

# Bir Olgu Sunumu Eşliğinde Tepkisel Bağlanma Bozukluğunun Gözden Geçirilmesi

## Revision of Reactive Attachment Disorder by a Case Presentation

Dr. A. Şebnem SOYSAL,<sup>a</sup>  
Dr. Aysima ÖZÇELİK,<sup>a,b</sup>  
Dr. Ebru ARHAN,<sup>a,b</sup>  
Dr. Elvan İŞERİ,<sup>c</sup>  
Dr. Kıvılcım GÜCÜYENER<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,  
<sup>b</sup>Çocuk Nörolojisi BD,  
<sup>c</sup>Çocuk Psikiyatrisi AD,  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 27.02.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 30.06.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. A. Şebnem SOYSAL  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
assoysal@gazi.edu.tr

**ÖZET** Bebeklik ya da erken çocukluk döneminde birincil bakım verenin sürekli değişmesine ya da bakımın belirgin niteliksel eksikliğine bağlı olarak anne ile çocuğu arasındaki duygusal bağın sağlıklı oluşmasına tepkisel bağlanma bozukluğu denilmektedir. Sağlıklı bağlanma çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi için çok önemli bir gereksinme olup, çocuğun ileri yaşamındaki ilişkilerinin de temelini oluşturmaktadır. Tepkisel bağlanma bozukluğu, ebeveyninde ruhsal sıkıntı öyküsünün olmasının ve sağlıklı yaşam koşulları içinde büyümenin gelişimsel sürecini ne ölçüde etkilediğini ortaya koyması nedeni ile koruyucu sağlık kapsamında ele alınması gereken bir hastalık olması açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm; yetersiz aile bakımı

**ABSTRACT** Reactive attachment disorder of infancy or early childhood is presumed to be due to grossly pathogenic care of the infant and is characterized by markedly disturbed social relatedness in most contexts. Healthy developed attachment between mother and infant is required for later reciprocal social relationship. The disorder should carefully be differentiated from other developmental disorders of childhood. Reactive attachment disorder of infancy is of importance that requires special attention during protective health assessment to exhibit the level of developmental impression due to parental psychological distress and growth in insanitary conditions.

**Key Words:** Reactive attachment disorder, autistic disorder; child of impaired parents

**Türkiye Klinikleri J Pediatr 2009;18(3):248-52**

**T**epkisel bağlanma bozukluğu (TBB), ilk kez "Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı"nın 3. basımında (DSM-III) bebeklik ve çocukluk dönemine ilişkin bozukluklar içerisinde yer almıştır.<sup>1</sup> Hastalık DSM-IV'te ayrıntılandırılmıştır.<sup>2</sup> Bozukluğun 5 yaşından önce başlaması gerekmektedir. TBB'nun en önemli belirtisi, bebeğin ya da küçük çocuğun yaşamındaki pek çok alanda önemli ölçüde bozulma ve gelişim dönemlerine göre uygunsuz toplumsal ilişki kurma biçiminin olmasıdır. Ayrıca, kalıcı bağlanmanın kurulmasını önleyici şekilde birincil bakıcının sık sık değişmesi ya da çocuğun temel ihtiyaçlarının, sosyal ve duygusal gereksinimlerinin sürekli gözardı edilmesi de bozukluğun ölçütleri içerisinde yer almaktadır.

TBB'ye ilişkin olarak yapılan epidemiyolojik çalışmalar çok sınırlıdır. Ancak, son yıllarda hastalığın görülme oranında bir artış bulunmaktadır.

Bu durumun nedeni, özellikle son 10 yıldır çocuk hekimlerinin ruh sağlığı konularına daha duyarlı olmasıdır. Özellikle birinci basamakta hizmet veren hekimlerin yaygın gelişimsel bozukluk, otizm gibi psikopatolojiler konusunda duyarlılaştırılması, sağlam çocuk izleminin tüm dünyada önemini vurgulanması ve örselenme/ihmal konularına yönelik olarak kurumsallaşma çabalarının etkili olduğu düşünülmektedir.<sup>3</sup>

TBB, çocukluk döneminin özgül bir etiyolojiye sahip tek bozukluğudur.<sup>4</sup> TBB'ye yol açan en önemli etken, sağlıklı ve yetersiz bakımdır. Kurum bakımında olan, uzun süre hastanede tedavi gören, kronik hastalığı olan ve kötü muamele gören bebek ve/veya çocuklarda görülmektedir. Bu çocuklarda alıcı ve ifade edici dil gelişimi, bilişsel gelişim ve dikkat süreçlerinin bozulması; kişiler arası ilişkilerde yetersizlik, sosyal davranış bozukluğu ve fiziksel hastalıklarla açıklanamayan gelişme gerilikleri olduğu saptanmıştır. Hastanelerde uzun süreli tedavi gören çocuklar arasında yer alan erken doğan bebekler bu açıdan önemli bir risk grubudur. TBB gelişme gerilikleri, bebeklik ya da küçük çocukluk döneminin beslenme bozukluğu, pika ya da ruminasyon bozukluğu ile ilişkili olabilir. Fizik muayenede çocuk bakımındaki zorlukların sonucu olarak ortaya çıkan ya da bunlara katkıda bulunan genel tıbbi durumlar gösterilebilir. Bu durumların başında gelişme gerilikleri, fiziksel istismar bulguları, malnütrisyona uyumlu laboratuvar bulguları bulunabilir.<sup>5-7</sup>

Bu olgu sunumunda TTB gelişimi, klinik görünümü ve diğer psikopatolojilerden ayırıcı tanı, tedavi, seyir ve sonlanımı yönünden yazın bilgisi ışığında tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

### BAŞVURU VE KLİNİK ÖYKÜ

Üç yaşındaki kız hasta, ismi ile seslenildiğinde bakmama, etraftaki uyaranlarla ilgilenmeme ve sadece televizyon izlerken rahatlatma şikâyetleri ile halası tarafından çocuk nöroloji kliniğine getirildi.

Halasından alınan öyküye göre, Aydın'da müstakil evde yaşayan bir ailenin 2. çocuğu olan olgu-

nun söz konusu belirtilerin bebeklik döneminden itibaren görüldüğü, annenin gebeliği sırasında depresyon tanısıyla izlendiği; doğum sonrasında, bebeğin sadece fiziksel gereksinimlerini karşıladığı, iki ay kadar anne sütü verebildiği öğrenildi.

Anne 27 yaşında, lise mezunu ve ev hanımıydı. Baba ise 35 yaşında, lise mezunu ve oto tamircisi olarak çalışmaktaydı. Sekiz yıl önce evlenen çift arasında son 3 yıldır yoğun evlilik sorunları olduğu ve boşanmayı düşündükleri öğrenildi. Hala; Olgunun annesinin genç kızlığından beri depresif duygulanım içerisinde olduğunu, kız kardeşinin de depresyon tedavisi gördüğünü, anneannesinin şizofreni tanısıyla izlendiğini belirtti. Olgunun babası son bir yıldır eve çok nadir geliyormuş; çocuklarıyla yok denecek kadar az iletişim içerisindeymiş. Olgunun, 5 yaşında bir ablası olduğu ve herhangi bir sağlık sorunu bulunmadığı öğrenildi. Ancak, yeterli ilgi ve bakım verilmediği düşünceyle olgunun ablası da son iki aydır anneanesi tarafından bakılıyormuş. Ablanın gündüzleri kreşe devam ettiği, bilişsel ve motor gelişiminin akranlarıyla uyumlu olduğu öğrenildi. Olgun, evde annesiyle beraber tek başına kalıyor, televizyon izlemeyi çok seviyor, özellikle reklam ve klipleri izlemeyi tercih ediyormuş. Karanlıkta çok mutlu olduğu, metal nesnelere oynamayı tercih ettiği, nesnelere amacına uygun bir biçimde kullanmadığı öğrenildi. Çoğu zaman aşırı hareketli olduğunu, ismiyle seslenildiğinde tepki vermediğini, ortak dikkat, alkış, el sallama ve temel iletişim becerilerinde akranlarına göre oldukça geri olduğunu gözleyen hala, çocukta bir zekâ sorunu olduğu konusunda aileyi sıkça uyarmış. Her iki ebeveynin de olguyla yakından ilgilenemediğini belirten hala, bu kaygısı yüzünden 15 gün hastamızın evinde kaldığını; bu süre içerisinde, Olgumuzun bilişsel ve motor gelişimindeki gerilikleri daha yakından fark ederek tıbbi bir müdahale yapılması gerektiğini düşünmüş ve olgumuzu annesi ile birlikte tanı ve tedavi için Ankara'ya getirmiş.

### RUHSAL GÖZLEM

Kısa süreli göz teması kurabildiği, verilen komutları almadığı, ismi söylendiğinde bakmadığı, ortamdaki uyaranların farkında olmadığı, ortak dikkat ve

nesne sürekliliğinin gelişmemiş olduğu, sosyal jest ve tepkiler veremediği, kendi halinde eşyalarla oynadığı, kelime söylemediği, isteklerini anlamsız hece ve işaretlerle anlattığı saptandı. Ancak, halasıyla birlikte zaman geçirmeye başladıktan sonra göz teması kurma süresinin arttığı, tensel temasa tepki verdiği, etraftaki insanları izlemeye başladığı, motor hareketlerinde bir hızlanma olduğu, dağınık bağlanma örüntüsünün biçimlendiği, seslendirmelerinin başladığı dikkati çekti.

## LABORATUVAR İNCELEMELERİ

Nörolojik muayenesi, metabolik hastalıklara ilişkin tarama sonuçları, kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve elektroensefalografi (EEG) sonuçları normal olarak bulundu. Denver gelişim tarama testinde; kişisel sosyal gelişimi 17 ay, ince motor gelişimi 2 yaş, dil gelişimi 12 ay, kaba motor gelişimi 2 yaş 4 ay olarak belirlendi.

## KLİNİK GİDİŞ VE ÖZET OLARAK TEDAVİ

Olgu, yoğun bir özel eğitim programına alındı. Halasının evinde kalmaya başladı, aile içerisinde verilen sosyal uyarıların zenginleştirilmesi için çaba gösterildi. Annesinin, psikiyatrik destek alması için iletişime geçildi. 1.5 ayın sonunda alıcı ve ifade edici dil gelişiminde belirgin bir artış olduğu, jest ve mimikleri algıladığı ve taklit ettiği, hayali oyun oynamaya başladığı görüldü. Olgumuz halen halasıyla birlikte kalmakta, tedavisi sürdürülmektedir.

## TARTIŞMA

Son yıllarda TBB tanısı alan çocukların sayısında büyük bir artış olmuştur. Bu durumun en temel nedenini, sanayi toplumunun aile yapısı üzerindeki olumsuz kurguları olarak görmek mümkündür.<sup>8</sup> Aile içi şiddet, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar veya ihmal olgularının artması; temel bakım hizmetini verecek kişilerin anne ve baba olmaya hazır olmamaları, özellikle annenin depresif duygudurumu TBB'nin nedenleri olarak görülmektedir.<sup>9,10</sup> Campbell ve ark., annenin depresyonunun bağlanma biçimleri üzerindeki etkilerini değerlendirdikleri geniş örneklemli 36 aylık izlem çalışmasında; kontrol grubuna göre depresif annelerin çocuklarının güvensiz ya da kaçınan tipte bağlanma örün-

tüsü gösterdiklerini saptamışlardır.<sup>9</sup> Annenin depresyonu ile annelik duyarlılığı ve çocuğun sosyoduygusal gelişimi arasında önemli etkileşimler olduğu bu çalışma ile vurgulanmıştır. TBB'nin ruhsal sıkıntının eşlik ettiği ve sağlıksız bakımın verildiği koşullarda ortaya çıktığı pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Verilen bakımın niteliği ve kalitesi sağlıksızlaştıkça, fiziksel, sosyal ve duygusal yoksunluk arttıkça TBB belirtilerinde artış olduğu belirlenmiştir. Bizim olgumuzda; anne-babanın evlilik ilişkilerinde sorunlarının olması ve boşanma aşamasına gelmeleri, annenin depresif duygudurumu içerisinde olması, çocuğun temel bakım hizmetlerini düzenli olarak tek bir kişiden alamaması TBB için birer risk oluşturmaktadır.

TBB'nin ayırıcı tanısı oldukça önemlidir. Ayırıcı tanıda yaygın gelişimsel bozukluk, zekâ geriliği, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve dil bozuklukları akla gelmelidir.<sup>11,12</sup> Tablo 1'de ayırıcı tanıda etkili olabilecek süreçler üzerinde durulmuştur.

Bizim olgumuzda otizmi düşündüren; kısa süreli göz teması kurma, komut almama, ismi söylenildiğinde bakmama, ortamdaki uyarıların farkında olmama, sosyal jest ve tepkiler verememenin olmasıydı. Bu belirtilerin bir kısmı olgunun halasının evinde kalmasıyla birlikte ortadan kalktı. Daha uzun göz teması kurma, komut almaya başlama, ilgili uyarana yönelme kısa bir zaman dilimi içerisinde gelişmeye başladı. Sosyal iletişimin ve temel bakımın kalitesinin artması ile otizmde çok daha olumlu gelişmeler sağlandığını gösteren bu bulgular literatür ile uyumludur. Çünkü otizmde dil ve sosyal gelişim bozukluğu belirgin ve geriye dönüşümsüzdür. Oysa TBB olan çocuklar bu kapasiteye sahiptir. Mukaddes ve ark., psikolojik destek ve eğitsel tedaviye yanıtın TBB olan çocuklarda otistik çocuklara oranla daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.<sup>11</sup>

TBB'nin ketlenmemiş alt tipinde çocuğun aşırı hareketli ve saldırgan olması DEHB'yi düşündürülebilir. TBB olan çocuklar yeni tanıdıkları kişilerle bile uygunsuz, yapışkan ve yapay bir ilişki örüntüsü kurma eğilimindedirler. Bu durum en önemli ayırt edici özelliktir. Sunulan olguda da amaca yö-

**TABLO 1:** Tepkisel bağlanma bozukluğunun ayırıcı tanısı.

	TBB	Otizm	DEHB	ZH
Gelişim öyküsünde ilk 1 yıl içerisinde bakımın nicelik ve nitelik olarak sağlıklı oluşu	Var	Yok	Yok	
Dil gelişimi, konuşma bozukluğu	Sağlıklı var, ancak düzelebilir	Sağlıksız var, özgün düzenlenemez	Yok	ZG derecesine göre olabilir
Bilişsel gelişim (ağır ve sürekli bilişsel yetersizlikler)	Yok	Var	DEHB şiddetine göre değişebilir	Var
Zeka geriliği	Yok Bağımsız olarak rastlanabilir	Var	Yok Bağımsız olarak rastlanabilir	Var
Sosyal gelişim (temel iletişim becerileri ve sosyal ilişki kurma)	Var ancak sınırlı ve gelişebilen	Yok	Var	Var, ancak sınırlı ve gelişebilen
Göz teması	Var ancak sınırlı ve gelişebilen	Yok gelişemeyen	Var	Bilişsel gelişim düzeyine göre değişken
Duygulanım	Sınırlı değişken ve gelişebilen	Künt, gelişmeyen ve denetlenemez	Var	Sınırlı, değişken ve gelişebilen
Davranış (davranım bozukluğu, yineleyici davranışlar, tuhaf bağlantılar ve benzeri)	Var, ancak nedeni belli ve denetlenebilir	Var, düzensiz ve denetlenemez	Var, çoğu zaman düzensiz ve denetlenemez	Var, düzensiz ve denetlenemez
Prognoz: Çocuk normal ve sağlıklı ortama alındığında	Belirgin ve olumlu gelişmeler var	Yok ya da minimum gelişme var	Belirgin ve olumlu gelişmeler var	ZG düzeyine göre değişen bir süreç

(TBB:Tepkisel bağlanma bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ZG: Zeka geriliği).

nelik olmayan bir hareketlilik vardı. Komut alma güclüğü, uygun nesnelere bağlanma göstermemesi, oyun kurma ve oyuna katılma etkinliklerinde başarısız olması, dil gelişimindeki gecikme ileride olası bir DEHB'nin işaretçileri olabilir. Ancak, aile içi ilişkilerden kaynaklanan disiplin sorunları, çocuğun uygun iletişim kurma biçimlerini bilmemesi mevcut belirtilerin bu bağlamda ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.<sup>13,14</sup>

Olgunun Denver gelişim tarama testi sonuçları incelendiğinde belirgin bir biçimde akranlarının gerisinde olduğu belirlenmiştir. Nörolojik ve metabolik incelemelerin normal olması, mental retardasyon tanısından uzaklaşılmasında önemli bir etkidir. Ayrıca, mental retarde çocukların kendi gelişim düzeylerine uygun bir biçimde bağlanma örüntüsü geliştirdikleri; ağır düzeyde olanların bile ebeveynlerini tanıdıkları, onlardan gelen komutları aldıkları bilinmektedir. Sunulan olgu, 15 gün annesinden ayrı kalmasına karşın herhangi bir yok-sunluk hissetmemiş, karşı taraftan gelen ilgiye karşılık verecek davranışlar geliştirmeye başlamıştır.

Çocuğun duygusal anlamda bağlandığı kişilerden ayrılması, sosyal becerilerini de olumsuz yön-

de etkilemektedir. Hayatının ilk üç yılında annesine güvenmez bir şekilde bağlanan çocukların okul öncesi dönemde, problem çözme konusunda güvenli bağlanma geliştiren çocuklara göre daha sorunlu bir dönem yaşadıkları görülmüştür.<sup>15,16</sup> Bağlanma ilişkisinin niteliği konusunda okul öncesi çocuklarla yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; güvenli bağlanma geliştiren çocukların yaşlarına göre sosyal becerilerinin yüksek, olumlu duygulanımlarının olumsuz duygulanıma göre daha fazla olduğu, erişkinlerle iş birliği ve uyum içerisinde bulunabildikleri görülmüştür. Güvensiz bağlanma geliştiren çocukların ise sosyal izolasyona eğilimli, sinirli, rahatsız, huzursuz, akranlarına ve öğretmenlerine karşı saldırgan, uyumsuz, depresif, imgeleme gerektiren oyunlarda başarısız oldukları ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri gözlenmiştir. Gerilimli direnç gösteren çocukların sıklıkla fiziksel şiddet uyguladıkları, düzeni bozucu davranışlar sergiledikleri, kurallara düşünmeden karşı çıktıkları ve aniden öfkelenedikleri belirlenmiştir. Gerilimli kaçınan bağlanma geliştiren çocukların, çevrelerindeki kişileri denetimleri altına alma eğiliminde oldukları ve öfkelerini doğrudan

ifade edemedikleri belirlenmiştir. TBB olan çocukların, sağlıklı akranlarına göre jest ve mimikleri anlamlandırmada ve empati yapabilmeye belirgin güçlükleri olduğu saptanmıştır.

Çocuğun sağlıksız bakıma maruz kaldığı süre bu koşulların düzeltilmesindeki hız ve çaba ile doğru orantılı bir iyileşme sürecini işaret etmektedir.<sup>15</sup> Söz konusu süre ve şiddet ne kadar fazla ise seyir o kadar kötüdür. Bizim olgumuzda hasta ve aile hastanemizin çocuk koruma birimi ile temasa geçmiş; çocuğun halası ile olan iletişiminin sürdürülmesi, annenin tedavisine başlanması ve aile içi iletişim güçlüklerine yönelik danışmanlık almaları konusunda desteklenmişlerdir.

TBB'nin tedavisinde en etkili yöntem çocuğun belirti olarak ortaya çıkan davranışlarını değiştirmekten öte, çocuk ile ailesi arasındaki bağı güçlendirmek üzerine kuruludur. Bağlanma örüntüsünün kurulması zaman alan bir süreçtir. Önemli olan ilgi, destek, sevgi ve bakımın sürekliliğini sağlamaktır. Yetersiz uyaran kadar, fazla miktarda uyaran bombardımanı da bağlanma sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle tedavide çocukların hem sevgiye hem de sınıra ihtiyaçları vardır. Bu nedenle ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, uygun

davranış stratejilerini oluşturması konusunda rehberlik alması; çocuğun bireysel tedaviden çok, aile ile birlikte ele alınması tedavinin başarıya ulaşmasını sağlayacaktır. Tedavideki en önemli süreç, amacın iyi bir şekilde belirlenmesidir. Temel bakım hizmetlerine yönelik kayıpların telafisi, güven duygusunun kazanımı, duyguların farkına varılması, biçimlendirilmesi, başkalarının istek ve duygularının farkında olunması, içsel kontrolün gelişmesi, iletişim becerilerinin kazanılması ve işlerliği olmayan otomatik düşüncelerin kaldırılması TBB tedavisindeki temel amaçlardır.

Sonuç olarak; TBB'de ayırıcı tanının doğru yapılması, zamanında ve uygun tedavi yaklaşımı ile klinik açıdan diğer pek çok bozukluğa oranla hızlı iyi sonuçların alınacağı, son zamanlarda görülme oranı giderek artan bir bozukluk olma yolundadır. Bu olgunun çocuk nöroloji polikliniğine gelmiş olması, çocuk hekimleri ve psikiyatristlerinin iş birliği içerisinde çalışmasının ne derece önemli olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Pediatri eğitimi içinde çocuk ruh sağlığı konularına daha ayrıntılı olarak yer verilmesi de TBB gibi birçok ruhsal hastalığın erken tanı ve tedavisi açısından önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Washington DC: APB Press, 1987.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
3. Green J, Goldwyn R. Annotation: attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(7):835-46.
4. Hanson RF, Spratt EG. Reactive Attachment Disorder: what we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreat* 2000;5(2):137-45.
5. Kaplan HI, Saddock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6<sup>th</sup> ed. Baltimore: William and Wilkins. 1994; p. 235-9.
6. Miral S, Baykara A. [Other disorders of infancy, childhood or adolescence]. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Güleç C, Köroğlu E editörler. 3. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1998; p.1250-4.
7. Richters MM, Volkman FR. Reactive disorders attachment of infancy or early childhood. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996; p. 498-501.
8. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(8): 972-82.
9. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol* 2004;16(2):231-52.
10. Hall SE, Geher G. Behavioral and personality characteristics of children with reactive attachment disorder. *J Psychol* 2003;137(2):145-62.
11. Mukaddes NM, Kaynak FN, Kinalı G, Beşikci H, İssever H. Psychoeducational treatment of children with autism and reactive attachment disorder. *Autism* 2004;8(1):101-9.
12. Richters MM, Volkman FR. Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(3):328-32.
13. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant -development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):165-78.
14. Zeanah CH, Keyes A, Settles L. Attachment relationship experiences and childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1008: 22-30.
15. Şener Ş, Özdemir YD, Şahin MV. [Reactive attachment disorder: a case report.] *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995;2(1):28-34.
16. Soysal AŞ, Ergenekon E, Aksoy E. [Effects of long-term hospital stay on attachment style in newborn period: a case study.] *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999;2(4):266-70.