüs Van’a yaklaştı, ben de bir terleme titreme başladı, ne olduğuna anlam bile veremedim. Soğuk soğuk terliyorum, titriyorum.” diyor. Aslında bunların hepsi koşullanmayla ilgili. Şimdi, bağımlılıkta önemli faktörlerden bir tanesi koşullanma. Hani insanlar derler ya “derinlere inmek” derken, işte, bu bahsettiğim beyin ödül sistemi, limbik sistem, amigdala, bunlar beynin en derinlerinde yer alan yapılar ve hem duygusal sorunlar hem de madde bağımlılığı sorunu aslında bu beyin bölgeleriyle ilişkili.

Okan Hocam bahsetti, ben biraz daha ayrıntıya girmek istiyorum. Şimdi, madde kullanma eğilimi olan kişilerin birtakım özellikleri var. Bu özellikler neler? Bunların başında düşük engelleme eşiği geliyor, düşük engellenme toleransı. Bunu biraz sonra daha ayrıntılı olarak ele alacağım.

Yine madde kullanma eğilimi olan kişilerin kısıtlı problem çözme ve başa çıkma becerileri söz konusu. Yani bir sorunla karşılaştıklarında bildikleri tek yol madde kullanmak, duygusal bir sorun yaşadıklarında bildikleri tek yol madde kullanmak ve madde olmayınca da, madde kullanmayınca da ne yapacaklarını çok fazla bilemeyebiliyorlar.

Sorunları için çevreyi ve diğer insanları suçlama eğilimi oldukça yaygın. Yine sorunlarının çözümünü, ihtiyaçlarının karşılanmasını da yine dışarıdan, başka insanlardan bekliyor bu insanlar. Düşük sağlıklı aktivite düzeyi, ne demek bu? Yani, işte, spor, sinemaya gitmek, kitap okumak, birtakım etkinliklerde bulunmak, bu repertuvarları genellikle kısıtlı olabiliyor.

Şimdi, Sayın Vekilim, siz sormuştunuz galiba, dediniz ki: “Niye zor madde bağımlılığını tedavi etmek?” Şimdi, aslında biraz önce bahsettiğimiz şeyler de tedaviyi zorlaştıran faktörler ama asıl zorlaştıran şey şimdi söyleyeceğim şey: Bağımlı olunan maddeyi kullanmaya yönelik güçlü bir motivasyonları var bu insanların, tam tersi, maddeyi bırakmaya yönelik motivasyonları ise düşük. Yani, şimdi, AMATEM’e insanlar geliyorlar, ben grup terapisi yapıyorum, soruyorum: “Beklediğin şey ne buradan?” “Hocam maddeyi bırakmak istiyorum.” “Peki, niye bırakmak istiyorsun bunu?” diyorum. “Mecburum.” diyor. Zaten ben “mecburum” lafını duyunca orada bir şey aklıma düşüyor çünkü “mecburiyet” demek “Aslında bana kalsa kullanacağım da bırakmam lazım.” demek. Yani güçlü bir motivasyon değil aslında “mecburum” demek. İşte, bir tanesi diyor ki: “Eşim evi terk etti. ‘Eğer alkolü bırakmazsan ben yokum.’ dedi, o yüzden geldim.” Peki diyorum, şeytanın avukatlığını yapalım. “Eşim evi terk etmese, sana da hiç karışmazsa ne yaparsın?” diyorum. “O zaman içerim.” diyor. Yani aslında motivasyon bırakmak girişiminde bulunsan bile maddeyi kullanmaya yönelik. Kaldı ki biraz önce bahsettiğim, işte, o koşullanma süreçleri, beyinde olup biten şeyler de kişiye bunu emrediyor. Yani kullan diyor, gerekirse dağları taşları aş diyor. Hani madde kullanan birisini bıraksan o maddeyi bulmak için -ki çoğu bunu ifade eder- yüzlerce kilometre yürüyebilir yani gider, bulur, kullanır. AMATEM’e gelir. AMATEM’in altında bir yere onu, eroini gömer, üstünü kapatır “Ne olur ne olmaz, o orada dursun, belki ihtiyaç olur.” diye, öyle çıkar hastaneye.

Şimdi, düşük engellenme toleransı dediğimiz şey ne? Bu insanlar dürtülerinin istek ve beklentilerini derhâl karşılanması gereken zorunlu ihtiyaçlar olarak görürler. Bir şeyin zorunlu olduğunun göstergesi ne? Eğer bir insan diyorsa ki “Ben bunu yapmalıyım.” veya “Ben bunu elde etmeliyim.” Sonu “meli”, “malı”yla bitiyorsa bilin ki orada bir dayatma söz konusu, bir zorunluluk, şart koşma söz konusu.

Hedeflerine derhâl ulaşmaları gerektiği varsayımıyla hareket eder bu insanlar çoğunlukla. Herhangi bir erteleme hiç bitmeyecekmiş gibi, herhangi bir bölünme de vicdansızlık gibi algılanır. Yani dürtüsellik dediğimiz şey aslında. Yani ben bir şeyi istiyorum o olacak illa. Ya, yarın olsun, yok. En kısa zamanda olması gerekiyor. E, olmadığı zaman tahammülsüzlük, öfke patlamaları yaygın olarak görülen şeyler.

Bu kişiler başka insanlar üzerine olduğu kadar kendi kendilerine de dayatmaları, “meli”, “malı”ları yüklerler. Yani “Ben yapmalıyım.”, “Ben başarılı olmalıyım.”, “Ben sevimliyim.”, “Değer verilmeliyim.” gibi.

Kendilerine ya da diğerlerine yönelik bu dayatmacı talep ve beklentileri sadece zorunluluk olarak değerlendirilmekle kalmaz, aynı zamanda bunlar katıdır ve gerçekçi değildirler. Niye gerçekçi değildirler? Çünkü hayatta, hayatın içinde öyle zorunluluk diye bir şey yok. Hayatın kendi kuralları var, başkalarının hayata neyi dayattığının doğa umurunda değil, o yüzden mantıklı değil bu inançlar, bu beklentiler. Karen Horney bu duruma “meli/-malı”ların tiranlığı” diyor. Albert Ellis ise biraz daha sansasyonel bir şekilde “mastürbasyon” diyor bu eğilime.

Üzüntü, kaygı, pişmanlık, utanç gibi tüm olumsuz duygulara aşırı tahammülsüzdürler. Bu duygular çok çabuk, hemen öfkeye dönüşebilir. Düşük engelleme toleransının altında aslında “Ben çaresizim.”, “Yetersizim.”, “Zayıfım.”, “Sevimli olmaya layık değilim.” gibi temel inanç dediğimiz inançlar var bunların altında. Şimdi peki ne oluyor bu durumda? Düşük engellenme toleransı olan bireyler madde kullanmak için, dolayısıyla bağımlılık için öncelikli adaylar oluyor çünkü alkol veya madde kullanmak pek çok amaca hizmet ediyor, derhâl doyuma ulaşma arzusunu tatmin ediyor, engellenmelerden kaynaklanan kaygı ve üzüntüyü azaltıyor madde kullandığı için, son olarak geçici bir öfori, çaresizlikle ve yetersizlikle başa çıkma hissi veriyor.

Şimdi, müdahalelere geleceğim. 1950-1960’lı yıllarda hatta 1970’li yıllarda genel madde bağımlılığıyla ilgili yaklaşım şu: Yani madde bağımlıları dirençli, tedavi olmayı istemeyen insanlar. Tedavi modeli olarak da belli bir tedavi modeli var standart, onu sunuyorsun insanlara o tedaviyi, tedavi oluyor veya olmuyor. Şimdi, James Prochaska ve Carlo Diclemente 2 psikolog. Bunlar değişim modeli adı altında bir model öne sürüyorlar ve bu model madde bağımlılığına yaklaşımı ve bakışı köklü bir şekilde değiştiriyor. Peki, ne yapıyor bu kişiler? Davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi sağlamak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunuyor bu Prochaska ve Diclemente. Yani ne demek bu?

Bu modelde ilk aşama farkındalık öncesi: Kişi henüz değişmeye hazır değil bu aşamada hatta bir sorunu olduğunun bile farkında değil. Bu evredeki kişiler kendiliğinden nadiren tedaviye başvuruyorlar. Daha çok zorlama, ailesinin veya bağlı bulunduğu kurumun zoruyla tedaviye başvuruyorlar. Bu aşamada Diclemente ve Prochaska’nın söylediği şey bu: Yani farkındalık öncesi aşamadaki kişiye standart tedavi programını uyguladığın zaman bu işe yaramıyor. Önce bu kişiye bir sorunu olduğunun farkına varmasına yardımcı olmak gerekiyor. Bunu yapmadan direkt standart tedaviyi uyguladığın zaman tedavi görse bile tekrar madde kullanma olasılığı yüksek.

İkinci aşama, farkındalık evresi: Kişi artık bir sorunu olduğunun farkındadır bu evrede. En önemli özelliği ambivalanstır. Yani bir tarafı “bırakmalıyım”, “değişmeliyim” der, bunu kabul eder ama bir tarafı da bunu reddeder. Bu evredeki yaklaşım dengenin değişim yönüne yani maddeyi bırakma yönüne bozulmasını sağlamaktır.

Üçüncü evre karar verme evresi: Karar verme aşamasındaki kişinin düşünceleri arasında “Bu sorunla ilgili bir şeyler yapmak zorundayım.”, “Bu ciddi bir sorun.”, “Bir şey değişmeli.”, “Ne yapmalıyım?” gibi örnekler verebilir. Bu süreç, kısa bir süre açık kalan bir pencereye benzetilebilir. Yani bunu bir profesyonel olarak iyi değerlendirmek lazım.

Dördüncü evre, eylem evresi: Yani artık kişi eyleme geçer, madde bırakma girişimde bulunur veya işte bir tedavi alır, bir profesyonelle başvurur.

Beşinci evre, sürdürüm (idame) evresi: Yani kişi madde kullanmaksızın hayatını en azından altı aylık bir süre devam ettirmektedir. Eğer böyleyse bu kişiye biz remisyonda diyoruz. Eğer bir yıl boyunca hâlâ madde kullanmamışsa tam remisyon, bir yılın altındaysa bu süre kısmi remisyon diyoruz.

Relaps: Bizim duymayı istemediğimiz, hoşlanmadığımız kavram, hatta başarısızlık olarak nitelendirilen şey. Yani kişinin tekrar madde kullanmaya başlaması ve aynı bağımlılık derecesinde bunu devam ettirmesi. Yani bir kere kullanması ona “laps” deniyor. “Relaps” her şeyin eskisi gibi olması. Ama maalesef madde bağımlılığında relaps çok sık görülen bir şey ve artık müdahalede normal kabul edilen bir şey, bir başarısızlık değil. Madde bağımlılığı tedavisinde başarının ölçütü şu: Kişi ne kadar uzun süre maddeden uzak bir şekilde hayatını devam ettirirse bu başarı. Yani biraz önce bahsettiğim gibi bir yıl boyunca madde kullanmamışsa tam remisyon, daha uzun süreler kullanmamışsa tabii ki bu çok daha önemli. Şimdi, Batı’da birtakım çalışmalar var, şunu gösteriyor: Yani tedavi başarı oranları yüzde 40-60 arasında değişiyor, benzer oranlar aslında bizde de söz konusu.

Prochaska ve Diclemente’nin çalışmalarından “motivasyonel görüşme” denilen ve bugün aslında madde bağımlılığında oldukça yaygın olarak kullanılan bir görüşme yöntemi ortaya çıkıyor. William Miller ve Stephen Rollnick’in ortaya attıkları bir model motivasyonel görüşme. Aslında ilginç bir ifade var burada, motivasyonel görüşme şöyle ortaya çıkıyor: Amerika’da araştırmalar yapıyorlar, özellikle alkol bağımlılığıyla ilgili, bakıyorlar ki alkolü hiçbir tedavi görmeksizin, hiçbir profesyonel yardım almaksızın kendi kendine bırakanlar çok daha kalıcı, çok daha uzun süreli bırakabiliyorlar. Tabii, bu bir şaşkınlığa yol açıyor yani o kadar hastane, rehabilitasyon, tedavi, ilaç boşa mı? Bunun üzerine farklı araştırmalar yapılıyor ve şunu ortaya koyuyorlar: Madde bağımlılığında motivasyon en önemli belirleyici kişinin bırakıp bırakmayacağına. Dolayısıyla, en önemli aşamalardan birisi de kişinin bırakma yönündeki motivasyonunu artırmak. Tabii, bu dile kolay geliyor ama uygulamada aslında o kadar kolay değil. Yani Hazreti Peygamber’in çok hoşuma giden bir sözü var, diyor ki: Bir insanı bir şeye inandırmaktan daha zoru, o kişinin inancını değiştirmektir. Aslında biz psikologların, psikiyatristlerin yapmaya çalıştığı şey, daha çok, böyle bu insanların uzun zamandır inandığı, özellikle madde bağımlılığında güçlü bir şekilde inandığı şeyleri değiştirmeye çalışıyoruz. Buradaki tek faktör biz değiliz, kişinin de çabası gerekiyor.

Motivasyonun üç önemli bileşeni var. Bunlardan ilki, istekli olmak yani değişime kişinin önem vermesi. Peki, nasıl yapıyoruz bunu? Mesela şöyle: Diyelim ki kişiye soruyorum, diyorum ki, mesela bir ergenle çalışıyorum: “Senin için geleceğinle ilgili neler önemli? Hayattan beklentilerin ne? İleride nasıl bir hayatın olmasını istiyorsun?” İşte, o cevap veriyor “İyi bir işim olsun. Üniversiteye gitmek istiyorum. İyi bir kızla evlenmek istiyorum. Düzenli bir hayat istiyorum.” “Peki, bu hedeflerin senin için ne kadar önemli?” diyorum. “Çok güzel, gayet insancıl hedeflerin var, makul hedeflerin var, bunlar senin için ne kadar önemli?” “Önemli.” diyor. “Peki, senin madde kullanmanın bu hedeflerine ulaşmada

nasıl bir etkisi var?” Yani aslında yapmaya çalıştığımız şey, bir farkındalık kazandırmak. Yani senin için önemli şeyler var hayatta ama madde kullanmak bu hedeflerine senin ulaşmanı engelliyor veya diyorum ki: “Diyelim ki madde kullanmaya devam edeceksin bu şekilde. Bir zaman makinesine binelim, on yıl sonrasına gidelim ve on yıl sonraki seni nasıl görürüz, ne yapıyor görürüz?” Çoğunlukla diyorlar ki: “Hocam, muhtemelen ölmüşümdür, yaşamıyorumdur ama yaşıyorsam da orada burada, sokakta, ailem terk etmiştir, hırsızlık yapıyorumdur ya da hapisteyimdir.” “Peki, bunlar senin için ne kadar önemli yani bunları yaşayıp yaşamamak senin için ne kadar önemli?” Bunların farkına varmalarına çalışıyoruz.

İkinci önemli kriter motivasyon da yapabilir olmak. Yani kişiler önem veriyorlar ama bu seferde kendine güvenmiyor yani “Tamam, benim bırakmam lazım ama yapamam, o gücü bulamıyorum kendimde.” Yapılacak şey ne? İşte, burada umut vermek, psikoeğitim vermek, güven aşılacak; özetle bunlar.

Hazır olmak: Bu en çok sigarada görülen bir şey, bende de var. Sigara içiyorum, sigarayı bırakmamın önemli olduğunu biliyorum, bunu bırakabileceğimi de biliyorum, daha önce bıraktım, üç sene içmedim ama diyorum ki: “Ya, şimdi değil, şu toplantısı bir bitsin, yarın şu eğitim var, o bitsin.” Hazır olma sorunu ne? Hazır olmayı beklersek çok bekliyoruz madde bağımlılığında özellikle. Ya, hiçbir zaman bir madde bağımlısı yani ben sigara bağımlısı olarak hiçbir zaman hazır olmayacağım. Allah göstermesin, günün birinde derse ki doktor: “Ya bırakacaksın sigarayı, ya öleceksin.” O zaman da iş işten geçmiş oluyor.

Şimdi, ben bilişsel davranışçı terapiyi aldım, niye aldım? Çünkü birincisi benim de uyguladığım ve inandığım bir psikoterapi yöntemi, tamamen psikoloji literatürüne dayalı bir psikoterapi yöntemi ve her şeyden öte kanıta dayalı bir psikoterapi yöntemi. Yani bilişsel davranışçı terapiyle ilgili yüzlerce, belki daha fazla çalışma yapılmış etkinliğiyle ilgili ve etkin olduğu ve hatta bazı konularda diğer tüm tedavilerden hatta ilaç tedavilerinden bile çok daha etkili olduğu ve etkisinin kalıcı olduğu gösterilmiş bir psikoterapi yöntemi bilişsel davranışçı terapi. Madde bağımlılığında da etkin bir yöntem ve kullanılan bir yöntem. Ben de daha önce bağımlılıkla ilgili çalışırken klinikte kullandığım yöntem daha çok bilişsel davranışçı terapiydi. O yüzden biraz da bunu daha ayrıntılı ele almaya odaklandım.

Şimdi bilişsel davranışçı terapi, uyum bozucu davranış ve duyguların psikoloji biliminin ortaya koyduğu öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerinin psikoterapiye uyarlanması yoluyla değiştirilmesi etkinliği. Normal ve anormal davranışlar ve psikolojik gelişim bu bilişsel ilkelere göre şekillenmiştir. Amaç, bilimsel yöntemlerle gösterilen bu düzenekleri psikoterapide kullanarak daha uyumsal biliş ve davranışların geliştirilmesi, uyum bozucu olanların ortadan kaldırılması ve zayıflatılmasıdır.

Şimdi, özetle, bilişsel davranışçı terapide çalıştığımız şeylerin başında şu geliyor: Bilişler yani kişinin inançları, yorumları, düşünceleri. Şimdi, madde kullanan insanların maddeyle ilgili birtakım inançları var. Bu inançları, tabii, yaşantıyla öğreniyorlar. Bunlar neler? İşte, “Alkol, madde kullanmak bana haz veriyor, keyif veriyor, neşe veriyor, beni rahatlatıyor, bana cesaret veriyor, sorunlarımı, derdimi, kederimi, üzüntümü unutturuyor, işimi daha iyi yapmamı sağlıyor.” Ben grup terapisi yaparken de soruyorum gruba, gruptakiler çoğunlukla bunları söylüyorlar. Yani diyorlar ki: “Madde bana keyif veriyor, haz veriyor, sorunlarımı, derdimi unutturuyor.” Diyorum ki: “Peki, bunlara ne kadar inanıyorsunuz?” İnanın bana, çoğunlukla diyorlar ki: “Yüzde 90, yüzde 100 doğru.” Şimdi, baktığın zaman, bu inançlar az değil yani eğer bunlar doğruysa ki danışanlara da bunu diyorum, gruba da: “Niye bırakıyorsunuz ki bunu? Ne güzel sana neşe veriyor, keyif veriyor, rahatlatıyor, cesaret veriyor, içtiğin zaman daha iyi çalışıyorsunuz, sorunlarınızı unutturuyor.” Ama işin ilginç aslında kişiler bunlara inanıyor ama gerçekte, realitede durum tam olarak böyle değil. İşte, realitede durumun tam olarak böyle

olmadığını insanlara göstermemiz gerekiyor. Bilişsel davranışçı terapide de yaptığımız şey, bu inançları ele almak, tekrar sorgulamak, kanıtlara bakmak, bu şekilde o inançları değiştirmek. Çünkü bunlara inanmaya devam ederse maddeyi bırakması pek de mümkün değil.

Psikolojik rehabilitasyonu da ekledim çünkü Türkiye’de işin doğrusu, baktığımız zaman, “ruh sağlığı” denince pratikte belki akademik olarak, teorik olarak böyle konuşuluyor biyopsikososyal model ama pratiğe baktığın zaman psikiyatrik yaklaşım hâkim. Yani çoğunlukla ilaç kullanmak, işin doğrusu bu.

Şimdi, tabii, rehabilitasyon programları yok denecek kadar az. Hocam ne dersiniz, yanlış var mı? Benim bildiğim yok. Veya olanlar da hani biraz amatörce yapılan şeyler. Aslında rehabilitasyon çok önemli bir kavram. Hani “rehabilitasyon” deyince incik boncuk dizdirmek hastalara, bundan ibaret değil rehabilitasyon, tedaviyi de kapsayan bir program. Rehabilitasyon, madde bağımlılığında özellikle ergenlerde, gençlerde şart Türkiye’de. Yani çünkü biraz önce bahsettiğim özelliklerinden dolayı bu insanların bu özellikleri değiştirmemiz lazım. Bunlara yeni bir davranış repertuarı kazandırmamız lazım. Düşük engellenme eşiklerini ele almamız lazım. Yani hatta yeni bir yaşam biçimi bu insanlara örneklememiz lazım. O yüzden de davranış psikolojik rehabilitasyon programları dizayn etmek ve bunları uygulamak gerekiyor. Tabii, bu da kolay değil. Niye kolay değil? Çünkü en zor şey, aslında insan. Yani bu işleri iyi bilen yetişkin insan Türkiye’de var, yok değil ama maalesef sayıları az. Bunları bir araya getirip yani sistematik şekilde bir müdahale programının, rehabilitasyon programlarının dizayn edilmesini ben oldukça elzem olarak görüyorum.

Çok teşekkür ederim beni dinleme sabrı gösterdiğiniz için. Benim sunumum bu kadar şimdilik.

BAŞKAN – Hocam, biz teşekkür ediyoruz, Uzman Psikolog Tamer Numan Duman Hocamıza bu kapsamlı konuşma ve bilgi için teşekkür ediyoruz.

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Bir şey ilave edebilir miyim Sayın Başkanım?

BAŞKAN – Buyurun hocam.

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Bu, biraz kendi meslek grubum adına.

Şimdi psikologlar belki Türkiye’nin en gariban meslek grubu. Niye gariban meslek grubu? Çünkü şöyle: Mesela, 2011-2012’de bir yasa çıktı, denildi ki: “Psikologsun -evet- sen mesleğini yapamazsın.” Niye? “Çünkü siz yetersizsiniz.” Şimdi, bakıyorsun, inşaat mühendisi üniversiteden mezun oluyor, mühendisliği şantiyede öğreniyor. Avukat fakülteden mezun oluyor, avukatlığı adliyede öğreniyor. Yani Türkiye’de eğer bir şeyi yapıp yapmamak aldığın eğitimin yeterli olup olmamasına bağlıysa Türkiye’deki hiçbir eğitim yani yeterli eğitimi maalesef vermiyor. Ama psikologlara böyle bir çifte standart uygulanıyor. Neyse bu yasa çıktı, psikologlar, klinikpsikolog ve psikolog olarak iki gruba ayrıldı. Psikologlara tekniker muamelesi yapıldı. İşte, klinikpsikologların da ağzına bir parmak bal çalındı, işte “Şunları şunları yapabilirsiniz.” denildi. Şimdi, mesela, beklenen şeyler neler? Mesela, psikoterapi yapmak. Şimdi, “psikoterapi” denilen şey, bir profesyonelin, bir uzmanın psikoterapist olması için en az dört yüz elli saatlik bir eğitim alması gerekiyor. Dört yüz elli saatte demek, bir insanın master, artı doktora programının toplamından fazla bir eğitim süresi bu. Şimdi psikologlardan bunu istiyorsun, yüksek lisans yapmasını istiyorsun ama şimdi verdiğin maaş, işte, ilkökul mezunuyla aynı mesela, 3.500 lira, devlet hastanesinde döner sermaye, artı alınan maaş 3.500 lira. Yani bu konularda ben kendi meslek grubum adına konuşmak istedim, oldukça mağduruz bence, beklenti de çok, bu beklentinin bir karşılığı da yok.

Bilginize arz ederim.

BAŞKAN – Kayıtlara girdi, Tamer Hocam.

Sorusu olan arkadaşlarımız var.

Kerem Ali Bey, buyurun.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) – Hocam, teşekkür ediyorum sunumunuz için.

Sizin sunumunuzdan da gördüğümüz üzere AMATEM’lerde çalışmışsınız. Tabii, bizde ziyaret programımıza AMATEM’leri alacağız herhâlde, gideceğiz oraları da göreceğiz ama daha gitmeden önce hazırlıklı olalım. Kısaca –tabii, vakit de artık bugün bayağı da yoğunlu sunumlar- AMATEM’ler nasıl çalışıyor, neler yapıyor? Terapi mi yapıyor, ilaç mı veriliyor? AMATEM’e giren bir bağımlı, madde bağımlısı hangi süreçleri yaşıyor? Kısaca alabilir miyiz onu. Ya da aksaklıklar nedir AMATEM’de?

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – İtiraf etmek gerekirse dört yıldır çalışmıyorum, bir çok şey değişmiş olabilir ama yine de bildiğim kadarıyla anlatayım: Şimdi, bağımlı tedavisinde, yatarak tedavide ilk aşama detoksifikasyon tedavisi. Yani kişiyi o maddeden arındırmak. Neden arındırmak? Önce vücutundan arındırmak, hani hastalar diyorlar ki “İşte, kanımız temizlensin.” Evet, bu da yapılan şeylerden bir tanesi.

İkincisi: Detoksifikasyon tedavisindeki yapılan şeylerden bir tanesi de yaşadığı yoksunluk belirtilerini minimuma indirmek. Kaldı ki mesela hani alkol bağımlılığında yoksunluk ölümcül bile olabiliyor, deliryum tremens yaşayabiliyor. Bu nadiren görülen bir şey de olsa hani yüzde 5’inde deliryum tremens görünüyor, yüzde 5’inde ölümcül olabiliyor bu. Detoksifikasyon tedavisi şart. Mesela şu anda Ankara AMATEM’den bahsedecek olursak, ilk kurulduğu zaman çoğu hastamız bizim alkoldü, şimdi alkol pek az, hastaların büyük çoğunluğu eroïn bağımlısı.

Şimdi, eroïn bağımlılığında yine son altı yedi senedir benim çok şiddetle karşı çıktığım bir tedavi yöntemi uygulanıyor, o da Suboxone tedavisi. Yani ben kendi mesleğim adına ve bu madde bağımlılığı... Toplum ruh sağlığı uzmanıyım ben aslında, sosyal psikiyatri yüksek lisansı yaptım daha önce. Şimdi Suboxone aslında şu demek: “Sen eroïni kullanma da ben sana hazır, bedava başka bir şey vereyim, onun yerine bunu kullan.” demek. Ben bunun tedavi olduğunu düşünmüyorum ama şu andaki tedavi bu şekilde, Suboxone ağırlıklı eroïn bağımlılığında bir tedavi.

BAŞKAN – İlaç veriyorlar yani.

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – İlaç ama bu ilaç da şey, eroïn yarı sentetik bir opioid, Suboxone tam sentetik bir opioid, içinde bir de farklı maddeler var. İlaç tedavisi ön planda. AMATEM’de detoksifikasyon tedavisinin ötesinde psikoeğitim çalışmaları var, yine orada bildiğim kadarıyla üç tane psikolog arkadaş çalışıyor. Onlar “samba” denilen Kültegin Ögel’in uyarladığı bir psikoeğitim modeli var, onu uyguluyorlar. Orijinali 21 seans ama 21 seans galiba uygulanamıyor çünkü yatış süreleri kısa yani ortalama on beş on altı günlük bir yatış süresi var bildiğim kadarıyla AMATEM’de, bence bu çok kısa bir süre, işte, o süre boyunca bir 5-6 seanslık bir psikoeğitim seansları oluyor. Başka da şu anda tam net ne yapılıyor, onu bilemiyorum.

BAŞKAN – Evet, teşekkür ediyorum.

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Rica ederim.

PROF. DR. İSMET ÇOK – Gerçekte madde bağımlılığı dersini ikinci sınıf öğrencilerine senelerdir anlatıyorum. Bu ders sırasında öğrencilerden istediğim tek bir şey oluyor, AMATEM ziyareti. Ders sırasında başta psikiyatrist arkadaşlar, polisler, Adsız Alkolikler Derneğinden kişiler dersi ziyaret edip çocuklara kendi tecrübelerini aktarıyorlar ama çocukların AMATEM’e gitmesi onlar için en kalıcı konulardan biri oluyor madde bağımlılığı açısından. Fakat senelerdir gördüğüm çocuklar neredeyse çok büyük bir soru işaretiyle hep geri geliyorlar. Bana söyledikleri, sordukları soru da şu: Hocam

AMATEM’de görev yaptığı için rahatlıkla bunu da söyleyebilirim. Niçin AMATEM’de hastaların kalma süresi bu kadar az, tedavi süreleri bu kadar az? Tedaviden ziyade detoksifikasyon işlemi yapıldığını görüyorum ben çünkü en fazla üç hafta kalıyorlar galiba.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Evet, evet.

PROF. DR. İSMET ÇOK – Eroin bağımlısından bahsediyoruz. Eroin bağımlılığının tedavisi üç haftalık bir süreçle takdir edersiniz ki mümkün değil, bir ömür gerekiyor. Dolayısıyla öğrencilerin bana ilk sorduğu soru ve benim de gerçekten zorlandığım sorulardan biri. Komisyonumuzun bu konuda dikkatini çekmek istiyorum. Tedavi sürecinin eksik olması tedavinin yapıldığı anlamını taşıyor bence. Üç haftalık süreç, buna en basit -yani eroinle karşılaştırdığımızda en basit olarak söylüyorum-esrar tipi bağımlılığı dahi koysanız yeterli bir süreç değil.

İki: Öğrencilerin gene bana söyledikleri ve benim de senelerdir dikkatimi çeken bir konu da tedavisi biten kişinin takibi yok. Ben eroin bağımlısıyım, başvurdum, alındı, üç hafta kaldım, üç haftada gerek ilaçla gerek psikolojik yöntemlerle tedavi edildim ve doğal olarak dediler ki: “Senin tedavinin tamamladık.” Bunun temel sebebinin de AMATEM’lerdeki kapasitenin son derece az olduğunu görüyorum ki sizler de ziyarete gittiğinizde göreceksiniz.

Tedavi yöntemlerini değerlendirirken özellikle AMATEM’lerin kapasitesinin ve sayısının artırılması bence en temel özelliklerden biri olması gerekiyor. Kaldı ki tümüyle tedavi dışında birisiyim ama sadece tecrübelerime binaen söylüyorum, hastanın AMATEM sürecinden sonraki sürecinin muhakkak izlenmesi gerekir. Bu izleme yöntemi telefonla olur, görevli birisiyle olur yani bir şekilde seçilir -açıkçası ben şu an dillendiremiyorum- ama bu hastanın geri dönüşümlerinin engellenmesi açısından böyle bir süreç gerekiyor. Anladığım kadarıyla böyle bir süreç yok. Dolayısıyla bu iki konuyu dikkatinize sunmak istiyorum.

Bir şey daha dikkatimi çekti Hocam, affedersiniz. Geri dönüşümlerin yüzde 60 civarlarında yani tedavilerin yüzde 60 civarında olduğunu söylediniz ki bu rakam bana çok yüksek geldi. Bilmiyorum, onda bir hata var mı?

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Tam remisyon oranları yüzde 40, yüzde 60 düzeyinde.

PROF. DR. İSMET ÇOK – O bile yüksek geldi bana. Örneğin, eroin, şu an yatmada bir numaralı problem. Ben de yüzde 10 civarlarında diye biliyorum ama yani rakamlara tekrar bir bakalım.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Yani benim bir izleme çalışmam vardı, 2004-2008 arasında yatan hastalarla yapmıştım. Eroinde bir yıllık tam remisyon oranlarını karşılayan bizim hastalardan yüzde 30 civarındaydı ama bir yıl...

PROF. DR. İSMET ÇOK – O rakam bana göre gerçekten iyi bir rakam.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Bir yıldan sonra ne yapıyor, onu bilemiyorum.

PROF. DR. İSMET ÇOK – Komisyonumuzun dikkatini çekmek istediğim bir konu daha var, o da sigarayla ilgili. Tedavide yer alan hocalarım çok daha iyi bilirler, bağımlılık sürecinde hiçbir madde tek başına değil. Diğerlerini bir kenara bırakırsak, muhakkak ve muhakkak yanında sigara var ilgili maddenin. Alkol kullanıyorum diyelim, yanında muhakkak sigara var. Eroin kullanıyorum, kullanmadığım zaman sigara içiyorum. Esrar kullanıyorum, kullanmadığım zaman sigara içiyorum. Bağımlılıktaki en temel pekiştiricilerin başında sigara geliyor. Sigarayla ilgili atılmış olan yurdumuzdaki adımlar inanılmaz -kendi adıma söyleyeyim- beni teşvik eden adımlardı, bu işle uğraşan birisi olarak çok arkasında durduğum, desteklediğim adımlardı. Bugün o başladığımız noktanın ötesindeyiz. Yani demek istediğim şey şu: Başladığımız zamanki sigara içenlerin sayısından daha fazla sigara içen var Türkiye’de. Neden? Çok basit nedenlerden biri: Yine tecrübeme binaen söylüyorum. Örneğin kapalı

alanlarda sigara içmeyi yasakladık. Hatta çok farklı zamanlarda, farklı yerlerde dikkatinizi çektiyse o rakamlar bile yanlış oldu hep, 69, 89, 105 gibi rakamlar vardı. Hiçbir zaman stabil bir rakam da görmedik. Kapalı mekânlarda sigara içilmesinin yasaklanması bu ülkede en büyük devrimlerden biridir ama bunun sürekliliğini getiremedik maalesef çünkü şu veya bu şekilde buralar hep aşıldı. Restoranlara lütfen gidiniz. Restoranların bahçesi uzatıldı, üstü kapatıldı, bu alanlarda sigara içilen bölümler oluşturuldu hemen hemen hepsinde. Fazla uzağa gitmeyin, sadece Ankara'yı bu akşam dolaşın yeter. Ne oldu sigara içmeme alanlarının yaratılması? Tümüyle boşa geçti. Ben sigara içmeyen birisi olarak sigara içilmeyen alanı istediğim zaman garip bir yüz edasıyla karşılaşır duruma geldim ki sigara içmenin ne güzel bir şey olduğunu da bilirim eski içicilerden olarak. Demek istediğim şey şu: Çok rahatlıkla delindi ve bu delinmeye şu veya bu şekilde izin verildi demek istemiyorum ama göz ardı edildi. Eğer bir ortamda sigara içilmeyecekse, kapalı alansa bu, artık oranın buranın bahçesini de tartışıyoruz biz, hatta bahçesinin dışını bile tartışıyoruz. Eğitim kurumlarında örneğin, kendi fakültemde dahi bahçe dışına yönlendiriyoruz öğrencilerimizi. İçme kendilerine yönelik bir hak, kendilerine zarar verecekler ama diğerlerinin bu zarardan etkilenmemesi gerekiyor. Ciddi anlamda dikkatimi çeken konuların başında geliyor sigarasız alanların delinmesi. Bu yüzden bu konuyu da dikkatinize sunmak istedim.

BAŞKAN – Teşekkür ediyoruz Hocam.

Alim Bey...

ALİM TUNÇ (Uşak) – Teşekkür ediyorum ben de sunuları için.

Tabii ki psikoterapi ya da AMATEM ve sonrasında... Bugünkü bütün konuşmalar ışığında, sonuç olarak baktığımızda, AMATEM'lerin yetersizliğiyle ilgili konu gündeme geldi ancak AMATEM'ler ilk açıldığında bakıldığında şu andaki konumda bayağı kapasitesi artırılmış olarak görülüyor ama sonuçta konuşmacımız değindi, bizim asıl bir nesli takip edebilecek bir sistemin kurulmasıyla ilgili bir sorumuz var. Burada AMATEM'den sonraki, AMATEM sadece arınma ya da belirli bir şekilde tedavi yapılan bir yer ama sonrasıyla ilgili rehabilitasyon merkezlerimizin eksikliği asıl temel sorumuz. İnşallah bu Komisyon araştırmalarından sonra bununla ilgili çalışmaların ben yapılabileceğine inanıyorum veya bu konuda sizlerin özellikle bize model olarak ya da nasıl bir yapı oluşturulmasıyla ilgili bir düşünceniz, öneriniz varsa bunu almak isterim.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Kerem Ali Bey'den de alalım, ondan sonra Tamer Hocamız cevaplasın.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) - Tamer Hocam, ben de şunu soracağım: Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde çalıştığınızı ifade ettiniz.

UZM. PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Toplum ruh sağlığı uzmanı, sosyal psikiyatri yüksek lisansı yaptım.

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) - Hayır, hayır, şu anda...

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Şu anda Numune Eğitim Araştırma Hastanesinde...

KEREM ALİ SÜREKLİ (İzmir) - Şu anda Sağlık Bakanlığımızın ilçelerde, illerde toplum ruh sağlığı merkezleri açılıyor. Bu bağlamda, madde bağımlılığıyla mücadelede buralardan faydalanabilir miyiz, nasıl faydalanabiliriz; bir bu.

İkincisi: İzmir'de Madde Bağımlılığıyla Mücadele İl Koordinasyon Kurulu toplantısına katıldım. Orada vali beyin bir önerisi oldu, hastanelerde ayaklı tedavide bir uzmanı buraya tahsis edelim psikiyatri bölümlerinde, bu madde bağımlılığı problemiyle gelenlerle ilgilen sin diye. Bu, ne derece doğru olur? Bu konuda da bilginizi almak isterim.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Teşekkür ederim.

Şimdi, madde bağımlılığıyla aslında ne psikiyatristler ne psikologlar uğraşmak istemiyorlar. Şimdi, o yüzden bir yerde bir şey yapalım dediğiniz zaman yani o işi yapmaya istekli ve o beceri, bilgi birikimine sahip biri var mı yok mu ona da bakmak gerekiyor; bu çok önemli. Hani, biz bir yer açalım, oraya da bir tane psikolog, bir tane psikiyatrist, işte 2 tane de sosyal hizmet uzmanı koyalım deyince maalesef yani oradan verimli, nitelikli bir iş çıkmayabiliyor. Şimdi, o yüzden, bence aslında bu sadece madde bağımlılığının değil, genel ruh sağlığının sorunu. Bizim nitelikli profesyoneller eğitmemiz, yetiştirmemiz gerekiyor; birincisi.

İkincisi: Sağlıklı bir ruh sağlığı politikamızın olması gerekiyor. Yani, bir sistematığe oturması gerekiyor tüm bunların. Hani o yüzden, şimdi, mesela, çok fazla psikolog yok madde bağımlılığıyla ilgili çalışan, çalışanların da bir çoğu hasbelkader yani tayini oraya çıkmış, ilk fırsatta hani buradan gideyim derdinde olan insanlar. Belki işte bağımlılık alanında çalışmayı özendirecek birtakım şeyler yapılabilir; işte, ne bileyim ücretlendirme gibi, ek tazminatlar verilmesi gibi. Sağlık Bakanlığının bir sertifika programı var ama henüz o çıkmadı, AMATEM’de çalışan psikolog ve diğer çalışanlara yönelik bir sertifika programıydı.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Sadece maddi kısım bu sorunu çözer mi yani sizin o söylediğinizi? Ben çözmeyeceği kanaatindeyim.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Bence her şeyde öncelikle nitelik, eğitim yani mesela AMATEM’lerde sorunlardan bir tanesi...

ALİM TUNÇ (Uşak) – İdeal ve sevmekle ilgili bir hadise yani bununla ilgili, bu işi sevmekle ilgili bir hadise yoksa istediğiniz kadar bu sefer de hastanelerimizde olduğu gibi, parayı ne kadar, hangi bölüm veriyorsa herkes o bölüme geçmeye çalışacak sadece maddiyattan dolayı.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – AMATEM’deki böyle yatış sürelerinin kısa olmasının da aslında doğrusu işte maddi birtakım kaygıların payı yok değil. Niye? Çünkü şimdi performans sistemi var. O zaman hekim diyor ki: “Ben ne kadar hasta görürsem o kadar döner sermaye alacağım.” E, o zaman da hani böyle yatırıp böyle haftalarca, günlerce tutmak çok kârlı olmuyor, hastane de baskı kuruyor. Mesela, benim şahsen grup terapileri bitmedi diye bununla ilgili çatışmamız, tartışmamız oldu hastanenin yönetimiyle.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Bununla ilgili bir düzenleme yapılabilir.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Yani diyorlar ki: “Bitirsin hemen, taburcu edelim, yerine yenilerini alalım.” Yani hastane yönetiminden de böyle bir şey var. Aslında bu AMATEM’lerde özellikle farklı bir hani yaklaşım olsa, bu döner sermaye tamam yine söz konusu ama o farklı bir şekilde işlese belki...

ALİM TUNÇ (Uşak) – Ortak kullanım ortalamadan yapılabilir, farklı şekillerde yapılabilir, o düzenlenebilir.

UZM.PSK. TAMER NUMAN DUMAN – Yani teşvik etmek lazım, rehabilitasyon hizmetlerini teşvik etmek lazım, işte yatış sürelerini, burada yapılan psikoterapileri, psikolojik hizmetleri teşvik etmek lazım belki.

BAŞKAN - Buyurun Hocam.

DOÇ. DR. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU - Şimdi, AMATEM’ler üzerine odaklanan bir tartışma yapıyor gibi görünüyoruz ama bu eğer bir makro problemse sadece AMATEM’leri gözeterек oradaki 2 kişiyle, 3 kişiyle ya da uzman sayısıyla çözebileceğimiz bir problemmiş gibi gözüküyor yani o, şu

andaki bağımlılık ya da istismar mağdurları diyelim ya da hastalarının bundan sonraki yaşamlarıyla ilgili bir şey gibi. Ama bu tempoda gidersek -80 milyonluk nüfus- istediğiniz kadar AMATEM açın, bunu yetiştirme şansımız olmayacak. Bu işle iyi mücadele eden ülkelerin hepsinin ortak noktası çok büyük olasılık düşük nüfus yoğunluğu yani yüksek eğitim ve düşük nüfus. Avrupa’da Amerika’dan daha düşük rakamlar var ama hâlâ yüksek ama o aradaki fark çok büyük olasılık işte refah düzeyi ve nüfustan geliyor. Yani biz gerekirse AMATEM’leri kapatırız, çok büyük bir şey değil ki. Yani yeter ki bir sistem olsun ve bu, o sistemin içine iyi entegre olsun. Yani o koruyucu sistemden kaçanların iyi ele alınabildiği yapılar üretilebilir. Yani Allah kelamı değil, değişirir olur biter ama biz bu sistemi iyi tasarlayamazsak her zaman bunun içinde böyle şeyler olamaya başlıyor. İşte, ne bileyim AMATEM’ler performanslarıyla mesela öne geliyor, hâlbuki çok iyi bir niyetle kurulmuş yerler, işleyemez hâle geliyor çünkü sistem onu besleyemiyor. Psikiyatri belki bir uzmanlık alanı yaratacak, psikoloji belki bir uzmanlık alanı yaratacak, belki o dediğiniz işte motivasyon orada ayrışmaya başlayacak. Biraz daha geniş ve gerçekten “Bu sistemi nasıl kuralım?” üzerine bir ekibin çalışması gerektiğini, bunu Sağlık Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığının bir arada yürütmesi gereken bir devlet problemi olarak düşünüyorum ben.

ALİM TUNÇ (Uşak) – Hocam, sistem kurulmasıyla ilgili falan eğer önerileriniz olursa bunları önerilerinizde yazılı olarak da sunabilirsiniz veya sözlü olarak. Bu bizim belki sekonder kazancımız olacaktır bu işten. Sağlık Bakanlığımızın, Aile Bakanlığının, Eğitim Bakanlığının üçünün birlikte uygulayacağı bazı şeyler ortaya çıkarabiliriz veya uygulamalardaki aksaklıkları ortadan kaldıracabiliriz.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN – Okan Hocam, teşekkür ediyoruz.

Şimdi, tabii, anlatılacak o kadar şey var ki kırk beş dakikaya, belki bir saate sığmayacak. Değerli hocalarımızın katkıları hiç şüphesiz takdire şayan. Bu sunumlarını daha geniş önerileriyle birlikte bizlere de yazılı olarak ulaştırırlarsa veya Word dosyası olarak ulaştırırlarsa biz Komisyon raporumuza bunları ekleyeceğiz. Belki anlatmak istediğiniz ama vakit yetmediği için anlatamadığınızı düşündüğünüz konuları da eklerseniz değerli hocalarımız, çok memnun oluruz.

Başka soru yoksa milletvekili arkadaşlarımız arasında, bugünkü oturumu kapatıyorum önümüzdeki çarşamba buluşmak üzere.

Teşekkür ediyorum.

Kapanma Saati: 17.02

