

BSOBAC - 3

Bacheloroppgave

Autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse:
En studie om komorbiditet og feildiagnostisering



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

Universitetet i Stavanger/ Mai 2022

Kandidatnummer: 7143

Antall ord: 11943

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Presentasjon av problemstilling	4
1.3 Formål med oppgaven og sosialfaglig relevans	4
2.0 Kunnskapsgrunnlag og teoretisk rammeverk	6
2.1 Diagnose og Diagnosesystemer.....	7
2.2 Autismespekterforstyrrelse	8
2.3 Tilknytningsforstyrrelse	9
2.4 Forskjeller og likheter mellom autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse	10
2.5 Tilknytning og tilknytningsteori.....	12
2.5.1 Hva er tilknytning og tilknytningsteori?	12
2.5.2 Hvorfor er tilknytning viktig?	12
2.5.3 Reaksjonsmønstre av tilknytning («The Strange Situation»)	13
2.6 Barnevernets rolle i arbeid med utsatte barn og familier	15
3.0 Metode	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Datainnsamling.....	17
3.3 Analyse av data.....	18
3.4 Studiens troverdighet.....	20
4.0 Funn og drøfting	22
4.1 Analyse ved hjelp av en oversiktstabell	22
4.2 Presentasjon av artikler.....	24
4.3 Mulighet for feildiagnostisering og komorbiditet.....	26
4.4 Risikofaktorer for barn med autisme	30
4.5 Eksklusjonskriteriet.....	31
5.0 Avslutning	34
Litteraturliste	36

1.0 Innledning

Psykiske lidelser, som definert i diagnosemanualen DSM, har siden 80-tallet hatt en kraftig økning fra 60 til ca. 355 diagnoser. En ekspansjon på over 300% (Ekeland, 2017, s. 43-44). Diagnosemanualene beskriver diagnoser basert på antakelsen om at et individ enten er frisk eller syk, ut fra bestemte kriterier. Likevel er det lite evidens for at man kan trekke en naturlig grense for når tilstanden er normal eller anormal (Grøholt et al., 2015, s. 49). Hva som til enhver tid betraktes som «normalitet» vil variere over tid, og mellom kulturer. Ofte er det slik at dersom noe skiller seg fra måten majoriteten opptrer, vil dette omtales som sykdom (Lauveng, 2020, s. 20). Ved nyere revisjoner av manualene ser vi en økning i antall diagnoser, hvilket kan tyde på at vi snevrer inn definisjonen av normalitet (Madsen, 2017, s. 29).

Som følge av dette hevder enkelte at en stor andel av befolkningen har kommet til å stole på antidepressiva, antipsykotika, angstdempende midler, sovemedisiner og smertestillende (Frances, 2013, s. xv). Særlig har endringene til et nyere diagnosesystem økt diagnostiseringen av diagnoser som ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), bipolar lidelse og autismspekterforstyrrelse, noe Allen Frances (2013) omtaler som tre falske epidemier.

Tilknytningsforstyrrelse og autismspekterforstyrrelse er diagnoser som begge gjenkjennes av svikt i sosial interaksjon (Stokke, 2011, s. 48). Symptombildet presenterer seg tilnærmet likt, og det er derfor anerkjent både i faglitteratur og klinisk praksis at diagnosene kan være svært vanskelig å skille fra hverandre (Stokke, 2011; Hong et al., 2018; Grøholt et al., 2015). Dette øker igjen sannsynligheten for feildiagnostikk, og barnet risikerer å bli behandlet for en lidelse hen ikke har (Stokke, 2011, s. 5). Dette er spesielt problematisk ettersom tilknytningsforstyrrelse har en antatt positiv behandlingseffekt, mens autisme ses på som en livslang lidelse (Stokke, 2011, s. 41).

En feildiagnostisering kan igjen føre til alvorlige konsekvenser for individet, noe vi tidligere har sett eksempler fra i for eksempel Tolga-dommen. Denne saken ble først avslørt av VG i 2018 (Mikkelsen et al., 2018) der det ble hevdet at Tolga kommune i flere år hadde registrert tre brødre som psykisk utviklingshemmede, uten at de selv var klar over det. Dette førte til at brødrene kunne settes under personlig og økonomisk vergemål, samtidig som kommunen mottok flere overføringer som følge av diagnosene (Kolsrud, 2022). Brødrene klagde på

vergemålene og påpekte at kommunelegen hadde stilt diagnosen uten å ha møtt dem, at diagnosen var feil og at vergemålene var opprettet mot deres vilje (Mikkelsen et al., 2018). Det fremkommer av Mikkelsen et al. (2018) at et vergemål settes dersom myndighetene mener at en person ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser. For kommunen vil en slik registrering av psykisk utviklingshemming gi utslag på over en halv million kroner, mens det for brødrene åpner opp for tiltak som er uheldige og feil. Brødrene hevdet at kommunen har brutt menneskerettighetene og handlet i strid med forbudet mot nedverdiggende behandling og retten til respekt for privatliv. Dette som følger av at ble umyndiggjort, fratatt friheten til å ta egne valg og til å styre sin egen bankkonto. Selv om alle brødrene nå har fått opphevet vergemålet har feildiagnostiseringen vært belastende, særlig i et lokalsamfunn der alle kjenner alle (Kolsrud, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Interessen min for dette temaet fikk jeg etter å ha lest boken «mammass svik» av Anne-Britt Harsem (2018). Boken beskriver den omtalte barnevernssaken fra Alvdal, sett fra den ene datterens perspektiv. Alvdal-saken er en av de mest alvorlige overgrepssakene vi har hatt i Norge, og mellom 2011 og 2014 blir moren i saken dømt for overgrep mot tre av sine fire barn, og for to nabobarn. Familien fikk flere bekymringsmeldinger, men disse ble avfeid delvis på grunn av barnas autismediagnose. Barnevernet har senere fått kritikk for håndteringen av saken, og mange mener at autismediagnosen mot den ene datteren ble opprettholdt alt for lenge (Myklebust & Frøysa, 2018).

Med utgangspunkt i dette ble jeg senere bevisst på hvordan tidligere overfylte barnehjem i Romania hadde skapte barn med langvarige psykologiske følgetilstander på grunn av omsorgssvikt. Barna viste mønster av atferdsvansker preget av mangler i sosial kognisjon og atferd, kognitiv svikt, symptomer på ADHD og det som blir beskrevet som «kvasi-autistiske» trekk (Kumsta et al., 2015, s. 138). Kvasi-autisme viste til autisme-lignende trekk, særlig stereotyp lek og avgrensede interesser, men som likevel skilte seg fra «vanlig» autisme på vesentlige punkter (Kumsta et al., 2015, s. 141).

Jeg ble senere oppmerksom på at diagnosene presenterte seg nærmest identisk i symptombilde, og at dette kunne forklare noe av grunnen til at barnevernet ikke grep inn tidligere i saker med alvorlig omsorgssvikt. Likevel er det vanskelig å forstå at autismespekterdiagnosen nærmest

fungerte som et skjold mot det som egentlig foregikk i hjemmet, ettersom symptomene kunne forklares med denne diagnosen. Det at mennesker ble feildiagnostisert, og at dette kunne få så alvorlige konsekvenser var det som motiverte meg til å forske på etiologien til autisme og tilknytningsforstyrrelse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette kom jeg fram til følgende problemstilling:

Hva sier forskning om forskjellene mellom autismspekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse, og mulig komorbiditet og feildiagnostisering?

I arbeidet mitt med denne problemstillingen har jeg valgt å ha særlig fokus på slik diagnosene står beskrevet i klassifikasjonssystemene i dag. Endringer som har blitt gjort, og hvorfor, vil ta mindre plass i oppgaven min. Oppmerksomheten min retter seg særlig mot eksklusjonskriteriet i diagnosemanualene, noe som hindrer barn i å diagnostiseres med begge lidelsene. Oppgaven vil ha mindre fokus på hvilken behandling som gis, og heller drøfte følgene av en feildiagnostisering i forhold til videre behandling og resultat.

1.3 Formål med oppgaven og sosialfaglig relevans

Oppgaven vil gi et innblikk i hvordan diagnosene tilknytningsforstyrrelse og autismspekterforstyrrelse stilles i dag. Den vil videre diskutere kriteriene som er satt i diagnosemanualene opp mot erfaringer fra klinisk praksis og forskning. Som sosialarbeider vil denne kunnskapen være nyttig ettersom det viser at man ikke kan stole blindt på diagnosemanualene. Det viser videre viktigheten av å stille spørsmål til gjeldende prosedyre, sett at diagnostisering alltid vil baseres på rådende normer i samfunnet (Madsen, 2017, s. 26). I forhold til utredning er det viktig at diagnosemanualene holdes enkle. Dette betyr likevel ikke at psykiatrien er enkel (Frances, 2013, s. 25). Dette er et poeng som understreker nødvendigheten av å behandle etter behov heller en å behandle etter diagnose (Stokke, 2011, s. 5). En feilstilt diagnose er ikke bare en påkjønning for individet, men det utelukker også den

behandlingen en ellers ville hatt krav på (Stokke, 2011, s. 5). Som tidligere poengtert kan en diagnose også skygge over for andre eventuelle traumer.

2.0 Kunnskapsgrunnlag og teoretisk rammeverk

I dette kapitlet skal det presenteres kunnskap og teorier som vil være sentrale for å belyse problemstillingen min. Her vil jeg beskrive diagnose-systemene ICD-10 og DSM-5, som er de to mest brukte klassifikasjonssystemene for klinisk bruk (Eknes et al., 2008, s. 65). I Januar 2022 tok vi i bruk ICD-11 (National Committee on Vital and Health Statistics, 2021). Denne vil ikke bli anvendt i beskrivelsen av diagnosene i oppgaven, sett at det ikke er foretatt særlige vurderinger i forhold til bruken av denne enda. Oppgaven vil derfor ta utgangspunkt i erfaringer som er gjort ved bruken av ICD-10 og DSM-5.

Etter en presentasjon av diagnose-systemene vil diagnosene autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse presenteres nærmere. Her vil ICD-10 benyttes i beskrivelsene av diagnosene ettersom det er dette systemet som hovedsakelig brukes i europeiske land (Eknes et al., 2008, s. 65). Diagnosene vil likevel bli drøftet opp mot beskrivelsene i DSM-5 der disse er ulike. Videre vises det til forskjellene og likhetene mellom diagnosene, før jeg presenterer tilknytning og tilknytningsteori. Her vil det tas utgangspunkt i arbeidet til John Bowlby og Mary Ainsworth. Til slutt beskrives det hvilken rolle barnevernet har i arbeidet med utsatte barn og familier.

Når en presenterer teorier er det viktig å være bevisst på deres hensikter. Disse søker å gi et forenklet bilde ved å forklare sammenhenger mellom fenomener. Dette gjør teorier til et nyttig verktøy for å tolke virkeligheten, forstå sammenhenger og organisere kunnskap. På den andre siden kan det i prosessen utelukke ting som synes å være ubetydelige for det man ønsker å forklare (Hennum, 2016, s. 49). Tilknytningsteori har bidratt til forståelsen av hvilken rolle tilknytning spiller i utviklingen, men det er likevel viktig å være klar over at den har møtt kritikk, så vel som anerkjennelse. Særlig har Harvard-professoren Jerome Kagan utfordret både Bowlby og Ainsworth sitt arbeid ved å deriblant hevde at «The Strange Situation» viser resultatet av medfødte temperamentstrekk, heller enn foreldrenes tidligere omsorgsattferd (Halvorsen, 2018, s. 65). Feministbevegelsen har også kritisert tilknytningsteorien ved å hevde at den indirekte oppfordret mødre til å holdes hjemme, og fraråde at barn skal sendes i barnehage (Halvorsen, 2018, s. 66).

2.1 Diagnose og Diagnosesystemer

Diagnosemanualene inneholder diagnoser som speiler det fagfeller tenker om, og hvordan de forstår de ulike lidelsene. De er videre en viktig forutsetning for å gi adekvat behandling og for å identifisere sammenlignbare klienter, noe som bidrar til akkumulering av kunnskap om tilstanden (Eknes et al., 2008, s. 63). Siden diagnosene er basert på den rådende normen i samfunnet kommer manualene jevnlig med nye revisjoner og versjoner. Dette kommer til uttrykk i tallangivelsen bak. Denne oppgaven vil henholdsvis ta utgangspunkt i den tiende versjonen av ICD (ICD-10) og den femte versjonen av DSM (DSM-5) (Eknes et al., 2008, s. 65). Europeiske land bruker i hovedsak ICD ved utredning av psykiske lidelser. Denne er utviklet av Verdens helseorganisasjon og omkring 145 land har sluttet seg til systemet, deriblant Norge. Systemet dekker både somatiske lidelser og psykiske tilstander (Eknes et al., 2008, s. 66). Likevel brukes også USAs nasjonale system for kategoriseringer av psykiske lidelser (DSM-5), særlig innenfor forskningsmiljøer (Eknes et al., 2008, s. 65).

Tidligere avvek ICD- og DSM-systemene fra hverandre på vesentlige punkter, men det ble gjort en omfattende tilpasning under revideringen til ICD-10 slik at systemene stort sett er sammenfallende (Eknes et al., 2008, s. 66). Likevel praktiserer manualene forskjellige kriterier og retningslinjer. Mens ICD åpner for bruk av skjønn gjennom diagnostiske retningslinjer, bruker DSM diagnostiske kriterier som er mer presise. Dette kommer til uttrykk ved at det i DSM er krav om å oppfylle et visst antall symptomer for å kvalifisere for en gitt diagnose, eller at symptomene må ha vært til stede over en viss tidsperiode (for eksempel 6 måneder) (Raskin, 2019, s. 73-74). Noen vil derfor synes det nærliggende å stille spørsmål ved reliabiliteten til manualene, og om det er mulig å få forskjellige diagnoser ut fra hvilken manual som brukes. Dette er et problem som ikke kan unngås uavhengig av hvilken manual som benyttes. Selv om DSM har tydelige kriterier vil det komme pasienter med komorbide lidelser, og som derfor kan kvalifisere for flere diagnoser. Dersom en pasient har komorbide lidelser betyr dette at hen har to eller flere lidelser som forekommer samtidig (Stokke, 2011, s. 31). Det kan da være vanskelig å vurdere hvilke symptomer som skal tilskrives hver av diagnosene. Igjen, vil ICD avhenge av hvordan retningslinjene tolkes og klinikerens faglige skjønn (Raskin, 2019, s. 77).

Diagnosesystemene viser til de beste tilgjengelige beskrivelsene av hvordan psykiske diagnoser er uttrykt og DSM-systemet ble fort et kulturelt ikon, en bestselger og selve «bibelen» innen psykiatri (American Psychiatric Association, 2013, s. xli; Frances, 2013, s. xii). Formålet er å

tjene som en praktisk, funksjonell og fleksibel guide for organisert informasjon som kan hjelpe til med nøyaktig diagnose og behandling av psykiske lidelser (American Psychiatric Association, 2013, s. xli). Manualen har videre en betydelig innvirkning i menneskers liv. Den vil ha en direkte innvirkning på hvem som blir ansett som syk og hvilken behandling som tilbys og er tilgjengelig. Videre vil manualen også gi mer indirekte konsekvenser som følge av hvordan mennesker tolker og lager regler ut fra manualen; Den er dermed med på å definere hvem som kan adoptere et barn, være pilot i et fly, hvem som blir ansett for en jobb og ikke, og om en morder er kriminell eller psykiatrisk pasient (Frances, 2013, s. xii).

En riktig stilt diagnose er helt essensielt for å kunne gi mennesker riktig behandling. Diagnosen er videre med på å gi pasientene et navn på problemene de opplever, noe som kan redusere stigmaet rundt psykisk helse. Dette kan hjelpe dem å sette ord på det de føler, og hjelpe andre til å forstå hva de opplever (Raskin, 2019, s. 79). Manualene er et viktig verktøy for klinikere, en ressurs for studenter og praktikere, og en referanse for forskere på feltet. Diagnosesystemene blir brukt av mennesker fra forskjellige fagfelt, og det nytter derfor som et felles språk for å formidle de essensielle kjennetegnene for psykiske lidelser. Det er også et redskap for å kommunisere nøyaktig folkehelsestatistikk om sykelighet og dødelighet (American psychiatric association, 2013, s. xli).

I følge Eknes et al. (2008) utgjør utredning av barn en særlig utfordring ettersom mange av diagnosekriteriene er laget på bakgrunn av studier av voksne, og derfor ikke passer like godt for barn (s. 155). I tillegg er barns hjerne i stadig utvikling til de er omtrent 20 år, noe som kan gjøre det vanskelig å skille mellom en potensiell psykiatrisk lidelse kontra en del av barnets utvikling. Barn kan også ofte ha mange overlappende symptomer og stor komorbiditet (Eknes et al., 2008, s. 155).

2.2 Autismespekterforstyrrelse

Autismespekterforstyrrelse er en gruppe diagnoser kategorisert som gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (Grøholt et al., 2015, s. 166). ICD-10 beskriver kjennetegn ved lidelsen som avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster. De har også et begrenset stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter (World Health Organization, 1999). Symptomene viser seg vanligvis allerede i spedbarnsårene og tidlig barndom (Grøholt et al.,

2015, s. 168). Kjennetegn kan da være manglende interesse for foreldres oppmerksomhet eller at barnet trekker seg bort for å holde på med småting alene. Det er heller ikke uvanlig å bli oppslukt i ting som er upassende i forhold til alderen. Barnet reagerer ikke på navnet sitt ved å snu seg og det kan vise liten grad av sosial sensitivitet (Eknes et al., 2008, s. 52).

Symptombildet til mennesker med autisme er svært varierende med tanke på fungering; både med hensyn til alvorlighetsgrad av symptomer og evnenivå. Denne variasjonsbredden har medført at vi i dag opererer med autismspekteret (Eknes et al., 2008, s. 51). Tidligere opererte man med forskjellige undergrupper av autisme i DSM systemet, deriblant aspergers syndrom og disintegrativ forstyrrelse. Dette er likevel gått bort fra ettersom forskning viste at det var vanskelig å skille undergruppene fra hverandre. Som følge av dette ble diagnosene diagnostisert forskjellig avhengig av diagnostisk tradisjon og behandlingssted. Endringen til autismspekterforstyrrelse har ført til at vi nå opererer med alvorlighetsgrad av lidelsen heller enn undergrupper (Grøholt et al., 2015, s. 167).

Det er førstelinjetjenestens oppgave å gjenkjenne barn som kan tenkes å ha en autismediagnose, og videre henvise dem til spesialisthelsetjenesten (Grøholt et al., 2015, s. 173). Ofte går det lang tid før utredning av autisme startes ettersom det er avgjørende at utredningen er begrunnet. Dette er nødvendig for å sikre og utarbeide gode tiltak, skape felles forståelse av den enkelte og danne grunnlag for både kortsiktige og langsiktige mål (Eknes et al., 2008, s. 53). Den høye forekomsten av komorbide tilstander understreker behovet for nøyaktig utredning ettersom nesten alle kan gi symptomer en også finner i autisme. Lidelser som kan forekomme samtidig med autismspekterforstyrrelse er blant annet psykisk utviklingshemning, forstyrrelser av tale og språk, ADHD, angstlidelse, tvangslidelse, tilknytningsforstyrrelse, schizofreni, schizoid personlighetsforstyrrelse og selektiv mutisme (Grøholt et al., 2015, s. 172-173).

2.3 Tilknytningsforstyrrelse

Selv om det lenge har vært kjent at barn som utsettes for omsorgssvikt og mishandling kan vise avvik i kontaktevne og sosial fungering ble det ikke anerkjent som diagnose i DSM før i 1980. ICD inkluderte tilknytningsforstyrrelsesdiagnosen først i 1992 med to diagnoser; Reaktiv tilknytningsforstyrrelse (Reactiv Attachment Disorder, heretter RAD) og udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse (Disinhibited Social Engagement Disorder, heretter DSED) (Grøholt et

al., 2015, s. 179). Dette er diagnoser som omtales som de minst undersøkte og dårligst forståtte lidelsene i DSM, hvorav det er samlet svært lite epidemiologisk kunnskap knyttet til lidelsene (Chaffin et al., 2006, s. 80). Det fremkommer videre av Bruce et al. (2019) at man vet veldig lite om hvor stort omfang mennesker med lidelsen det finnes, eller om stabiliteten av symptomer over tid (s. 152). For klinikere kan tilstandsbeskrivelsen være gjenkjennelige, men diagnosen er vanskelig å stille i praksis (Grøholt et al., 2015, s. 179).

ICD-10 beskriver RAD som en forstyrrelse som opptrer i de første fem leveårene, og som kjennetegnes av avvik i barnets sosiale relasjonsmønster over tid. Tilstanden påvirker følelsesregisteret, og er påvirkelig av miljømessige forandringer. Symptomer kan være fryktsomhet og økt varsomhet, dårlig sosialt samspill med jevnaldrende barn, aggresjon, tristhet osv. Det er videre anerkjent at lidelsen trolig inntreffer som et direkte resultat av alvorlig omsorgssvikt, misbruk eller alvorlig mishandling fra foreldrenes side (World Health Organization, 1999).

DSED kjennetegnes også av avvik i sosial atferd, som har oppstått som følge av en historie med grov eller utilstrekkelig omsorg. Gjenkjennbare symptomer er barnets tilbøyelighet til å oppsøke ukjente voksne, og en vilje til å dra sammen med disse uten nøling. Også denne lidelsen opptrer i de første fem leveårene, men kan ikke diagnostiseres før barnet er 1 år (World Health Organization, 1999).

2.4 Forskjeller og likheter mellom autismspekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse

Både i faglitteraturen og klinisk praksis erkjennes det at det kan være svært vanskelig å skille mellom autismspekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse (Stokke, 2011; Hong et al., 2018; Grøholt et al., 2015). Utydelige og sammenfallende symptombilder kan gjøre det vanskelig å vite på forhånd hvilke trekk ved et barns atferd og væremåte som skal vektlegges ved diagnostikk, og hvilke som skal tones ned (Stokke, 2011, s. 2). Dette medfører at det må gjøres konkrete og vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger for å kunne skille tilstandene fra hverandre. Differensialdiagnose viser til vurderingen om kliniske tegn tilsier at en kan utelukke en diagnose til fordel for en annen (Stokke, 2011, s. 31). En feildiagnostisering vil i dette

tilfellet kunne gi alvorlige konsekvenser ettersom barnets diagnose også legges til grunn for omsorgsvurdering og omsorgsrettede tiltak (Stokke, 2011, s. 5).

Diagnosesystemene anerkjenner at autismspekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse ligner på hverandre. Likevel ekskluderer begge systemene autisme som mulig komorbid diagnose med reaktiv tilknytningsforstyrrelse. ICD-10 beskriver klart hva som skiller de to tilstandene, og med dette vises det umulig at diagnosene kan forekomme samtidig da reaktiv tilknytningsforstyrrelse forutsetter normal sosial samhandling, mens autismspekterforstyrrelse kjennetegnes av kvalitativ svikt i evne til gjensidig sosial samhandling (Stokke, 2011, s. 31). ICD-10 angir videre et differensialdiagnostisk kriterium for å kunne skille mellom diagnosene. Dette viser til at de avvikende sosiale responsene som en ser ved tilknytningsforstyrrelse bedres under gode omsorgsvilkår, mens de sosiale vanskene ved autismspekterforstyrrelse ikke viser en tilsvarende bedring ved miljøskifte (Stokke, 2011, s. 41). Eksklusjonskriteriet fører til at dersom barnet allerede er diagnostisert med autisme, kan det ikke diagnostiseres med en ytterligere tilknytningsforstyrrelse. Dette kravet kan tenkes å ødelegge utredningen av potensiell mishandling ettersom symptomene nå kan forklares av autismspekterforstyrrelsesdiagnosen.

Selv om begge diagnosene viser alvorlig svikt i gjensidig sosial interaksjon kan vi skille dem ved å vektlegge andre hensyn. Deriblant vil årsaksforholdene ved autismspekterforstyrrelse i hovedsak skyldes en biologisk/genetisk komponent, mens tilknytningsforstyrrelse skyldes omsorgssvikt eller mishandling. Man kan også se forskjeller av selektiv tilknytning til omsorgsperson hvorav de med tilknytningsforstyrrelse ikke former slik tilknytning, mens de med autismspekterforstyrrelse gjør dette. Ved autismspekterforstyrrelse er det vanlig å ha vanskeligheter med felles oppmerksomhet, noe som sjeldent forekommer ved tilknytningsforstyrrelse. Videre forekommer språkvansker og snevre interesser typisk ved autismspekterforstyrrelse noe man sjeldent ser hos barn med tilknytningsforstyrrelser (Stokke, 2011, s. 48).

2.5 Tilknytning og tilknytningsteori

2.5.1 Hva er tilknytning og tilknytningsteori?

Tilknytning er et begrep som brukes for å beskrive avhengighetsforholdet et barn knytter til sine primære omsorgsgivere (Pearce, 2017, s. 15). Bowlby (1969) beskriver det å ha tilknytning til noen som å være sterkt innstilt på å søke nærhet til og kontakt med en bestemt figur, og å gjøre dette i sårbare situasjoner (s. 371). Under vanlige omstendigheter begynner et spedbarn å vise tilknytningsatferd i løpet av siste halvdel av deres første leveår. Deretter utvikler det seg gradvis over de første fire årene. Det kan lettest observeres når barn er syke, skadet, trøtte, redde, sultne eller ved gjenforening etter korte separasjoner (Pearce, 2017, s. 15).

Tilknytningsteori er et begrep som brukes når en refererer til kunnskap om tilknytning, og har utviklet seg gjennom et halvt århundre hovedsakelig i forbindelse med observasjoner gjort av barns interaksjon med omsorgspersoner. En av de tidlige tilknytningsforskerne var John Bowlby, en psykiater som utviklet det vi i dag kaller «tilknytningsteori» (Pearce, 2017, s. 16 - 19). Han ble i 1948 valgt av FN til å undersøke den fysiske og mentale helsen hos institusjonsbarn i Europa. Dette resulterte i en omfattende rapport der hans hovedpoeng beskrev kvaliteten på den faste omsorgen et barn mottar de første leveårene som avgjørende for barnets fremtidige mentale helse. Han konkluderte videre med at skadevirkningene av det å vokse opp i institusjoner i hovedsak skyldes sviktende morsomsorg (Bowlby & World Health Organization, 1952).

2.5.2 Hvorfor er tilknytning viktig?

I følge tilknytningsteoretikere spiller tilknytning en viktig rolle i barns utvikling, selvoppfattelse, forståelse for andres reaksjonsmønstre og utvikling av resiliens (Pearce, 2017, s. 33). Dersom barnet har et trygt reaksjonsmønster vil dette danne et svært godt grunnlag for barnets sosiale utvikling. Barnet vil fungere bedre sosialt og har færre atferdsvansker enn barn med utrygg tilknytning. Videre har de større kapasitet til å takle stress, og er flinkere til å gi omsorg videre til andre (Brandt & Grenvik, 2010, sitert i Helgesen, 2017, s. 160). Tilknytningsprosessen vil også være viktig med tanke på senere psykisk helse, og forstyrrelser av den kan legge grunnlaget for utvikling av psykiske lidelser (Grøholt et al., 2015, s. 23).

Tilknytningsteori er videre viktig i både forskning og terapi, og gir oss et av de beste verktøyene for arbeid med barn og familier (Grøholt et al., 2015, s. 23). Det har videre lagt mye av grunnlaget for diagnoser og behandling av barne-og-foreldre-relasjoner ved å gi fagfolk en mal for å vurdere tilknytning (Hennum, 2016, s. 50).

2.5.3 Reaksjonsmønstre av tilknytning («The Strange Situation»)

Bowlby kom tidlig i kontakt med den kanadiske psykologen Mary Ainsworth, som er kjent for å ha identifisert tre kategorier av reaksjonsmønstre gjennom en prosedyre kalt «The Strange Situation». Her ble mødre og deres 12 måneder gamle spedbarn etterlatt i et lekerom. En ukjent voksen kommer inn og deltar i lek sammen med dem. Mens den ukjente leker med spedbarnet forlater moren rommet i korte perioder, for så å vende tilbake. Deretter forlater både moren og den ukjente rommet, hvorav spedbarnet blir etterlatt alene, for så å returnere etter et øyeblikk. Spedbarnets interaksjoner med moren og den ukjente, samt reaksjonene på de korte separasjonene og gjenforeningene ble nærmere studert (Pearce, 2017, s. 22). Ut fra prosedyren kom Ainsworth et al. (1978) fram til tre kategorier av reaksjonsmønstre, en fjerde ble senere identifisert av Main (1996) kalt desorientert reaksjonsmønster:

Trygg: Trygge barn foretrekker kontakt og involvering med deres omsorgsgiver, men vil etter en liten periode med usikkerhet føle seg komfortabel nok til å samhandle med ukjente om omsorgsgiveren ikke viser redsel. Disse barna vil være sikre nok til å utforske ukjente omgivelser uten redsel i nærværet av deres omsorgsgiver. De er også tilfreds med å bli etterlatt alene med en ukjent i korte perioder (Pearce, 2017, s. 23). Ved usikkerhet vil barnet søke kontakt med tilknytningsfigur, for så å vende tilbake til leken når det er trøstet (Grøholt et al., 2015, s. 24)

Avvisende: Avvisende barn ser i utgangspunktet ut til å takle separasjoner fra omsorgsgiver best. De vil ikke vise noen klar preferanse mellom omsorgsgiveren og den ukjente. Heller, vil de fremstå som relativt løsrevet og selvhjulpne; kanskje til og med selvopptatte (Pearce, 2017, s. 23). De tar sjeldent initiativ til lek med andre, og kan foretrekke ensomme aktiviteter. De ser ut til å ha lært seg at å forholde seg til andre er en utilfredsstillende opplevelse, noe som kan

framgå i saker der omsorgsgiveren ikke reagerer på barnets behov på grunn av at de er fraværende eller har dårlige foreldreferdigheter (Pearce, 2017, s. 24).

Ambivalent: Ambivalente barn er urolige og engstelige under separasjon med omsorgsgiver. Ved gjenforening vil de opptre utrøstelige og besatt av omsorgsgiveren, samtidig som de vil vakle mellom et behov for nærhet til, og sinne mot, hen. Dette reaksjonsmønsteret utvikler seg typisk der barnet inkonsekvent blir beroliget og ivaretatt av omsorgsgiveren. Dette kan skje dersom omsorgsgiveren uregelmessig er tilgjengelig, fysisk eller følelsesmessig, eller hvor omsorgsgiveren selv ofte bekymrer seg. Barna blir ofte ansett å være sinte, krevende og trengende (Pearce, 2017, s. 24).

Desorganisert: Desorganiserte barn viser ingen konsistent eller organisert tilknytningsatferd. Ved gjenforening viser de motstridende atferd, for eksempel ved å gå mot omsorgsgiveren mens de vender blikket bort (Pearce, 2017, s. 24). Bevegelsene er ofte kantete og barnet kan stoppe på halvveien og vise frykt overfor moren (Grøholt et al., 2015, s. 24). Barnet vil vekselvis engasjere seg i og løsrive seg fra gjenforeningen. Det er sannsynlig at disse barna har opplevd traumer i forhold til omsorgsgiveren eller i det minste opplevd grov omsorgssvikt (Pearce, 2017, s. 24-25). Dette er et reaksjonsmønster som kan ses som ett av flere tegn hos barn som får diagnosen tilknytningsforstyrrelse (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 73).

Bowlby (1973) lanserte begrepet indre arbeidsmodeller. Dette er en samling av tanker, følelser og handlingsberedskap som er dannet av tidlige samspillserfaringer mellom barn og omsorgsgiver (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 71). Med en trygg tilknytning har barna en arbeidsmodell som formidler at folk er til å stole på, og at de selv kan gjøre mye for å oppnå tillit hos andre mennesker (Helgesen, 2017, s.160). Likeså vil barn som har opplevd trygg tilknytning oppfatte seg selv om verdige og kompetente, mens barn med avvisende, ambivalent eller desorganiserte tilknytningsmønstre har mindre sannsynlighet til å opprettholde en sunn oppfatning av seg selv. Videre vil trygge barn oppleve emosjonell tilknytning til omsorgsgiver, noe som er med på å utvikle deres kapasitet til å vise empati (Pearce, 2017, s. 35). En positiv og trygg oppvekst vil også være med å danne grunnlaget slik at barnet er bedre rustet til å møte motgang og til å akseptere utfordringer og nederlag (Pearce, 2017, s. 36).

2.6 Barnevernets rolle i arbeid med utsatte barn og familier

I barnevernssaker vil det være barnevernsarbeidere som observerer samspillet mellom barn og omsorgsgiveren. Det er derfor viktig at disse gjenkjenner samspillmønstrene som kan føre tilknytningsutviklingen i feil retning. Barnevernet er likevel avhengige av at andre fagfolk som observerer samspillet mellom barn og omsorgsgiver, for eksempel i barnehage og på helsestasjonen, har tilstrekkelig kompetanse i forhold til tilknytning, og at disse varsler dersom tilknytningsatferden er bekymringsfull (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 79).

Tilknytningsteori ligger til grunn i arbeidsmetodene i barnevernet, deriblant i et kartleggingsverktøy som er mer eller mindre nasjonalt implementert i barneverntjenesten (Kvelling, 2015). Teorien har dannet et språk for å begrepsfeste og beskrive visse atferder knyttet til relasjonelle mønstre mellom barn og omsorgsgiver. Som verktøy kan dette nyttes for å forutsi et barns utviklingsløp inn i voksenlivet på bakgrunn av observasjoner gjort av tilknytningen her og nå. Videre gir det mening til begrepet «tidlig intervensjon», ved at å gripe inn så tidlig som mulig vil forbedre deres sjanser for en sunn utvikling (Hennum, 2016, s. 51).

Leder av autismeforeningen i Norge, Annette Drangsholt, og tidligere styreleder i organisasjonen ADHD Norge, Sølvi Glevoll, trekker frem at særlig diagnosene autisme og ADHD har samme symptomer som kan ligne dem man ser ved omsorgssvikt. Det er derfor nødvendig at barnevernet har kompetansen til å skille symptomene en ser ved en diagnose kontra når det er snakk om omsorgssvikt. Styrelederen i organisasjonen ADHD Norge mener at denne kompetansen i mange tilfeller har vært mangelfull (Lauritsen & Fjellveit, 2015).

3.0 Metode

Dalland (2017) omtaler metode som et hjelpemiddel til å forstå hvordan man skal gå fram for å hente eller etterprøve kunnskap (s. 51). Når man velger metode skal dens hovedhensikt være å besvare problemstillingen på best mulig måte. Metoden vil derfor være et godt hjelpemiddel til innsamling av relevant data (Dalland, 2017, s. 51- 52).

3.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie for å besvare problemstillingen min. Dette er en omfattende metode som søker å tolke litteratur innenfor et spesifikt tema. Hensikten er å oppnå ny innsikt ved å gjennomgå eksisterende litteratur (Aveyard, 2018, s. xiii). Dette har blitt særlig viktig innenfor helse- og sosialt arbeid ettersom det hele tiden gjøres ny forskning innenfor feltet (Aveyard, 2018, s. xiv). En litteraturstudie vil samle studier, sammenligne disse, og komme til en konklusjon basert på funnene. Forskjellige biter av forskning og annen evidens kommer sammen for å forme et overblikk over det gitte temaet, og gir et bilde en ikke ville fått dersom en kun leste den ene artikkelen (Aveyard, 2018, s. 6).

En litteraturstudie vil gi meg den dypeste innsikten i forskningen som er gjort på området, sammenlignet med kvalitativ og kvantitativ metode. Mengden litteratur kan være uoversiktlig og funnene kan være motstridige. Likevel gir dette meg muligheten til å se forskning opp mot hverandre, for å se om de har trukket de samme konklusjonene, eventuelt hva som er forskjellig. Det gir meg også muligheten til å se på forskning som har brukt forskjellige metoder, selv om de har forsket på det samme.

I en litteraturstudie innhentes nødvendig data i form av tekst. Hvordan en finner relevant litteratur bør være nøye gjennomtenkt. I søkeprosessen er det derfor viktig å sørge for at en identifiserer all den relevante forskningen som er blitt gjennomgått innenfor temaet, for å sørge for at viktig kunnskap ikke utelukkes. Dette gjør leseren sikker på at du har vært nøye i søket og at funnene er representativ for samlet litteratur (Aveyard, 2018, s. 74). Å finne all forskning innenfor et gitt tema er nærmest umulig. Likevel vil det å søke bredt og ha gode søk hjelpe å identifisere forskningen som passer problemstillingen best. Dette har jeg sikret ved å bruke

forskjellige søkemotorer og forskjellige søk. Når jeg gjorde erfaringer med søkene mine kunne jeg identifisere hvilke søkeord og hvilke søkeplattformer som gav meg de beste resultatene.

Når man gjør søk klarer man ikke identifisere all kunnskapen som finnes på et gitt tema. Det å sette kriterier på forhånd vil hjelpe å spesifisere hva dataene skal inneholde og man unngår samtidig å få opp mye irrelevant litteratur. Dalland (2017) omtaler denne kunnskapen som informasjonskompetanse; evnen til å søke og lokalisere informasjon, og vurdere den kritisk med tanke på pålitelighet og relevans (s. 150). For å få best mulig overblikk over forskningen på området valgte jeg å bruke eksklusjons og inklusjonskriterier. Ett av mine inklusjonskriterier var å se på forskningsartikler som både bruker kvalitativ metode, litteraturstudie og kvantitativ metode. Dette gjorde at jeg kunne se både dybden, bredden og statistikken i forskningen. Artiklene måtte også inneholde både autisme og tilknytningsforstyrrelse, og drøfte disse opp mot hverandre. Videre måtte artiklene ha noe sammenlignbart. Eksklusjonskriteriene mine var artikler som var eldre enn 5 år. Dette fordi det hele tiden kommer ny forskning på området. Sett at det enda ikke er nok kunnskap på feltet, og psykologien hele tiden endrer seg synes jeg det var nødvendig å sette en slik grense. Jeg valgte også å avgrense søkene til artikler som var skrevet på engelsk og norsk. Dersom jeg hadde gjort søkene på nytt kunne jeg også inkludert svenske og danske artikler for å ha fått en større bredde i forskningen.

3.2 Datainnsamling

I begynnelsen av søkeperioden benyttet jeg meg av Oria, Psycinfo og Google Scholar for å se hvilken relevant litteratur som fantes for min aktuelle problemstilling. Mine første søk gjennomførte jeg i perioden 15.01.22 – 17.02.22. I første omgang brukte jeg søkeord som: «autisme», «tilknytningsforstyrrelse», «omsorgssvikt», «attachment disorder», «autism spectrum disorder», «care failure» og «child abuse». Søkene gjorde jeg både på norsk og engelsk. Fra tidlige søk hadde jeg erfaringer med at jeg fikk store treff, sannsynligvis fordi autism spectrum disorder og attachment disorder er diagnoser som brukes internasjonalt. Jeg opplevde det derfor nyttig å avgrense søkene mine til kun engelske artikler. Oria var den søkemotoren jeg opplevde favnet bredest, og jeg endte derfor opp med å finne alle artiklene mine ved bruk av denne. Søkeordene som gjorde at jeg fant artiklene mine var: «attachment disorder», «autism spectrum disorder» og «neglect».

I alle søkene mine valgte jeg å søke på alle norske fagbibliotek, og benyttet meg av «avansert søk» i stedet for «enkelt søk» i Oria. Dette gav meg muligheten til å avgrense søkene mine enda mer ettersom jeg kom opp i flere tusen treff ved å bruke «enkelt søk». Ved å bruke frasen «attachment disorder» OG frasen «autism spectrum disorder» OG enkeltordet «neglect», avgrense søket til å vise artikler fra de siste 5 årene og kun engelske artikler gav dette meg 223 treff. For å begrense søket mitt enda mer valgte jeg å avgrense det ytterligere ved å krysse av for «autism» i emneområdet. Dette gjorde jeg fordi jeg fikk opp mange artikler som bare hadde nevnt diagnosen så vidt i teksten. Begrensningen medførte en reduksjon til 30 treff. Ved en gjennomgang av disse kunne noen ekskluderes enten ved tittel eller ved å lese sammendraget. Deriblant forsket mange av artiklene på betydningen av tilknytning hos barn med en autisme diagnose, noe som var lite relevant for min problemstilling. Av disse plukket jeg ut åtte artikler som jeg valgte å lese gjennom. Etter en nøyere gjennomgang av tekstene valgte jeg ut mine artikler basert på at de hadde ulike metoder, dataene var sammenlignbare og alle var relevante i forhold til problemstillingen. Sett at problemstillingen min er å se på forskning på området, ville jeg vise bredden i forskningen ved å inkludere forskjellige metoder. Til slutt endte jeg opp med tre artikler:

3.3 Analyse av data

1. McKenzie, R. & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632-648. <https://doi.org/10.1177/1359104517707323>

Denne artikkelen valgte jeg fordi den ser på hvilke overlappende symptombilder som er identifisert blant autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse, og hvilke utfordringer dette medfører i forhold til behandling. Undersøkelser som tidligere er blitt gjort på dette området har ofte motstridende funn. Artikkelen har brukt litteraturstudie som metode, noe som gav meg et bredere kunnskapsfelt å analysere, samtidig som det gav et oversiktlig bilde på hvorfor den diagnostiske prosessen er så kompleks.

2. Minnis, H., Messow, C-M., McConnachie, A., Bradshaw, P., Briggs, A., Wilson, P. & Gillberg, C. (2020). Autism and attachment disorder symptoms in the general

population: Prevalence, overlap and burden. *Developmental Child Welfare*, 2(1), 37-51.
<https://doi.org/10.1177/2516103220902778>

Denne artikkelen bruker kvantitativ metode, noe som gjorde at jeg kunne vise til tall på utbredelsen av diagnosene, samt om overlapping mellom diagnosene er til stede i befolkningen generelt. Dette ville gi meg en indikasjon på hvor mange barn som «kvalifiserte» til begge diagnosene.

3. Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Washbusch, D. A. & Baweja, R. (2017). Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 620-631.
<https://doi.org/10.1177/1359104516678039>

Når det gjelder den tredje artikkelen valgte jeg denne fordi den utfordrer diagnosemanualene slik de er skrevet i dag. Denne artikkelen setter spørsmålstegn ved eksklusjonskriteriet som gjør at en ikke kan ha både en tilknytningsforstyrrelse og en autismspekterforstyrrelse. Jeg synes dette var viktig å få med i analysen for å kunne gi et kritisk blick på hvordan diagnostiseringen praktiseres blant behandlere. Denne artikkelen har brukt mixed method som metode, hvorav de har gjennomgått intervju, medisinske journaler, psykologiske tester, kliniske observasjoner og vurderingsskalaer. Dette viser den komplekse utredningen for å finne ut hvilken diagnose barnet kvalifiserer for. Selv om den diagnostiske utredningen ikke er så kompleks i praksis, viser denne detaljerte forskningen troverdige og nøyaktige data.

Da jeg hadde funnet de aktuelle artiklene startet jeg med å oversette jeg dem fra engelsk til norsk. Dette gjorde jeg fordi jeg synes det var lettere å sammenligne artiklene på den måten. Mange av artiklene snakket om det samme, men brukte forskjellige ord for å beskrive dette. Det var lettere å da finne et felles norsk ord under sammenligningen. Etter oversettingen skrev jeg ut artiklene og markerte temaene de tok opp i forskjellige farger. Dette gjorde det oversiktlig, og jeg kunne lettere sammenligne artiklene ut fra temaene de tok opp. Temaene jeg markerte i artiklene var: «Bakgrunnen: hvorfor var det nødvendig å gjennomføre en slik studie», «symptombildet ved diagnosene», «komorbiditet», «feildiagnostisering», «risikofaktorer for utvikling av diagnosene» og «eksklusjonskriteriet». Selv om artiklene bruker forskjellige metode, finnes det flere sammenlignbare faktorer. Det gir videre oppgaven forskjellige vinkler

til å belyse problemstillingen min. Alle artiklene viser til studier som tar opp muligheten for komorbiditet mellom diagnosene. McKenzie & Dallos (2017) og Minnis et al. (2020) ser begge på risikofaktorer ved utvikling av tilknytningsforstyrrelse hos barn med autisme og alle artiklene diskuterer følgene av eksklusjonskriteriet.

3.4 Studiens troverdighet

Når man er kildekritisk både vurderer og karakteriserer man den litteraturen man har funnet. En skal videre kunne redegjøre for hvilke utvelgelseskriterier man har benyttet seg av, der hensikten er at leseren skal ta del i refleksjonene du selv har gjort (Dalland, 2017, s. 158). Når man har funnet en kilde bør denne vurderes kritisk med tanke på relevans i forhold til problemstillingen (Dalland, 2017, s. 150). Kilden må også være pålitelig, noe man kan se ut fra forskerens prosess og nøyaktighet i arbeidet (Dalland, 2017, s. 60).

Som tidligere nevnt er det særlig viktig i en litteraturstudie å være systematisk når man velger ut relevant litteratur. Dersom en ikke gjør dette grundig nok kan man risikere å utelukke studier som er relevante for problemstillingen. Dette vil igjen hindre at man belyser temaet fra alle mulige vinkler, og at man utelukker potensielt viktige data (Aveyard, 2018, s. 74). Med utgangspunkt i dette kan det også tenkes at noen vil gå i fellen med å kun se på litteratur som støtter sin egen antagelse. For å unngå dette valgte jeg blant annet å inkludere en litteraturstudie som allerede hadde samlet mye av forskningen som var gjort på feltet. Da jeg startet å skrive oppgaven visste jeg ikke hvilken konklusjon jeg ville ende med, ettersom jeg hadde liten kompetanse på området. Dette gjorde at jeg stilte meg veldig åpen da jeg fant dataene mine, og lot disse lede meg til konklusjonen.

I arbeidet med å finne data var det viktig for meg å lese om hvordan gjennomføringen av studien har foregått. Herav om den er gjort riktig i forhold til etiske standard, og om gruppen som er analysert representerer et representativt utvalg av befolkningen. Det har også vært viktig å finne relativt ny forskning ettersom diagnosekravene stadig er i endring. Som tidligere nevnt valgte jeg å oversette artiklene fra engelsk til norsk. Jeg anerkjenner at noe av forfatterens tolkning og det som står «mellom linjene» kan ha forsvunnet i oversettelsen av tekstene. To av artiklene er også hentet fra samme tidsskrift. Dette kan ha en uheldig virkning om tidsskriftet har til formål

å fremme et bestemt syn. Da jeg valgte problemstillingen min hadde jeg verken erfaring med autisme eller tilknytningsforstyrrelse. Dette var viktig for meg slik at jeg ikke lot mine meninger stå i veien for forskningen.

4.0 Funn og drøfting

I denne delen skal jeg diskutere funnene fra artiklene og drøfte disse ut fra problemstillingen: *Hva sier forskning om forskjellene mellom autismspekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse, og mulig komorbiditet og feildiagnostisering?* Dette vil jeg gjøre ved å først vise en sammenligning av artiklene ved hjelp av en oversiktstabell for så å presentere artiklene ved å gi et kort sammendrag. Jeg vil starte drøftingen ved å se på muligheten for feildiagnostisering og komorbiditet. Her vil jeg vise til undersøkelser som er gjort for å se om det er en sammenheng med feildiagnostisering og komorbiditet mellom lidelsene. Jeg vil også nevne faktorer som kompliserer diagnostiseringen ytterligere. Videre vil jeg se på risikofaktorer ved det å ha en autismediagnose; spesielt vil jeg drøfte dette opp mot tilknytningsteori. Til slutt vil jeg ta for meg ekskluderingskriteriet i DSM-5 og ICD-10.

4.1 Analyse ved hjelp av en oversiktstabell

For å gi et oversiktlig bilde på hvilke artikler jeg har valgt å inkludere i analysen har jeg valgt å bruke en oversiktstabell. Dette er en oversiktlig måte å presentere funn, hvorav en kan identifisere likheter og forskjeller mellom artiklene.

Tabell 1.

Navn og dato	Tittel	Metode	Respondenter	Alder	Funn	Kritisk vurdering
McKeznie & Dallos, 2017	Autism and attachment difficulties: overlap of symptoms, implications and innovative solutions	Litteraturstudie	-	-	<p>Det er sannsynlig at mange barn mistenkt for tilknytningsvansker vil oppfylle kriterier for autisme.</p> <p>Eksklusjonskriteriet i DSM-5 kan utelukke utredning av tidligere omsorg.</p> <p>Det finnes ingen kasushistorie som sier noe om tilknytningsvansker fra mer subtile forstyrrelser i forholdet (eks en depressiv mor), noe som kan gjøre den diagnostiske prosessen enda mer utfordrende.</p> <p>Barn med tilknytningsforstyrrelse kan bli feildiagnostisert med autisme, men også ha begge diagnosene samtidig.</p> <p>Barn med autisme er utsatt for risikofaktorer, noe som øker sannsynligheten for at autisme og tilknytningsforstyrrelse faller sammen.</p>	<p>Litteraturen som utforsker utbredelsen av tilknytningsforstyrrelse blant barn med autisme er kompleks og selvmotsigende.</p> <p>Mange studier som har blitt gjort har brukt forskjellige utredningsmetoder for å måle forekomst. Blant disse er noen av metodene modifiserte.</p>
Minnis et al., 2020	Autism and attachment disorder symptoms in the general population: prevalence, overlap and burden	Kvantitativ metode: screeningspørreskjema	Foreldre til 3300 barn (hvorav 49 % var jentebarn).	5-6 år gamle barn født I 2004/2005.	<p>Overlapping mellom symptomer på ASD og RAD/DSED er ganske vanlig i den skotske befolkningen.</p> <p>Tall på RAD/DSED er høyere i områder med dårligere sosioøkonomiske forhold</p> <p>Eksklusjonskriteriet blir utfordret i barnepsykiatrien ettersom komorbiditet ofte er regelen heller enn unntaket</p> <p>Barn med autismediagnose har flere risikofaktorer forbundet med omsorgssvikt.</p>	<p>Fikk bare samlet data fra 20,5% av målpopulasjonen; kan derfor ha mistet de mest sårbare familiene.</p> <p>Det var bare 80% av de som deltok i studien som leverte tilbake spørreskjemaet.</p> <p>Mangler diagnostisk informasjon om barna: dataene kan ikke fortelle om barn med overlappende symptomer har begge diagnosene, eller om de rapporterte symptomene foreldrene har beskrevet er like.</p>

Navn og dato	Tittel	Metode	Respondenter	Alder	Funn	Kritisk vurdering
Mayes et al., 2017	Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorder: Co-occurrence and differentiation	Mixed method: semistrukturert intervju, spørreskjema, vurderingsskalaer (Pediatric behaviour scale (PBS)), gjennomgang av medisinske journaler, psykologiske tester og kliniske observasjoner.	RAD/DSED-uten autisme : 7 stk RAD/DSED og autisme : 13 Autisme – uten RAD/DSED: 486 Til sammen: 506 barn	4-17 år.	13 av de 20 barna (65%) med RAD/DSED oppfylte også kravene for autisme, 7 gjorde ikke. Det ble funnet 10 symptomer unike for autisme. Blant barna med RAD/DSED og Autism hadde de minst to av disse symptomene. RAD/DSED og autisme kan eksistere samtidig og symptomer som er unike for autisme skiller barn med RAD/DSED som har versus ikke har autisme med 100% nøyaktighet.	Barna med RAD/DSED som deltok var eldre enn barna med autisme. Studien har bare brukt barn som er henviset pga. pågående problemer. Dataene er derfor ikke representative for alle mishandlede barn.

4.2 Presentasjon av artikler

Her vil jeg gi en kort presentasjon av de valgte artiklene.

Artikkel 1: McKenzie, R. & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632-648. <https://doi.org/10.1177/1359104517707323>

Denne artikkelen gir et bilde på hvilke overlappende symptomer som er identifisert mellom autisme og tilknytningsforstyrrelse. Den viser videre hvilke metoder som brukes under

utredning, og foreslår forbedringer der fokuset er å identifisere behov heller enn å forholde seg til dagens diagnostiske prosedyrer. Artikkelen ser spesielt på utredningsmetodene The Coventry Grid, The Strange Situation Procedure (SSP) og Attachment Q-sort (AQS). Ved å analysere utredningsmetodene vil McKenzie og Dallos se på hvilke erfaringer som allerede er gjort, hvilken kritikk som er rettet mot utredningsmetodene, for så å komme med anbefalinger for bedre bruk.

Artikkel 2: Minnis, H., Messow, C-M., McConnachie, A., Bradshaw, P., Briggs, A., Wilson, P. & Gillberg, C. (2020). Autism and attachment disorder symptoms in the general population: Prevalence, overlap and burden. *Developmental Child Welfare*, 2(1), 37-51. <https://doi.org/10.1177/2516103220902778>

Denne artikkelen undersøker overlappingen mellom symptomer på autisme og tilknytningsforstyrrelser ved hjelp av spørreundersøkelser i et representativt befolkningsutvalg på over 3300 barn i alderen 5-6 år. Undersøkelsen ser på sosiodemografiske faktorer, tjenestebyrde og kostnader i forbindelse med disse problemene når de ble vurdert separat kontra når de forekom samtidig. Artikkelen gir et bilde på hvor mange i befolkningen som har symptomer som tyder på både autisme og tilknytningsforstyrrelser, samt kjennetegn med barn som utvikler diagnosene. Minnis antyder også at samtidig forekomst av tilknytningsforstyrrelse og autisme er mulig, selv om dette utelukkes av diagnosesystemene.

Artikkel 3: Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Washbusch, D. A. & Baweja, R. (2017). Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 620-631. <https://doi.org/10.1177/1359104516678039>

Denne artikkelen har til hensikt å finne ut om barn kan oppfylle kriterier for både autisme og RAD/DSED og å identifisere spesifikke symptomer som kan diskriminere lidelsen. Dette gjør de ved å finne symptomer som er unike for diagnosene.

4.3 Mulighet for feildiagnostisering og komorbiditet

Om man ser på forekomsten av autismspektertilstander de siste 20 årene ser man en markant økning fra tidligere år (Grøholt et al., 2015, s. 169-170). Før lanseringen av DSM-5 var autisme en sjelden sykdom som bare ble diagnostisert hos én per 2000 barn. Forekomsten har nå økt til én per 80 barn i USA, og hele én per 30 barn i Korea (Frances, 2013, s. 147). Årsakene for dette diskuteres fortsatt, men det antas at endringer av de diagnostiske kriteriene og forandret diagnostisk praksis med økt oppmerksomhet rundt tilstanden kan forklare noe av økningen. Det er videre funnet indikasjoner som tyder på en gradvis overgang uten klart skille mellom dårlige sosiale ferdigheter og autisme, noe som også kan gi utslag når forekomsten av autisme beregnes (Grøholt et al., 2015, s. 169-170). Selv om det antas at autisme i hovedsak skyldes en biologisk/genetisk komponent (Stokke, 2011, s. 48), er det ikke identifisert en klart definert årsak for lidelsen (McKenzie & Dallos, 2017, s. 633). Det er også anerkjent at autismediagnosen presenterer seg svært varierende og at den deler sekundær- og primærsymptomer med andre lidelser, deriblant med tilknytningsforstyrrelse (McKenzie & Dallos, 2017, s. 633).

Tilknytningsforstyrrelse er derimot en sjelden diagnostisert diagnose, og forfattere av DSM-5 hevder at mindre enn 10 % av barn som har opplevd alvorlig omsorgssvikt utvikler en tilknytningsforstyrrelse (Bruce et al., 2019, s. 153). Det er likevel liten diskusjon omkring diagnosen i forskningsmiljøet og det er anerkjent mulig komorbiditet mellom autisme og tilknytningsforstyrrelse. Dette er med på å komplisere utredningen ytterligere, samtidig som det øker sannsynligheten for feildiagnostisering (McKenzie & Dallos, 2017, s. 632). Ulike kulturer har også ulik normativ sosial atferd, noe som kan misforstås som en lidelse. For eksempel har tilknytningsforstyrrelse «manglende øyekontakt» inkludert i noen av kriterielistene for diagnostisering, noe som kan være kulturelt betinget heller enn grunnlag for en diagnose (Keating, 1976 sitert i Chaffin et al., 2006, s. 82)

Diagnosesystemene representerer det moderne samfunnets foretrukne måte å organisere lidelse på. Denne organiseringen kan aldri bli helt verdinøytral ettersom det alltid er resultat av en bestemt verdsetting av menneskelig smerte og lidelse (Madsen, 2017, s. 26).

Shea et al. (2000) satt diagnosebruk på spissen ved å vise til fortellingen om Ole Brumm og argumentere for at samtlige av disse kjente figurene i dag ville oppfylt bestemte diagnoser i det nåværende diagnosesystemet. Ole Brumm ville oppfylt kravene for ADHD, alternativt OCD (Obsessive-Compulsive Disorder). Nasse Nøff for generalisert angstlidelse, Tigergutt for ADHD, Petter Sprett for narsissistisk personlighetsforstyrrelse og Tussi for dystymi. Med dette ville de vise at bruken av diagnoser var med på å innsnevre definisjonen av normalitet. Menneskelige væremåter slik som karakterene fra hundremeterskogen ble ikke lenger akseptert, men sykelliggjort gjennom diagnoser. Allen Frances (2013), som var med på å utforme DSM-5, uttrykker denne tendensen ved å si at:

We are not sicker than before, just better able to spot previously missed sickness. There has been no real epidemic of mental illness, just a much looser definition of sickness, making it harder for people to be considered well. The people remain the same; the diagnostic labels have changed and are too elastic. Problems that used to be an expected and tolerated part of life are now diagnosed and treated as mental disorder. We are not a sicker society in any real sense – even if we see ourselves that way (s. 82).

Helt siden homoseksualitet ble tatt bort fra DSM3 har systemene blitt kritisert for at beslutningene om hvilke diagnoser som er inkludert, og ikke, er mindre basert på vitenskap og mer basert på politiske hensyn. Kritikere hevder videre at manualene er kulturelt betinget, og at de fremmer det vestlige synet på psykiske lidelser (Raskin, 2019, s. 80-81).

Dette er faktorer som vil være med på å komplisere diagnostiseringen. En diagnose som blir gitt i den vestlige verden er gjerne helt usannsynlig i andre land. Diagnosen bestemmes ut fra de gjeldende normene i samfunnet og tiden en lever i, og er derfor i stadig endring. I tillegg finnes det flere likhetstrekk mellom diagnosene slik de står i dag, og jeg vil derfor se på studier som er gjort for å kartlegge det sammenfallende symptombilde mellom lidelsene, og mulig komorbiditet.

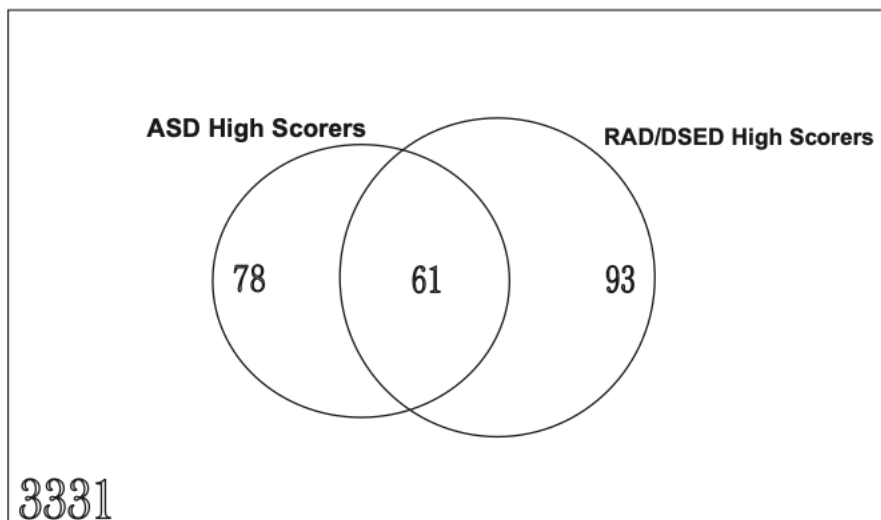
McKenzie & Dallos (2017) viser til evalueringer som er gjort av rumenske barn adoptert fra institusjoner karakterisert av utilstrekkelig omsorg. Disse barna har vist høye nivåer av autistiske trekk, selv om kasushistorien indikerer tilknytningsforstyrrelse. I en studie av Rutter et al. (1999) oppfylte tolv prosent av barna kriteriene for autisme, hvorav seks prosent av disse hadde høye autistiske trekk. En sammenlignbar studie av Green et al. (2016) sitert i McKenzie & Dallos (2017) fant også at elleve prosent av barn som ble adoptert bort som følge av omsorgssvikt eller mishandling viste høy forekomst av alle autistiske symptomer, med

ytterligere 18,5 % som viste noen symptomer. Dette viser at selv om forløpet indikerer tilknytningsforstyrrelse, får mange stilt diagnosen autisme. Feilen blir ikke oppdaget før de har bosatt seg i omsorgsfamilier, og symptomene på autisme begynner å avta (McKenzie & Dallos, 2017, s. 634).

I Mayes et al. (2017) sin studie søker de å sammenligne symptomene for autisme og tilknytningsforstyrrelse. I studien ble The Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD) brukt på til sammen 506 barn hvorav de undersøkte 20 barn med RAD/DSED og 486 barn med autisme. I alt oppfylte 13 av de 20 (67%) barna med RAD/DSED kriteriene for en autismspekterforstyrrelse. Dette viser at RAD/DSED kan opptre sammen med autisme. Likevel identifiserer studien symptomer som er unike for autismsmelidelsen. Disse inkluderer blant annet stereotypier, tvangsmessige interesser, uvanlige frykter (f.eks for heiser, tornadoer, små rom), trang til bevegelse (for eksempel hopping og klapping), kresen i forhold til mat og normale motoriske og forsinkede talemilepæler. Hos barna med RAD/DSED og autisme ble det identifisert minst 2 av disse symptomene, i motsetning til barna uten autisme der ingen viste disse symptomene. For eksempel ble uvanlige frykter observert i gruppen RAD/DSED og autisme også rapportert i gruppen autisme uten RAD/DSED, men ikke i gruppen RAD/DSED uten autisme.

Moran (2010) sitert i McKenzie & Dallos (2017) har likevel identifisert åtte symptomer som opptrer i begge tilstandene: atypisk lek, lite fleksibilitet, dårlig sosial interaksjon, dårlig kommunikasjon, mangler i emosjonsregulering, problemer med mentalisering, problemer med kognitiv kontroll og sensoriske vansker (s. 634).

I studien til Minnis et al. (2020) ble det kartlagt hvor mange i den skotske befolkningen som hadde symptomer som kunne tyde på både en tilknytningsforstyrrelse og en autismspekterforstyrrelse.



Figur 1. Antall barn med autisme, RAD/DSED og barn med overlappende symptomer.

Fra «Autism and attachment disorder symptoms in the general population: Prevalence, overlap and burden,» av H. Minnis, C. Messow, A. McConnachie, P. Bradshaw, A. Briggs, P. Wilson & C. Gillberg, 2020, *Developmental Child Welfare*, 2(1), s. 43. (<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/2516103220902778>). CC BY.

Av barna som ble kartlagt viste 139 barn positiv score for en autismspekterforstyrrelse, mens 154 barn viste positivt for en tilknytningsforstyrrelse. 61 av disse hadde overlappende symptomer, som vist i tabellen ovenfor. Dette viser at overlapping mellom symptomene er ganske vanlig, noe som samsvarer med nyere funn innen barn og unges psykiske helse (Eknes et al., 2008, s. 155).

Som tidligere vist har Ainsworth et al. (1978) identifisert tre kategorier av reaksjonsmønstre gjennom prosedyren «The Strange Situation», hvor Main (1996) senere identifiserte en fjerde kategori. McKenzie & Dallos (2017) kommer fram til konklusjonen om at diagnosen autisme sannsynligvis vil falle inn i en av tre grupper etter en kritisk gjennomgang av tilgjengelig litteratur (s. 633). Disse inkluderer barn med autisme som har trygg tilknytning, de med autisme med usikker tilknytning og de som har blitt feildiagnostisert og har tilknytningsrelaterte forstyrrelser (McKenzie & Dallos, 2017, s. 633).

Selv om alle studiene har funnet indikasjoner på at barn kan kvalifisere for begge lidelsene, kan dette vel så mye handle om for store «inngangskriterier» for diagnosene. Ved å snevre inn

definisjonen av normalitet ekspanderer vi dermed rommet for sykdom og diagnose. Det finnes ingen naturlig grense for hva som er normalt, og hva som er «sykt». Denne grensen er i tillegg dynamisk, og vil variere over tid og mellom kulturer (Grøholt et al., 2015, s. 49; Lauveng, 2020, s. 20).

4.4 Risikofaktorer for barn med autisme

Som vi har sett i omtalte studier finner alle tegn på at symptomene overlapper. Dette er i tråd med tidligere studier som viser at nesten alle komorbide lidelser kan gi symptomer som også finnes i autisme (Grøholt et al., 2015, s. 172-173). Videre viser det at barn med tilknytningsforstyrrelse ikke bare kan bli feildiagnostisert med autisme, men at det også er mulig å ha begge lidelsene samtidig.

For et barn med autisme kan etablering av tilknytning være spesielt vanskelig ettersom diagnosen gjerne kjennetegnes av svekkelser i sosial interaksjon og kommunikasjon (Rutgers et al., 2007, s. 187). Barnet kan også vise manglende interesse for foreldrenes oppmerksomhet og introverthet ved at det trekker seg bort for å holde på med småting alene. Noen reagerer heller ikke på navnet sitt ved å snu seg, og det kan vise liten grad av sosial sensitivitet (Eknes et al., 2008, s. 52).

Dette kan utgjøre spesielle belastninger for foreldrene ved at de ikke får den anerkjennelsen de behøver. På grunn av barnets dårlige verbale signaler kan dette få foreldrene til å kjenne på en slags håpløshet, og at de ikke strekker til. Slike symptomer er høyst sannsynlig å forstyrre samspillet mellom barnet og deres omsorgspersoner, noe som øker risikoen for å utvikle usikre tilknytningsmønstre (McKenzie & Dallos, 2017, s. 632 - 640). Det er videre vist at korrespondensen av foreldre til barn med autismspekterforstyrrelse og samtidige psykiske lidelser er utbredt, hvorav Hallett et al. (2013) sitert i McKenzie & Dallos (2017) fant at 50% av foreldre har en psykisk lidelse (s. 639). Familier med barn med autisme har også høyere forekomst av depresjon, angst og sosial fobi enn familier med normalt utviklede barn, eller barn med andre utviklingsforstyrrelser (Mazefsky et al., 2008, sitert i McKenzie & Dallos, 2017, s. 639).

På tross av risikoen for å utvikle usikre tilknytningsmønstre er det vist at barn med autisme er i stand til å danne trygge relasjoner med sine tilknytningsfigurer. Sammenlignet med andre barn er dette likevel betydelig vanskeligere (Rutgers et al., 2007, s. 187). Barn med autisme kan forme selektiv tilknytning til omsorgspersoner (Stokke, 2011, s. 48), noe som vil spille en viktig rolle i deres videre utvikling, selvoppfattelse og forståelse av andres reaksjonsmønstre (Pearce, 2017, s. 33).

Barn med en nevroutviklingsforstyrrelse (som autisme) har likevel en høyere risiko enn jevnaldrende for å oppleve mishandling (McDonnell et al., 2019; Stern et al., 2018 sitert i Minnis et al. 2020, s. 38). Dette fordi symptomene på en autismspekterforstyrrelse kan øke foreldrenes stress, og dermed sette barnet i fare for å bli mishandlet (Miranda et al., 2015 sitert i Minnis et al. 2020, s. 38). Likevel er det en stor misforståelse at utrygg tilknytning kun oppstår som følge av alvorlig mishandling eller alvorlig mangel på omsorg. Et barn kan føle seg utrygt uavhengig av om foreldrenes intensjoner var bevisst destruktive eller ikke. Dette viser at den mest utrygge tilknytningen også kan være et resultat av velmente handlinger under vanskelige omstendigheter (Dallos, 2006; Marvin & Stewart, 1990 sitert i McKenzie & Dallos, 2017, s. 639). Sett at barn med en autismspekterforstyrrelse har en ekstra risiko for å oppleve omsorgssvikt står disse i fare for å utvikle problemer som direkte oppstår fra overgrep og omsorgssvikt.

4.5 Eksklusjonskriteriet

På tross av funn som tyder på at autisme har en høyere sannsynlighet for å oppleve omsorgssvikt, ekskluderer både DSM-5 og ICD-10 autisme som mulig komorbid diagnose med begge tilknytningsforstyrrelsene (Stokke, 2011, s. 31). Dette kan oppleves kontraintuitivt ettersom autisme er en nevrogenetisk lidelse og tilknytningsforstyrrelse er resultat av alvorlig omsorgssvikt. Gitt de forskjellige etiologiene er det ingenting som tilsier at disse ikke kan opptre samtidig (Mayes et al., 2017, s. 628). I tillegg påpeker Grøholt et al. (2015) at det er vanlig at lidelser, deriblant tilknytningsforstyrrelser, forekommer samtidig med autismspekterforstyrrelse (s. 172-173). Kriteriene i DSM poengterer at RAD kun skal gis der barnet ikke oppfyller kriterier for autismspekterforstyrrelse. Dette åpner likevel opp for feildiagnostisering dersom det ikke er foretatt en nøye vurdering av tidligere historie (McKenzie & Dallos, 2017, s. 633).

På den andre siden er tilknytningsforstyrrelse en enkel diagnose å ty til dersom det er kjent at barnet har opplevd omsorgssvikt. Likevel kan flere vanlige diagnoser bedre forklare vanskelighetene barnet opplever. Det bør derfor ikke antas at tilknytningsforstyrrelse ligger til grunn for alle utviklingsmessige problemer man ser hos fosterbarn, adoptivbarn eller barn som blir mishandlet. Mange barn som blir mishandlet takler det bra, og symptomer kan være forbigående (Chaffin et al., 2006, s. 81).

Stokke (2011) poengterer at ICD tydelig beskriver hva som skiller diagnosene, og viser det derfor umulig at tilstandene kan forekomme samtidig da tilknytningsforstyrrelse forutsetter normal sosial samhandling, mens autismespekterforstyrrelse kjennetegnes av kvalitativ svikt i evne til gjensidig sosial samhandling (s. 31). Likevel, om man ser på tidligere studier som er gjort i forbindelse med diagnosene, har disse utelukkende vurdert lidelsene separat (Minnis et al., 2020, s. 37). Minnis et al. (2020) poengterer at dette oppleves selvmotsigende ettersom det er anerkjent at samtidige traume og nevroutviklingsforstyrrelser er vanlig hos mishandlede barn (s. 37). I studier gjennomført av McKenzie & Dallos (2017) og Minnis et al. (2020) har begge sett på muligheten for komorbiditet mellom diagnosene. Disse kommer fram til at dette er sannsynlig, særlig med tanke på risikofaktorene som allerede er forbundet med autismespekterforstyrrelse og omsorgssvikt.

På tross av at kravene i diagnosemanualene er klare og ofte gjenkjennelige hos pasienten kan diagnoser være vanskelig å stille i praksis ettersom man vet lite om omfanget og stabiliteten av RAD symptomer over tid (Bruce et al., 2019, s. 152; Grøholt et al., 2015, s. 179). Dette poengterer Frances (2013) med å si at «DSM has to stay simple, but psychiatry doesn't» (25). Når diagnoser har sammenfallende kriterier må det ofte gjøres konkrete og vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger (Stokke, 2011, s. 31). Eksklusjonskriteriet nedtoner denne vurderingen ettersom en vurdering av autisme skal foretas før en vurderer tilknytningsforstyrrelse dersom psykiatrikeren er i tvil.

Slike ekskluderende diagnostiske systemer blir i økende grad utfordret i barnepsykiatrien ettersom overlapping mellom diagnoser ofte er regelen heller enn unntaket (Gillberg, 2010; Minnis, 2013 sitert i Minnis et al., 2020, s. 39). En full forståelse av et barns profil er videre avgjørende for å planlegge videre behandling (Hunt & Rodwell, 2018 sitert i Minnis et al.,

2020, s. 39). Zenah og Gleason (2010) sitert i Mayes et al. (2017) forklarte i en anmeldelse av DSM-5 at det var utilstrekkelige data til dags dato som har adressert hvorvidt tilknytningsforstyrrelse og autismespekterforstyrrelse kan oppstå samtidig og at det var ingen åpenbare grunner til at et barn ikke kan ha både en autismespekterforstyrrelse og en tilknytningsforstyrrelse (s. 621). Dette støttes også med funnene i Mayes et al. (2017) sin studie hvor 65% av de henviste barna med RAD/DSED også oppfylte kriteriene for autisme (s. 625).

ICD-10 viser videre til at de avvikende sosiale responsene man ser ved en tilknytningsforstyrrelse bedres under gode omsorgsvilkår, mens tilsvarende bedring ikke viser ved en autismediagnose ved miljøskifte (Stokke, 2011, s. 41). Dette er problematisk dersom et barn med autisme også har en tilknytningsforstyrrelse som ikke blir oppdaget fordi symptomene kan forklares med autismediagnosen. Siden tilknytningsforstyrrelse har et bedre behandlingsperspektiv ville også symptomene kunne blitt mindre selv med en autismediagnose, ettersom noen av symptomene kan tilskrives tilknytningsforstyrrelsen. Selv om barnevernet og andre instanser er opplært til å observere samspillet mellom barn og omsorgsgiver, og varsle dersom tilknytningsatferden er bekymringsfull (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 79), er det ikke sikkert at dette blir oppdaget ettersom symptomene kan forklares ut fra barnets diagnose. En potensiell feildiagnostisering vil derfor gi alvorlige konsekvenser sett at denne legges til grunn for vurderingen av omsorg og omsorgsrettede tiltak (Stokke, 2011, s. 5).

5.0 Avslutning

Som vi har sett mangler det fortsatt kunnskap om lidelsene og muligheten for komorbiditet. Flere forskere (Mayes et al., 2017; Minnis et al., 2020; McKenzie & Dallos, 2017) peker på mangelfull forskning både i forhold til enkeltdiagnosene, og i forhold til komorbiditet og feildiagnostisering mellom diagnosene. Selv om det er anerkjent at symptombildet til lidelsene presenterer seg nærmest identisk, er det ikke utarbeidet en metode som brukes under utredning for å skille mellom diagnosene. Noe av årsaken for dette kan begrunnes med eksklusjonskriteriet i diagnosesystemene som utelukker komorbiditet med autismespekterforstyrrelse ved diagnostisering av tilknytningsforstyrrelse. Dette medfører at dersom et barn vurderes for en tilknytningsdiagnose, må barnet gjennom utredning for autisme med mindre det er en klar sammenheng med omsorgssvikt.

Eksklusjonskriteriet har ført til debatt i forskningsmiljøet ettersom den ene diagnosen i hovedsak skyldes miljø, mens den andre i hovedsak skyldes genetikk (Stokke, 2011, s. 48). Det er derfor ingenting som tilsier at et barn med en medfødt genfeil ikke kan oppleve omsorgssvikt. Dersom det ikke foreligger en nøye gjennomgang av barnets historie kan dette også være med på å skygge over eventuell mishandling ettersom barnets symptomer kan forklares med en autismediagnose. Dermed har symptomene en naturlig forklaring, og det er ikke nødvendig med nærmere oppfølging i hjemmet. På tross av debatten i forskningsmiljøet er det ikke gjort noen endringer ved den nyere revisjonen til ICD-11 i forhold til eksklusjonskriteriet (National Committee on Vital and Health Statistics, 2021). Flere har også hevdet at ved nyere revisjoner av manualene har inngangskriteriene for visse diagnoser blitt så store at spørsmålet om hva vi anser som normalt og unormalt har fått større plass. Selv om en diagnose kan åpne opp for behandling og tiltak fører det også med et stigma, og realiseringen av en diagnose oppleves ikke positivt for alle.

Studier viser videre til at behandlingseffekten for diagnosene er ulik. Behandlingseffekten for tilknytningsforstyrrelse er antatt å være god (Stokke, 2011, s. 41), og man vil ofte se en bedring ved miljøskifte. Dette har vi sett i studier der barn har blitt omplasserte, og symptomene dermed har begynt å avta (McKenzie & Dallos, 2017, s. 634). Autisme ses derimot på som en livslang lidelse (Stokke, 2011, s. 41). Med utgangspunkt i dette vil det være uheldig at barn med autisme ikke utredes for tilknytningsforstyrrelser. Dersom et barn har begge diagnosene kan det være

uklart hvilke symptomer som kan tilskrives den ene og den andre lidelsen. Som følge av at en tilknytningsforstyrrelse ikke blir oppdaget kan barnet bli fanget i et dårlig miljø, uten muligheten til å få behandlingen hen har krav på. Barnet kan derfor leve med symptomer og store påkjenninger, noe som kunne vært unngått dersom det ble behandlet også for denne diagnosen.

Kunnskaper om dette er viktig ettersom det sier noe om uenighetene omkring diagnosemanualene. Det viser videre at man ikke kan stole blindt på en diagnose, og understreker betydningen av å se behov framfor diagnose. Psykiatrien er i stadig utvikling, og det utvikles hele tiden ny kunnskap på området. Å ha kunnskaper om feildiagnostisering, og hvilke følger dette kan få for individet vil være nyttig i alle sosialfaglige sammenhenger. Å la en diagnose skygge over for behandling, oppfølging i hjemmet og omsorgsrettede tiltak vil være uheldig både for barnet, familien og hjelpeapparatet. Det sier også noe om vår forståelse av sykelighet og normalitet, og hvordan vi hele tiden snevrer inn grensen for hva som anses normalt.

Fra tidligere har vi sett at barnevernet har havnet i situasjoner der autisme har skygget over for mishandling i hjemmet. Likevel er det nyttig at også andre helse- og sosialtjenester rundt barnet har kunnskaper om dette, herav skole, barnehage, SFO, helsestasjon og lignende. Dette sørger for å gi barnet en helhetlig oppfølging og behandlingen hen har krav på.

I forhold til videre forskning hadde det vært interessant å sett på behandlingseffekten av barn med autisme og samtidig tilknytningsforstyrrelse. Dette er likevel vanskelig å oppnå ut fra dagens diagnosesystemer siden denne komorbiditeten utelukkes. Dog hadde det vært interessant å sett hvor mye bedring et barn med autisme og RAD/DSED hadde fått av en slik behandling. Det mangler enda mye forskning og kunnskaper på området, noe flere av forfatterne i teksten min peker på. RAD og DSED er relativt nye diagnoser, og det mangler kunnskaper om omfanget og stabiliteten av symptomer over tid (Bruce et al., 2019, s. 152).

Dersom jeg hadde hatt bedre tid ville det vært interessant å sett på flere artikler for å gi et bredere perspektiv på forskningen som er gjort. Det etterlyses enda mer forskning på feltet, og dersom jeg hadde skrevet oppgaven min om noen år, kunne den muligens sett helt annerledes ut.

Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum. * **(466 sider)**
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5.utg.). American psychiatric association. * **(44 sider)**
- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4.utg.). Open University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: 1: Attachment*. The Hogarth Press. *
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: 2: Separation: anxiety and anger*. The Hogarth Press. * **(20 sider)**
- Bowlby, J. & World Health Organization. (1952). *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children* (2. utg.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40724> * **(183 sider)**
- Bruce, M., Young, D., Turnbull, S., Rooksby, M., Chadwick, G., Oates, C., Nelson, R., Young-Southward, G., Haig, C. & Minnis, H. (2019). Reactive Attachment Disorder in maltreated young children in foster care. *Attachment & Human Development*, 21(2), 152-169. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1499211> * **(17 sider)**
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Gyldendal akademisk.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B. E., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., 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. <https://doi.org/10.1177/1077559505283699> * **(9 sider)**

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk. * **(260 sider)**
- Ekeland, T.-J. (2017). Psykiatridiagnoser – Til pasientens beste? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 43-53. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-05>
- Eknes, J., Bakken, T. L., Løkke, J. A. & Mæhle, I. (2008). *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Universitetsforlaget. * **(16 sider)**
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Morrow. * **(314 sider)**
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerchild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Universitetsforlaget. * **(18 sider)**
- Halvorsen, T. (2018). Glimt fra tilknytningsteoriens historie. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 95(1), 50-69. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2018-01-05> * **(19 sider)**
- Harsem, A. (2018). *Mammas svik*. Cappelen Damm. * **(239 sider)**
- Helgesen, A. L. (2017). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (3. utg.). Cappelen damm akademisk
- Hennum, N. (2016). Kunnskapens makt i beslutninger. I Christiansen, Ø. & Kojan, H. B. (Red.), *Resultater i barnevernet* (s. 48 – 61). Universitetsforlaget.
- Hong, M., Moon, D. S., Chang, H., Lee, S. Y., Cho, S. W., Lee, K.-S., Park, J.-A., Lee, S. M. & Bahn, G. H. (2018). Incidence and Comorbidity of Reactive Attachment Disorder: Based on National Health Insurance Claims Data, 2010-2012 in Korea. *Psychiatry Investigation*, 15(2), 118-123. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.11.01> * **(5 sider)**
- Kolsrud, K. (2022, 18. Februar). Tolga-saken: får saksøke kommunen for EMK-krenkelse etter vergemål. *Rettt24*. <https://rett24.no/articles/tolga-saken-far-saksoke-kommunen-for-emk-krenkelse-etter-vergemal> *

- Kumsta, R., Kreppner, J., Kennedy, M., Knights, N., Rutter, M. & Sonuga-Barke, E. (2015). Psychological consequences of early global deprivation: An overview of findings from the English & Romanian Adoptees study. *European Psychologist*, 20(2), 138-151. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000227> * (13 sider)
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk * (552 sider)
- Lauritsen, E. N. & Fjelltveit, I. (2015, 3. August). Etterlyser et mer lydhørt barnevern. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/pxy1/etterlyser-et-mer-lydhoert-barnevern>
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: Refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 25-42. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04> * (17 sider)
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-243. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.237> * (7 sider)
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A. & Baweja, R. (2017). Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 620–631. <https://doi.org/10.1177/1359104516678039> * (11 sider)
- McKenzie, R. & Dallos, R. (2017). Autism and attachment difficulties: Overlap of symptoms, implications and innovative solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 632-648. <https://doi.org/10.1177/1359104517707323> * (16 sider)
- Mikkelsen, M., Norman, G., M., Haugsbø, F. & Sørbo, K. (2018, 6. Oktober). Tre brødre på Tolga. VG. <https://www.vg.no/spesial/2018/verge/> * (8 sider)

- Minnis, H., Messow, C-M., McConnachie, A., Bradshaw, P., Briggs, A., Wilson, P. & Gillberg, C. (2020). Autism and attachment disorder symptoms in the general population: Prevalence, overlap and burden. *Developmental Child Welfare*, 2(1), 37-51. <https://doi.org/10.1177/2516103220902778> * (14 sider)
- Myklebust, M. & Frøysa, K. (2018, 30. April). Misbrukt av mamma. NRK. <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/misbrukt-av-mamma-1.14021267#authors--expand> * (6 sider)
- National Committee on Vital and Health Statistics. (2021). *Subject: Updated Recommendations for Immediate Action on ICD-11* [Recommendation Letter]. <https://ncvhs.hhs.gov/wp-content/uploads/2021/09/NCVHS-ICD-11-recommendations-for-HHS-Sept-10-2021-Final-508.pdf>
- Pearce, C. (2017). *A short introduction to attachment and attachment disorder* (2. utg.). Jessica Kingsley Publishers. * (160 sider)
- Raskin, D. J. (2019). *Abnormal psychology: Contrasting perspectives*. Macmillian international. * (68 sider)
- Rutgers, H. A., Van Ijzendoorn H. M., Bakermans-Kranenburg, J. M. & Swinkels, H. N. S. (2007). Autism and Attachment: The attachment Q-sort. *SAGE Publications and The National Autistic Society* 11(2), 187-200. * (13 sider)
- Shea, S. E., Gordon, K., Hawkins, A., Kawchuk, J. & Smith, D. (2000). Pathology in the hundred acre wood: A neurodevelopmental perspective on A.A. Milne. *Canadian Medical Association. Journal: CMAJ*, 163(12), 1557–1559. * (3 sider)
- Stokke, G. (2011). *Autismeforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse: kunnskapsstatus i forhold til likheter, Komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer* (Rapport nr. 2.). Autismeenheten, Nasjonal kompetanseenhet for autisme. * (73 sider)
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Wilkinson, S. (2019, 21. Mars). *Vurdering av tilknytning*. Den norske legeforening.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/den-barne-og-ungdomspsykiatrisk-vurdering/vurdering-av-tilknytning/> * (4 sider)

World Health Organization. (1999). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Universitetsforlaget. * (12 sider)

Selvvalgt pensum: 2 314 sider