

Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Sosyobiyolojik Etkenler

Dr. İsmail Ak¹, Dr. Kemal Sayar¹

ÖZET:

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA SOSYOBİYOLOJİK ETKENLER

Biyolojik ve ruhsal etmenlerin yanında toplumsal etmenler de bireylerde kişilik bozukluğuna zemin hazırlayabilir. Bu makalede antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) için muhtemel sosyal ve biyolojik risk etkenleri gözden geçirilmektedir. Yakın zamanlı veriler Doğu Asya toplumlarında saptanan düşük AKB yaygınlığının bu toplumlardaki aile bütünlüğünün Kuzey Amerika toplumuna kıyasla daha fazla olmasıyla açıklanabileceğini bildirmektedirler. AKB tanısında Kuzey Amerika'da son yıllarda büyük bir artış olduğu, bunun da, kültürel ortamın bozukluk üzerindeki etkisi şeklinde açıklanabileceği düşünülmektedir. Başka bir koldan yürütülen çalışmalarda ise antisosyal kişilik bozukluğunda prefrontal işlev bozukluğuna dikkat çekilmektedir. Bu hastalarda görülen yaygın minimal beyin işlev ve EEG bozuklukları rahatsızlığın biyolojik temelini kısmen aydınlatmaktadır. AKB'nin biyogenetiğine ilişkin çalışmalar genetik bir geçişe işaret etmekte, ancak bozukluğun tümüyle genetik ve kalıtsal olduğunu göstermemektedirler. AKB'nin kişiliğin gelişim döneminde bir dizi biyogenetik ve psikososyal değişkenin özgül bir etkileşimiyle ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Bu makale ile, antisosyal kişilik bozukluğu üzerinden, ruhsal durumların indirgemeci bir bakış açısıyla alınamayacağını ve indirgemeci bakışın bizi resmin tamamını görmekten alıkoyacağı düşüncesini bir kere daha doğrulanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: antisosyal kişilik bozukluğu, sosyal, biyolojik, etyopotenenez

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2002;12:155-158

ABSTRACT:

SOCIOBIOLOGICAL FACTORS IN ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

Social factors along with biological and psychological factors may predispose an individual to personality disorders. In this article probable social and biological risk factors for antisocial personality disorder (ASPD) are reviewed. Recent data report lower prevalence of ASPD in Eastern Asian communities. This seems to be associated with relatively higher coherence in the Asian families compared to North American ones. In North American society there seems to be a huge increase in the number of people diagnosed as ASPD which also reflects the impact of the cultural milieu on this disorder. In another vein, prefrontal dysfunction emerges as a predisposing factor for antisocial behavior. Prevalent minimal brain dysfunction as well as minor EEG abnormalities in these patients sheds some light on the biological basis of this disorder. Biogenetics of ASPD reveals a genetic basis but does not indicate that the disorder is purely genetic or inherited. ASPD seems to be result of a variety of biogenetic and psychosocial variables that interact and through the development of personality. In this article we discuss the biosocial risk factors for ASPD and hence suggest that reductionistic approaches to mental conditions can not grasp the picture completely.

Key Words: antisocial personality disorder, social, biological, etiopathogenesis

Bull Clin Psychopharmacol 2002;12:155-158

GİRİŞ

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (AKB) iki yüzyıldan beri bir ruhsal hastalık kategorisi olarak kabul edilmektedir. Suç işleme ve vicdansızlıkla kendisini gösteren bir akıl hastalığı biçimi olduğu düşüncesi, neredeyse tüm kültürlerde evrenseldir (1). 'Moral delilik', 'psikopati', 'sosyopati' gibi pek çok tabir, bu durumun fenomenolojisini tarif etmekte kullanılmaktadır. Bu durum kimi yazarlar tarafından 'kişisel sapkınlığın tıbbileştirilmesi' olarak eleştirilse de, psikiyatri içinde bu yapının geçerliliği konusunda geniş bir uzlaşma vardır (2). AKB için DSM ölçütleri (3,4) başka insanların hakkına tecavüz ve bunun sonuçlarına aldırılmazlık biçiminde yaygın bir örüntü olmasını gerektirir. Bu durum

kendisini aşağıdakilerden en az üçü ile göstermelidir: Suça dönük eylemler, aldatıcılık, dürtüsellik, saldırganlık, sorumsuzluk ve pişmanlık yokluğu. Bu örüntü 15 yaşından önce başlayan bir davranım bozukluğu ile ilgili olmalıdır. Ancak ABD'de (5) ve İngiltere'de (6) davranım bozukluğu olgularının yalnızca 1/3 ünün antisosyal kişilik bozukluğu olarak devam ettiği gösterilmiştir. Bu yüzden AKB tanısı, kişi 18 yaşını tamamlamadan konamaz. AKB'ni erişkinlerde teşhis etmek için ısrarlı suça yönelik davranış, zorunlu bir ölçüt olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüzden erkek cezaevlerindeki mahkumların 2/3 ile 3/4'ü mevcut tanımlamaya uymaktadır (7,8). Buna karşın, toplum örneklemelerindeki antisosyal kişilerin ancak yarısından azında suç kaydı vardır. En yaygın antisosyal kişilik özel-

¹KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Trabzon, Türkiye.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Doç.Dr. İsmail Ak, KTÜ Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD Başkanı, Trabzon, Türkiye.
Tel: +90 (462) 377 5390 Fax: +90 (462) 325 0518
E-mail: iak@meds.ktu.edu.tr

Kabul tarihi / Date of acceptance: 16.05.2002

likleri şiddet, trafik suçları ve iş ve evlilikte istikrarsızlık olarak görülmektedir. Eski ve daha geniş olan psikopati kavramı suçluluğa eşlik eden kişilik özelliklerine, bilhassa manipülatifliğe ve kişiler arası ilişkilerde istismarcılığa daha fazla vurgu yapıyordu (9). Kanada'dan bir grup araştırmacı psikopatide iki etken bulunduğunu; birinin suçluluğu, diğerinin ise patolojik kişiler arası ilişkiyi tarif ettiğini öne sürmüşlerdir (2). AKB'nun mevcut tanımını bu iki boyuttan yalnız birini tarif ettiği için yetersiz bulmaktadırlar. İki etken de göz önüne alındığında suçluların yalnızca çok az bir bölümünün bu bozuklukla teşhis edilebileceği görülmektedir (2). AKB'nun mevcut tanımı davranışsal bazı belirteçler üzerine temellendiği için avantajlıdır, ancak suçluluğun açık kanıtlarına çok fazla yaslanmaktadır (2).

AKB'nun yaygınlığı yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik gibi değişkenlerle yakından ilgilidir. Kuzey Amerika çalışmaları (5,10) antisosyal davranışın gençlerde, erkeklerde ve düşük sosyoekonomik sınıflarda daha yaygın olduğunu göstermiştir. AKB'nun belirtilerinin zaman içinde söndüğünü gösteren çalışmalar, gençlikle olan bu ilişkiyi doğrulamaktadırlar. Erkek cinsiyetle olan ilişki çok tutarlıdır, bozukluk erkeklerde kadınlara nispetle 5-7 kat daha fazla görülmektedir (11). AKB'nun düşük sosyoekonomik durumla ilişkisi de tutarlı bir ilişkidir, bunun yanında eğitimle de güçlü bir negatif ilişkisi bulunmaktadır. AKB, aynı şehirde yaşayan ırk ve etnik gruplar arasında değişik yaygınlıkta görülmemektedir. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda kırsal bölgelerde daha az görüldüğü ifade edilse de başka bazı çalışmalarda bu doğrulanmamıştır.

AKB bütün toplumlarda bulunup tanınabilse de, yaygınlığı açısından önemli farklılıklar vardır. Bu farklar o kadar belirgindir ki, bulunan farklılığın sadece tanı araçlarının çevresine ve kullanımına yönelik sorunlara bağlanamaz. Bu farklar AKB'nda sosyal etkenlerin rolüne ilişkin güçlü bir kanıt sunmaktadırlar. En önemli kanıt Doğu Asya'dan gelmektedir. Tayvan'ın şehir ve kırsal bölgelerindeki örneklemelerde beklenmedik ölçüde düşük AKB oranları bulunmuştur ve oranlar %0.03 ile %0.14 arasında bulunmaktadır (12). Bu düşük oranların kıta Çin'inde de geçerli olduğuna dair bazı deliller vardır. Japonya'da da birinci sağlık hizmetleri ortamında AKB yaygınlığının düşük olduğu görülmüştür (2,6). Bununla beraber, AKB'nun düşük yaygınlığı Doğu Asya toplumlarının hepsinde görülen bir durum değildir. Alkolizmin sık olduğu Güney Kore'de AKB'nun sıklığı da yüksektir (13). Sosyal olarak daha az bütünleşmiş Asya ortamlarında AKB yaygınlığı düşük değildir. AKB, birbirine benzer kültürlerde toplumdan topluma değişen yaygınlıklar gösterebilir. Sözgelimi İskoçya'da suç işlemiş topluluklarda düşük psikopati oranları bildirilmiştir (14). Epidemiyolojik kanıtların AKB'nda sosyal etkenlerin rolüne ilişkin gösterdiği bir başka önemli durum, bozukluğun Kuzey Amerika'da giderek artan oranlarda görülmesidir. Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA: Epidemiologic Catchment Area) AKB'nun yaşam boyu yaygınlık ora-

nının geçen 15 yıl içinde genç kişilerde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) neredeyse iki katına çıktığını göstermektedir. Ruhsal bozuklukların yaygınlığında kısa zamanda hızlı artışlar olması, ancak sosyal çevreyle ilişkili değişikliklerle açıklanabilir (6). Tayvan'da görülen düşük yaygınlığa rağmen bozukluğun belirtileri arasında batı toplumları ile doğu toplumları arasında büyük benzerlikler vardır (2,6).

Kültürel farklar ve AKB yaygınlığının Kuzey Amerika'daki hızlı artışı bu bozuklukta sosyal patolojinin çok önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Sosyal yapılar bazı risk etkenlerinin ruhsal bozuklukların ortaya çıkması üzerindeki etki eşliğini yükseltebilir veya azaltabilir. Tayvan'daki düşük oranlar geleneksel Çin ailelerindeki yüksek bütünleşmeye bağlı olabilir. Bu tür aileler AKB risk etkenlerinin hemen hemen tam tersi değerleri temsil ederler. Babalar güçlü ve otoriterdir, çocukların beklentileri yüksektir ve aileye sadakat ödüllendirilir. Çocukların açık sınırlandırmalarla yetiştirildiği aileler, AKB açısından daha az risk oluştururlar. Popüler görüşün tersine yoksulluk AKB'nun yaygınlığını açıklamaz. Robins (5) düşük sosyoekonomik durum ile sosyopati arasında babanın suçluluğundan bağımsız bir ilişki bulmamıştır. Yoksulluk ile suç arasında eğer aileler iyi işlev gösteriyor ise bir ilişki yoktur (2,5,6). Vaillant ve Vaillant (15) yoksul bir ortamda yetişen pek çok insanın hayatlarını kazanmak için çok çalıştıklarını ve suça yönelmediklerini, uzun vadeli izlem sonunda göstermişlerdir. Bu sonuç Robins'in çalışmasından (5) bir başka bulgu ile desteklenmektedir. Bu çalışmada çete üyeliğinin, işlev bozukluğu gösteren ailelerden gelen çocuklar için bir risk olduğu bulunmuştur. Batı'da suç ve AKB oranlarında görülen artış, refah düzeyindeki yükselmeye beraber ortaya çıkmaktadır. Muhtemelen AKB yaygınlığının artışındaki temel neden, sosyal etkiler için bir aracı işlevi gösteren ailevi işlev bozukluğudur. AKB'ye eğilim, antisosyal davranışın kendisinden çok daha yaygındır. Altta yatan dürtüsel özellikler, eğer güçlü bir aile ve sosyal yapılar içinde muhafaza edilirlse, işlev bozukluğu gösterecek boyutlara ulaşmayacaktır. Açık antisosyal davranış yalnızca aile işlev bozukluğunda ve sosyal çözülme ortamlarında ortaya çıkacaktır (2). Zocollilo (6) sosyal etkenlerin AKB için gerçek bir risk etkeni oluşturduğu konusunda kuşkuvarını dile getirmektedir. AKB için en büyük risk etkeni bu bozukluğa sahip olan bir biyolojik ebeveynidir ve AKB gelişimi konusunda genetik etki gösterilmiştir. Ancak AKB bulunan bir biyolojik ebeveyn; boşanma, yoksulluk, sosyal olarak çözülmüş mahallelerde yaşama, tutarsız ve sert disiplin, istismar ve ihmal gibi bir dizi travmatik yaşam olayını da muhtemelen daha sık yaşayacaktır. İstatistiksel bağlamda kontrol edilmediği sürece, AKB olan biyolojik anne babanın varlığının, bu tür çalışmalarda nedensel rol oynayıp oynamadığını söylemek güçtür.

Burada son olarak 'gizli antisosyallik' olgusuna da değinmek istiyoruz. Antisosyal kişinin içinde bulunduğu çevre, tüm gereksinimlerini karşılayacak durumda i-

se kural olarak, ruhsal organizasyonunda herhangi bir dalgalanma beklememelidir (16). Bu, bize sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ve ailesince desteklenen antisosyal kişilerin hastalıklarını çok kolay gizleyebileceklerini gösterir (17). “Gizli antisosyalite” olarak niteleyebileceğimiz bu durumun tanınması, toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Antisosyalite sosyoekonomik düzeyi düşük toplum katmanlarında daha kolay tanınır ve tanımlanırken, yüksek gelir seviyesi olan ve müreffeh bir hayat süren toplum kesimlerine neredeyse pek yakıştırılamamaktadır. Oysa, son yıllarda toplumumuza zarar veren pek çok eylemin gerisinde bu ‘beyaz yakalı antisosyal’lerin parmak izlerini bulmak mümkündür. Bu nedenle, bu bozukluğun çeşitli tezahürlerine karşılık geniş perspektifle bakmak ruh hekimlerinin görevi olmalıdır.

AKB olan bireylerde yapılan yakın zamanlı beyin görüntüleme çalışmaları psikopatik kişilik özellikleri ve antisosyal davranış ile prefrontal (özellikle de orbitofrontal) işlev bozukluğunu ilişkilendirmektedir. Ancak frontal yürütme işlevlerine dair çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Bu konuda yaygın olan kanaat orbitofrontal hipoaktivitenin, büyük lezyonlar olmaması durumunda antisosyal kişiliğe zemin hazırlayabileceği yolundadır (18). Nöropsikolojik çalışmalar AKB hastalarının, korku uyandıran uyaranlara karşı normal şartlı tepkiler geliştirmediklerini ortaya koymuştur (19). Azalmış şartlanmanın, antisosyal davranışa yatkınlığın temelini oluşturduğu düşünülmektedir. Korkusuzluğun uyum sağlamayı kolaylaştırdığı durumlar olabilir, örneğin antisosyal bireyler bir savaş ortamında yararlılık gösterebilirler (19). AKB’u olan hastalar sıklıkla çocukluk çağı minimal beyin hasarını destekleyen anormal EEG bulguları ve silik nörolojik belirtiler gösterir (20). Saldırganlık davranışı gösteren ergenlerde yapılan çalışmalarda frontal loblarda kan akımı azalması ve prefrontal lobda glukoz tüketiminde azalma bulunmuştur. Antisosyal çocuklarda minimal beyin hasarı olduğuna işaret eden bir biçimde özellikle dinleme, okuma, yazma, problem çözme ve konuşmada bozuklukla kendisini gösteren öğrenme güçlükleri görülür. Antisosyallerin yarısında EEG’de daha çok çocuklarda ve ergenlerde görülen bir biçimde yavaş dalga aktivitesi saptanmıştır. Bazı araştırmacılar bunu beyin immatüritesi ile bağlantılı görmektedirler (17). AKB’nda genetik geçişe ilişkin pek çok çalışma, bozuklukta genetik yatkınlığın önemli bir rol oynayabildiğini göstermektedir (21). AKB olan ebeveynlerin çocuklarında, yetiştikleri ortamdan bağımsız olarak AKB görülme oranı sağlıklı bi-

reylerin çocuklarına göre anlamlı derecede fazladır. Birinci dereceden biyolojik akrabalarında AKB olan erkeklerde alkol kötüye kullanımından bağımsız olarak, antisosyal davranış sorunları daha fazla görülmektedir. Yine de, antisosyal davranışın tümüyle genetik olduğunu ve kalıtımla geçtiğini söylemek güçtür. Aktarılan genotipe özgül fenotipik özellikler ve eğilimlerin ne olduğu kesin olarak bilinmemektedir. Bunlar olasılıkla heyecan ve yenilik arayışı, impulsivite ve antagonizm eğilimleridir. Bir dizi genotip, yine bir dizi çevresel etkenle etkileşerek AKB gelişimine zemin hazırlayabilir ve bu da kendisini impulsivite, suça yönelim saldırganlık, suçluluk ve pişmanlık duygusu yokluğu biçiminde dışa vurabilir. Biyogenetik araştırmalar, genetik eğilim varsa AKB’nun mutlaka ortaya çıkacağı yolunda kanıt sunmamaktadır (21). Genetik yüklülük taşıyan bir kişide antisosyal davranışın ortaya çıkması için antisosyal davranış örüntülerini geliştiren ve besleyen bir çevreyle etkileşim gerekir. Yüksek zekanın kişiye alternatif yollar sunarak antisosyal edime karşı koruyucu bir işlev gösterdiği, öte yandan alkol ve madde kötüye kullanımının antisosyal eğilimleri tetiklediği ve kuvvetlendirdiği bilinmektedir.

Sonuçta biyogenetik etkenlerle çevresel etkenler birbirleriyle etkileşerek antisosyal davranışa zemin hazırlamaktadırlar. Bu yüzden AKB hastaları değerlendirilirken her hastanın aile hikayesi ve hayat tecrübesi ayrı ayrı ele alınmalı ve koruyucu tedaviler açısından biyogenetik ve psikososyal risk etkenleri dikkatlice değerlendirilmelidir (21).

AKB’nun biyolojik bileşenine ilişkin çok sayıda çalışma vardır. Biz bu makalede sosyal bileşeni daha ağırlıklı olarak tartışırken, biyolojik risk etkenlerini kuş bakışı geçerek ayrıntılı bir biçimde tartışmayı bir başka makaleye bıraktık. AKB kişiliğinin gelişim evrelerinde psikolojik, sosyal ve biyolojik etkenlerin özgül etkileşimiyle ortaya çıkan bir ruhsal bozukluktur. Biz bu makalede günümüz psikiyatrisinde sanki iki zıt kutupmuş gibi takdim edilen biyolojik ve sosyal yaklaşımların, aynı ruhsal bozukluğun anlaşılmasına katkı da bulunabileceğini, indirgemeci ve ‘ya bu, ya da öteki’ tarzı yaklaşımların ruhsal bozuklukların tam bir resmini görmemizi engelleyeceğini ifade etmeye çalıştık. AKB’nun anlaşılmasında, tüm diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi, biyolojik, psikolojik ve sosyal bakışlara ihtiyaç vardır. Perspektifimiz bu paradigmalardan birbirini bütünlükten uzaklaştıran yaklaşımın içermediği sürece, ağacı görüp ormanı görememek gibi bir ‘uzman körlüğü’ne bizi mahkum edecektir.

Kaynaklar:

1. Murphy JM. Psychiatric labelling in cross-cultural perspective. *Science* 1976;191:1019-1028.
2. Paris J. Social factors in the personality disorders. New York: Cambridge University Press, 1996.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition-Revised (DSM-III-R). Washington DC: American Psychiatric Press, 1987.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.

5. Robins L N, Regier DA. Psychiatric disorders in America. New York: Free Press, 1991.
6. Zoccolillo M. Social Factors in Antisocial Personality Disorder. *Transcultural Psychiatry* 1997;489-496.
7. Hare RD. Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *Am J Psychiatry* 1983;140:887-890.
8. Cote G, Hodgins S. Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 1990;18:271-281.
9. Cleckley H. *The Mask of Sanity*. 4th ed. St.Louis, MO: C. V. Mosby, 1964.
10. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
11. Bohman M, Cloninger CR, Sigvardson S. Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees, I: genetic and environmental heterogeneity. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1233-1241.
12. Hwu HG, Yeh HK, Change LY. Prevalance of Psychiatric Disorders in Taiwan Defined by Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:136-147.
13. Lee K C, Kavoc YS, Rhee H. The National Epidemiological Study of Mental Disorders in Korea . *Journal of Korean Medical Science* 1987;2:19-34.
14. Cooke DJ. Psychopathic personality in different cultures. *J Personality Disord* 1996;10:23-40.
15. Vaillant GE, Vaillant CO. Natural history of male psychological health: X. Work as a predictor of positive mental health. *Am J Psychiatry*, 1981;138:1433-1438.
16. Reid WH. Antisocial personality: A review. *Hosp Com Psychiatry* 1985;36: 831-837.
17. Black DW, Larson CL. *Bad Boys, Bad Men*. New York: Oxford, 1999.
18. Dinn WM, Harris CL. Neurocognitive function in antisocial personality disorder. *Psychiatry Res* 2000;97:173-190.
19. Paris J . Antisocial Personality Disorder : A Biopsychosocial Model. *Can J Psychiatry* 1996;41:71-80.
20. Gunderson JG, Phillips KA. Personality disorders. In: Kaplan HI, Sadocks BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th edition,. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995.
21. Widiger TA, Corbitt EM, Millon T. Antisocial Personality Disorder. In: Tasman A, Riba MB, editors. *Review of Psychiatry*, volume 11, Washington DC:American Psychiatric Press, 1992.