

BEBEKLİK VEYA KÜÇÜK ÇOCUKLUK DÖNEMİNİN TEPKİSEL BAĞLANMA BOZUKLUĞU: 3 VAK'A SUNUMU

GİRİŞ

Tepkisel Bağlanma Bozukluğu (TBB), 5 yaşından önce başlayan, genellikle sağlıklı koşullarda (temel bakım verme koşullarında, çocuğun rahatlatılması, uyarılması ve sevgi verilmesi gibi temel duygusal gereksinimlerin göz ardı edildiği koşullar; keza çocuğun temel fizik gereksinimlerinin sürekli görmezlikten gelindiği veya kalıcı bir bağlanmanın oluşmasını önler biçimde birincil bakım verenin sık sık değiştiği koşullar) çocuk yetiştirmeye bağlı olarak gelişen, ikili ilişki kurmada ve başka toplumsal etkinliklerde, yaşına uygun olmayacak şekilde önemli bozuklukların ortaya çıkmasıdır.

TBB, DSM IV TR'ye göre, iki tipte incelenmektedir: Birincisi, ketlenmiş (inhibe) tip olup, çocuk sürekli bir şekilde toplumsal etkileşimi başlatma ve gelişim yaşına uygun tepki vermede yetersizlik yaşar. Çocuk aşırı derecede ketlenmiş, uyarılmış, hareketli veya ambivalan tepkiler sergiler. İkincisi olan ketlenmemiş (dezinhibe) tipinde ise, uygunsuz ve özgül olmayan bağlanmalar vardır. (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000).

TBB tanısı koyabilmek için, bozukluğun Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) tanı ölçütlerini karşılamaması esastır. Aşağıda, kliniğimizde takip edilen üç TBB

Neslim Güvendeğer¹

ÖZET

Tepkisel Bağlanma Bozukluğu (TBB) çocuklarda 5 yaşından önce başlayan, genellikle sağlıklı koşullarda (temel bakım verme koşullarında, çocuğun rahatlatılması, uyarılması ve sevgi verilmesi gibi temel duygusal gereksinimlerin göz ardı edildiği koşullar, çocuğun temel fizik gereksinimlerinin sürekli görmezlikten gelindiği koşullar veya kalıcı bir bağlanmanın oluşmasını önler biçimde birincil bakım verenin sık sık değiştiği koşullar) çocuk yetiştirmeye bağlı olarak gelişen, ikili ilişki kurmada ve başka toplumsal etkinliklerde, yaşına uygun olmayacak şekilde önemli bozuklukların ortaya çıkmasıdır (DSM IV TR). Bu yazıda, TBB tanısı alan üç vak'a sunulmuş olup, ebeveynlerinde ruhsal sıkıntı öyküsünün eşlik ettiği sağlıklı bakım verenin, özellikle gelişimsel yatkınlığı bulunan çocuklarda, bu tabloya yol açtığı ve de bu vak'aların, başvuru döneminde, otizm benzeri belirtiler de göstermiş oldukları halde, tedavi amaçlı olarak aldıkları özel eğitim ve aile danışmanlığı süreci sonucundaki klinik seyirlerinde, söz konusu belirtilerin tamamının düzelmiş olması yani çocukların sosyal ilişkilerinin, dil ve öğrenme yeteneklerinin, bilişsel ve motor işlevlerinin tamamen normal gelişimsel standartlara ulaşması tartışılmıştır. Bu sonuçlar TBB'nin tedaviye alındıktan sonra düzelme gösterdiğine dair bilgilerle uyumludur.

Anahtar Kelimeler: tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm, özel eğitim

REACTIVE ATTACHMENT DISORDER OF EARLY CHILDHOOD: THREE CASE REPORTS

ABSTRACT

The diagnosis "Reactive Attachment Disorder" refers mainly to a disturbance in the child-parent attachment relationship. The abnormal development of social behaviors in children, occurs, generally in response to pathological caregiving such as, either "persistent disregard of the child's basic emotional needs for comfort, stimulation and affection", "persistent disregard of the child's basic physical needs" or repeated changes of primary caregiver that prevent formation of stable attachment". These disturbances in social behavior start before the age of five (DSM IV TR). Social dysfunction is the main feature of children with "Reactive Attachment Disorder". In the inhibited subtype, children, persistently fail to initiate and respond to social interactions in an age appropriate manner. They generally show ambivalence in response to social interactions. They are usually miserable and show resistance to comforting efforts. In the disinhibited subtype, children do not make selective attachments and their sociability is indiscriminated. They may exhibit aggressiveness and they may have problems with their peer relationships. Communication problems observed in children with "Reactive Attachment Disorder" tend to be more similar with the symptoms seen in language disordered children and less similar with the problems seen in autistic children. Prognosis depends largely on the nature, duration and severity of pathogenic care experienced by the child and on the child's own characteristic features. Generally, severity and duration of exposition to pathological caregiving determine the prognosis.

Three "Reactive Attachment Disorder" patients between ages 1.5 to 2.5, whose parents came up with pathological caregiving due to depression, are presented in this paper. Although, these patients had autism like symptoms in the beginning, after their psychoeducational treatment program, special management and family counseling sessions, all of their initial symptoms, showed dramatically improvement. Their social interactions and peer relationships, linguistic and learning abilities, cognitive functioning and motor development reached age appropriate level. This finding is consistent with the knowledge that, symptoms of Reactive Attachment Disorder improve after intervention.

Keywords: reactive attachment disorder, autism, special management

¹ Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uzmanı, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi / e-posta: neslim14@hotmail.com / Telefon: 0 232 4895656 / 2219

vak'ası sunulmuştur. Bu vak'aların, YGB tanı ölçütlerini tam karşılamamakla birlikte, başvuru döneminde, silik otistik belirtiler taşımakta oldukları ve tedavi amaçlı olarak aldıkları özel eğitim ve âile danışmanlığı süreci sonucundaki klinik seyrinde, söz konusu belirtilerinin tamamının düzelmiş olması tartışılmıştır.

VAK'A 1

Başvuru ve Klinik Öykü: M, 1.5 yaşında kız çocuk, göz temâsının olmaması, seslenildiğinde tepki vermeme şikâyetleriyle, annesi ve anneannesi tarafından kliniğimize getirildi.

Âileden alınan öyküye göre, bu bulguların beklîğinden bu yana mevcut olduğu, M'nin, müstakil bir evde âilesiyle yaşadığı, ilk altı ayda anneannesi tarafından yetiştirildiği, daha sonra anneannesi evden ayrıldığı ve annesi ile babası arasında evlilik sorunları olduğu, babasının asosyal-şüpheli-aşırı titiz bir insan olduğu, annesinin ise, o yıllarda, "depresif sendrom" tanısıyla tedavi gördüğü, dolayısıyla her iki ebeveynin de M ile fazla ilgilenemediği öğrenildi. 13 aylıkken tam yürümüş ve 1 yaşında yaklaşık yirmi kelime söyleyebiliyor iken, son 1-1.5 aydır bu yeteneklerinin çoğunun gerilediği âilesi tarafından ifade edildi. Âilenin sosyal yaşantısı sınırlı olduğu için M yalnız büyümüş, bu süre içerisinde, gelişim öyküsünde, eşyalarla fazla ilgilenme, deteryan kutularına karşı artan ilgi, TV'de, sürekli video klip izleme, insanların onu kucaklamasına tepki gösterme, el temâsından hoşlanmama gibi bulgular ortaya çıkmıştır.

Ruhsal Gözlem: Göz temâsı kuramadığı, komut almadığı, annesinin yanına gelmesi veya uzaklaşmasına tepki vermediği, insanlarla hiç ilgilenmediği, sosyal tepki ve jestleri uygulamadığı, kendi hâlinde eşyalarla oynadığı, kelime söyleyemediği, ses çıkarttığı saptandı.

Laboratuvar İncelemeleri: Kraniyal MR ve EEG sonuçları normal bulundu.

Klinik Gidiş ve Özet Olarak Tedavi: M yoğun bir özel eğitim programına alındı, ek olarak âile içerisinde verilen sosyal uyaranların zenginleştirilmesi için çaba gösterildi. Altı ayın sonundaki ruhsal gözleminde, yaklaşık yüz kelime söyleyebildiği, karşılıklı iletişime girebildiği, sosyal jestleri uygulayabildiği, taklit veya hayâli oyun oynayabildiği tespit edildi.

Bundan sonra, altı ayda bir yapılan takiplerinde, sosyal ve ruhsal gelişme dönemlerini, yaşlarıyla uyumlu olarak yaşadığı saptandı. Şu anda 5.5 yaşında ve ruhsal gelişme tablosu tamamen normâl sınırlarda.

VAK'A 2

Başvuru ve Klinik Öykü: B, 2.5 yaşında erkek çocuk; konuşmama ve insanlara tepki vermeme şikâyetleriyle, anne ve babası tarafından kliniğimize getirildi. Âilesinden alınan öyküye göre, bebekliğin-

den itibaren sosyal tepkilerinin kısıtlı olduğu, 12 aylıkken yürüdüğü, 13 aylıkken birkaç kelime söylediği, ancak şimdi bu becerilerini de yitirdiği öğrenildi.

B'nin anne ve babasının ikinci evliliğinden olan ilk ve tek çocuk olduğu, her iki ebeveynin de, önceki evliliklerinden çocukları bulunduğu (annenin 10 yaşında kızı, babanın da 6 ve 10 yaşlarında iki oğlu) ve B de dâhil olmak üzere, dört çocuğun aynı evde yaşadığı öğrenildi.

Anne ve baba arasında evlilikle ilgili sorunlar yaşandığı, annenin son altı aydır "depresif sendrom" tanısıyla tedavi görmekte olduğu, anne ve babanın evde B ile kaliteli bir paylaşım içerisine giremedikleri saptandı.

Ruhsal Gözlem: Göz temâsının sınırlı olduğu, sözel komut almadığı, konuşamadığı, çevreyle ilgilenmediği, sosyal iletişim ve etkileşime sınırlı girdiği tespit edildi.

Laboratuvar İncelemeleri: Kraniyal MR ve EEG sonuçları normâl sınırlar içerisinde bulundu.

Klinik Gidiş ve Özet Olarak Tedavi: B yoğun bir özel eğitim programına alındı, anne ve babası evlilik terapistine yönlendirildi ve B ile olan paylaşımlarının uygun şekilde

zenginleştirilmesine çalışıldı.

Tedavinin ilk altı ayındaki ruhsal değerlendirilmesinde, iletişim ve etkileşiminin arttığı, kelime dağarcığının zenginleştiği, sosyal ilgi ve jestlerinde artış olduğu tespit edildi. Bundan sonra altı ayda bir yapılan takiplerinde, ruhsal ve sosyal yönden yaşatılarının düzeyini giderek yakaladı. Şu anda, 6.5 yaşında olup, tamamen normâl ruhsal gelişme tablosunda olduğu tespit edildi.

VAK'A 3

Başvuru ve Klinik Öykü: M, 1.5 yaşında erkek çocuk; göz iletişimi kurmama, çevreye tepki vermeme, konuşmama şikâyetleriyle, anne ve babası tarafından kliniğimize getirildi. Âilesinden alınan öyküye göre yaşında yürüdüğü, 1 yaşını doldurduğunda tek tük kelimeler söylerken, bu becerisini son altı ay içerisinde yitirdiği öğrenildi. M'nin âilesi geniş âile şeklinde, dede ve babaanne ile beraber yaşamaktaydı ve M tek çocuktur. Son altı ay içerisinde, annesinde geniş âile ile yaşamakla ilgili depresif belirtiler ortaya çıkmış olup, son zamanlarda M ile ağırlıklı olarak dedesi ve fizik tedavi görmekte olan babaannesi ilgilenmekteydi.

Ruhsal Gözlem: Göz temâsına nâdir girdiği, çevreyle hiç ilgilenmediği, sâdece boya kalemleri ve topla oynadığı, basit komutları almadığı, konuşmadığı, sosyal iletişim ve etkileşime nâdiren girdiği tespit edildi.

Laboratuvar İncelemeleri: Kraniyal MR ve EEG normâl sınırlar içerisinde bulundu.

Klinik Gidiş ve Özet Olarak Tedavi: M yoğun bir özel eğitim programına alındı, annesi tedavi için yetişkin psikiyatrisine yönlendirildi, ardından âile da-

nışmanlığı seanslarına alınarak, M ile olan paylaşımlarının zenginleştirilmesine çalışıldı.

Tedavinin ilk altı ayındaki ruhsal değerlendirilmesinde iletişim ve etkileşiminin arttığı, konuşmaya başladığı, sosyal ilgi ve jestlerinde artış olduğu tespit edildi undan sonra, altı ayda bir yapılan takiplerinde, ruhsal ve sosyal yönden yaşatlarının düzeyini giderek yakaladı. Şu anda 7.5 yaşında olup, tamamen normâl ruhsal gelişme tablosundadır.

TARTIŞMA

Bebekler, ilk birinci senelerinde, temel bakım verenerine karşı bir bağlanma geliştirirler. Birinci senenin sonunda, bu bağlanmanın niteliği, çocukta sonradan gelişecek uyumsal mekanizmaların şeklini belirler. Bağlanmada bozukluk olması, çocukta psikopatolojik belirtilere yol açar. TBB, sağlıklı çocuk bakımı sonrasında ortaya çıkar (Zeanah ve ark. 2003, Haugaard ve Hazan 2004, Boris ve ark. 2004).

Bazı durumlarda, aynı çocukta, değişken ortamlarda, bozukluğun ketlenmiş ve ketlenmemiş alt tipleri bir arada ortaya çıkabilir. Yani, alt tipler birbirinden tamamen bağımsız olmayabilir. Annelerinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olan çocuklarda, TBB gelişme ihtimali daha yüksektir (Zeanah ve ark. 2004). Bizim vak'alarımız TBB'nin, sâdece ketlenmiş alt tipine dâhil olup, âile öykülerinde, her üç anede de "depresif sendrom" tanısı mevcuttur.

Bebeklikte ortaya çıkan bağlanma bozukluğunun, sağlıklı bakımveren ilişkisiyle ortaya çıktığına dâir kanıtlar vardır. Bu çocuklarda özel bir gelişimsel yatkınlığın yanı sıra, ebeveynlerinde ruhsal sıkıntı öyküsünün eşlik ettiği ve sağlıklı bakım vermenin, özellikle böyle bir gelişimsel yatkınlığı bulunan gruptaki çocuklarda, tepkisel bağlanma bozukluğuna yol açtığına dâir çalışmalar vardır (Green ve Goldwyn 2002). Bizim vak'alarımızın her üçünde de ebeveynlerle ilgili birincil ruhsal sorunlar ve evlilik ilişkisi ile ilgili sorunlar söz konusu olup, çocuklar sağlıklı bakım veren ilişkisinden mahrum kalmışlardır.

Smyke, sağlıklı bakım verme durumunda, sosyal ve duygusal yoksunluk arttıkça, TBB belirtilerinde artış tespit etmiştir (Smyke ve ark. 2002). Bizim vak'alarımızda da, yoksunluğun en fazla yaşanmakta olduğu, başvuru döneminde belirtiler çok ağır gözlemlendiği hâlde, uygun bakım verme şartları yerine kondukça, belirtilerde düzelme ortaya çıkmıştır.

Hall ve Geher (2003) TBB'li çocukların normâl çocuklara göre, empati yeteneğinin daha az olduğunu saptamıştır. Minnis ve arkadaşları (2002) TBB'nin "ketlenmiş tipi"nin temel bakımda, ebeveynlerin, çocuklarını duygusal yönden ihmâl etmeleri ile ilgili olduğunu saptamıştır. Bizim vak'alarımız da TBB'nin "ketlenmiş" alt tipine dâhil olup, gerek evlilikle ilgili sorunlar, gerekse de annelerinin depresif bulguları nedeniyle, temel bakım alma ilişkisinde duygusal ihmâle mâruz kalmışlardır.

Sagi ve arkadaşları (2002), bir merkezde bakım alan bebeklerin, kendi ebeveyni tarafından evinde bakılan bebeklere veya bir akraba tarafından evinde bakım alan bebeklere veya bakıcı tarafından evde yetiştirilen bebeklere göre, daha güvensiz bir bağlanma geliştirdiklerini ileri sürmüştür. Bu açıdan, vak'alarımızın tedavilerinin, uygun âile danışmanlığı eşliğinde, kendi evlerinde yetiştirilecek şekilde düzenlenmiş olması, belirtilerin tama yakının düzelmiş olmasını destekler.

Bâzi araştırmalar, "ketlenmemiş" davranışların, TBB'nin bir alt tipi olmasındansa, bağımsız bir sorun olarak ele alınabileceğini ileri sürmüştür (Zeanah ve ark. 2002). Bizim vak'alarımızda "ketlenmemiş" davranışlar saptanmamıştır.

TBB ve "otistik bozukluk", klinik olarak benzer belirtiler içerebilir. Ebeveynlerinden yeterli sözel uyarın alamayan TBB'li çocuklarda, iletişim bozukluğu ortaya çıkar. TBB'li çocuklardaki iletişim sorunları, daha çok "konuşma bozukluğu" olan çocuklardaki tabloya benzemekle beraber, "otistik bozuklukta" görülen iletişim sorunlarıyla da benzeşebilir. Ancak, ek olarak, TBB'li çocuklardaki dil gelişimi, tedavi yaklaşımından sonra, hızla düzelme gösterir (Lewis 1996, Rutter ve Taylor 1994). Bizim vak'alarımızın da ilk başvuru tablosunda, otizm benzeri belirtilerin varlığı dikkati çekmiştir. Ayrıcı tanıda davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olmaması, bakımverme öyküsünde belirgin düzeyde duygusal ihmâlin saptanması, vak'aların psikososyal çevrelerinin uyarandan yoksun olması, çocukların nörolojik yetilerinin, sosyal uyarınları algılayıp değerlendirecek düzeyde olmasına bağlı olarak, otistik bozukluk tanısı ekarte edilip, TBB tanısı düşünülmüştür.

Motavallı ve arkadaşlarının çalışmasında (2004), psikolojik destek ve eğitsel tedaviye yanıtın, TBB'li çocuklarda, otistik çocuklara oranla daha yüksek olduğu tesbit edilmiştir.

Bizim vak'alarımızın tedavi seyrinde de gereken duygusal, sosyal ve eğitsel bakım yerine konduktan sonra, klinik tabloda dramatik düzelme olması, TBB tablosu ile örtüşmektedir. TBB'nin klinik seyri, çocuğun sağlıklı bakıma maruz kaldığı süre ve sağlıklı bakımın şiddetiyle ilişkilidir. Söz konusu olan süre ve şiddet ne kadar fazlaysa, seyir o kadar kötüdür (Lewis 1996). Bizim vak'alarımız, her iki açıdan da daha ılımlı olup, iyi seyir göstermişlerdir.

TBB tablosu saptanır saptanmaz, ebeveyn danışmanlığıyla, uygun temel bakımveren işlevlerinin yerine konması ve çocukların, konuşma, iletişim kurma, algılama ve yaşat ilişkisi kurma becerilerine yönelik özel eğitim programlarına alınması tedavide esastır. Bu sayede, klinik tabloda, hızlı ve belirgin düzelme görülür.

KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı. 4. Baskı (DSM-IV). Köroğ-

- lu E, çeviren. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000.
- Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH (2004) Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 43: 568-577.
- Green J, Goldwyn R (2002) Annotation: attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*; 43: 835-846.
- Hall SE, Geher G (2003) Behavioral and personality characteristics of children with reactive attachment disorder. *J Psychol*; 137: 145-162.
- Haugaard JJ, Hazan C (2004) Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children who have been severely maltreated: reactive attachment disorder. *Child Maltreat*; 9: 154-160.
- Lewis M (1996) *Child and Adolescent Psychiatry - A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins, 498-501.
- Minnis H, Rabe-Hesketh S, Wolkind S (2002) Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *Int J Methods Psychiatry*; 11: 90-98.
- Mukaddes NM, Kaynak FN, Kinali G, Beşikci H, Issever H (2004) Psychoeducational treatment of children with autism and reactive attachment disorder. *Autism*; 8: 101-109.
- Rutter M, Taylor E (1994) *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Science, 498-501.
- Sagi A, Koren-Karie N, Gini M, Ziv Y, Joels T (2002) Shedding further light on the effects of various types and quality of early child care on infant-mother attachment relationship: the Haifa Study of Early Child Care. *Child Dev*; 73: 1166-1186.
- Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children (2002) I: The continuum of caretaking casualty. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41: 972-982.
- Zeanah CH, Smyke AT, Dumitrescu A (2002) Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41: 983-999.
- Zeanah CH, Keyes A, Settles L (2003) Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci*; 1008: 22-30.
- Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J (2004) Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl*; 28: 877-888.