

AUTISME ENHETEN

Nasjonal kompetanseenhet
for autisme

Autismespekterforstyrrelse
eller tilknytningsforstyrrelse
Kunnskapsstatus i forhold
til likheter, komorbiditet og
differensialdiagnostiske
utfordringer



AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSE ELLER TILKNYTNINGSFORSTYRRELSE ?

Kunnskapsstatus i forhold
til likheter, komorbiditet og
differensialdiagnostiske utfordringer

Gunn Stokke

Avdeling for barn og unge
Helse Nordmøre og Romsdal HF

Nasjonal kompetanseenhet for autisme





© Autismeenheten 2011

ISBN: 978-82-92793-10-7

Autismeenheten – Nasjonal kompetanseenhet for autisme

<http://www.autismeenheten.no/>





Innholdsfortegnelse

Forord

1. Innledning	1
2. Problemstilling og avgrensing	5
3. Metode	7
4. Tilknytning og tilknytningsforstyrrelse	9
4.1 Generelt om tilknytning	9
4.2 Tilknytningskvalitet og tilknytningsmønster	11
4.3 Tilknytning ved ASD	14





5. Reaktiv tilknytningsforstyrrelse	17
5.1 Begrepsavklaring	17
5.2 Fellestrekk	19
5.3 Emosjonelt tilbaketrukket (”inhibited”) type – Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	20
5.4 Udiskriminerende (”disinhibited”) type – Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen	22
6. Autismespekterforstyrrelser (ASD)	25
6.1 Begrepsavklaring	25
6.2 Kjennetegn	26
6.3 Barneautisme	27
6.4 Aspergers syndrom	28
6.5 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse - PPD-NOS	28
7. Differensialdiagnostikk: Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD) eller Autismespekterforstyrrelse (ASD) ?	31
7.1 Kan tilstandene formelt sett forekomme samtidig?	31
7.2 Differensialdiagnostiske vurderinger	32
7.2.1 Årsaksforhold	33
7.2.2. Avvikende sosial fungering	35
7.2.3 Felles oppmerksomhet og Theory of mind	38
7.2.4 Kommunikasjon/språk	40
7.2.5 Begrensede interesser og stereotypier	41
7.2.6 Kognitiv forsinkelse	43
7.2.7 Vansker med emosjonsregulering	44
7.2.8 Respons på endrede miljøvilkår	45
7.2.9 Diagnostikk ved ulik alder	46
7.2.10 Oppsummering	48
8. Autismelignende tilstander som resultat av dårlige omsorgsbetingelser	49
8.1 ”Kvasiautisme” og lignende tilstander	49
8.1.1. Studier av rumenske barnehjemsbarn	50





Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse?

8.1.2 Andre kliniske populasjoner	53
8.2 Andre tilstander som antas å være resultat av omsorgssvikt og/ eller mishandling	56
9. Forekomst av omsorgssvikt og overgrep overfor barn med ASD – hva vet vi?	59
10. Utfordringer i det diagnostiske arbeidet i klinikken	63
10.1 Generelle differensialdiagnostiske vurderinger; ASD eller RAD?	63
10.2 Diagnostisk metodikk	65
10.2.1 Utredning ved mistanke om tilknytningsforstyrrelse	65
10.2.2. Utredning ved mistanke om ASD	67
10.3 Kartlegging av generelt utviklingsnivå	68
10.4 Kompetanse	69
10.5 Et spørsmål om selvoppfyllende profetier - styrer henvisningsfokus utredning og vurdering?	69
10.6 Barn med ASD som lever i risikomiljø	71
11. Avsluttende kommentarer	73
12.Litteratur	75







Forord

Arbeidet med denne rapporten er finansiert av Nasjonal kompetanseenhet for autisme ved Rikshospitalet/Oslo Universitetssykehus. En bearbeidet og forkortet versjon av rapporten er også publisert i Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

Rapporten er først og fremst beregnet for fagpersoner som arbeider med utredning og diagnostikk av barn og unge, i skjæringsfeltet mellom barnevern og helsevesen, men den vil også forhåpentligvis kunne være til nytte for andre med interesse for fagområdet. Siden rapporten retter seg mot fagpersoner inneholder den en del faguttrykk og forkortelser som kan være vanskelig å holde oversikt over. Jeg har imidlertid forsøkt å forklare forkortelser i tekst eller fotnote den første gangen forkortelsen brukes. Det finnes også en liste med forklaringer på forkortelser brukt i teksten.

Da jeg startet arbeidet med rapporten var jeg klar over at dette var et komplisert og lite kjent område, men det har likevel overrasket meg hvor lite forskning det faktisk er på feltet. Dette innebærer at rapporten må ses som et hjelpemiddel, men ikke en ”fasit” på området.

Forsker/psykologspesialist Elisabeth Grindheim har vært veileder for arbeidet, og uten hennes hjelp hadde ikke dette prosjektet latt seg gjennomføre. Jeg takker også leder ved Nasjonal kompetanseenhet





Nasjonal kompetanseenhet for autisme • Rapport nr. 2, 2011

for autisme Britta Nilsson for grundig vurdering og tilbakemelding
på rapporten.





Forkortelser

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Tilstand med ulike grader av impulsivitet, oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet. På norsk kalles tilstanden "Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet" og grupperes under "Hyperkinetiske forstyrrelser" i ICD-10.
ADI-R	The Autism Diagnostic Interview- Revisited, utviklet av Le Couteur et al., 1989. ADI-R er et omfattende semistrukturert diagnostisk intervju for diagnostikk av autismespekterforstyrrelser. Se kap 10.2.2. for mer informasjon.
ADL	Activities of Daily Living. Samlebetegnelse for "dagliglivets aktiviteter", og viser ofte til de ferdigheter man behøver for å mestre hverdagslivet (ADL-ferdigheter).
ADOS	The Autism Diagnostic Observation Schedule. En standardisert protokoll for observasjon av sosial og kommunikativ atferd hos barn, ungdom og voksne som utredes for ASD. Se kap 10.2.2. for nærmere beskrivelse.
AS	Asperger syndrom. Se kap 6.4 for nærmere beskrivelse.





ASD	Autism Spectrum Disorders. På norsk grupperes tilstandene vanligvis under betegnelsen ”Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser”. Betegnelsen viser til at en betrakter gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som tilstander innen samme spekter av lidelser.
ASQ	Autism Screening Questionnaire, screeningsinstrument for autisme utviklet av Rutter, Lord og kolleger (Berument, Rutter, Lord et al., 1999).
Auti-R	Auti-R er et spørreskjema for foreldre, kartlegger ASD-symptom med 51 spørsmål der svarene kan graderes fra aldri til svært ofte. Utviklet av Van Berckelaer-Onnes & Hoekman, for referanse se Hoksbergen, ter Laak, Rijk et al., 2005.
CARS	Childhood Autism Rating Scale. Et diagnostiseringsverktøy for autisme utviklet av Schopler og kolleger (Schopler, Reicler, De Vellis & Daly, 1980).
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De offisielle diagnostiske kriterier og retningslinjer for diagnostikk av psykiske lidelser i USA. I Europa brukes ICD (se forklaring). DSM revideres med jevne mellomrom. For tiden brukes fjerde utgave som da kalles DSM-IV. DSM-V er under utarbeidelse (se www.dsm5.org).





EMBASE	Europeisk orientert database innen medisin og farmakologi. Den har referanser til artikler fra ca. 3 500 tidsskrifter internasjonalt fra 1980 og fremover, i tillegg til bøker og konferanserapporter. De fleste referansene har engelsk sammendrag. Oppdateres ukentlig.
ICD	Forkortelse for International Classification of Diseases. ICD er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon og er en internasjonal standard for alle diagnoser (både somatiske og psykiske tilstander). (I USA brukes imidlertid DSM på psykiske lidelser, se forklaring over). ICD revideres jevnlig. For tiden brukes 10. utgave, dvs ICD-10.
MEDLINE	Verdens største database innen medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Den har referanser til ca. 20 millioner artikler fra rundt 5 000 tidsskrifter internasjonalt fra 1950 og fremover. Mange referanser har engelsk sammendrag.
MxDD	Multiplex Developmental Disorder. Samlebetegnelse for et uavklart tilstandsbilde som kan minne om både tilknytningsforstyrrelse og autismespekterforstyrrelse. Se kapittel 8.2 for beskrivelse.
PDD	Forkortelse for Pervasive Developmental Disorder, på norsk Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Se kapittel 6 for nærmere beskrivelse.





PDD-NOS	Forkortelse for Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified. På norsk vil man bruke Uspesifisert gjennomgående utviklingsforstyrrelse. Se kapittel 6.5 for nærmere forklaring.
PIAS	Post-Institutional Autistic Syndrome. Se kapittel 8.1.1. for nærmere beskrivelse.
PSYCHINFO	Referansedatabase (ikke fulltekst) for litteratur innen psykologi. Dekker faget fra 1800-tallet til i dag. Mer enn 2,4 millioner referanser, oppdateres med ca. 160 000 nye referanser årlig.
RAD	Forkortelse for Reactive Attachment Disorder. Det gis en grundig beskrivelse av diagnosegruppen i kapittel 5.
SSP	Forkortelse for The Strange Situation Procedure. På norsk kalles dette ofte "Fremmedsituasjon". SSP er en strukturert observasjonsmetodikk for å kartlegge et barns tilknytningsatferd. SSP er nærmere beskrevet i kapittel 4.2 og 10.2.1.
TOM	Forkortelse for Theory of mind. Kan enkelt defineres som evnen til å tilskrive mentale tilstander både til en selv og andre, Se kapittel 7.2.3 for nærmere beskrivelse.





1. Innledning

Både i Norge og internasjonalt har det vært lite faglig fokus på barn med autismespekterdiagnoser (ASD)¹ som lever under dårlige omsorgsvilkår, og som derfor også kan trenge hjelp fra barnevernet. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at barnevernet ikke har kontakt med barn med ASD, eller at barn med ASD ikke kan oppleve omsorgssvikt og overgrep.

Når barnevernet skal vurdere omsorgssituasjon og behov for tiltak, vil barnets fungering og behov være noe av det som må kartlegges. En vet at barn som er utsatt for omsorgssvikt og overgrep kan utvikle avvikende væremåte. Tegn til avvikende utvikling hos barnet kan være ett (av flere) kriterier for at barnevernet setter inn tiltak eller overtar omsorgen for barnet. Det vil i denne situasjonen selvsagt være viktig å vite om atferdstrekkene er knyttet til nevrobiologiske funksjonsvansker hos barnet eller om de er reaksjoner på omsorgssvikt/overgrep. Denne informasjonen vil kunne være av stor betydning både for vurderingen av omsorgssituasjonen, for å kunne sette inn riktige hjelpetiltak samt for å finne riktig omsorgsbasis ved en eventuell omsorgsovertakelse.

¹ ASD er forkortelse for Autism Spectrum Disorders. Betegnelsen viser til at en betrakter gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som tilstander innens amme spekter av lidelser, jf også revisjonsfor-slag DSM-V, www.dsm5.org





Både klinisk erfaring og faglitteraturen tilsier imidlertid at det kan være svært vanskelig å skille mellom ASD og tilstander som er forårsaket av omsorgssvikt, traume eller mishandling.

Følgende kasus illustrerer dette:

Kurt og Svein var begge 6-7 år gamle da jeg møtte dem. De hadde på dette tidspunktet begge bodd ca et års tid i fosterhjem, etter at barnevernet hadde overtatt omsorgen for dem. Omsorgsovertakelsen skjedde både på grunnlag av barnas atferd, som ble sett på som uttrykk for alvorlige mangler i omsorgssituasjonen og på grunnlag av vurderinger av barnas omsorgssituasjon. I Kurts tilfelle var det rusproblematikk hos en av foreldrene og generelt sviktende omsorgssituasjon. I Sveins tilfelle var det psykisk lidelse hos mor, generelt sviktende omsorgssituasjon samt mistanke om seksuelle overgrep. I følge journalene hadde begge guttene ved omsorgsovertakelsestidspunktet vist stereotypier, avvikende kommunikasjon (lite gester, dårlig blikkontakt, fattig språk), manglende fantasilek, bisarr atferd (for eksempel klining med avføring), overreaksjoner på små endringer i miljøet. Ingen av guttene hadde fått en klar diagnose, men de som vurderte guttene ved 4-5 årsalder antok for begges del at atferden var forårsaket av omsorgssvikt og/eller overgrep.

Etter ca ett år i fosterhjem var imidlertid guttenes fungering svært ulik.

Kurt hadde fortsatt kommunikasjonsvansker (særlig manglende gjensidighet i kommunikasjonen og pedantisk/monoton tale), han var ensidig og styrende i samhandling med andre, hadde særinteresser, generelt lite fantasilek og leken var begrenset med hensyn til tema og fleksibilitet. Han fungerte langt under aldersnormen med hensyn til noen dagliglivsferdigheter. Kurt ble utredet med ADOS², og skåret over cut-off på alle områdene. Kurt fikk diagnosen Asperger syndrom.

² ADOS er forkortelse for The Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord et al., 2000). Se kap 10.2.2. for nærmere beskrivelse.





Svein hadde endret seg mye i løpet av året i fosterhjem. Han viste normal språklig og evnemessig fungering, kreativ og variert fantasilek, lekte godt (men ofte aggressivt og konfliktfylt) med andre barn, viste god sosial forståelse, men tålte dårlig skuffelser og hadde en tendens til å overreagere på små frustrasjoner. Han hadde fortsatt bisarr atferd (særlig seksuelle handlinger). Det ble ikke vurdert å være grunnlag for utredning med tanke på ASD. Svein syntes å ha en tilpasningsforstyrrelse eller traumereaksjon (spesifikk diagnose ble ikke satt på dette tidspunktet).

Historien illustrerer hvor vanskelig det kan være å vurdere et barn i en uklar og tvetydig situasjon. Allerede eksisterende forståelsesramme kan ha en tendens til å styre fokus og vurderinger (diagnostisk overskygning). Ved utredning og diagnostikk må klinikeren ofte forholde seg til et mangfold av observasjoner, beskrivelser og vurderinger av barnets nåværende og tidligere fungering, samt til allerede eksisterende antagelser om årsaksforhold og sammenhenger. En del av den informasjon som rapporteres kan senere vise seg å være sentral og viktig, mens andre ting viser seg å være mindre vesentlige. Kartleggingen avdekker noen trekk som vil vise seg å være stabile og spesifikke for diagnose, andre trekk kan være tilfældige, uspesifikke og eventuelt også forbigående. Det er ikke alltid mulig å vite på forhånd hvilke trekk ved et barns atferd og væremåte som skal vektlegges ved diagnostikk, og hvilke som skal tones ned. Skal et trekk som for eksempel stereotypier vektlegges som sentralt trekk og dermed viktige for forståelsen av barnets vansker, eller skal en for akkurat dette barnet se på det som et bifunn, og ikke –spesifikt for tilstanden? Som Fombonne (2009) sier: *”Young children with progressive developmental departures from normalcy do not fall easily, at any time point during this protracted process, in pre-determined diagnostic categories that carve the nature at joints it does not have”* (s 464)







2. Problemstilling og avgrensning

Målsettingen med dette arbeidet er å beskrive hvilken kunnskap vi har om hvordan ASD og tilknytningsforstyrrelser kan skilles fra hverandre (differensialdiagnostikk).

Både diagnosemanualene og faglitteraturen viser til at tilstandene ligner hverandre og det må gjøres konkrete og vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger for å kunne skille tilstandene fra hverandre. Videre velges dette fokuset fordi konsekvensene av feildiagnostikk vil kunne være svært alvorlige, gitt at barnets diagnose også legges til grunn for omsorgsvurdering og omsorgsrettede tiltak.

Vi vil også se på fenomener som ligger i grenseland mellom disse to tilstandene, som for eksempel ”kvasiautisme”.

Det er ikke bare barnets *tilknytning* til omsorgspersonene som påvirkes av skadelige omsorgsvilkår. Barns *generelle utvikling* påvirkes også av omsorgspersonenes fungering og barnets generelle livsmiljø. Barn som utsettes for mishandling eller andre overgrep kan utvikle *traumereaksjoner* (se for eksempel Sroufe et al., 2000; Cicchetti et al., 2000; Jones, 2008). Det er viktig å kjenne til hvordan barn med ASD påvirkes av sviktende omsorgssituasjon, og hvordan barn med ASD reagerer på traumatiske opplevelser. Dette er tema som ikke er hovedfokus i denne rapporten, men som vi likevel skal komme noe tilbake til senere.





Fokuset på likheter og forskjeller mellom ASD, som antas å være en nevrobiologisk tilstand, og tilknytningsforstyrrelse, som er utløst av skadelige omsorgsvilkår, aktualiserer mange grunnleggende problemstillinger rundt utvikling og spørsmål knyttet til interaksjon mellom biologi og miljø i utviklingsprosessen. Dette gjelder for eksempel generell forståelse av hvordan barns sosiale og relasjonelle utvikling skjer og hva som er sentrale elementer i prosessen; tidlig selvutvikling (Hobson, 2006) ; viktigheten av tilknytning sammenlignet med andre sentrale faktorer i sosial utvikling (Sroufe, 1988; Rutter et al., 2009; Schuengel et al., 2009); hjernens plastisitet og bruksavhengighet (Perry et al., 1995; Schore, 1997; Hanson & Spratt, 2000); ulike miljøfaktorers spesifikke innvirkning på utviklingsprosessen (Lewis, 2000; Sroufe et al., 2000; Ramey & Sackett, 2000; Jenkins, 2008; Schuengel et al., 2009); problemstillinger rundt multikausalitet og multifinalitet i utviklingsforløpet (Sameroff, 2000); sensitive og kritiske perioder (se Perry et al., 1995) ; experience-expectant/experience- adaptive modning (Rutter et al., 2004; Jones & Klin, 2009); tilstandsindusert deprivasjon (Zeanah & Smyke, 2009); tilstander versus trekk (Sameroff, 2000), genotyp-miljø interaksjon (O'Connor & Plomin, 2000; Zeanah, Boris & Lieberman, 2000).

Dette er tema som er sentrale innen forståelse av og forskning på barns typiske utvikling, og for forståelse av utviklingsavvik, men de skal likevel *ikke* berøres videre her. I vår sammenheng vil vi ha et deskriptivt fokus på tilstander og på hvordan en kan skille mellom tilstander, og ikke på årsaksforhold og utviklingsprosesser.





3. Metode

Kartleggingen av kunnskapsstatus er basert på litteratursøk, gjennomgang av et utvalg oversiktsartikler, sentrale fagbøker og diagnosemanualer, samt kontakt med en del sentrale fagpersoner for forslag til kildemateriale.

Hovedsøk på litteratur ble gjort i februar 2010 i EMBASE (publikasjoner fra 1980), MEDLINE (publikasjoner fra 1950) og PsychINFO (publikasjoner fra 1967), på følgende kombinasjoner av søkeord: "reactive attachment disorder /disinhibited attachment/ inhibited attachment/ attachment disorders in childhood/attachment disturbance" (heretter kalt søkegruppe RAD) **og** "autism spectrum disorder/asperger syndrome/pervasive developmental disorder/autism" (heretter kalt søkegruppe ASD). Kombinasjonssøket (RAD + ASD) ga 10 treff i hver av de tre databasene, totalt 20 ulike treff, hvorav 10 ble vurdert relevante. Til sammenligning ga søkegruppe RAD alene 49 treff på EMBASE, 252 treff på MEDLINE og 177 treff på Psychinfo. Søkegruppe ASD alene ga henholdsvis 14564 treff på EMBASE, 13227 treff på MEDLINE og 15157 treff på PsychINFO.

Det ble videre gjort ulike søk, i de samme tre databasene, hvor en knyttet gjennomgripende utviklingsforstyrrelse opp mot tilknytning, omsorgssvikt og traume. Videre ble det spesifikt søkt på diffe-





renensialdiagnostikk ved reaktiv tilknytningsforstyrrelse (søkegruppe RAD og ”differential diagnosis”) og differensialdiagnostikk ved gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (søkegruppe ASD og ”differential diagnosis”).

Sentrale håndbøker på feltet psykiske vansker hos barn og unge ble gjennomgått (Atkinson & Goldberg, 2004; Cassidy & Shaver, 2008; Luby, 2006; Rutter, Bishop, Pine et al., 2008; Sameroff, Lewis & Miller, 2000; Volkmar, Paul, Klin & Cohen, 2005; Zeanah, 2009) med fokus på diagnosegruppene tilknytningsforstyrrelse og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Videre legges selvsagt diagnosemanualene ICD-10 (WHO, 1992/1999) og DSM-IV (APA, 1994) til grunn.

Den skriftlige fremstillingen er organisert på følgende måte: Det gis først en kort, summarisk oversikt over kunnskap vedrørende tilknytning, herunder også kunnskap om tilknytning ved ASD. Videre gis det en oversikt over hva som kjennetegner henholdsvis tilknytningsforstyrrelser og ASD. Tilknytningsforstyrrelser og ASD vil så bli sammenlignet på de aktuelle differensialdiagnostiske områdene, både med utgangspunkt i kriterier i diagnosemanualene, og med henvisning til forskning.

Det er ulike utfordringer knyttet til diagnostisk vurdering ved ulike alder. Det er også utfordringer knyttet til vurdering av tilstander som grenser opp mot tilknytningsforstyrrelser og ASD, men som ikke fullt ut fyller kriteriene for noen av disse tilstandene. Kunnskapsstatus på disse områdene vil bli skissert.

Videre vil det bli gitt en oversikt over hva vi vet om forekomst av omsorgssvikt og overgrep overfor barn med ASD, og om hvilke konsekvenser slike opplevelser gir for disse barna.

Til slutt går vi over til å se på noen av de utfordringer en står overfor i klinikken, herunder bruk av diagnostiske hjelpemiddel.





4. Tilknytning og tilknytningsforstyrrelse

4.1 Generelt om tilknytning

Tilknytning handler om barnets tendens til å søke omsorg, støtte, hjelp og beskyttelse fra en eller noen få voksne omsorgspersoner. Denne tendensen baserer seg på en biologisk predisposisjon for overlevelse, og utvikles gjennom regelmessig samhandling med omsorgspersonen(e). Barnet har i utgangspunktet det Bowlby kaller signalatferd for tilknytning, som forstås som tendenser til å handle på en bestemt måte i forhold til omsorgspersonen(e). Disse handlingene har den funksjonen at de skaper og opprettholder nærhet mellom barnet og omsorgspersonen (Bowlby, 1969). Hvordan tilknytningen mellom barnet og omsorgspersonene blir vil imidlertid avhenge av de erfaringene barnet gjør i samhandlingen med omsorgspersonene. Tilknytning defineres både som tilknytningsatferd (tendensen til å søke nærhet til og kontakt med omsorgsperson, særlig ved opplevd fare) og som et følelsesmessig bånd som er varig, knyttet til en spesiell person. Dette båndet oppleves viktig og gjør at barnet ønsker å være nær (og blir urolig om det blir ufrivillig separert fra) denne personen. Styrken på tilknytningsatferden indikerer imidlertid ikke nødvendigvis styrken på det emosjonelle båndet.





De fleste barn kan knytte seg til flere enn en person, men samtidig er det en begrensning i hvor mange barnet kan knytte seg til og en tenker seg at barnet vil ha et hierarki av tilknytningsfigurer (som ikke er gjensidig utskiftbare).

Fra 2-3 mndrs alder er barnet responsivt til alle, men begynner samtidig å vise differensiell respons til mor og andre primære omsorgspersoner. Selektiv tilknytning viser seg i siste halvdel av første leveår og kan ved 7-9 mndr alder observeres som separasjonsangst og fremmedfrykt. I de første årene av livet må det være en faktisk samhandling mellom barnet og omsorgspersonen(e) for at tilknytning skal skje. Eldre barn kan bevare selektiv tilknytning over tid selv om de ikke samhandler med omsorgspersonen(e).

Tilknytning står i et gjensidig påvirkende (hemmende/fremmende) forhold til atferdssystem knyttet til utforsking, trygghet/fare og vennskap/sosial aktivitet. En funksjon av tilknytningssystemet er også at det regulerer emosjonelle tilstand. Tilknytning anses som en nødvendig del av barnets sosiale og emosjonelle utvikling og en antar at individuelle forskjeller i tilknytningsrelasjoner er viktige tidlige indikasjoner på mental helse. Det antas at et atferdssystem som har utviklet seg (også om det utvikler seg under ikke-normale miljøvilkår) vil bli organisert og få en indre stabilitet og det vil kunne forbli stabilt organisert på same måte selv om miljøvilkårene endres. Tendensen til å forme selektiv tilknytning er så sterk hos menneskebarn at det kun er i svært uvanlige og maladaptive omsorgsmiljø at selektiv tilknytning ikke utvikler seg. I oppvekstmiljø som er atypiske kan det imidlertid utvikle seg svært forstyrrede og utviklingsmessige avvikende måter å forholde seg til andre på. Eksempel på slike miljø kan være institusjoner, hyppig bytte av omsorgspersoner, omsorgssvikt eller mishandling eller det å vokse opp med insensitive eller ikke-responsive omsorgspersoner. (For en oversikt over kunnskapsstatus på feltet vises det særlig til Cassidy & Shaver, 2008; Smith, 2002, samt til Marvin & Britner, 1999; Cassidy, 1999; Boris & Zeanah, 2005; Stafford & Zeanah, 2006; Zeanah & Smyke, 2009; Rutter et al., 2009)





4.2 Tilknytningskvalitet og tilknytningsmønster

En må skille mellom *forekomsten* av selektiv tilknytning og *kvaliteten* på tilknytningen. Tendensen til å forme selektiv tilknytning er som nevnt meget sterk og barnet vil forme selektiv tilknytning så sant det finnes stabile personer å knytte seg til. Kvaliteten på tilknytning kan imidlertid variere avhengig av de erfaringer og interaksjonsmønster som har utviklet seg mellom barnet og omsorgspersonene over tid (Weinfield et al., 1999).

Tilknytningskvalitet mellom et barn og barnets foretrukne omsorgsfigur kan i småbarnsalderen kartlegges og vurderes gjennom metoden ”The Strange Situation Procedure” (SSP), som er en strukturert observasjonssituasjon der det inngår ulike interaksjonssekvenser mellom barnet, omsorgspersonen og en fremmed. Metoden ble utviklet av Ainsworth og kolleger og blir brukt for å kartlegge barnets balanse mellom utforsknings- og tilknytningsatferd. Metoden synes å ha god begrepsvaliditet i forhold til tilknytningskvalitet og blir brukt både i klinikk og ved forskning på dette området (Solomon & George, 1999; Zeanah & Smyke, 2009).

Ainsworth og kolleger beskrev i 1978 tre hovedmønster av tilknytning. Utvikling av ulike tilknytningsmønstre antas å skje over tid og er relatert til spesiell væremåte hos omsorgspersonen.

Trygg (secure) tilknytning : Barnet viser tydelig at det misliker at omsorgspersonen forlater barnet, søker trøst og trygghet hos omsorgspersonen uten å nøle, og tar imot omsorgen det får fra omsorgspersonen. Barn med trygg tilknytning har lært seg å forvente at omsorgspersonen vil være sensitiv, tilgjengelig og vil hjelpe barnet i en vanskelig situasjon.

Usikker tilknytning deles inn i to typer:

Unnvikende (avoidant) tilknytning: Barnet viser lite reaksjon når omsorgspersonen forlater rommet, og viser lite initiativ i forhold til gjenforening og nærhet når omsorgspersonen returnerer.





Ambivalent (ambivalent; resistant) tilknytning: Barnet viser intense reaksjoner når omsorgspersonen forlater rommet, men kan ikke / godtar ikke å trøstes når omsorgspersonen returnerer.

Det antas at barn som viser usikker tilknytning ikke har opplevd konsistent tilgjengelighet og trøst fra omsorgspersonen i utrygge situasjoner og barnets forsøk på å oppnå oppmerksomhet kan ha blitt møtt med interesseløshet, avvisning eller sterk inkonsistens. Barnet blir derfor usikker på hvor tilgjengelig omsorgspersonen vil være og har utviklet strategier for å takle dette (Weinfield et al., 1999; Sroufe et al., 2000)

En fjerde klassifikasjonsgruppe ble tilføyd av Maine og kolleger i 1990:

Disorganisert tilknytning: Et heterogent mønster som innebærer ulike typer avvikende atferd og blandede strategier med usammenhengende kombinasjoner av trygg, unnvikende og ambivalent tilknytningsatferd. Barnets atferd i situasjoner som aktiviserer tilknytningsatferd synes å mangle en klar målsetning og kan virke motsetningsfylt, for eksempel ved avbrutte bevegelser, stereotypier, plutselige tilstivning ("freezing") eller desorientering. (Solomon & George, 1999). Det antas at det ved denne tilknytningstypen skjer en samtidig aktivering av *både* trygghetssøking og frykt/fare-reaksjon i forhold til samme omsorgsperson. Disorganisert tilknytning er assosiert med høyrisikoomgivelser og antas å være resultat av skremmende, farlig eller avvisende omsorgsmiljø (Sroufe et al., 2000; Stafford & Zeanah, 2006).

Det er viktig å merke seg at ca en tredjedel av alle småbarn ikke viser trygg tilknytning i Ainsworths fremmedsituasjon (SSP) og at utrygg tilknytning i seg selv ikke må anses som patologisk (Bates & Bayles, 1988). Disorganisert tilknytning ses hos ca 15 % av barn i en lavrisikopopulasjon (Spangler & Grossman, 1999).

Videre må tilknytningsmønster ses som et uttrykk for barnets erfaringer med omsorgspersonene slik de kommer til uttrykk i en





samhandlingssituasjon, og ikke som et varig personlighetstrekk hos barnet (Rutter et al., 2009).

Tilknytningsmønster kan ses som beskyttende faktor eller risikofaktor i forhold til psykiske vansker/lidelser, men ikke som psykiske lidelser i seg selv (Weinfield et al., 1999; Sroufe et al., 2000; Zeanah & Smyke, 2009). En rekke studier har vist økt risiko for senere utvikling av angstlidelser, atferdsvansker, dissosiativ lidelse, rus, kriminalitet og personlighetsforstyrrelse både hos barn med usikker tilknytning og spesielt hos barn med disorganisert tilknytning til omsorgspersonene (for oversikt se Zeanah, 1996; Weinfield et al., 1999; Egeland & Carlson, 2004; Boris et al., 2005; Zeanah & Smyke, 2009; Rutter et al., 2009). Samtidig er det slik at tilknytningsmønster alene har en begrenset prediksjonsverdi over tid med hensyn til psykisk lidelse, mens dersom en ser tilknytningsmønster sammen med andre variabler øker prediksjonsverdien (Zeanah & Smyke, 2009). Lyons-Ruth (2008) refererer for eksempel til flere longitudinelle undersøkelser og beskriver hvordan analyse av avvik i interaksjonen mellom barn og omsorgsperson gir mye høyere prediksjonsverdi i forhold til framtidig psykopatologi hos barnet enn måling av barnets tilknytningsatferd alene.

Både Boris & Zeanah (1999) og O'Connor & Zeanah (2003) argumenterer for at tilknytning kan forstås dimensjonelt, som et kontinuum fra mest adaptiv til minst adaptiv fungering, og at fenomenet strekker seg fra trygg tilknytning via usikker tilknytning, disorganisert tilknytning, trygg base forstyrrelse og til "disorder of non-attachment (RAD)". Stafford & Zeanah (2006) refererer imidlertid til flere nyere studier som tyder på at mønsteret er mer sammensatt og ikke i tråd med en enkel dimensjonell forståelse.





4.3 Tilknytning ved autismespekterforstyrrelser (ASD)

En har tidligere trodd at barn med ASD ikke var i stand til å forme tilkynningsrelasjoner til sine omsorgspersoner på grunn av disse barnas omfattende vansker med sosial interaksjon og kommunikasjon. DSM-IV angir også at dette er tilfelle: *"In the Pervasive Developmental Disorders, selective attachments either fail to develop or are highly deviant, but this usually occurs in the face of a reasonably supportive psychosocial environment"* (APA, 1994, s. 117).

Kunnskapsstatus nå er at barn med ASD former selektiv tilknytning til omsorgspersonene (Travis & Sigman, 2000; Carter et al., 2005; Naber et al., 2006). Det synes imidlertid å være noe høyere forekomst av utrygg og disorganisert tilknytning hos barn med ASD enn det en finner i normalpopulasjonen. Ca 50 % av barn med ASD former trygg tilknytning, mot ca 65-70 % i normalpopulasjonen (Yirmiya & Sigman, 2001). Både alvorlighetsgrad av autisme og grad av utviklingshemming synes å øke risikoen for utrygg tilknytning (Rutgers et al., 2004; Naber et al., 2006). Det ser ut til at tilkynningsatferd hos barn med ASD er funksjonelt lik tilkynningsatferd hos andre barn og at barn med ASD er i stand til å bruke sin mor som trygg base for eksplorering (Dissanayake & Crossley, 1997; Yirmiya & Sigman, 2001). Videre kan tilkynningsatferd ved ASD kartlegges reliabelt ved bruk av (modifisert versjon) Ainsworths fremmedsituasjon (SSP) (Rutgers et al., 2004).

I en meta-analyse av 10 studier av tilkynningskvalitet ved ASD (alle på barn eldre enn 3 år) fant Rutgers et al. (2004) at 53 % av barn med ASD hadde utviklet trygg tilknytning (i lavrisikogrupper forventes trygg tilknytning hos ca 65-70 % av barna). Barn med ASD er i følge samme studie signifikant mindre trygt tilknyttet enn barn i sammenligningsgrupper, men denne forskjellen forsvinner hos barn med høyere evnenivå og i grupper med mindre alvorlige autistiske symptom. Komorbid autisme og utviklingshemming synes i følge samme studie å være assosiert med utrygg tilknytning, mens





Naber et al. (2006) fant at alvorlighetsgrad av autistiske symptom var assosiert med *utrygg* tilknytning, mens lavere utviklingsnivå økte sannsynligheten for *disorganisert* tilknytning. Naber et al. fant også at utrygg og disorganisert tilknytning var overrepresentert i gruppene av barn med kliniske diagnoser (autisme, PDD-NOS, utviklingshemming og språkvansker) sammenlignet med barn i en ikke-klinisk kontrollgruppe.

Rutgers et al. (2007c) sammenlignet toårgamle barn med ASD med barn med utviklingshemming, barn med språkforsinkelse og en ikke-klinisk sammenligningsgruppe, og fant at barn med ASD viste mindre trygg tilknytning sammenlignet med alle andre grupper. I denne studien så altså autisme, heller enn utviklingshemming, ut til å forklare ASD- barnas høyere forekomst at utrygg eller disorganisert tilknytning.

Spangler & Grossman (1999) påpeker at disorganisert atferd kan være forårsaket både av individuelle forhold hos barnet og av sosiale/erfaringsbaserte forhold. Symptom på disorganisering kan i stor grad overlappe med en del symptom på nevrologisk skade, noe van IJzendorp et al. (1999) karakteriserer som ”pseudodisorganisering”. Ved å kontrollere for nevrologiske symptom mente Barnett et al. (1999) å finne at barn med nevrologisk skade ikke har større sannsynlighet enn andre barn for å utvikle disorganisert tilknytning. Capps, Sigman & Mundy (1994) fant at 100 % av et utvalg barn med autisme viste disorganisert atferd, men bare 20 % ble vurdert å faktisk ha et disorganisert tilknytningsmønster.







5. Reaktiv tilknytningsforstyrrelse

5.1 Begrepsavklaring

Begrepene ”tilknytningsskade”, ”relasjonsskade” og ”tilknytningsforstyrrelse” har ingen klar og spesifikk definisjon (Chaffin et al., 2006). I klinikken brukes begrepene sannsynligvis om hverandre og refererer til en rekke tilstander og vansker hos barn og unge som er antatt å være knyttet til eller forårsaket av dårlig tilknytningskvalitet, eventuelt også til omsorgssvikt eller mishandling.

Tilknytningsforstyrrelser er beskrevet i litteraturen i hvert fall fra 1940-tallet, men systematiske studier har kun vært gjennomført de siste tiårene og det er stadig relativt lite forskning på feltet. Det har vært og er fortsatt stor usikkerhet både når det gjelder årsaksforhold, hvilke trekk som hører inn under tilstandene, behandling og prognose (Zeanah 1996; Boris & Zeanah, 1999; Hanson & Spratt, 2000; Smyke et al., 2002; Chaffin et al., 2006; Stafford & Zeanah, 2006; Zeanah & Smyke, 2009).

Mens ”tilknytningsforstyrrelse” ofte viser til en rekke uavklarte tilstandsbilder og ikke er en formell diagnose, er ”*Reaktiv tilknytningsforstyrrelse*” og ”*Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse*” formelle diagnoser med definerte trekk.





Diagnosen "Reactive Attachment Disorder" (RAD) ble først introdusert i DSM-III i 1980 og senere (noe modifisert) både i ICD-10, og i DSM-III-R og DSM-IV (Zeanah, 1996; Boris et al., 2005; Chaffin et al., 2006).

I følge Chaffin et al. (2006) er RAD imidlertid fortsatt *"one of the least researched and most poorly understood disorders in the DSM"* (s. 80) og O'Connor & Zeanah (2003) hevder at det er store forskjeller mellom fagfolk med hensyn til hvordan tilstanden defineres.

Diagnosen brukes imidlertid ulikt i DSM-IV og i ICD-10. Mens ICD-10 deler tilknytningsforstyrrelsene inn i to ulike tilstander; henholdsvis "F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen" og "F 94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen", bruker DSM-IV betegnelsen Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (313.89 Reactive attachment disorder; RAD) som en fellesbetegnelse på begge gruppene³.

Både DSM-IV og ICD-10 krever at tilknytningsforstyrrelse kun kan diagnostiseres hvis tilstanden har oppstått i løpet av de første fem leveårene, den skal ikke kunne forklares ved generell utviklingsforsinkelse eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, patogen omsorg antas å være årsaken til tilstanden og tilstanden skal være kontekstuavhengig⁴ (APA, 1994; WHO, 1992/1999; Zeanah, 1996).

Vi går først inn på de generelle trekkene som er felles ved begge typer tilknytningsforstyrrelse, og deretter ser vi på hva som kjennetegner hver av de to tilstandstypene (i tråd med ICD-10).

³ Dette videreføres ikke i forslaget til DSM-V. Der foreslås i stedet en oppdeling tilsvarende ICD-10, i henholdsvis Reactive attachment disorder of infancy or early childhood og Disinhibited social engagement disorder. Se www.dsm5.org.

⁴ Boris & Zeanah (1999) og Hanson & Spratt (2000) problematiserer kravet om kontekstuavhengighet og påpeker at tilknytningsforstyrrelse nettopp er en relasjonell problematikk som kan utspilles ulikt overfor ulike personer/i ulike situasjoner (relasjonsspesifisitet).





5.2 Fellestrekk

RAD⁵ er tilstander som utvikles der barn har hatt begrensede muligheter til å forme selektiv tilknytning til omsorgspersonene. Forståelsen av RAD bygger på forskning på barn som har vokst opp i ekstreme omsorgssituasjoner (institusjoner eller alvorlig mishandling) og det antas at tilstanden forårsakes av ”patogen omsorg”⁶. RAD debuterer i småbarnsalderen (før 5-årsalder), og kjennetegnes av forstyrret sosial fungering på tvers av ulike kontekster/relasjoner (O’Connor & Zeanah, 2003; Boris et al., 2005; Zeanah & Smyke, 2009). Det kan virke som disse barna ikke har formet selektiv tilknytning til noen omsorgsperson (Boris & Zeanah, 1999; O’Connor & Zeanah, 2003). RAD antas å være en svært sjelden tilstand i normalbefolkningen. Det er absolutt usikre forekomsttall, men estimeres til under 1 % (Smyke et al., 2002; Boris et al., 2005; Chaffin et al., 2006). Tilstanden må imidlertid forventes å være langt mer vanlig i kliniske populasjoner (Zeanah, Boris & Lieberman, 2000; Boris et al., 2004). I en undersøkelse av fosterhjemsplasserte, tidligere mishandlede småbarn fant man en forekomst av RAD på 38-40 % (Zeanah et al., 2004).

RAD er en tilstand som er stabil over tid, gitt at miljøforholdene ikke endres (Zeanah & Smyke, 2009). Det forventes at det skjer en betydelig bedring i barnets fungering hvis barnet plasseres i et normalt oppdragelsesmiljø med vedvarende kvalitativt god omsorg (WHO, 1992/1999; APA, 1994). Dette gjelder særlig emosjonelt tilbaketrukket/hemmet type av tilknytningsforstyrrelse, mens udiskriminerende/uhemmet type synes å kunne vedvare hos noen barn selv om omsorgssituasjonen bedres (Zeanah & Smyke, 2009).

⁵ I det videre brukes betegnelsen RAD som en samlebetegnelse på begge typer tilknytningsforstyrrelse, i tråd med amerikansk tradisjon og med den begrepsbruk som er vanlig i forskningslitteraturen.

⁶ DSM-IV krever at ”pathogenic care” kan bekreftes for at diagnosen skal kunne settes (APA, 1994), mens ICD-10 oppfordrer til forsiktighet med å sette diagnosen Reaktiv tilknytningsforstyrrelse dersom en ikke kjenner til at omsorgen har vært utilstrekkelig, og angir at ”Syndromet inntreffer trolig som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling” (WHO, 1992/1999, s. 276). For diagnosegruppen Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse sier ICD-10 at ”I de fleste tilfellene har det i de første leveårene vært mange oppbrudd, utskiftninger av omsorgspersoner eller endringer i familie plasseringer (som bytte av fosterfamilie)”. (WHO, 1992/1999, s. 279).





RAD deles som nevnt inn i de to undergruppene ”emosjonelt tilbaketrukket/hemmet” (som tilsvarer ICD-10s diagnosegruppe F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse) og ”udiskriminerende/uhemmet” (som tilsvarer F 94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse) (APA, 1994; WHO; 1992/1999; Boris & Zeanah, 1999; O’Connor et al., 1999; Smyke et al., 2002; Boris et al., 2005; Zeanah & Smyke, 2009)⁷. Det antas at den siste gruppen (udiskriminerende type) er langt vanligere enn den emosjonelt tilbaketrukkede typen (Smyke et al., 2002).

Både ICD-10 og DSM-IV angir vanlige kjennetegn ved tilstandene, men oppgir ikke konkret hvilke kjennetegn som er nødvendige for å stille diagnosen og hvilke som ofte forekommer, men som ikke er nødvendige (”skal” versus ”kan”-tegn).

5.3 Emosjonelt tilbaketrukket (”inhibited”) type – Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen

Denne typen tilknytningsforstyrrelse dekkes i ICD-10 under diagnosegruppen F 94.1 *Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen*.

Diagnosegruppen kjennetegnes i følge ICD-10 av vedvarende avvik i barnets sosiale relasjonsmønster. Et avvikende forhold til omsorgspersoner utvikler seg i de fem første leveårene og involverer mistilpasningstrekk som vanligvis ikke blir sett hos normalt fungerende barn. Dette forholdet vedvarer, men kan likevel respondere på tydelige endringer i oppdragelsesmønstre. Små barn med dette syndromet har sterke motstridende eller ambivalente sosiale reaksjoner. Disse kan komme sterkest til uttrykk ved atskillelse og gjenforening.

Følgende trekk kan forekomme: fryktsomhet og overdreven vakt-somhet som ikke lar seg påvirke av trøst, dårlig sosialt samspill,

⁷ Det er imidlertid noe usikkerhet vedrørende denne gruppeinndelingen, da noen undersøkelser har funnet at en blandet tilstand (med trekk fra både udiskriminerende og emosjonelt tilbaketrukket) er mest vanlig (Smyke et al., 2002; Stafford & Zeanah, 2006; Zeanah & Smyke, 2009), mens O’Connor et al. (1999) fant støtte for å se tilstandene som atskilte i sitt studie av adopterte barn fra rumenske institusjoner og engelske adopterte barn.





aggresjon mot seg selv eller andre (forekommer meget ofte), tristhet er meget utbredt. ”Spedbarn kan vende ansiktet bort, stirre iherdig en annen vei mens de blir holdt” (WHO, 1992/1999, s. 276), reagere på omsorgsperson med en blanding av tilnærming, unngåelse og protest. Videre kan en se manglende følelsesmessig respons, tilbaketrekningsreaksjoner som å krype sammen på gulvet og aggressive reaksjoner på egen eller andres lidelse. I de fleste tilfelle viser barna interesse for venneforhold, men den sosiale leken kan hindres av negative følelsesmessige responser. Tilstanden kan også ledsages av fysisk mistrivsel og veksthemning (WHO, 1992/1999).

DSM - IV beskriver tilstanden slik: *”Markedly disturbed and developmentally inappropriate social relatedness in most contexts, beginning before age 5 years, as evidenced by persistent failure to initiate or respond in developmentally appropriate fashion to most social interactions, as manifest by excessively inhibited, hyper-vigilant, or highly ambivalent and contradictory responses (e.g., the child may respond to caregivers with a mixture of approach, avoidance, and resistance to comforting, or may exhibit frozen watchfulness)”* (APA, 1994, s. 118)

I tillegg til trekkene som beskrives i de to diagnosemanualene er følgende trekk beskrevet i forskningslitteratur og oversiktsartikler: sosial tilbaketrukket, minimal eller ingen diskriminerende tilknytningsatferd selv i situasjoner der tilknytningsatferd skulle blitt aktivert (som i Strange Situation), fravær av organisert tilknytningsatferd, redusert sosialt engasjement og redusert sosial gjensidighet, vansker med emosjonsregulering (for eksempel lavt nivå av positiv affekt, irritable utbrudd, uforklarlig frykt), søker ikke trøst på en konsistent måte (eller søker ikke trøst i det hele tatt), forsinket kognitiv utvikling (Boris & Zeanah, 1999; O'Connor & Zeanah, 2003; Boris et al., 2005; Chaffin et al., 2006; Stafford & Zeanah, 2006; Zeanah & Smyke, 2008; Zeanah & Smyke, 2009).

Tilstanden kan ligne på, men avviker fra disorganisert tilknytning. Barn med emosjonelt tilbaketrukket tilknytningsforstyrrelse synes ikke å ha etablert en klar selektiv tilknytning og tilstanden er mer





gjennomgripende (ikke situasjonsspesifikk) og generalisert enn det en ser ved disorganisert tilknytning (O'Connor & Zeanah, 2003).

5.4 Udiskriminerende ("disinhibited") type – Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen

ICD-10 kaller denne gruppen "Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen" (F 94.2). Tilstanden kjennetegnes ved et spesielt mønster med avvikende sosial fungering som oppstår i løpet av de fem første leveårene og som har en tendens til å vedvare også selv om omgivelsene forandres. Diagnosemanualen beskriver ulike fremtredelsesformer ved ulike alder. Ved 2-årsalder viser tilstanden seg som klenging og diffus tilknytning. Ved 4-årsalder ses fortsatt diffus tilknytning, sammen med oppmerksomhetssøkning og "ukritisk vennlig atferd". Senere i barndommen kan barnet ha utviklet selektiv tilknytning, men den oppmerksomhetssøkende atferden vedvarer ofte og unyanserte kameratforhold forekommer også ofte. Atferdsforstyrrelser eller følelsesmessige forstyrrelser kan også oppstå. Vanligvis har barnet vansker med å danne nære tillitsfulle vennskskapsforhold.

I de fleste tilfellene har det vært mange oppbrudd og utskiftninger av omsorgspersoner i de første leveårene. (WHO, 1992/1999).

DSM-IV beskriver tilstanden slik: " *Markedly disturbed and developmentally inappropriate social relatedness in most contexts, beginning before age 5 years, as evidenced by diffuse attachments as manifest by indiscriminate sociability with marked inability to exhibit appropriate selective attachments (e.g. excessive familiarity with relative strangers or lack of selectivity in choice of attachment figures)*" (APA, 1994, s. 118).

I tillegg til trekkene som beskrives i de to diagnosemanualene er følgende trekk beskrevet i forskningslitteratur og oversiktsartikler: Barnet sjekker ikke tilbake til omsorgsperson i ukjente omgivelser, men beveger seg bort på egen hånd. Barnet har ingen foretrukket





Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse?

omsorgsperson og er uforbeholdent villig til (eller viser lite motstand mot) å ta kontakt med, samhandle med og gi seg av gårde med fremmede, og kan også motsette seg å bli separert fra fremmede. Barnet er ikke sjenert overfor fremmede, mangler passende fysiske grenser og kan ta kontakt på en for nær og påtrengende måte eller holde øyekontakt for lenge. Eldre barn kan ha en tendens til utstrakt utspørring av fremmede, også på private/personlige tema. Kontakten med disse barna kan oppleves kunstig, upersonlig og ikke gjensidig. Uprovosert fysisk aggresjon kan også forekomme. (Albus & Dozier, 1999; O'Connor et al., 1999; O'Connor & Zeanah, 2003; Zeanah & Smyke, 2008; Zeanah & Smyke, 2009; Rutter et al., 2009).







6. Autismespekterforstyrrelser (ASD)

6.1 Begrepsavklaring

Begrepet "Autismespekterforstyrrelser" viser til en forståelse av at tilstandene i denne gruppen hører sammen pga en underliggende likhet, på tross av heterogenitet mellom undergruppene. Begrepet "spekter" velges fremfor "kontinuum" nettopp for å vise til at det ikke er en enkel, glidende overgang mellom tilstandene (som ved et kontinuum) (Wing, 2005).

IICD-10 brukes ikke begrepet autismespekterforstyrrelse (ASD), men tilstandene grupperes der under samlebetegnelsen Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Pervasive Developmental Disorders, PDD) og innbefatter følgende grupper: F 84.1 Barneautisme, F 84.2 Atypisk autisme, F 84.3 Retts syndrom, F 84.4 Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen, F 84.5 Forstyrrelse med overaktivitet forbundet med psykisk utviklingshemming og bevegelsesstereotyper, F 84.6 Aspergers syndrom, F 84.8 Andre spesifiserte utviklingsforstyrrelser og F 84.9 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (WHO, 1992/1999). I DSM-IV finnes undergruppene Autistic Disorder, Rett's disorder, Childhood disintegrative disorder, Asperger's disorder og PDD- NOS (APA, 1994). (I forarbeidene til DSM-V foreslås det imidlertid at alle tilstandene





grupperes sammen under en felles diagnose: "Autism Spectrum Disorder", se www.dsm5.org)

6.2 Kjennetegn

Autismespekterforstyrrelser, særlig autisme, er tilstander der en har gode, empirisk baserte diagnosekriterier. Det er også bred enighet om at dette er en tidlig utviklingsforstyrrelse som representerer atferdsmanifestasjoner av underliggende dysfunksjon i sentralnervesystemet (Travis & Sigman, 2000; Volkmar & Klin, 2005). Det er også enighet om at psykologiske eller sosiale stressorer ikke forårsaker ASD, men at tilstanden sannsynligvis skyldes et heterogent sett av biologiske faktorer, eventuelt i samvirke med mangel på "expectant input" på grunn av abnormalitet i hjernens funksjon og det er en klar genetisk komponent i tilstandene (Travis & Sigman, 2000; Jones & Klin, 2009). Forskning på ASD har konsistent vist en prevalens på mellom 5 og 10 pr 1000, noe som tilsvarer en forekomst på mellom 0,5 og 1 % (Fombonne, 2009).

ASD-tilstandene er kjennetegnet av tre hovedkarakteristika:

- a) kvalitative avvik i det mellommenneskelige sosiale samspillet; dette er i hovedsak manglende gjensidighet i sosial interaksjon
- b) kvalitativt avvik i kommunikasjonsmønster
- c) begrenset, stereotyp og repeterende repertoar av interesser og aktiviteter

Disse avvikene er et gjennomgripende trekk ved personens fungering i alle situasjoner. Selv om ASD-tilstandene har disse kjennetegnene felles, er dette likevel også heterogene tilstander, og





forskjellen mellom gruppene påvirkes særlig av kognitivt nivå, språkfunksjon og forekomst av komorbide psykiatriske og somatiske tilstander (van Engeland & Buitelaar, 2008).

Det finnes etter hvert detaljert kunnskap om typisk framtredelesform, vanlige tilleggsvansker og generelle utviklingstrekk ved de ulike undergruppene av ASD. Det vil i denne sammenhengen ikke være mulig å gi en komplett oversikt over kunnskapsstatus på feltet. Vi vil videre kort gjengi hovedkjenne­tegn ved de tre diagnosegruppene som er mest sentrale her, nemlig Barneautisme, Aspergers syndrom og PDD-NOS.

6.3 Barneautisme

Ved Barneautisme ses markerte vansker på alle tre hovedområdene. Kvalitativt avvik i sosialt samspill viser seg i småbarnsalderen ved inadekvat reaksjon på sosio-emosjonelle signal og mangel på sosial og emosjonell gjensidighet. Barn med autisme synes å være mindre responsive til andre, tar mindre initiativ til samhandling, har unormal blikkontakt, viser lite affekt overfor familiemedlemmer, har begrenset repertoar av ansiktsuttrykk, lite/ingen fantasilek og lite imitasjon. Kvalitativt svikt i kommunikasjon viser seg ved lav frekvens av verbal og nonverbal kommunikasjon, svikt i delt oppmerksomhet, responderer ikke normalt på kommunikative gester, har uvanlige lyder/ord, bruker andres kropp som redskap. Stereotyp atferd ses ofte i form av hånd- og fingermannerismer, upassende bruk av gjenstander, repeterende lek/interesser, uvanlig sensorisk atferd. Barn med autisme har en tendens til rigiditet og tvangsmessig rutine i daglig fungering (WHO, 1992/1999; Chawarska & Volkmar, 2005; Carr & Lord, 2009). Ved Barneautisme ses ofte (hos ca 70 %) samtidig psykisk utviklingshemming (van Engeland & Buitelaar, 2008).





6.4 Aspergers syndrom

Ved Aspergers syndrom (AS) ses samme kvalitative avvik i gjensidig sosial interaksjon som ved autisme, inkludert dårlig empati og vansker med å utvikle vennskap. Barn med AS skiller seg likevel fra barn med autisme ved at de ofte ikke er sosialt tilbaketrukket fra andre, men kan typisk ta kontakt med andre på en upassende eller eksentrisk måte og vise lite sensitivitet til andres følelser, intensjoner og behov.

Barn med AS har ikke signifikant forsinkelse i språkutvikling og har heller ikke generelt forsinket kognitiv utvikling. Disse barna vil likevel ofte ha avvik i talemodulasjon, rytme, tempo og flyt, talen er ofte pedantisk og barnet kan ha en ensidig og egosentrisk kommunikasjonsstil, svekket ikke-verbal kommunikasjon og generelle pragmatiske vansker. Videre har disse barna uvanlig intense interesser, ofte på uvanlige interesseområder, men en ser sjeldent bevegelsesstereotyper som ved autisme. Barn med AS har svekket fantasilek, og vil også i leken ofte være fokusert på snevre interesseområder. (WHO, 1992/1999; Klin, McPartland & Volkmar, 2005; Rogers et al., 2005; van Engeland & Buitelaar, 2008).

6.5 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse - PPD-NOS

Dette er en restkategori for forstyrrelser som passer for den generelle beskrivelsen av ASD, men som likevel ikke fullt ut oppfyller kriteriene for spesifikke diagnosegrupper innen spekteret (WHO, 1992/1999). Denne diagnosen er ofte brukt og diagnosegruppen utgjør internasjonalt sannsynligvis mer enn halvparten av alle med ASD-diagnoser (Fombonne, 2005). I Norge ser det ut til at bruken av PDD-NOS kategorien er mindre vanlig og denne diagnosegruppen utgjorde ca 12-14 % av barn med ASD-diagnose i BUP i 2005 (Hem & Husum, 2008).





Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse?

Det er grunn til å tro at barn som får denne diagnosen har mindre omfattende vansker og bedre prognose enn barn med autisme. Det er imidlertid svært uklart om gruppen er en egen homogen undergruppe, og hva som i så fall er felles kjennetegn, eller om kategorien samler tilfeller der en av ulike grunner har hatt vansker med å innhente tilstrekkelig diagnostisk informasjon (Towbin, 2005).







7. Differensialdiagnostikk: Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD) eller Autismespekterforstyrrelse (ASD) ?

Differensialdiagnostikk innebærer å vurdere om kliniske tegn tilsier at en kan utelukke en tilstand/diagnose til fordel for en annen, mens komorbiditet innebærer at en vurderer om to tilstander forekommer samtidig hos samme person. Vi skal først se på formelle og reelle muligheter for komorbiditet.

7.1 Kan tilstandene formelt sett forekomme samtidig?

DSM-IV ekskluderer eksplisitt ASD som mulig komorbid diagnose med RAD ... *"The disturbance....does not meet criteria for a Pervasive Developmental Disorder"* (APA, 1994, s. 118).

ICD-10 beskriver eksplisitt hva som skiller de to tilstandene, og i dette ligger det implisitt at det er umulig at diagnosene kan forekomme samtidig, da en ved RAD forutsetter normal evne til sosial samhandling mens ASD nettopp kjennetegnes av kvalitativ svikt i evne til gjensidig sosial samhandling (WHO, 1992/1999; Zeanah, Boris & Lieberman, 2000; Smith, 2002).

Dette innebærer at en pr i dag formelt sett ikke har mulighet til å gi barn med ASD en samtidig RAD-diagnose (og omvendt).





Vi har imidlertid tidligere (se kap 4.3) sett at barn med ASD former selektiv tilknytning til omsorgspersonene omtrent i samme omfang som vanlige barn gjør. Det må derfor i praksis også være mulig at barn med ASD utvikler (varianter av) RAD dersom de lever under vilkår der slike tilstander formes. Vi skal senere (i kap 9) komme tilbake til hva en vet om barn med ASD som lever under vanskelige omsorgsvilkår.

7.2 Differensialdiagnostiske vurderinger

Diagnosemanualene anerkjenner at ASD og RAD ligner på hverandre.

I ICD-10 angis "Aspergers syndrom" som eksklusjonsdiagnose både for "Reaktiv tilknytningsforstyrrelse" og for "Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse".

På samme måte nevnes både "Reaktiv tilknytningsforstyrrelse" og "Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse" som aktuelle differensialdiagnoser for "Barneautisme".

"Reaktiv tilknytningsforstyrrelse" er eksklusjonskriterie for "Aspergers syndrom" (WHO, 1992/1999).

Også DSM-IV oppgir ASD som eksklusjonsdiagnose ved mistanke om RAD. DSM-IV nevner imidlertid ikke RAD som differensialdiagnose for ASD-diagnosene (APA, 1994).

ICD-10 lister opp en del holdepunkt for differensialdiagnostikk mellom Reaktiv tilknytningsforstyrrelse og ASD. I oversiktartikler som omhandler RAD finner en også ofte korte beskrivelser av hva det er som skiller RAD fra ASD, mens en i litteratur ved ASD sjelden finnes tilsvarende beskrivelser. Det synes dermed å være større bevissthet i fagmiljøene som forsker på RAD i forhold til å skille





tilstandene fra ASD, enn det motsatt er i fagmiljøene som forsker på ASD.

Det ble ikke funnet studier som faktisk sammenligner kjennetegn ved barn med RAD og barn med ASD, og kunnskapen vi har om differensialdiagnostiske holdepunkt er derfor meget begrenset (Zeanah, Boris & Lieberman, 2000).

Både i diagnosemanualene og i annen litteratur som beskriver likheter og forskjeller mellom RAD og ASD opereres det vanligvis med ASD som en samlekategori hvor det ikke gjøres spesifikke vurderinger av RAD i forhold til de ulike diagnosegruppene innen autismespekteret. Vi har dermed lite eller ingen kunnskap om hvordan RAD spesifikt skiller seg fra hver enkelt av diagnosegruppene i autismespekteret. Det er særlig vanskelig å vite hvor godt det går an å skille mellom RAD og PDD-NOS, siden sistnevnte gruppe i utgangspunktet har mer uklare kjennetegn og pr definisjon ikke behøver å innfri kriteriene for ASD fullt ut.

I det videre skal vi se på de ulike områdene som diagnosemanualene og faglitteraturen vurderer som de mest sentrale i differensialdiagnostisk sammenheng.

7.2.1. Årsaksforhold

Både ICD-10 og DSM-IV angir at RAD er forbundet med ”patogen omsorg”, det vil si omsorgssvikt og mishandling. RAD- inhibited type (Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen) antas å inn- treffe som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling (WHO; 1992/1999). RAD disinhibited (Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen) antas i hvert fall delvis å skyldes en vedvarende svikt i muligheten til å utvikle selektiv tilknytning, som kan være en konsekvens av ekstremt hyppig utskriftning av omsorgspersoner (WHO, 1992/1999).

Det er viktig å merke seg at selv om mange av de mest sentrale studiene på RAD er knyttet til barn som har vokst opp i depriverende





institusjonsmiljø (for eksempel rumenske barnehjem), så er RAD også beskrevet både hos fosterbarn og hospitaliserte barn (Smyke et al., 2002; Zeanah & Smyke, 2008). Det er altså ikke mulig å si spesifikt hvor avvikende omsorgen må være for at et barn skal utvikle RAD.⁸

Kanner beskrev i 1943 en gruppe på 11 barn med ”autistic disturbances of affective contact”, og mente at disse barna hadde en medfødt, konstitusjonell funksjonssvikt, men at det også var årsaksforklaringer knyttet til foreldrenes atferd i relasjon til barna.

I dag er det enighet om at ASD representerer en underliggende nevrobiologisk dysfunksjon, og at foreldrenes atferd *ikke* har noen funksjon som årsaksforklaring for tilstanden (Kotsopoulos, 2000; Volkmar & Klin, 2005).

Stafford & Zeanah (2006) og Zeanah & Smyke (2009) oppsummerer at ASD vanligvis forekommer i fravær av ekstrem psykososial deprivasjon/omsorgssvikt, mens RAD alltid forekommer som en konsekvens av alvorlige mangler ved omsorgssituasjonen. Dermed kan en utelukke RAD dersom en er helt sikker på at omsorgsvilkårene har vært gode. En kan imidlertid ikke omvendt utelukke ASD hos barn som har vært eller er utsatt for alvorlig omsorgssvikt.

ASD har en sterk genetisk komponent, og det er godt dokumentert at det er familiær overforekomst av tilstanden (Rutter, 2005). Dersom det finnes autismespektertilstander hos andre i barnets nære familie vil dette derfor peke i retning av at barnet kan ha ASD.

Noen kompliserende argumenter vedrørende årsaksforhold

Zeanah (1996) har argumentert mot et kategorisk syn på etiologi i forhold til RAD, og hevder at det er uttrykk for en foreldet måte å se på psykiske vansker. Mange lidelser kan ha både organisk og miljømessig etiologi, og ”*Many psychiatric conditions are reactive in the sense that their clinical picture represents a final common pathway of individual biology and psychology expressed in a social*

⁸ I forslaget til ny DSM-V beskrives ulike typer omsorgssvikt som kan gi RAD, for eksempel at barnet over tid ikke får dekt sine emosjonelle behov, eller at barnet over tid ikke får dekt sine fysiske behov, hyppig skifte av omsorgsperson, at barnet utsettes for streng straffing (www.dsm5.org).





context” (Zeanah, 1996, s. 44). Rutter et al. (1999) peker på flere mulige forbindelser mellom miljøvilkår og nevrobiologi (nevrobiologiske forstyrrelser som en ervervet tilstand), bl.a. hjerneskade etter langvarig stressutløst hypercortisolemi eller hjerneskade pga alvorlig sensorisk deprivasjon.

7.2.2 Avvikende sosial fungering

Likhet i uttrykk

Tilknytningsforstyrrelser (RAD) kjennetegnes i hovedsak av forstyrret sosial fungering. I *uttrykk* kan denne forstyrrelsen ligne på trekk man ser ved ASD. Det synes å være spesielt mange likhetstrekk mellom **RAD - inhibited type** og **Barneautisme**, ved at en ved begge tilstandene kan se sosial tilbaketrukkethet, vansker med å initiere og regulere sosial kontakt, redusert sosialt engasjement og gjensidighet, barna responderer ikke på sosial kontakt på en utviklingsmessig adekvat måte, viser lavt nivå av positiv affekt, søker ikke trøst på en konsistent måte og lar seg ikke trøste eller motsetter seg trøst. Små barn med RAD inhibited type ”*kan vende ansiktet bort, stirre iherdig en annen vei mens de blir holdt*” (WHO, 1992/1999, s. 276)⁹, som kan ligne på den uvanlige blikkontakten en kan se ved ASD.

RAD inhibited type beskrives imidlertid også som: har kontradiktoriske eller ambivalente sosiale responser, minimal eller ingen diskriminerende tilknytningsatferd og barnet synes ikke å ha etablert en klar tilknytning. Studier av tilknytningsatferd hos barn med autisme tilsier at disse barna etablerer selektiv tilknytning og viser diskriminerende tilknytningsatferd mot omsorgspersonene (jf kap 4.3). Dette synes å skille tilstandene fra hverandre.

⁹ Legg imidlertid merke til at beskrivelsen synes å forutsette en intensjon hos barnet om å unngå sosial kontakt (”iherdig”), altså en bevisst relasjonell handling heller enn en kompetansemangel slik en ser ved ASD.





Atferdstrekkene en ser ved ***RAD disinhibited type*** (Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen) kan ligne på en væremåte som er vanlig ved ***Aspergers syndrom*** (eventuelt også PDD-NOS). Ved RAD disinhibited type kjennetegnes barnet av avvikende sosial fungering der barnet er oppmerksomhetssøkende på en udiskriminerende, pågående og upassende måte. Disse barna kan være uforbeholdent villig til (eller viser lite motstand mot) å ta kontakt, samhandle og gi seg av gårde med fremmede og kan også motsette seg å bli separert fra fremmede, sjekker ikke tilbake til omsorgsperson i ukjente omgivelser, men beveger seg bort på egen hånd. Disse barna er ikke sjenert overfor fremmede, de mangler passende fysiske grenser og kan ta kontakt på en for nær og påtrengende måte eller holde øyekontakt for lenge, har tendens til utstrakt utspørring av fremmede, også på private/personlige tema. Kontakt med disse barna kan oppleves som kunstig, upersonlig og ikke gjensidig. Videre har barn med RAD disinhibited type ofte vansker med å danne nære tillitsfulle vennskapsforhold.

Ved Aspergers syndrom er barnet vanligvis ikke sosialt tilbakeholdende, og en kan ofte se en pågående og sosialt insensitiv væremåte overfor andre, både fremmede og kjente (Klin, McPartland & Volkmar, 2005). Ved Aspergers syndrom vil barnet imidlertid ofte ta kontakt med andre med et ensidig formål å snakke om egne interesser og spørre ut den andre på tema av egen interesse, uten hensyn til den andres ønsker og behov. Det er ikke beskrevet at RAD barna har spesielle interessebaserte *tema* i fokus i kontakten med andre, men at det heller er *formen på og konteksten for* kontakt som er avvikende ved RAD disinhibited type.

Barn med Aspergers syndrom har som barn med RAD ofte vansker i forhold til vennskap og sosial kontakt med andre barn. Det er uklart om vanskene i vennskapsrelasjoner er av samme type ved RAD og ASD.

Som ved RAD inhibited type har også RAD disinhibited type ingen foretrukket omsorgsperson. Som nevnt over danner barn med ASD selektiv tilknytning, og vil ha en foretrukket omsorgsperson. Det er





imidlertid funnet at atferdstrekkene ved RAD disinhibited type kan vedvare selv om barnet har dannet selektiv tilknytning (for eksempel til fosterforeldre) (Zeanah & Smyke, 2009). En kan dermed ikke anse selektiv tilknytning som et sikkert differensialdiagnostisk kriterium.

...men ulikhet i evne til sosial kontakt

ICD-10 - kriteriene tilsier at barnet skal kunne vise en kapasitet for sosial interaksjon, en *"normal evne til sosial gjensidighet og respons"* (WHO, 1992/1999, s. 277). Dette begrunnes i litteraturen spesielt ved den raske bedringen i sosial fungering en ser ved bedret omsorgssituasjon, og at dette også skjer uten at det er iverksatt spesifikk opplæring eller behandling med fokus på sosial fungering.

Zeanah & Smyke (2009) hevder videre at det ikke er noen grunn til å forvente mangler i fantasilek ved RAD; i hvert fall ikke hvis barnets utviklingsalder er over ca 18 mndr (Stafford & Zeanah, 2006).

Ved ASD ses *"kvalitative avvik i det mellommenneskelige sosiale samspillet"* (WHO, 1992/1999), og dette avviket er gjennomgripende og ses i alle sosiale situasjoner. Svikten ses på flere områder, bl.a. avvikende blikkontakt, manglende/reduisert interesse for sosial tale, svikt i evnen til delt oppmerksomhet, sviktende imitasjons-evne, begrenset fantasilek/sosial lek og vansker med vennskap.

Barn med ASD har, i motsetning til barn med RAD, en grunnleggende svikt i evne til sosial gjensidighet (men det er foreløpig usikkert om dette er en primær sosial svikt, eller en utviklingsmessig konsekvens av mangler på et annet utviklingsområde). Grunnlaget for sosiale vansker ved ASD kan for eksempel knyttes til et grunnleggende intersubjektivitetsproblem (Theory of mind-hypotese), eksekutive vansker, manglende sentral koherens eller mangler ved utviklingen av kognitiv-symbolsk kapasitet (Carter et al., 2005).





7.2.3 Felles oppmerksomhet og Theory of Mind

Felles oppmerksomhet

Mot slutten av første leveår begynner barnet å kommunisere om forhold i verden utenfor omsorgsperson-barn relasjonen. Barnet begynner å be om eller utløse hjelp for å få objekt, en ser bekreftende atferd som opprettholder interaksjon og felles oppmerksomhet. Felles oppmerksomhet innebærer at barnet kan bruke øyekontakt og gester for å koordinere egen og andres oppmerksomhet mot et tredje objekt/hendelse og barnet kan bruke andres emosjonelle uttrykk som informasjonskilde med hensyn til vurdering av objekt/hendelser (Travis & Sigman, 2000; Mundy & Burnette, 2005). Felles oppmerksomhet har en svært sentral rolle i i tidlig utvikling av sosial og kognitiv kompetanse.

I følge Stafford & Zeanah (2006) og Zeanah & Smyke (2009) er det ikke grunn til å forvente vansker med initiering eller respons på felles oppmerksomhet hos barn med RAD (men det må tas hensyn til barnets kognitive utviklingsalder).

Felles oppmerksomhet kan imidlertid påvirkes av hvordan barnets tidlige omsorgsmiljø fungerer. Individuelle forskjeller i felles oppmerksomhetsatferd kan til dels gjenspeile i hvor stor grad denne atferden har blitt sosialt belønnet (Claussen et al., 2002).

Et barns evne til å initiere felles oppmerksomhet ved 12 mndrs alder synes ikke å være påvirket selv om barnet ellers viser disorganisert tilknytning, men ved 18 mndr kan det se ut til at det vil være signifikant redusert sannsynlighet for at et barn med disorganisert tilknytning vil prøve å rette den voksnes oppmerksomhet mot noe som interesserer barnet, (Claussen et al., 2002; Lyons-Ruth, 2008). Selv om det ikke kan settes direkte likehetstegn mellom RAD og disorganisert tilknytning, er det mulig at en kan se vansker med felles oppmerksomhet som komorbid vanske ved RAD.

Det er godt dokumentert at barn med ASD har forstyrret evne til felles oppmerksomhet, både når det gjelder å initiere og følge slike





innspill. Disse vanskene oppstår sannsynligvis så tidlig som mellom 12 og 18 mndr. Det ser ut til at vanskene som barn med ASD har på dette området først og fremst er knyttet til koordinering av sosial og kommunikativ oppmerksomhet og ikke til sosial koordinering for instrumentelle mål (Travis & Sigman, 2000; Mundy & Burnette, 2005).

Theory of mind

Theory of Mind (TOM) kan enkelt defineres som evnen til å attribuere mentale tilstander både til en selv og andre. TOM-relaterte ferdigheter ses fra 2. leveår og vil hos normalt utviklede barn være etablert innen 4-årsalderen, i takt med tilegnelsen av språklige ferdigheter. TOM ses initialt som evnen til felles oppmerksomhet, og videreutvikles med evnen til å snakke om indre tilstander. TOM reflekterer selvbevissthet og evne til selv-andre individuering og er et grunnlag for regulering av sosial interaksjon (Cicchetti et al., 2003).

TOM vansker er funnet hos grupper av barn som har opplevd skadelige oppvekstforhold i institusjon (Rutter et al., 2007 a; Colvert et al., 2008) og også ved omsorgssvikt og overgrep i familien (Cicchetti et al., 2003 ; Pears & Fisher, 2005).

Det er godt dokumentert at barn med ASD har grunnleggende vansker med TOM, som å attribuere mentale tilstander som følelser, ønsker, intensjoner, fantasier og tro, både til seg selv og til andre, har "mind-blindness", med omfattende vansker med hensyn til mentalisering og evne til empati (Travis & Sigman, 2000; van Engeland & Buitelaar, 2008)

Alt i alt kan en anta at vansker med felles oppmerksomhet er nokså uvanlig ved RAD, mens det er et vanlig fenomen ved ASD. Det er uklart om vansker med TOM, som er svært vanlig ved ASD, også er vanlig forekommende sammen med RAD.





7.2.4 Kommunikasjon/språk

Språk- og kommunikasjonsvansker er ikke en del av RAD-diagnosen, men det er noe uklart hvorvidt mangler med språklig/kommunikativ fungering er et vanlig trekk ved RAD.

Zeanah & Smyke (2009) hevder at det ikke er noen grunn til å forvente avvikende språkutvikling (for eksempel ekkolali) ved RAD. ICD-10 angir at barn med RAD *kan* ha svekket språkutvikling (som ved F 80.1 Ekspressiv språkforstyrrelse) men har ikke de avvikende kommunikasjonsmønstre som kjennetegner ASD (WHO, 1992/1999).

”Ekspressiv språkforstyrrelse er en tilstand der barnets evne til å bruke ekspressivt talespråk ligger betydelig under nivået som forventes i forhold til mental alder, mens språkforståelsen for øvrig ligger innenfor normale grenser. Det kan foreligge artikulasjonsavvik....Bruken av ikke-verbal kommunikasjon (som smil og fakter) og ”privat språk” som vises ved fantasifull eller innbilt lek må være relativt intakt, og evnen til å kommunisere sosialt uten ord må være relativt intakt. Barnet vil forsøke å kommunisere og kompensere for manglende tale ved for eksempel demonstrering, gester, mimikk” (WHO, 1992/1999, s. 235).

Kvalitative avvik ved kommunikasjonsmønsteret er et av de tre grunnkriteriene som karakteriserer ASD.

Barn med *Barneautisme* har ofte forsinket taleutvikling og forsinket språkforståelse og noen utvikler ikke talespråk i det hele tatt. Nivå av språkutvikling synes først og fremst å korrelere med evnenivå (Travis & Sigman, 2000). I tillegg ser en også mer grunnleggende vansker med kommunikasjon, ved at de mangler sosial bruk av språkferdighetene (pragmatiske vansker), viser dårlig synkroni og manglende gjensidighet i samtalen, samordner dårlig blick og tale, lite fleksibilitet i språkuttrykket, manglende eller avvikende respons på andre mennesker verbale og ikke verbale tilnærmelser, redusert bruk av variasjon i tonefall og modulering og redusert bruk av ges-





ter og mimikk som meningsstøttende til talen. (WHO, 1992/1999; Travis & Sigman, 2000; Tager-Flusberg et al., 2005).

Barn med *Aspergers syndrom* har ikke noen generell forsinkelse eller hemming av språket, men språkfunksjonen vil likevel være mangelfull med hensyn til sosial bruk og gjensidighet. Bruken av gester og mimikk er ofte mangelfull, en ser ofte mangler i setningsmelodi, intonasjon, rytme og volum. Talen kan være usammenhengende eller ufokusert, egosentrisk i innhold og ordrik (Klin, McPartland & Volkmar, 2005).

Konkluderende kan en anta at RAD-barn i hovedsak vil kunne ha ekspressive vansker og forsinket taleutvikling, mens ASD-barn alltid har en grunnleggende vanske med forståelse av kommunikativ mening (metakommunikasjonsvansker), eventuelt i tillegg til konkrete ekspressive vansker.

Det er imidlertid ikke funnet noen studier som konkret sammenligner RAD og ASD med hensyn til likheter og ulikheter i språk og kommunikasjon. Det er derfor usikkert hvordan tilstandene skiller seg fra hverandre på dette området.

7.2.5 Begrensede interesser og stereotypier

Vedvarende begrensede, repeterende og stereotype mønster av handlinger, interesser og aktiviteter er mer karakteristisk for ASD enn for RAD (Boris et al., 2005; Zeanah & Smyke, 2009). ICD-10 uttrykker dette mer kategorisk, og sier at ”*For det femte er ikke vedvarende begrensede, repeterende og stereotype atferdsmønstre, interesser og aktiviteter et trekk ved reaktive tilknytningsforstyrrelser*” (WHO, 1992/1999, s. 277).

Stereotypier

Selv om stereotypier ikke er *kjennetegn* ved RAD, finnes det flere eksempler i litteraturen på at barn som har levd i en dårlig omsorgssituasjon kan ha stereotyp atferd. Stafford & Zeanah (2006) hevder, i motsetning til diagnosemanualene, at stereotypier faktisk





ofte observeres hos barn som har vært institusjonaliserte eller har opplevd alvorlig omsorgssvikt, og at stereotypier ofte ses samtidig med RAD (selv om det ikke er et diagnosekriterium). Dette støttes av Smyke et al. (2002), som beskriver at ca 50 % av en gruppe rumenske småbarn som levde under standard institusjonsomsorg hadde stereotypier, mens ca 25 % av barna som levde under forbedrede institusjonsvilkår (det vil si redusert antall voksne omsorgspersoner) og ca 27 % av hjemmeboende barn hadde stereotypier. Alvorlige stereotypier ble bare funnet hos institusjonsbarna, og ikke hos de hjemmeboende.¹⁰

Barn med disorganisert tilknytningsmønster kan også vise stereotypier (Zeanah et al., 1999). I et kasusstudie av et tvillingpar med RAD (Hinshaw-Fueselier et al., 1999) hadde begge barna stereotypier, og ett av de fire barna med RAD som beskrives av Richters & Volkmar (1994) hadde stereotypier og selvskadende atferd.

Barn med ASD kjennetegnes av at de har et begrenset, stereotypt og repeterende repertoar av interesser og aktiviteter. Ved Barneautisme ses både stereotyp atferd (som hånd- og fingermannerismer), uvanlig sensorisk atferd, upassende bruk av objekter og repeterende lek/interesser.

Det finnes ingen studier som systematisk sammenligner stereotypier hos barn med RAD og barn med ASD. En må forvente at stereotypier hos ASD - barna vil vare ved selv om miljøvilkårene endres, noe som ikke forventes ved RAD.

Snevre interesseområder

Ved Asperger syndrom ser en vanligvis ikke motoriske stereotypier, men disse barna kjennetegnes av begrensede og uvanlige interesser og de har typisk opparbeidet stor kunnskap om et begrenset, ofte uvanlig, interesseområde. Barnet viser ofte en altoppslukende

¹⁰ Stereotypier hos de institusjonaliserte barna er beskrevet som bl.a. rugging fra side til side eller fram og tilbake. Hos hjemmeboende barn så man for eksempel noe rugging ved leggetid.





interesse for det utvalgte temaet, men interesseområdet kan skifte over tid (Klin, McPartland & Volkmar, 2005)

Barn med RAD har ikke begrensede og rare interesser (Stafford & Zeanah, 2006; Zeanah & Smyke, 2008).

Traumatiserte barn kan ha hyppige gjenopplevelser og lek som er fokusert på traumatisk innhold (Yule & Smith, 2008), noe som kan misoppfattes som særinteresser. Traumeutløste tema bør imidlertid kunne gjenkjennes og skilles fra særinteresser som en ser ved ASD ved at de innholdsmessig gjenspeiler den traumatiske opplevelsen. Særinteresser ved ASD er på den annen side ofte knyttet til innhenting av kunnskap om konkrete fenomen i verden ("fascination with facts") (Klin et al., 2005).

7.2.6 Kognitiv forsinkelse

ICD-10 angir som et differensialdiagnostisk hovedtrekk at *"..i motsetning til autisme, blir ikke reaktiv tilknytningsforstyrrelse forbundet med vedvarende og alvorlige kognitive mangler som ikke responderer vesentlig på endringer i omgivelsene"* (WHO, 1992/1999, s. 276).

Det skal imidlertid nevnes at kognitiv forsinkelse ofte observeres hos barn som har opplevd alvorlig omsorgssvikt og/eller mishandling (Lyons-Ruth et al., 1991; Smyke et al., 2002; Rutter et al., 2004; Hoksbergen et al., 2005). Slike vansker kan dermed forekomme komorbid til RAD, selv om de ikke er et kjennetegn ved diagnosegruppen (Zeanah, Boris & Lieberman, 2000; Zeanah & Smyke, 2008).

Kognitiv forsinkelse er vanlig ved ASD (van Engeland & Buitelaar, 2008), men er likevel ikke et nødvendig trekk ved alle ASD-tilstander. Ved Aspergers syndrom, og sannsynligvis ofte ved PDD-NOS, ses ikke generelt forsinket kognitiv utvikling (Klin, McPartland & Volkmar, 2005; Towbin, 2005).





Alt i alt er det dermed uklart om forekomst av kognitiv forsinkelse kan fungere som et differensialdiagnostisk kjennetegn. Det er likevel å forvente at dersom kognitiv svikt forekommer tilknyttet RAD, så vil disse vanskene sannsynligvis bedres som funksjon av bedret omsorgsmiljø, mens det ikke vil være tilfelle ved ASD (WHO, 1992/1999).

7.2.7 Vansker med emosjonsregulering

Både ved ASD og RAD kan en finne vansker med emosjonsregulering, men dette er ikke et kjernekjennetegn ved noen av tilstandene (WHO, 1992/1999; Volkmar & Klin, 2005; Boris & Zeanah, 2005; Stafford & Zeanah, 2006).¹¹

Evnen til selvregulering avhenger dels av temperament (hvor lett stress-respons blir aktivert) og dels av erfaring, for eksempel muligheten til å praktisere selvtrøst i små nok doser (Hilburn-Cobb, 2004). Barn lærer emosjonsregulering, forståelse av følelser hos en selv og andre og empati, gjennom interaksjon med omsorgsperson. Allerede i førskolealderen har barnet utviklet indre arbeidsmodeller med hensyn til hvordan følelser kan reguleres (Stafford & Zeanah, 2006). Relasjonsmønstre fra barndommen er grunnlaget for senere strategier for stressmestring, hvordan en kan utløse støtte hos andre, og hvordan en forstår indre signal (Egeland & Carlson, 2004).

Vansker med emosjonsregulering må ses som et ikke-spesifikt trekk ved både RAD og ASD, og det finnes lite kunnskap om hvorvidt det er forskjell mellom de to gruppene med hensyn til type emosjonsreguleringsvansker. Det er også uklart om emosjonsreguleringsvanskene ved RAD primært er resultat av manglende læring,

¹¹ I forslaget til ny DSM-V er "social and emotional disturbance" kommet inn som et kjennetegn ved Reactive Attachment Disorder (hemmet type). Det skal foreligge minst to av disse tre kjennetegnene for at diagnosen kan stilles:

- 1) Relativ mangel på sosial og emosjonell responsivitet overfor andre
- 2) Begrenset positiv affekt
- 3) Episoder av uforklarlig irritabilitet, tristhet eller frykt som oppstår i trygg (nonthreatening) interaksjon med voksne omsorgspersoner (www.dsm5.org; min oversettelse)





eller om disse barna også har en erfaringsbasert (pga traume, eller deprivasjon) endret nevrobiologisk fungering (jf. Perry et al., 1995).

7.2.8 Respons på endrede miljøvilkår

ICD-10 angir at et differensialdiagnostisk kriterium for å skille mellom RAD og ASD er at de avvikende sosiale responsene en ser ved RAD bedres under bedre omsorgsvilkår, mens sosiale vansker ved ASD ikke viser en tilsvarende bedring ved miljøskifte. ICD-10 angir videre at også en eventuell kognitiv svikt hos barn med RAD vil bedres gitt endrede miljøvilkår, mens dette ikke vil være tilfelle ved ASD (Richters & Volkmar, 1994; Zeanah, 1996; WHO, 1992/1999; Boris & Zeanah, 2005).

Selv om ICD-10 angir at RAD (særlig hemmet type) bedres dersom miljøvilkårene bedres, er det få studier på forløp av RAD. Dette innebærer at det er relativt lite kunnskap både om hvordan tilstanden endres med barnets alder, og om generell prognose (Boris & Zeanah, 2005). Det kan se ut til at hemmet type RAD bedres når miljøvilkårene bedres, mens den udiskriminerende typen sannsynligvis er mer motstandsdyktig mot endring. (Boris & Zeanah, 2005; Stafford & Zeanah, 2006; Rutter et al.; 2007 a; Zeanah & Smyke, 2008; Rutter et al., 2009)¹².

Studier av rumenske barnehjemsbarn tyder videre på at den negative effekten av tidlig deprivasjon på *kognitiv utvikling* kan vare ved over tid, selv etter at barna har levd mange år i normalt stimulerende omgivelser (Beckett et al., 2006).

Ved ASD vil en ikke forvente å se en omfattende endring av grunntilstanden (det vil si på de tre hovedsymptomområdene) ved et skifte av omsorgsmiljø, selv om barnet har levd under alvorlig sviktende omsorg.

¹² Rutter et al. (2009) hevder at de to typene RAD må ha ulik etiologi. Hemmet type RAD viser seg å respondere raskt på miljøendring, og er muligens å se på som en (ekstrem) variant av disorganisert tilknytning. Ukritisk (disinhibert) RAD er mer varig og responderer i langt mindre grad på miljøendring, og synes å være forårsaket av manglende selektiv tilknytning.





Barn med ASD vil imidlertid profitere på tilrettelagt miljø og systematisk opplæring og behandling. Disse barnas funksjonsnivå vil kunne bedres under slike vilkår.

For en vesentlig bedring av ASD-barns fungering må det imidlertid gjennomføres omfattende og målrettede tiltak over tid. Det er ikke tilstrekkelig med tilgang til et normalt omsorgsmiljø.

Samtidig må en gå ut fra at barn med ASD kan utvikle en rekke tilleggsvansker på grunn av dårlige miljøvilkår og at barnet vil fungere under sitt optimalnivå dersom det lever under dårlige omsorgsvilkår. Slike tilleggsvansker vil kunne bedres gitt bedret omsorgsmiljø. En har imidlertid svært lite kunnskap om hvordan barn med ASD reagerer på omsorgssvikt og mishandling og hva en eventuelt kan forvente av atferdsendring gitt bedrede miljøvilkår.¹³

Det er funnet lite forskning som sammenligner effekten av konkrete behandlingstiltak for gruppene. I et tyrkisk studie av hvordan barn med ASD og barn med RAD profiterte på psykoedukativ behandling sies det at begge gruppene profiterte på behandlingen, men RAD-barna mest, både med hensyn til generelt utviklingsnivå, språk, kognitiv fungering og selvhjelpsferdigheter (Mukaddes et al., 2004).

Samlet sett må en anta at barn med RAD vil profitere mer og raskere på bedret omsorgssituasjon enn barn med ASD, og at bedret fungering hos RAD-barna dessuten kommer uten spesifikke opplærings- eller behandlingstiltak.

7.2.9 Diagnostikk ved ulik alder

RAD oppstår før femårsalder og diagnosekriteriene er for en stor del basert på atferdstrekk som er typiske for aldersgruppene under fem år. Boris & Zeanah (2005) påpeker at det er liten forskning på forløp av RAD etter denne alderen, og derfor stor usikkerhet med hensyn til om RAD kan diagnostiseres reliabelt hos eldre barn og ungdommer. Diagnostikk av RAD hos eldre barn har vært basert

¹³ Se kap 9 i denne rapporten for utfyllende informasjon.





på et utvidet sett av kriteria og mange av disse har stort overlapp med for eksempel atferdsforstyrrelser, ADHD og bipolar lidelse (Boris & Zeanah, 2005). Zeanah (1996) og Rutter et al. (2009) argumenterer for at RAD i større grad burde beskrives ut fra tilknytningsatferd, og ikke ut fra generell evne til sosial interaksjon. Tilknytningsatferd endres imidlertid med økende alder og det kan være vanskelig å si hva som skal være ekvivalente atferdsformer for tilknytningsforstyrrelse ved ulik alder. Eldre barn vil ha mindre behov for fysisk nærhet til omsorgsperson, men vil i økende grad føle trygghet gjennom psykologisk tilgjengelighet (åpen kommunikasjon, forventning om responsivitet) hos omsorgspersonen (Zeanah, 1996; Kobak, 1999).

(Se Rutter et al. (2009) for en grundig gjennomgang av utfordringer knyttet til kartlegging av tilknytning hos eldre barn, og for beskrivelse av ulike kartleggingsmetoder.)

Også ASD debuterer i småbarnsalderen, men diagnosen stilles ikke nødvendigvis parallelt med symptomdebut. I de fleste tilfeller starter foreldrene å bekymre seg for at noe er galt med barnet i alderen fra 15 til 24 mndr, vanligvis pga at barnet ikke utvikler sosiale og språklige ferdigheter som forventet (Fombonne, 2009). I flere land har alder for diagnose gått ned, fra tidligere 5-6 årsalder til nå 3 år eller yngre. For 1994 –årgangen av barn i USA var imidlertid medianalderen for diagnose 5,7 år (Fombonne, 2009).

I Norge stilles Barneautisme-diagnose langt tidligere enn Asperger-diagnose. Over 80 % av barn med Barneautisme har fått diagnosen før de fyller 5 år, mens bare ca 15 % av barna med Aspergers syndrom får diagnosen så tidlig. Ca 55 % av barna med Aspergers syndrom har fått diagnosen når de fyller 10 år (Hem & Husum, 2008).

Det ser altså ut til at barna med mulig Barneautisme i stor grad vurderes før de er 5 år gamle og dermed også kan vurderes etter differensialdiagnostiske holdepunkt for RAD slik tilstanden framstår i småbarnsalderen. Den langt senere diagnostiseringsalderen ved Aspergers syndrom kan innebærer at mange av barna som skal vurderes for differensialdiagnostikk ASD-RAD vil være over fem





år. Diagnosekriteriene for RAD vil dermed være vanskeligere å anvende for disse barna.

7.2.10 Oppsummering

Det ble ikke funnet forskning som konkret sammenligner tilstandene. Kunnskapen vi har om differensialdiagnostiske holdepunkt er derfor begrenset og det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner. En kan likevel anta at mens barn med RAD og barn med ASD kan ligne på hverandre på grunnlag av at begge gruppene viser alvorlig svikt i gjensidig sosial interaksjon, så skiller de seg kanskje fra hverandre med hensyn til:

- Årsaksforhold; ved ASD biologisk/genetisk, ved RAD omsorgssvikt og mishandling
- Respons på endrede omsorgsvilkår; RAD endres raskere og mer omfattende enn ASD
- Forekomst av selektiv tilknytning til omsorgsperson; RAD mangler, ASD former selektiv tilknytning (men kanskje med disorganisert tilknytningsmønster).
- Vansker med felles oppmerksomhet; vanlig vanske ved ASD, sjeldent forekommende ved RAD
- Forekomst av pragmatiske språkvansker; ved ASD forekommer dette alltid, ved RAD sannsynligvis ikke
- Snevre interesser; typisk ved ASD, ikke ved RAD





8. Autismelignende tilstander som resultat av dårlige omsorgsbetingelser

8.1 "Kvasiautisme" og lignende tilstander

Flere studier har vist at noen barn som har levd under vanskelige omsorgsvilkår har utviklet tilstander som synes å fylle alle kriteriene for ASD. Samtidig responderer disse barna langt bedre enn forventet ved ASD på endrede miljøvilkår (altså en uventet sterk bedring i fungering uten intensive tiltak). Det finnes ingen diagnosekategorier som dekker dette fenomenet. En vet heller ikke hva som er sannsynlige årsaker til at noen barn utvikler slike tilstander og det er usikkert hvor stor forekomst det er av fenomenet. Det er mulig at disse tilstandene er tett relatert til vansker med Theory of mind og eksekutive vansker. Fenomenet tydeliggjør uansett hvor viktig det er at en ikke uten videre konkluderer med ASD-diagnose i situasjoner der omsorgsvilkårene er eller kan være for dårlige.

Vi skal videre se i mer detalj på studiene av barn med slike vansker.





8.1.1. Studier av rumenske barnehjemsbarn

Rutter et al. (1999) lanserte begrepet ”kvasiautisme” som betegnelse på en gruppe tidligere barnehjemsbarn med autisnelignende tilstander. I et studie av til sammen 111 barn¹⁴ som ble adoptert til Storbritannia fra rumenske barnehjem¹⁵ ble det for en undergruppe på 11 barn reist spørsmål om barna kunne ha autisme. Disse 11 barna ble derfor utredet med tanke på dette (Rutter et al., 1999). Barna ble kartlagt med ADI-R og dessuten klinisk vurdert og de ble sammenlignet med en gruppe barn med tidligdiagnostisert autisme. Ingen av de 11 barna hadde i utgangspunktet (ved ankomsten til Storbritannia) skilt seg ut fra de andre rumenske barna, men ved 4-årsalder hadde de markerte autistiske trekk: *”In all instances, difficulties in social relationships and in communication, corresponding with key features of pervailing concepts of autism, were found”* (Rutter et al., 1999, s. 539). De fleste av barna hadde også særinteresser eller var ekstremt opptatt av sanseinntrykk, men stereotyper var ikke vanlig. Det var imidlertid noe forskjell mellom ulike undergrupper av barn.

Seks av barna tilhørte en undergruppe med det forfatterne kaller ”kvasi-autistisk mønster”. Ved kartlegging i 4-årsalderen hadde disse barna samme ADI-R skåre som de autistiske barna i sammenligningsgruppen. Ved 6-årsalderen hadde de rumenske barna imidlertid *lavere* skårer på ADI-R, mens barna i sammenligningsgruppen hadde fått *høyere* skårer (altså hadde disse siste fått sterkere autistiske trekk, mens de rumenske barna hadde svakere autistiske trekk). Parallelt med reduksjonen i autistiske trekk, som skjedde fra 4 til 6 årsalderen, økte barnas evnenivå¹⁶. Særlig på grunn av det utypiske forløpet, men også det at disse barna ble opplevd å være mer sosialt aktive og viste mer spontan kommunikasjon enn ved autisme, syntes tilstanden å skille seg fra ordinær autisme.

¹⁴ Opprinnelig 165 barn, men bare de barna der en hadde funksjonskartlegging ved både 4 år og 6 år ble tatt med i det aktuelle utvalget, til sammen utgjorde dette 111 barn.

¹⁵ Alle barna ble adoptert før de var 42 mndr gamle. Ingen av barna hadde i utgangspunktet blitt institusjonsplassert i Romania pga funksjonshemming eller andre kliniske tilstander.

¹⁶ Barnas evnenivå var likevel under resten av gruppen rumenske barn; ved 4-årsalderen en forskjell på 45 poeng, ved 6 årsalderen en forskjell på 32 poeng.





I tillegg til gruppen på 11 barn som alle hadde trekk forenlig med autisme (inkl "kvasiautisme") ble det identifisert en gruppe på 10 barn som hadde autistiske *trekk*, men hvor disse trekkene likevel ikke var sterke nok til å kvalifisere for en autismediagnose. Disse barna hadde en større forekomst av stereotypier og repeterende atferd enn de andre barnehjemsbarna, men ikke så alvorlig svikt i sosial fungering og kommunikasjon som ved "kvasiautisme" og de hadde heller ingen kognitiv svikt.

Hele gruppen av barn adoptert fra Romania og en sammenligningsgruppe med adopterte barn fra Storbritannia ble kartlagt med ASQ¹⁷. Denne kartleggingen tydet på at autistiske trekk ikke var et vanlig fenomen blant alle barnehjemsbarna (og heller ikke blant de andre adoptivbarna), men kjennetegnet de subgruppene som er beskrevet over. Til sammen var det ca 19 % av de rumenske barna som ble identifisert med autistiske trekk og knapt 10 % av de rumenske barna fylte kriteriene for en autismediagnose ved 4-årsalderen.

De rumenske barnehjemsbarna ble fulgt opp med en ny kartlegging av ASD-trekk ved 11-12 årsalderen (Rutter et al., 2007 a). Det ble identifisert i alt 28¹⁸ barn der det ble stilt spørsmål om mulig ASD (i dette antallet inkludert de barna som ble diagnostisert med "kvasiautisme" ved 4 og 6 års alder). Disse barna ble kartlagt med ADI-R og ADOS og 16 barn fylte alle tre hovedkriterier for ASD. "Kvasiautismegruppen" utgjorde nå litt over 9 % av alle barnehjemsbarna. 12 av de andre barna hadde autistiske trekk, men ikke tilstrekkelig til å fylle kriteriene for ASD-diagnose. Barna med "kvasiautisme" hadde signifikant høyere skåre på sosiale vansker på ADI-R enn både barn med autismeliggende trekk og resten av utvalget og hadde også signifikant mer avvikende sosial/kommunikasjonsferdighet som målt ved ADOS. Videre hadde "kvasiautisme"gruppen ferdigheter i "Theory of mind" som lå omtrent to standardavik under sammenligningsgruppen

¹⁷ Autism Screening Questionnaire, screeningsinstrument for autisme utviklet av Rutter, Lord og kolleger (Berument, Rutter, Lord et al., 1999).

¹⁸ Hele gruppen av barn ble altså vurdert på nytt ved 11 årsalder, og en fant da flere barn enn de som var meldt ved 4 og 6 årsalderen med autistiske trekk. Dette betyr likevel ikke at barna hadde utviklet autistiske trekk etter at de kom til Storbritannia, men heller at de ikke hadde blitt rapportert som avvikende fra foreldrene ved tidligere kartlegging med ASQ. .





og de lå ca ett standardavvik under sammenligningsgruppen med hensyn til evne til emosjonell gjenkjenning av ansiktsuttrykk. ”Kvasiautisme”- gruppen hadde normalt evnenivå, men lå likevel noe lavere enn sammenligningsgruppen og barna med autistmeligende trekk på IQ-skårer.

I et oppfølgingsstudie av Colvert, Rutter, Kreppner et al. (2008) fant man at hele gruppen av rumenske barnehjemsbarn hadde signifikant lavere skåre på test av Theory of mind-ferdigheter (Strange stories) og på test av eksekutivfunksjoner (Stroop-test) enn sammenligningsgrupper av adopterte barn og at disse vansker var størst hos barna med ”kvasiautisme”. Disse forskerne mener at ”kvasiautisme” først og fremst må ses som en funksjon av TOM-vansker .

Rutter et al. (2007b) argumenterer for at det er grunnlag for å kalle tilstanden ”kvasiautisme” i stedet for å bruke en ordinær ASD-diagnose, fordi barnas fungering bedret seg med alderen (av barna som hadde ”kvasiautisme” ved yngre alder møtte en fjerdedel ikke lenger kriteriene ved 11-årsalderen).

Det ser i følge Rutter et al. ut til at ”kvasiautisme” oppstår som konsekvens av institusjonell deprivasjon som varer lenger enn til 6 mnndrsalderen. En har ikke funnet forskning på forekomst av fenomenet i andre utvalg enn rumenske barnehjemsbarn.

Også Hoksbergen, ter Laak, Rijk et al. (2005) undersøkte en gruppe rumenske barnehjembarn som var blitt adoptert ved ca 2 år 10 mnndrsalder, og fant at av 80 barn så hadde 16 % (13 barn) ved 7-8 årsalderen skårer på Auti-R¹⁹ som plasserte dem innen ASD. Hoksbergen og kolleger bruker ikke kvasiautismebegrepet, men kaller tilstanden ”Post-Institutional Autistic Syndrome” (PIAS). Alle barnehjemsbarna viste bedret atferdsmessig fungering over tid, men PIAS-barna hadde mindre positiv endring enn de andre. PIAS-barna hadde også større behov for spesialundervisning enn de andre barna (85 % av PIAS-barna fikk spesialundervisning, mot 21 % i resten av gruppa).

¹⁹ Auti-R er et spørreskjema for foreldre, kartlegger ASD-symptom med 51 spørsmål der svarene kan graderes fra aldri til svært ofte. Utviklet av Van Berckelaer-Onnes & Hoekman, for referanse se Hoksbergen, ter Laak, Rijk et al., 2005.





8.1.2 Andre kliniske populasjoner

Det finnes få studier av ”kvasiautisme”-tilstander utenfor populasjonen av adopterte tidligere barnehjemsbarn fra Romania. Noen få studier viser likevel til et fenomen som ligner ”kvasiautisme”, men der barna ikke har bodd i institusjon.

I et studie av 140 koreanske barn i alderen fra 2-4 år som var henvist til Yonsei universitetssykehus for vurdering av mulig autisme fant Shin et al. (1999) at en undergruppe på ca 18 % av disse barna hadde tilknytningsvansker med symptom som lignet autisme.²⁰

Disse barna hadde sosiale vansker og språkvansker, dårlig blikkontakt, begrenset følelsesuttrykk, de reagerte ikke på navnet sitt og foretrakk å leke alene. De fleste barna hadde forsinket språklig fungering (både impressivt og ekspressivt). Noen av barna viste stereotypier og selvskading. Mange av barna hadde repeterende lekemønster. Testing av kognitive ferdigheter viste at de fleste barna hadde normalt til under normalt evnenivå.

Ingen av barna hadde vært utsatt for mishandling eller grov omsorgssvikt. Ved vurdering av tilknytningskvalitet (med SSP) viste ingen av barna trygg tilknytning, og 64 % av barna ble vurdert å vise disorganisert tilknytning. Det ble identifisert vansker i omsorgssituasjonen for alle barna. 36 % av mødrene hadde hatt depressive vansker siden barnet ble født. Ved observasjon i situasjoner der mødrene og barna lekte sammen virket mødrene insensitive og lite deltagende i leken. Mødrene hadde også et begrenset følelsesuttrykk og virket mekaniske når de lekte.

Allerede i utredningsfasen begynte barna å vise en kvalitativ endring i samhandlingen både med utrederne og omsorgspersonen, ved at de ble mer aktive og samhandlende i lek og ved at de viste mer tilknytningsrelatert atferd overfor mødrene. Etter utredning ønsket 10 av de 25 familiene å delta i behandling ved klinikken.

²⁰ ASD-symptom ble vurdert bl.a. ved bruk av CARS (koreansk versjon) og klinisk vurdering. CARS (Childhood Autism Rating Scale) er et diagnostiseringsverktøy for autisme utviklet av Schopler og kolleger (Schopler, Reicler, De Vellis & Daly, 1980).





Behandlingstilbudet bestod av ukentlig ”infant-parent psychotherapy”, leketerapi, språktrening og sosial trening i gruppe. Etter ett års behandling og ett års oppfølging hadde tre av de ti av barna ingen alvorlige psykiske vansker eller utviklingsvansker, og de viste god tilpasning i førskolen. De hadde aldersadekvat språk og sosial fungering, og gode relasjoner med venner og lærere. Fem av barna hadde fortsatt språkproblemer og snakket lite. De syntes likevel å forstå hva lærerne sa, og var tilsynelatende ikke skolefaglig forsinket. Barna gikk greit overens med ett til to andre barn, men hadde en tendens til å være unngående når andre barn tok kontakt. De to siste barna hadde mødre som ikke ønsket å ta imot psykotera-pidelen av tilbudet (men de tok imot resten av tilbudet). Disse barna bedret også fungering og syntes å ha normal motorisk og kognitiv utvikling, men virket emosjonelt forknytte og tilbakeholdne overfor andre og de snakket lite.

Forfatterne bruker ikke begrepet ”kvasiautisme” om barna i under-søkelsen, men de hevder at barna skilte seg fra ASD-gruppen ved at de hadde kapasitet for sosial samhandling, de viste usikker tilknytning og de responderte tydelig og uventet godt på tiltak/behandling. Dette samsvarer med beskrivelsen av barna med ”kvaisautisme” (Rutters studie).

Mukaddes et al. (2000) beskriver femten tilfeller av barn i alderen 21 – 45 mndr som først ble diagnostisert med ASD, men som senere ble rediagnostisert til RAD. Disse barna fylte dermed diagnostiske kriterier for ASD ved inntak i klinikken, men fordi man fikk informasjon om dårlig omsorg og fordi barnas fungering bedret seg etter at tiltak ble satt i verk ble det konkludert med at barna hadde RAD. RAD diagnose for disse barna baserte seg på a) symptomdebut før fem år, b) forekomst av følgende atferd: mangel på initiativ eller respons på sosial interaksjon på en aldersadekvat måte; omfattende hemmet og emosjonelt tilbaketrukket, apatisk, ikke-responsiv væremåte; unormal blikkontakt og atypiske responser på sosiale holdepunkt; udiskriminerende sosial væremåte, klynging etc. og c) skadelig omsorgssituasjon.²¹

²¹ Skadelig omsorgssituasjon ble fastslått på bakgrunn av intervju med omsorgspersoner og barna, men det går ikke tydelig fram om disse vurderingene også innebar konkret observasjoner av sam-





Det ble satt i verk et ”psykoedukativt behandlingsprogram” som involverte både omsorgspersonene og barna. Tiltakene bestod av flere intervensjoner som informasjon, strategier for å håndtere skyldfølelse, opplæring i lekeaktiviteter, begrensninger i TV-tid²², teknikker for å bedre selvhjelpsferdigheter hos barna, mestring av aggresjon og andre atferdsvansker, språktrening. Etter tre måneders behandling viste vurderinger av barna at de hadde bedre språklige ferdigheter, bedret kommunikasjon, bedret evne til gjensidig lek og økt sosial imitativ atferd, reduksjon i agitert atferd og stereotypier forsvant eller var redusert.

Det er ikke klargjort hvorvidt barnas fungering bedret seg så mye at de ikke lenger fylte kriteriene for ASD eller RAD.

Samlet sett viser studiene av adopterte barnehjemsbarn, støttet av indikasjoner fra studier av andre grupper barn, at barn som utsettes for alvorlig deprivasjon og omsorgssvikt tidlig i livet kan utvikle tilstandsbilder som fullt ut samsvarer med ASD. Barn med ASD og barn med ”kvasiautisme” kan ikke differensieres fra hverandre selv ved kartlegging med valide og reliable kartleggingsverktøy brukt av erfarne klinikere.

Som gruppe synes disse barna å skille seg fra ASD-barn først og fremst ved at de som RAD-barn responderer uventet godt på endrede miljøvilkår. I tillegg synes de å være noe mer fleksible i kommunikasjonen og mer sosialt aktive enn det man vanligvis ser ved ASD.

Det er foreløpig usikkert om tilstanden kun forekommer som resultat av den alvorlige deprivasjonssituasjonen som finnes i ekstremt dårlige institusjonsmiljø, eller om den også kan oppstå som konsekvens av omsorgssvikt og alvorlig deprivasjon under andre vilkår enn institusjonsbasert omsorg. Studiene fra Korea (Shin et al., 1999)

handling mellom omsorgsperson og barnet under intervjuet. Konkret dreier det seg om for eksempel vurdering av responsivitet i forhold til barnets behov, kvalitet på emosjonell støtte, kvalitet på lekeaktiviteter, tidsbruk i ulike aktiviteter gjennom en ordinær dag med mer. Disse forholdene ble antatt å henge i hvert fall delvis sammen med depresjon hos mor (uten at dette ble målt direkte).

²² Barna brukte i utgangspunktet i gjennomsnitt 7,26 timer pr dag på TV-titting, og det yngste barnet var bare 2 mndr da det begynte å se på TV. Det store omfanget av TV-titting hos så unge barn må kunne karakteriseres som en alvorlig deprivasjonssituasjon.





og Tyrkia (Mukaddes et al., 2000) kan tyde på det siste, men det er behov for ytterligere forskning på andre populasjoner for å klargjøre dette.

8.2 Andre tilstander som antas å være resultat av omsorgssvikt og/eller mishandling

En finner ofte trekk hos eldre barn som har opplevd omsorgssvikt og mishandling som, selv om de ikke gir grunnlag for RAD-diagnose eller er uttrykk for "kvasiautisme", kan gi differensialdiagnostiske utfordringer. Mens RAD og "kvasiautisme" er sjeldne tilstander og sannsynligvis knyttet til ekstremvarianter av omsorgssvikt og mishandling, er dette atferdstrekk som en antar kan forekomme hos barn som har levd under mindre ekstrem, men likevel sviktende omsorgssituasjon.

Noen av de trekkene som beskrives hos disse barna kan samsvare med trekk en finner ved Aspergers syndrom, for eksempel dårlig emosjonsregulering, kontrollerende og styrende atferd (Stafford & Zeanah, 2006), engstelige og avhengige, forstår ikke følelser hos seg selv eller andre, dårlige på perspektivtaking og empati, rasjonell men rigid tenkning, sosialt upassende ("awkward") oppførsel; kan opptre bøllete når de blir sinte over opplevd avvísning, verbale vansker, dårlig relasjon til venner, "low novelty-seeking"/lite nysgjerrige, tilbaketrekning og unngåelse, dårlig sans for humor, dårlig selvtillit men kan være skrytete og grandiose; kan være kontrollerende; risiko for antisosial atferd/atferdsvansker, "over-årvåkenhet" i forbindelse med stress, aggresjon og vold (Howe et al., 1999; Schofield & Beek, 2006). Zeanah (1996) hevder at følgende trekk kan være uttrykk for forstyrret tilknytning: forekomst av manglende kjærlighet eller udiskriminerende kjærlighet til mange; fraværende, rar eller ambivalent trøstsøkende atferd; utstrakt avhengighet av omsorgsperson eller mangel på å bruke omsorgsperson som støtte; manglende eller overdreven lydighet; sterkt hemmet utforskningsatferd eller utforsking uten å sjekke tilbake; straffende og sjefete





oppførsel for å kontrollere foreldrenes atferd; evner ikke å gjenopprette følelsesmessig kontakt etter kort atskillelse, men viser heller ignorering, sinne eller ikke-kjærlige responser. Albus & Dozier (1999) studerte småbarn som ble plassert i fosterhjem i alderen mellom 0-18 måneder, og gir casebeskrivelser av barn som synes å vise "terror of strangers", altså ekstrem frykt overfor fremmede. Denne frykten forekom i alle situasjoner, også i trygge omgivelser. Disse forskerne påpeker videre at en slik ekstrem fremmedfrykt vil påvirke barnets trygghet til å eksplorere nye omgivelser, og resultere i "decreased comfort with the unfamiliar". Hos barn med ASD er "motstand mot forandring" et vanlig trekk. Dette vil i uttrykk kunne ligne på tilbakeholdenheten en ser hos barn som er redd fremmede.

Cohen og kolleger (1986) har beskrevet en tilstand som de kaller "Multiplex Developmental Disorder", i litteraturen forkortet til MxDD.²³ Det er ikke angitt hva som er sannsynlige årsaksforhold, men den antas å oppstå i løpet av de første leveårene, og er en alvorlig og vedvarende tilstand som rammer følgende funksjonsområder:

1. Evnen til å regulere affektive tilstander og angst er ikke aldersadekvat, og ses for eksempel ved intens generalisert angst eller spenning, frykt/fobi (ofte med uvanlig innhold), gjentatte panikkeepisoder eller frittflytende angst, episoder med atferdsmessig disorganisering som blir avsluttet med markert umoden, primitiv eller voldelig atferd, signifikant

²³ En lignende tilstand er beskrevet av forskerne i NIMH-studiet, som var et omfattende nasjonalt studie i USA av schizofreni med debut i barnealder. Forskerne fant en gruppe barn som ved første vurdering kunne synes å ha schizofreni, men som likevel ikke fylte kriteriene i DSM-III-R. Ingen diagnoser syntes å passe med disse barnas symptombylde, og NIMH-forskerne valgte å bruke betegnelsen "multidimensionally impaired" (MDI) om tilstanden. Denne gruppen barn utgjorde ca 20- 30 % av alle barna som var vurdert for schizofreni i NIMH-studiet (Gordon et al., 1994; Kumra et al., 1998). Fra førskolealder viste disse barna affektiv ustabilitet og hyppige og upassende raseriutbrudd. Relasjonen til voksne var umoden, overavhengig, og de viste sosial interesse, men markerte sosiale vansker i forhold til jevnaldrende. Barna hadde vansker med å skille fantasi og realitet. Korte og forbigående psykotiske symptom var vanlig, særlig under stress, men barna hadde ikke vedvarende hallusinasjoner, og ikke systematiserte vrangforestillinger eller tankeforstyrrelser. Utviklingsmessige språkforstyrrelser var vanlig, likeså komorbid ADHD og spesifikke utviklingsforstyrrelser (Gordon et al., 1994; Kumra et al., 1998; Hollis, 2001; Kumra et al., 2001).





og stor emosjonell variabilitet med eller uten konteksttilknyttede forutgående hendelser, hyppige idiosynkratiske eller bisarre angstreaksjoner.

2. Vedvarende svekket sosial atferd og sensitivitet, som viser seg ved sosial interesseløshet, tilbaketrekking, unngåelse på tross av faktisk kompetanse, alvorlig svekkede vennerelasjoner, markert forstyrret tilknytning (høy grad av ambivalens overfor voksne, særlig omsorgspersonene), omfattende begrensning i kapasiteten for empati og forståelse av andres følelser.
3. Svekket kognitiv prosessering (tankeforstyrrelse), som for eksempel irrasjonalitet, plutselige påtrengende tanker, magisk tenkning, neologismer eller repetering av nonsenseord, ulogiske eller bisarre ideer, sammenblanding av realiteter og fantasi, perpleksitet og lett å forvirre (vansker med å forstå sosiale prosesser og holde orden på tankene), delusjoner, overvurderte ideer inklusiv fantasier om omnipotens, paranoide forestillinger, overengasjement med fantasifigurer, grandiose fantasier (spesiell makt).

Tilstanden har som en ser mange fellestrekk med tilstander som andre forskere (se over) har beskrevet som forårsaket av omsorgssvikt, mishandling og / eller alvorlig tilknytningsproblematikk. Tilstanden har også flere fellestrekk med autisme, men kan i følge Scheeringa (2001) skilles fra autisme ved at MxDD har mer tankeforstyrrelser, primitiv angst og aggresjon.

Kunnskapsstatusen på dette området er svært mangelfull. Det mangler forskning som kan klargjøre i hvor stor grad det er faktisk overlap mellom antatte symptom på omsorgssvikt og trekk ved ASD (særlig Aspergers syndrom). Det er også uklart om sammensatte tilstander med trekk av både ASD, RAD og psykose representerer egne, separate tilstander, eller om de eventuelt kan være representasjoner av komorbiditet.





9. Forekomst av omsorgssvikt og overgrep overfor barn med ASD – hva vet vi?

Det ble funnet noen få studier som kartlegger forekomst av omsorgssvikt/mishandling overfor barn med ASD. Studiene viser sprikende funn, men kan tyde på at barn med ASD har den samme risiko som vanlige barn for å utsettes for omsorgssvikt og overgrep, eller muligens en noe høyere risiko. Vi vet relativt lite om hvordan barn med ASD reagerer på omsorgssvikt og mishandling, men de studiene som foreligger indikerer at disse barna på mange måter reagerer som andre barn i slike situasjoner.

Vi skal i det videre se nærmere på en del studier som har kartlagt forekomst av omsorgssvikt og overgrep hos funksjonshemmede barn generelt, og barn med ASD spesielt.

En del studier tyder på at forekomsten av omsorgssvikt og mishandling er høyere for barn med ulike typer funksjonshemming enn for andre barn (Spencer et al., 2005; Hibbard et al., 2007).²⁴ Flere forhold kan føre til økt risiko for disse gruppene: større praktiske og økonomiske utfordringer for familiene, opplevelse av hjelpsløshet og stress hos foreldrene, økt foreldrekon

²⁴ Studiene kritiseres imidlertid for å trekke kausalforklaringer på basis av korrelasjoner. Se for eksempel Govindshenoy & Spencer, 2007.





flikt og økt skilsmissehyppighet, depresjon hos foreldre, delvis faglig aksept for bruk av aversive (behandlings)tiltak overfor funksjonshemmede barn, mange omsorgspersoner, manglende selvbeskyttelsesevne hos barna (Dante Cicchetti et al., 2000; Hibbard et al., 2007).

Det finnes mye dokumentasjon på at foreldre til barn med ASD opplever større belastning enn foreldre til vanlige barn (Epstein et al., 2008; Davis & Carter, 2008; Estes et al., 2009).Også de andre risikomomentene som nevnes over må antas å gjelde for barn med ASD.

Et studie av Little (2002) viste at mødre til barn med Aspergers syndrom og barn med nonverbale lærevansker (N= 411) brukte både fysisk og psykisk avstraffelse overfor barna. 58 % av mødrene rapporterte at de hadde brukt fysisk avstraffelse overfor barna siste år (definert som slag, slag med belte eller børste, klipping, risting), og 95 % hadde brukt ”psykologisk aggresjon” (definert som å skrike til barnet, banne til barnet, true med å slå eller gi juling, true med å sendes bort fra familien, kalle barnet dum eller lat). En har ikke sikre tall på omfanget av fysisk mishandling i normalpopulasjonen. Studier i Norge kan tyde på at 3-8 % av norske barn opplever grov vold (definert som for eksempel slag med hånd eller gjenstand, spark) fra omsorgspersoner i løpet av oppveksten (Borgen, Dyb, Hafstad et al., 2011).

Sullivan & Knutson (2000) gjennomførte en stor populasjonsbasert undersøkelse av over 50.000 barn i Nebraska, og fant at barn med funksjonshemming har i gjennomsnitt 3.4 ganger så høyere risiko enn andre barn for å bli utsatt for omsorgssvikt og mishandling (maltreatment). Barn med autisme hadde noe forhøyet risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt (neglect), men hadde, i motsetning til alle de andre gruppene funksjonshemminger, ikke forhøyet risiko for å bli utsatt for andre typer overgrep. Jaudes & Mackey-Bilaver (2008) fant tilsvarende, i en longitudinell studie av over 100.000 barn, at barn med utviklingsforstyrrelser og utviklingshemming (inkludert autisme) ikke hadde forhøyet risiko for å bli utsatt for





overgrep og mishandling, mens barn med atferdsvansker og psykiske lidelser hadde 1,95 ganger forhøyet risiko sammenlignet med normalpopulasjonen. Heler ikke i en studie av Spencer et al. (2005) ble det funnet en økt risiko for overgrep/omsorgssvikt ved autisme, i motsetning til for andre typer funksjonshemming der det finnes en forhøyet risiko.

Mandell og kolleger (2005) undersøkte forekomst av rapporterte overgrep i en gruppe på 156 barn²⁵ med autisme og Asperger syndrom som var tilknyttet et mentalt helse-program som foregikk i 47 ulike stater. For knapt 70 % av barna med ASD ble det ikke rapportert noen form for overgrep. Ca 14 % av barna hadde vært utsatt for fysiske overgrep, ca 12 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, og ca 4,5 % hadde opplevd både fysiske og seksuelle overgrep. Disse forekomsttallene er under det som forventes for funksjonshemmede barn, men likevel langt over det som ble funnet av Sullivan & Knutson (2000).

Det finnes få studier som viser hvordan barn med ASD reagerer på omsorgssvikt og overgrep. I den nevnte undersøkelsen av Mandell og kolleger (2005) fant man at barn som hadde vært utsatt for fysiske overgrep hadde større sannsynlighet for å ha seksuelt utagerende eller krenkende atferd, lærevansker, tidligere selvmordsforsøk, og rømming hjemmefra. Barn som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep hadde større sannsynlighet for å vise seksuelt utagerende eller krenkende atferd, selvmordsrelatert atferd og selvmordsforsøk, selvskading, rømming hjemmefra og hadde også økt sannsynlighet for å ha vært innlagt i psykiatrisk institusjon.

Ved en engelsk spesialskole for barn med autisme ble det på slutten av 1980-tallet avdekket at det hadde foregått omfattende overgrep og omsorgssvikt overfor barna. Howlin & Clements (1995) gjorde en retrospektiv undersøkelse for om mulig å avklare om barna²⁶

²⁵ Det var totalt 182 barn med ASD diagnose i programmet, og dette tilsvarte ca 2 % av alle barna som deltok i programmet. Kun de barna der omsorgspersonene svarte på spørsmål vedrørende overgrep (156 barn) deltok i undersøkelsen.

²⁶ Det var til sammen 12 barn involvert, aldersspenn ca 9 ½ år til 23 år, og 10 av barna i alderen 10-14. 8 av de 12 barna var med sikkerhet blitt utsatt for direkte fysisk mishandling. For de fire andre var det ikke mulig å fastslå med sikkerhet hvor omfattende overgrepene hadde vært.





viste tegn til stressreaksjoner i forbindelse med overgrepene. Ved å sammenligne informasjon om barnas atferdstrekk før, under og etter overgrepssperioden fant man at barna viste helt spesifikke tegn til stressreaksjoner mens overgrepene pågikk, mens andre funksjonsområder (språk, fysisk helse, autismspesifikke atferdstrekk og ADL-ferdigheter) ikke syntes å være påvirket. Stressreaksjonene som ble rapportert var økt forekomst av aggressiv og selvskadende atferd, økt forekomst av humørsvingninger og raserianfall, økt forekomst av frykt og motstand mot å dra på skolen, søvnforstyrrelser og problem med spising. Generelle frykt og fobivansker og motsand mot å forlate foreldrene ble også observert. Det var imidlertid ikke endring i autismspesifikke vansker som tvangshandlinger, ritualer eller motstand mot forandring.

Disse funnene kan tyde på at barn med ASD viser mange av de samme atferdstrekkene i tilknytning til overgrepsopplevelser som det vanlige barn som har vært utsatt for overgrep gjør (se for eksempel Jones, 2008 for informasjon om vanlige traumereaksjoner hos barn).





10. Utfordringer i det diagnostiske arbeidet i klinikken

10.1 Generelle differensialdiagnostiske vurderinger; ASD eller RAD?

Diagnosesystemene vektlegger både *årsaksforståelse*, *atferdstrekk* og *respons på endrede miljøvilkår* som differensialdiagnostiske holdepunkt.

Problemet med det første (*etiologi* som diagnostisk vilkår) er at en i møtet med det enkelte barn i klinikken ofte ikke har eller kan få full kjennskap til oppvekstvilkårene (Richters & Volkmar, 1994; Zeanah, 1996), og det er også godt mulig at slik informasjon kan bli forsøkt skjult både av omsorgspersonene og av barnet. Likeså må en som tidligere nevnt gå ut fra at en del barn med ASD også lever eller har levd under uheldige eller skadelige oppvekstvilkår. Forekomsten av ikke-optimale omsorgsvilkår kan dermed ikke i seg selv avgjøre diagnose.

Fokus på *atferdstrekk* er det vanlige perspektivet i enhver diagnostikk utredning. Som nevnt tidligere vil differensialdiagnostisk vurdering av RAD kontra ASD innebære at en må gjøre vurderinger av mer grunnleggende art, ut over det å fokusere på atferdstrekkene slik de framstår for oss. En konkret problemstilling i klinikken er





hvordan en best kan utrede om et barn har en intakt *evne* til sosial gjensidighet og respons, selv om barnets *atferd* er preget av sosial tilbaketrukkethet og eller sosialt unyansert væremåte. Evne til sosial gjensidighet og respons må også ses som en kvalitativ, dimensjonell egenskap og vil ikke hos det enkelte barn kunne beskrives ut fra enten-eller tilnærming. I mangel på konkrete observasjons- og vurderingskriterier synes fokus på variasjon på tvers av situasjoner og personer, endring over tid og viktigheten av å kartlegge tilknytningskvalitet å være de mest lovende tilnærmingene til problemfeltet. Dessuten bør en ha et særlig fokus på eventuell svikt i de tre hovedområdene som særlig kjennetegner ASD, altså sosial fungering, kommunikativ fungering og begrensede interesser. Samtidige vansker på alle disse områdene indikerer at barnet har ASD.

Det tredje holdepunktet i differensialdiagnostikk av RAD- ASD (*respons på endring*) er også problematisk, ved at det forutsetter behandlingsrespons som del av diagnosen. Bruk av behandlingseffekt som diagnostisk hjelpemiddel vil i de aller fleste sammenhenger anses å være faglig uheldig, og i dette tilfellet særlig alvorlig da endringstiltaket i slike saker vil kunne være omsorgsovertakelse og fosterhjemsplassering. Siden en ikke kan kjenne til effekten på forhånd, vil en i slike tilfelle være nødt til å prøve ut behandlingen (for eksempel endret omsorgssituasjon) før en kan stille en sikker diagnose (Zeanah, 1996). Studiene av Shin et al. (1999) og Mukaddes et al. (2000) indikerer imidlertid at mildere tiltak enn omsorgsovertakelse kan gi stor effekt for noen av disse barna. En bør derfor kontinuerlig vurdere om en ser endring i barnets fungering som funksjon av familierettede tiltak.





10.2 Diagnostisk metodikk

10.2.1 Utredning ved mistanke om tilknytningsforstyrrelse

Det finnes ingen generelt aksepterte standardiserte kartleggingshjelpemiddel for tilknytningsforstyrrelser. Det er sannsynligvis store ulikheter med hensyn til hvordan ulike klinikere velger å kartlegge tilstanden (O'Connor & Zeanah, 2003).

På grunn av at tilstandene er vanskelig å diagnostisere har Boris & Zeanah (2005) kommet med anbefalinger for god diagnostisk praksis. Disse anbefalingene peker på behovet for at informasjon innhentes via direkte, strukturert og gjentatt observasjon av barnet i interaksjon med både omsorgspersoner og ukjente²⁷, innhenting av informasjon om barnets tilknytningshistorie, innhenting av informasjon fra ulike kilder om barnets oppvekstmiljø og omsorg. Videre må barnet screenes for utviklingsmessig forsinkelse, språkvansker og eventuelt medisinske problem. Omsorgspersonenes holdninger til og oppfattelse av barnet bør også kartlegges, selv om dette ikke er diagnostisk nødvendig informasjon. Også O'Connor & Zeanah (2003) og Stafford & Zeanah (2006) hevder at det ikke finnes noen "gullstandard" for kartlegging av tilknytningsforstyrrelser, men argumenterer for en sterkere strukturering av kartleggingsmetodikk, med fokus på observasjon basert på observasjonsprotokoll, semi-strukturerte intervju og spørreskjema til omsorgspersonene, samt kartlegging av barnas egen forståelse (representasjon) av tilknytningsforhold og relasjoner.

Zeanah & Smyke (2009) mener at SSP (Fremmedsituasjon), til tross for metoden har diagnostisk begrensning, kan inngå som en del av kartleggingen. SSP kan særlig gi informasjon om hvordan barnets tilknytningsatferd er organisert i forhold til omsorgspersonen. Rutter et al. (2009) hevder imidlertid at SSP *ikke* er egnet for klinisk

²⁷ Konkretiserte observasjonsområder: vise følelser på tvers av situasjoner, søke trøst, søke hjelp hos foretrukket omsorgsperson i vanskelige situasjoner, generelt samarbeid med omsorgspersonen, tilknytningsfigur som trygg base, kontrollerende atferd overfor omsorgsperson, gjenforeningsatferd, reaksjon på fremmede.





kartlegging av tilknytningskvalitet, både fordi metoden kun er valid i aldersgruppen 2-3 år og fordi trygghet/utrygghet er av ganske begrenset signifikans med hensyn til psykopatologi (metoden er i følge Rutter et al. heller ikke egnet for kartlegging av generell sosial fungering hos barn med ASD).

Rutter et al. (2009) beskriver og drøfter en rekke ulike metodiske tilnærminger for kartlegging av tilknytningskvalitet (også hos eldre barn), både ulike projektive tilnærminger basert på symbolsk representasjon (kartlegging av indre arbeidsmodeller for tilknytning) og modifikasjoner av atskillelser - gjenforeningsprosedyrer for observasjon i hjemmet (basert på SSP og tilpasset eldre barn). Attachment Q-sort er et sett av observasjonsområder utviklet for å kartlegge tilknytningskvalitet i aldersgruppen 1-5 år, og nevnes spesielt her fordi det finnes en versjon som er modifisert til bruk for barn med ASD. Denne utgaven kan brukes opp til 48mndrs alder og er i følge Rutgers et al. (2007 b) å anse som ”gullstandard” for kartlegging av tilknytning hos barn med ASD.

Diagnostic Classification: 0-3 (DC:0-3) er et diagnoseverktøy for de yngste barna, men i følge Zeanah, Boris & Lieberman (2000) beskriver DC:0-3 i hovedsak avvikende miljøvilkår og ikke atferdstrekk hos barnet som grunnlag for diagnosen, og gir derfor lite informasjon om tilstandsbildet.

Det er usikkert hvor gode de ulike metodene for kartlegging av tilknytningskvalitet er til å differensiere mellom ASD og RAD, det vil si om metodene har god validitet og reliabilitet i forhold til *differensialdiagnostikk*.

Kartlegging av tilknytning (selektivitet og kvalitet) vil ikke i seg selv og alene være grunnlag for å kunne gjøre differensialdiagnostiske vurderinger i klinikken.





10.2.2. Utredning ved mistanke om ASD

Det finnes flere diagnostiske instrument som kan brukes ved utredning av mulig ASD. To av de mest brukte instrumentene (også i Norge) er ADI-R og ADOS (Lord & Corsello, 2005; van Engeland & Buitelaar, 2008; Hem og Husum, 2008; Gray et al., 2008; Carr & Lord, 2009).

ADI-R (The Autism Diagnostic Interview- Revisited, utviklet av Le Couteur et al., 1989) er et omfattende semistrukturert diagnostisk intervju som utføres av erfaren kliniker med opplæring i metoden. Informanten er barnets omsorgsperson(er), og intervjuet fokuserer både på barnets fungering ved 4-5 års alderen og aktuell fungering. ADI-R har vist seg å være en reliabel og valid metode for diagnostikk av ASD, og regnes som en "gullstandard" for diagnostikk av ASD i mange land (Lord & Corsello, 2005). Det er imidlertid usikkert om ADI-R vil være effektiv som differensialdiagnostisk hjelpemiddel ved spørsmål om ASD kontra RAD, da det ikke ser ut til å finnes noen studier som har undersøkt hvor godt instrumentet skiller mellom tilstandene.

ADOS (The Autism Diagnostic Observation Schedule; utviklet av Lord og kolleger, se Lord et al., 2000) er en standardisert protokoll for observasjon av sosial og kommunikativ atferd hos barn, ungdom og voksne som utredes for ASD. Rasjonen er at kontekst har stor betydning for sosial-kommunikativ atferd og en må derfor standardisere både konteksten og vurderingskriteriene for observasjon og diagnostikk av denne atferden. ADOS kan administreres av en erfaren kliniker, helst med spesifikk opplæring i metoden. ADOS er delt inn i fire ulike moduler, og dette har økt metodens diagnostiske treffsikkerhet, men den er fortsatt antatt å være overinkluderende for barn under 30 mndr med utviklingshemming, og underinkluderende for ungdommer og voksne med verbalt språk og milde ASD-vansker (Lord & Corsello, 2005; Gray et al., 2008). Det er ikke funnet studier som har undersøkt hvorvidt ADOS vil skille mellom barn med ASD og barn med RAD.





I Rutter et al.s (2007b) studie av ”kvasiautisme” hos rumenske barnehjemsbarn ble både ADI-R og ADOS brukt. Barna med ”kvasiautisme” skåret som ASD-barn på både ADI-R og ADOS. Ingen av disse utredningsmetodene greide dermed å skille disse barna fra ASD-barn.

I et studie av tre barn med schizofreni (Childhood Onset Schizophrenia) møtte alle tre barna kriteriene for ASD både ved bruk av ADOS og ADI-R, selv om ingen av dem ble vurdert som ASD-barn av erfarne klinikere (Raven et al., 2008). Dette kan muligens tyde på at metodene er mindre valide når de brukes for å skille ASD fra diagnosegrupper som har mange fellestrekk med ASD.

Ved diagnostikk av ASD tilstander, og særlig ved vanskelige differensialdiagnostiske utfordringer, bør en ikke stole blindt på resultatene på standardiserte utredningsinstrumenter for tilstanden. God diagnostisk praksis bør innebære en bred tilnærming med både klinisk vurdering, grundig anamnese, bruk av standardiserte hjelpemiddel og observasjoner i ulike situasjoner (kontekstvariasjon) gjentatt over tid.

10.3 Kartlegging av generelt utviklingsnivå

Barn som ikke utvikler seg normalt bør følges opp over tid, med gjentatt vurdering i forhold til om utviklingsmessige mål nås til forventede tidspunkt (Fombonne, 2009).

Både barn med ASD, RAD og andre tilknytningsrelaterte vansker kan ha forsinket utvikling. Barn utvikler selektiv tilknytning ved 7-9 mndrs alder, og i følge Stafford & Zeanah (2006) gir det ikke mening å diagnostisere tilknytningsforstyrrelse hos barn som ikke har nådd en kognitiv alder på 9-10 mndr.





10.4 Kompetanse

Chaffin et al. (2006) vurderer at diagnostikk av tilknytningsforstyrrelser, inkludert differensialdiagnostikk, er så komplekst at det må kreves at utredning og diagnostisk vurdering gjøres av ”*a trained mental health expert with particular expertise in differential diagnosis*” (s 81). Kravene til diagnostisk kompetanse innebærer dermed krav til god kunnskap både om tilknytningsforstyrrelser og om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Videre må utreder beherske kartleggings- og utredningsmetoder som er spesielt utviklet for hver av diagnosegruppene.

Forekomsten av RAD er lav og tilstanden anses som sjelden. Forekomsttallene for ASD har steget, men er fortsatt lave. Det vil derfor være begrenset hvor mye erfaring hver enkelt kliniker kan få med disse tilstandene og særlig med spørsmål vedrørendeørende differensialdiagnostikk. Jo mindre erfaring man som kliniker har med en eller begge tilstandene, jo mer forsiktig må en dermed også være, og holde mulighetene åpne for at den diagnostiske vurderingen kan være feilaktig.

10.5 Et spørsmål om selvoppfyllende profetier - styrer henvisningsfokus utredning og vurdering?

Fenomenet ”diagnostisk overskygning” refererer til tendensen man har til å inkludere all ny informasjon om atferd og væremåte inn under allerede eksisterende forståelsesramme eller diagnose og dermed lukke muligheten for å se komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer. Denne tendensen kan medføre at et barn som har sammensatte vansker, kanskje *både* gjennomgripende utviklingsforstyrrelse *og* en dårlig omsorgssituasjon, vil kunne bli





svært ulikt vurdert og fulgt opp avhengig av hvilken problemstilling som oppdages og formuleres først.²⁸

Hvis den første problemstillingen som hjelpeapparatet møter er spørsmål om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, og dette bekreftes etter utredning, vil det kunne være en risiko for at det ikke settes fokus på en mulig dårlig omsorgssituasjon. I motsatt fall, dersom den første problemstillingen som hjelpeapparatet møter er spørsmål om omsorgssituasjonen er god nok eller om barnet utsettes for overgrep, er det en stor risiko for at muligheten for at barnet (også) har en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse kan overses eller ikke vurderes. Barnets atferd og væremåte kan i stedet tolkes som uttrykk for stress og tilknytningsvansker. Det kan selvfølgelig også være vanskelig å få en god utredning av et barns fungering mens det samtidig foregår en undersøkelse av omsorgssituasjonen.

I en casestudie av Perkins & Wolkind (1991) beskrives seks barn som ble lagt inn for utredning ved en døgnerhet. For alle barna ble det i utgangspunktet antatt at barnas symptombilde skyldtes omsorgssvikt, da en i alle unntatt ett tilfelle hadde indikasjoner på sosiale vansker og psykiske lidelser hos foreldrene. Etter hvert som en ble kjent med barna i døgnerheten ble det imidlertid tydelig at barna hadde grunnleggende og omfattende vansker, og alle fikk diagnosen Aspergers syndrom. Perkins & Wolkind argumenterer for viktigheten av å se barna over tid i utredningsenhet for å greie å vurdere både barnas omsorgssituasjon og barnas individuelle symptombilde og fungering.

Uansett observasjonsform som velges minner dette studiet på viktigheten av å holde flere muligheter åpne samtidig, slik at en vurderer både barnet og barnets miljø, hver for seg, og i relasjon til hverandre (øko-logisk tilnærming).

²⁸ Vaage et al. (2007) fant for eksempel at flyktningebarn sjeldnere får både ADHD og ASD-diagnose enn andre barn. De spekulerer i om utrederne har en tendens til å sette ulike diagnoser avhengig av sosiale karakteristika/bakgrunnsinformasjon, selv om symptommonster er likt.





10.6 Barn med ASD som lever i risikomiljø

Flere studier tyder på at barn med ASD opplever omsorgssvikt og overgrep i minst like stort omfang som andre barn. I arbeidet med barn med ASD- vansker bør en ut fra dette kontinuerlig vurdere barnas tilknytning, og omsorgspersonenes evne til å samhandle sensitivt²⁹, og være emosjonelt og fysisk tilgjengelige for barna. En må heller ikke være redd for å spørre omsorgspersonene om hvordan de selv vurderer at omsorgssituasjonen fungerer, om de noen ganger utsetter barnet for fysiske eller psykiske overgrep og om de har behov for hjelp og støtte for å gi barnet den tryggheten og omsorgen det behøver. Det er viktig å huske at også foreldre til barn med funksjonshemming, akkurat som alle andre foreldre, kan ha ulik evne og mulighet til å gi sitt barn god omsorg.

Forekomst av stressresponser hos barnet må tas på alvor, og slike vansker bør tilsi at en gjør en vurdering av kvaliteten av barnets livsmiljø, både hjemme, i barnehage/skole og på andre arenaer der barnet oppholder seg.

Tidlig diagnostisering av ASD og gode tiltak overfor barnet og familien må antas å være viktig for forebygging av omsorgssvikt og overgrep i risikofamilier (Mandell et al., 2005). Dersom foreldrene kjenner til hvorfor barnet utvikler seg unormalt vil det sannsynligvis øke foreldrenes toleranse for annerledeshet. Tidlig diagnose vil ikke minst bidra til at familiene får tidligere og riktig hjelp, slik at stress og påkjenninger i familien forhåpentligvis kan reduseres.

²⁹ Tilknytningskvalitet synes å være assosiert til kvaliteter i foreldre-barn relasjonen, og det er vanlig å anta at foreldres sensitivitet til barnets signal er svært viktig. Det er imidlertid uklart om tilknytningskvaliteten forklares adekvat og spesifikt ved foreldrenes grad av sensitivitet. Korrelasjonen mellom tilknytningskvalitet og foreldrenes sensitivitet synes å være moderat, og variasjonen i tilknytningskvalitet er i hovedsak ikke forklart ved sensitivitet (Rutter et al., 2009)







11. Avsluttende kommentarer

Gjennomgangen av kunnskapsstatus over tilstander og utfordringer i skjæringspunktet autismespektertilstander – barnevern har vist at det fortsatt er lite forskning på temaet, og dermed nødvendigvis stor mangel på kunnskapsbasert praksis i feltet. I påvente av forskning og fagutvikling bør det utvises stor varsomhet og ydmykhet i vurderinger og tiltaksvalg.

Det vil være alvorlige konsekvenser av feilvurderinger.

Det er ikke akseptabelt at noen barn med ASD ikke gjenkjennes som sådan, men feilvurderes som tilknytningsskadde, og i verste fall fjernes fra familien sin på feilaktig grunnlag. Det er imidlertid heller ikke akseptabelt at barn med ASD ikke får den hjelp de har krav på fra samfunnets side dersom de lever under dårlige omsorgsvilkår. Barnevernet har det samme ansvaret for å hjelpe alle barn og familier som har behov for det, uansett hvilken diagnose barnet har.







12. Litteratur

Albus, K. E. & Dozier, M. (1999): „Indiscriminate Friendliness and Terror of Strangers in Infancy: Contributions from the Study of Infants in Foster Care”. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1, 30-41.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.utg). Washington DC, American Psychiatric Association.

Barnett, D., Hunt, K. H., Butler, C. M., McCaskill, J. W, Kaplan-Estrin, M. & Pipp-Siegel, S. (1999): “Indices of Attachment Disorganization among Toddlers with Neurological and Non-Neurological Problems” I J. Solomon & C. George (red.): *Attachment Disorganization*. The Guilford Press, New York London., s. 189-212.

Bates, J. E. & Bayles, K. (1988): “Attachment and the Development of Behavior Problems” I J. Belsky & T. Nezworski (red): *Clinical Implications of Attachment*. Lawrence Erlbaum Ass., Hillsdale, New Jersey, s. 253- 299.

Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J., Stevens, S., O'Connor, T. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2006): “Do the Effects of Early Severe Deprivation on Cognition Persist Into Early Adolescence? Findings From the English and Romanian Adoptees Study”. *Child Development*, 77, 3, 696-711.





Berument, S. K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A. & Bailey, A. (1999): „Autism Screening Questionnaire: Diagnostic Validity“ British Journal of Psychiatry, 175, 444-451.

Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G., Jensen, T., Langballe, Å., Myhre, M., Nikolaisen, J. & Øverlien, C. (2011): Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus. Revidert 2011. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Oslo. Nettpublikasjon: www.nkvts.no

Boris, N. W. & Zeanah, C.H. (1999): “Disturbances and disorders of attachment in infancy: An overview”. Infant Mental Health Journal, Vol 20 (1), 1-9.

Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke, A. T., Scheeringa, M. S., Heller, S. S. & Zeanah, C. H. (2004): “Comparing Criteria for Attachment Disorders: Establishing Reliability and Validity in High-Risk Samples”. Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychiatry, 43, 5, 568- 577.

Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (2005): ”Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood”. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 11, 1206-1219.

Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss, Volume I. Penguin Education, Penguin Books, Middlesex (reprinted 1979).

Capps, L., Sigman, M. & Mundy, P. (1994): ”Attachment Security in Children with Autism”. Development & Psychopathology, 6, 249-261.

Carr, T. & Lord, C. (2009): “Autism Spectrum Disorders”, i C.H. Zeanah (red.): Handbook of Infant Mental Health. (3.utg.). The Guilford Press, NY, s. 301-317.

Carter, A. S., Davis, N. O., Klin, A. & Volkmar, F. R. (2005): ”Social Development in Autism” I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D.





Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3. utg., Volume 1: *Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. John Wiley & sons, New Jersey, s. 312-334.

Cassidy, J. (1999): "The Nature of the Child's Ties" i J. Cassidy & P. R. Shaver (red): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press New York, s. 3-20.

Cassidy, J. & Shaver, P.R. (red) (2008): *Handbook of Attachment. Theory, research, and Clinical Applications*. (2. utg.). The Guilford Press, New York London.

Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C. M., Berliner, L., Egeland, B., Newman, E., Lyon, T., LeTourneau, E. & Miller-Perrin, C. (2006): „Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems“. *Child Maltreatment*, 11, 1, 76-89.

Chawarska, K. & Volkmar, F.R. (2005): "Autism in Infancy and Early Childhood" I F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, A. & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3. utg., Volume 1: *Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. John Wiley & sons, New Jersey, s. 223-246.

Cicchetti, D., Toth, S. L. & Maughan, A. (2000): "An Ecological-Transactional Model of Child Maltreatment". I A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (red): *Handbook of Developmental Psychopathology*. (2. utg.). Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 689 – 722.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Maughan, A., Toth, S. L. & Bruce, J. (2003): "False Belief Understanding in Maltreated Children". *Development and Psychopathology*, 15, 4, 1067-1091.

Claussen, A. H., Mundy, P. C., Mallik, S. A. & Willoughby, J. C. (2002): "Joint Attention and Disorganized Attachment Status in Infants at Risk". *Development and Psychopathology*, 14, 279-291.





Cohen, D. J., Paul, R. & Volkmar, F. R. (1986): „Issues in the Classification of Pervasive and Other Developmental Disorders: Toward DSM-IV”. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 2, 213-220.

Colvert, E., Rutter, M., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., Stevens, S. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2008): “Do Theory of Mind and Executive Function Deficits Underlie the Adverse Outcomes Associated with Profound Early Deprivation?: Findings from the English and Romanian Adoptees Study” *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1057-1068.

Davis, N. O. & Carter, A. S. (2008): “Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Association with Child Characteristics”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1278-1291.

Dissanayake, C. & Crossley, S. A. (1997): “Autistic Children’s Responses to Separation and Reunion with Their Mothers”. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 3, 295-312.

Egeland, B. & Carlson, B. (2004): *Attachment and Psychopathology* I L. Atkinson & S. Goldberg (red): Attachment Issues in Psychopathology and Intervention. Lawrence Erlbaum Associates, s. 27-48.

Epstein, T., Saltzman-Benaiah, J., O’Hare, A., Goll, J. C. & Tuck, S. (2008): “Associated Features of Asperger syndrome and Their Relationship to Parenting Stress”. *Child Care, Health & Development*, 34, 4, 503-511.

Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H. & Abbott, R. (2009): „Parenting Stress and Psychological Functioning Among Mothers of Preschool Children With Autism and Developmental Delay”. *Autism*, 13, 4, 375-387.

Fombonne, E. (2005): “Epidemiological Studies of Pervasive Developmental Disorders” I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental*





Disorders, 3.utg., Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 42-69.

Fombonne, E. (2009): "A Wrinkle in Time: From Early Signs to a Diagnosis of Autism" *Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 48, (5), 463-464.

Gordon, C. T., Frazier, J. A., McKenna, K., Giedd, J., Zametkin, A., Zahn, T., Hommer, D., Hong, W., Kaysen, D., Albus, K. E. & Rapoport, J. (1994): "Childhood-onset Schizophrenia: A NIMH Study in Progress". *Schizophrenia Bulletin*, 20, 4, 697-712.

Govindshenoy, M. & Spencer, N. (2007): "Abuse of the Disabled Child: A Systematic Review of Population - Based Studies". *Child Care and Health Development*, 33, 5, 552-558.

Gray, K. M., Tonge, B. J., Sweeney, D. J. (2008): "Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule with Young Children with Developmental Delay: Evaluating Diagnostic Validity". *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38, 4, 657-667.

Hanson, R. F. & Spratt, E. G. (2000): "Reactive Attachment Disorder: What We Know About the Disorder and Implications for Treatment". *Child Maltreatment*, 5, 2, 137-145.

Hem, K-G. & Husum, T. L: (2008): "Prevalens av autisme". SINTEF Helse, Rapport SINTEF A7249, Juni 2008.

Hibbard, R. A., Desch, L. W., and the Committee on Child Abuse and Neglect and Council on Children With Disabilities (2007): "Maltreatment of Children With Disabilities". *Pediatrics*, 119, 1018-1025.

Hinshaw-Fuselier, S., Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (1999): "Reactive Attachment Disorder in Maltreated Twins". *Infant Mental Health Journal*, 20, 1, 42-59.

Hilburn-Cobb, C. (2004): "Adolescent Psychopathology in Terms of Multiple Behavioral Systems: The Role of Attachment and





Controlling Strategies and Frankly Disorganized Behavior” I L. Atkinson & S. Goldberg (red): Attachment Issues in Psychopathology and Intervention. Lawrence Erlbaum Associates, s. 95-135.

Hobson, R. P., Chidambi, G., Lee, A. & Neyer, J. (2006): “Foundations of Self-Awareness: An Exploration through Autism”. Monographs of the Society for Research in Child Development, 71, 2, 1-190.

Hoksbergen, R., ter Laak, J., Rijk, K., van Dijkum, C. & Stoutjesdijk, F. (2005): ”Post-Institutional Autistic Syndrome in Romanian Adoptees”. Journal of Autism and Developmental Disorders, 35, 5, 615-623.

Hollis, C. (2001): “Diagnosis and Differential Diagnosis”. I H. Remschmidt (red): Schizophrenia in Children and Adolescents, Cambridge University Press, s. 82-118

Howe, D., Brandon, M., Hinings, D. & Schofield, G. (1999): Attachment Theory, Child Maltreatment and Family Support. A Practic and Assessment Model. Palgrave Macmillan, New York.

Howlin, P. & Clements, J. (1995): “Is It Possible to Assess the Impact of Abuse on Children with Pervasive Developmental Disorders?”. Journal of Autism and Developmental Disorders, 25, 4, 337-354.

Jaudes, P. K. & Mackey-Bilaver, L. (2008): “Do Chronic Conditions Increase Young Children’s Risk of Being Maltreated?”. Child Abuse & Neglect, 32, s 671-681.

Jenkins, J. (2008): „Psychosocial Adversity and Resilience” I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (red): Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry, 5.utg., Blackwell Publishing, s. 377- 391.

Jones, D. P. H. (2008): “Child Maltreatment” I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar





(red): Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5.utg., Blackwell Publishing, s. 421-439

Jones, W. & Klin, A. (2009): "Heterogenity and Homogenity Across the Autism Spectrum: The Role of Development". Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychitary, 48, 5, 471-473.

Klin, A. McPartland, J. & Volkmar, F. R. (2005): „Asperger syndrome“ I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3.utg., Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 88-125.

Kobak, R. (1999): "The Emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships. Implication for Theory, Reasearch, and Clinical Intervention" I J. Cassidy & P. R. Shaver (red): Handbook of Attachment. Theory, Reasearch, and Clinical Applications. The Guilford Press New York, s. 21-43.

Kotsopoulos, S. (2000): "Uncertainties in Aetiology and Treatment of Infantile Autism- Assumptions and Evidence". Medicine, Health Care and Philosophy, 3, 175-178.

Kumra, S., Jacobsen, L. K., Lenane, M., Zahn, T. P., Wiggs, E., Alaghband-Rad, J., Castellanos, F. X., Frazier, J. A., McKenna, K., Gordon, C. T., Smith, A., Hamburger, S. & Rapoport, J. L. (1998): ""Multidimensionally Impaired Disorder": Is it a Variant of Very Early-Onset Schizophrenia?". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 1, 91-99.

Kumra, S., Shaw, M., Merka, P. & Nakayama, E. (2001): "Childhood-Onset Schizophrenia: Reasearch Update". Canadian Journal of Psychiatry, 46, 923-930.

Le Couteur, A., Rutter, M., Lord, C., Rios, P., Robertson, S., Holdgrafer, M., et al. (1989): "Autism Diagnostic Interview: A Standardized Investigator-Based Instrument". Journal of Autsim and Developmental Disorders, 19, 3, 363-387.





Lewis, M. (2000): "Toward a Development of Psychopathology: Models, Definitions, and Prediction" I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): *Handbook of Developmental Psychopathology*. 2.utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s. 3-22.

Little, L. (2002): "Maternal Discipline of Children with Asperger Syndrome and Nonverbal Learning Disorders". *American Journal of Maternal Child Nursing*, 27, 6, s 349-354.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E. H. Jr., Leventhal, B. L., DiLavore, P. C., et al.. (2000): "The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 3, 205-223.

Lord, C. & Corsello, C. (2005): "Diagnostic Instruments in Autistic Spectrum Disorders" I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3.utg., Volume 2: Assessment, Interventions, and Policy. John Wiley & Sons, New Jersey s. 730- 771.

Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., Mcleod, S. & Silva, E. (1991): "Disorganized Attachment Behavior in Infancy: Short-Term Stability. Maternal and Infant Correlates, and Risk-Related Subtypes". *Development and Psychopathology*, 3, 377-396.

Lyons-Ruth, K. (2008): "Contributions of the Mother-Infant Relationship to Dissociative, Borderline, and Conduct Symptoms in Young Adulthood". *Infant Mental Health Journal*, 29 (3), 203-218.

Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G. & Pinto-Martin, J. A. (2005): "The Prevalence and Correlates of Abuse among Children with Autism Served in Comprehensive Community-Based Mental Health Settings". *Child Abuse & Neglect*, 29 12, s 1359-1372.

Marvin, R. S. & Britner, P. A. (1999): "Normative Development. The Ontogeny of Attachment" I J. Cassidy & P. R. Shaver





(red): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. The Guilford Press New York, s 44- 67.

Mundy, P. & Burnette, C. (2005): "Joint Attention and Neurodevelopmental Models of Autism" I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3. utg., Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 650-681.

Mukaddes, N. M., Bilge, S., Alyanak, B. & Kora, M. E. (2000): "Clinical Characteristics and Treatment Responses in Cases Diagnosed as Reactive Attachment Disorder". Child Psychiatry and Human Development, 30, 4, 273-287.

Mukaddes, N. M., Kaynak, F. N., Kinali, G., Besikci, H. & Issever, H. (2004): "Psychoeducational Treatment of Children with Autism and Reactive Attachment Disorder". Autism, 8, 1, 101-109.

Naber, F. B. A., Swinkels, S. H. N., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Dietz, C., van Daalen, E. & van Engeland, H. (2006): Attachment in Toddlers with Autism and Other Developmental Disorders". Journal of Autism and Developmental Disorders, 37, 1123-1138.

O'Connor, T. G, Bredenkamp, D. & Rutter, M. (1999): "Attachment Disturbances and Disorders in Children Exposed to Early Severe Deprivation". Infant Mental Health Journal, Vol 20, (1), 10-29.

O'Connor, T. G. & Plomin, R. (2000): "Developmental Behavioral Genetics". I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): Handbook of Developmental Psychopathology. 2. utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 217-235.

O'Connor, T. G. & Zeanah, C. H. (2003): "Attachment Disorders: Assessment Strategies and Treatment Approaches". Attachment & Human Development, 5, 3, 223-244.





Pears, K. C. & Fischer, P. A. (2005): "Emotion Understanding and Theory of Mind Among Maltreated Children in Foster Care: Evidence of Deficits". *Development and Psychopathology*, 17, 1, 47-65.

Perkins, M. & Wolkind, S. N. (1991): "Asperger's Syndrome: Who is Being Abused?". *Archives of Disease in Childhood*, 66, 693-695.

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakeley, T. L., Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995): "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States"

Become "Traits". *Infant Mental Health Journal*, 16, 4, 271- 291.
Ramey, S. L. & Sackett, G. P. (2000): "The Early Caregiving Environment: Expanding Views on Nonparental Care and Cumulative Life Experiences". I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): *Handbook of Developmental Psychopathology*. 2. utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 365 – 380.

Reaven, J. A., Hepburn, S. L. & Ross, R. G. (2008): "Use of the ADOS and ADI-R in Children with Psychosis: Importance of Clinical Judgement". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 1, 81-94.

Richters, M. M. & Volkmar, F. R. (1994): „Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood“. *Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 3, 328-332.

Rogers, S., Cook, I. & Meryl, A. (2005): "Imitation and Play in Autism". I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3. utg., Volume 1: *Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. John Wiley & sons, New Jersey, s. 382-405.

Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendor, M. H. & van Berckelaer-Onnes, I. A. (2004). "Autism and Attachment:





A Meta- Analytic Review”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 6, 1123-34.

Rutgers, A. H., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H. N., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F. B. A., Buitelaar, J. K. & van Engeland, H. (2007 a): “Autism, Attachment and Parenting: A Comparison of Children with Autism Spectrum Disorder, Mental Retardation, Language Disorder, and Non-Clinical Children”. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 859-870.

Rutgers, A. H., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans- Kranenburg, M. J. & Swinkels, S. H. N. (2007 b): “Autism and Attachment: The Attachment Q-Sort”. *Autism*, 11, 187-200.

Rutgers, A. H., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H. N., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F. B. A., Buitelaar, J. K. & van Engeland, H. (2007 c): “Autism, Attachment and Parenting: A Comparison of Children with Autism Spectrum Disorder, Mental Raterdation, Language Disorder, and Non-Clinical Children”. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 859-870.

Rutter, M., Andersen-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., Kreppner, J., Keaveney, L., Lord, C., O'Connor, T., and the English and Romainian Adoptees (ERA) Study Team (1999): “Quasi-autistic Patterns Following Severe Early Global Deprivation”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 4, 537-549.

Rutter, M., O'Connor, T. G., and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2004): “Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings From a Study of Romanian Adoptees”. *Developmental Psychology*, 40, 1, 81-94.

Rutter, M. (2005): “Genetic Influences and Autism” I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* 3.utg., Volume 1: Diagnosis, Developmen, Neurbiology, and Behavior. John Wiley & Sons, New Jersey. S. 425- 452.





Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., O'Connor, T. G., Stevens, S. E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2007 a): "Early Adolescent Outcomes of Institutionally-Deprived and Non-Deprived Adoptees. I: Disinhibited Attachment". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1, 17-30.

Rutter, M., Kreppner, J., Croft, C., Murin, M., Colvert, E., Beckett, C., Castle, J. & Sonuga-Barke, E. (2007 b): "Early Adolescent Outcomes of Institutionally Deprived and Non-Deprived Adoptees. III. Quasi-Autism". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 12, 1200-1207.

Rutter, M., Kreppner, J. & Sonuga-Barke, E. (2009): "Emanuel Miller Lecture: Attachment Insecurity, Disinhibited Attachment, and Attachment Disorders: Where do Research Findings Leave the Concepts?". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 5, 529-543.

Sameroff, A. J. (2000): "Dialectic Processes in Developmental Psychopathology". I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): *Handbook of Developmental Psychopathology*. 2. utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 23- 40.

Schopler, E., Reichler, R. J., De Vellis, R. F. & Daly, K. (1980): „Toward Objective Classification of Childhood Autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)" *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 91 – 103.

Schore, A. N. (1997): "Early Organization of the Nonlinear Right Brain and Development of a Predisposition to Psychiatric Disorders". *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.

Schofield, G. & Beek, M. (2006): *Attachment Handbook for Foster Care and Adoption*. British Association for Adoption & Fostering.

Sheeringa, M. S.(2001): "The Differential Diagnosis of Impaired Reciprocal Social Interaction in Children: A Review of Disorders". *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 1, 71-89.





Shin, Y-J, Lee, K-S, Min, S-K, Robert N. & Emde, R. N. (1999) : "A Korean Syndrome of Attachment Disturbance Mimicking Symptoms of Pervasive Developmental Disorder". *Infant Mental Health Journal*, Vol 20 (1), 60-76.

Schuengel, C., Oosterman, M. & Sterkenburg, P. S. (2009): "Children With Disrupted Attachment Histories: Interventions and Psychophysiological Indices of Effect". *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 26, 10 sider, Published online 2009 September 4. doi: 10.1186/1753-2000-3-26

Smith, L. (2002): *Tilknytning og barns utvikling* Høyskoleforlaget.

Smyke, A. T., Dumitrescu, A. & Zeanah, C. H. (2002): "Attachment Disturbances in Young Children. I: The Continuum of Caretaking Casuality". *Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 8, 972 – 982.

Solomon, J. & George, C. (1999): "The Measurement of Attachment Security in Infancy and Childhood". I J. Cassidy. & P. R. Shaver (red): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press New York, s. 287 – 316.

Spangler, G. & Grossmann, K. (1999): "Individual and Physiological Correlates of Attachment Disorganization in Infancy". I J. Solomon & C. George (red): *Attachment Disorganization*. The Guilford Press New York London, s. 95- 124.

Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005): "Disabeling Conditions and Registration for Child Abuse and Neglect: A Population Based Study". *Pediatrics*, 116, 609-613.

Sroufe, L. A. (1988): „The Role of Infant-Caregiver Attachment in Development“. I J. Belsky & T. Nezworski (red): *Clinical Implications of Attachment*. Lawrence Erlbaum Associates Hillsdale, New Jersey, s. 18-38.





Sroufe, L. A., Duggal, S., Weinfield, N. & Carlson, E. (2000): "Relationships, Development, and Psychopathology" I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): Handbook of Developmental Psychopathology. 2. utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 75 – 91.

Stafford, B. S. & Zeanah, C. H. (2006) : "Attachment Disorders". I J. L. Luby (red): Handbook of Preschool Mental Health. The Guilford Press New York London, s. 231-251.

Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000): "Maltreatment and Disabilities: A Population-Based Epidemiological Study" . Child Abuse & Neglect, 24, 10, 1257-1273.
Tager-Flusberg, H., Paul, R. & Lord, C. (2005): "Language and Communication in Autism". I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. 3.utg. Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 335-364.

Towbin, K. E. (2005): „Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified“. I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. 3.utg. Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 165-200

Travis, L. L. & Sigman, M. D. (2000): "A Developmental Approach to Autism" I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): Handbook of Developmental Psychopathology. 2.utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 641- 655.

Vaage, A. B., Garløv, I., Hauff, E. & Thomsen, P. H. (2007): "Psychiatric Symptoms and Service Utilization among Refugee Children Referred to a Child Psychiatry Department: A Retrospective Comparative Case Note Study". Transcultural Psychiatry, 44, 3, 440-458.

van Engeland, H. & Buitelaar, J. K. (2008): „Autism Spectrum Disorders“ I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E.





Taylor & A. Thapar (red): Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5. utg. Blackwell Publishing, s. 759-781.

van Ijzendorp, M. H., Schuengel, C. & Kranenburg, M. J. (1999): „Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitant, and Sequelae”. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

Volkmar, F. R. & Klin, A. (2005): „Issues in the Classification of Autism and Related Conditions”. I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3. utg. Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 5-41

Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B. & Carlson, E. A. (1999): „The Nature of Individual Differences in Infant-Caregiver Attachment”. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press New York, s. 68- 88.

Wing, L. (2005): “Problems of Categorical Classification System”. I F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (red): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3. utg. Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior. John Wiley & sons, New Jersey, s. 583-605.

World Health Organization (1992/1999): *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* Universitetsforlaget, Norsk utgave 1999.

Yirmiya, N. & Sigman, M. (2001): “Attachment in Children with Autism”. I J. Richer & S. Coates (red): *Autism- The Search for Coherence* .Jessica Kingsley Publishers, London & Philadelphia, s. 53-63.

Yule, W. & Smith, P. (2008): ”Post-Traumatic Stress Disorder” I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (red): *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5. utg. Blackwell Publishing, s. 686-697.





Zeanah, C. H. (1996): „Beyond Insecurity: A Reconceptualization of Attachment Disorders of Infancy”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, s. 42-52.

Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. & Heller, S. S. (1999): „Disorganized Attachment Associated with Partner Violence: A Research Note”. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1, 77-86.

Zeanah, C. H., Boris, N. W. & Lieberman, A. F. (2000): “Attachment Disorders of Infancy” . I A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (red): *Handbook of Developmental Psychopathology*. 2.utg. Kluwer Academic/Plenum Publishers New York, s 293- 307.

Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T. & Trapani, J. (2004): “Reactive Attachment Disorder in Maltreated Toddlers” .*Child Abuse & Neglect*, 28, 877-888.

Zeanah, C. H. & Smyke, A. (2008): “Attachment Disorders in Relation to Deprivation”. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (red): *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5.utg. Blackwell Publishing, s. 906-915.

Zeanah, C. H. & Smyke, A. (2009): „Attachment Disorders“ I C. H. Zeanah (red): *Handbook of Infant Mental Health*. 3.utg. The Guilford Press, New York, s 421 – 434.





Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse?

