

## ШТО ЗНАЕМЕ ЗА „НАРУШУВАЊАТА ВО ПРИВРЗУВАЊЕТО“?

ПАТРИЦИЈА ВЕЛОТИ<sup>1</sup>,  
СИМОНА ДИ ФОЛКО<sup>2</sup>,  
ЏУЛИО ЧЕЗАРЕ ЗАВАТИНИ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт за образовни науки,  
Универзитет Џенова,

<sup>2</sup> Институт за динамична и клиничка  
психологија, Универзитет Сапиенца, Рим

Примено: 27. 03. 2013  
Прифатено: 07. 08. 2013  
UDK: 159.922.73-056.47

### Резиме

Современата носологија опишува реактивно нарушување во приврзувањето претставено од два различни вида нарушувања: *реактивно нарушување на приврзувањето*, што се карактеризира со значително воздржано и емоционално повлечено однесување кон возрасните старатели, минимално барање поддршка или минимално реагирање на поддршката во време на вознемиреност, и *невоздржано нарушување на социјалното вклучување* што е претставено со неселективно социјално однесување кое не е во рамките на конвенционалната култура и ги поминува социјалните граници во присуство на непознати возрасни лица. И двете нарушувања, без оглед на нивните различни фенотипи, се предизвикани од патогената средина на растење, повторливи промени на облиците за приврзување, социјално запоставување и лишување во првите години од животот.

Оваа студија ги испитува современите дијагностички критериуми наведени во литературата што ги споредува дијагностичките класификации и се обидува да ја разбере етиологијата на нарушувањето. Постојат нерешени прашања во современата носологија, што значи дека квалитетот на доказите што ги подржуваат дијагностичките критериуми треба да се подобри. Овој труд заклучува дека, и покрај достапните современи дијагностички класификации,

Адреса за кореспонденција:

Патриција ВЕЛОТИ,

Институт за образовни науки, Универзитет Џенова,  
Корсо Подеста, 2, 16128 Џенова, Италија

Е-пошта: patrizia.velotti@unige.it

## WHAT WE KNOW ABOUT “ATTACHMENT DISORDERS” IN CHILDHOOD

Patrizia VELOTTI<sup>1</sup>,  
Simona DI FOLCO<sup>2</sup>,  
Giulio CESARE ZAVATTINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Educational Sciences,  
University of Genova

<sup>2</sup> Department of Dynamic and Clinical  
Psychology, Sapienza University of Rome

Received: 27. 03. 2013  
Accepted: 07. 08. 2013  
Review Article

### Abstract

Current nosology describes reactive attachment disorder as represented by two distinct disorders: *reactive attachment disorder*, characterized by markedly inhibited and emotionally withdrawn behavior toward adult caregivers, minimally seeking comfort or minimally responding to comfort in time of distress, and *disinhibited social engagement disorder*, which is represented by an indiscriminate social behavior, sanctioned from culture and which crosses social boundaries, in the presence of unfamiliar adults. Both disorders, despite their different phenotypes, are caused by a pathogenic caregiving environment, repeated changes of attachment figures, social neglect and deprivation in the first years of life.

The article examines recent diagnostic criteria reported in the literature comparing diagnostic classifications and attempting to understand the etiology of the disorder. Unresolved questions exist in current nosology, which means that the quality of the evidence supporting the diagnostic criteria needs to be improved. This review concludes that, despite the currently available diagnostic classifications, future longitudinal studies

Corresponding Address:

Patrizia Velotti

Department of Educational Sciences, University of Genova,  
Corso Podestà, 2, 16128 Genoa, Italy

E-mail: patrizia.velotti@unige.it

треба да се направат понатамошни лонгитудални студии за да се разбере еволуцијата на реактивното нарушување на приврзувањето и да се одделат неговите карактеристики од останатите психопатологии.

**Клучни зборови:** *реактивно нарушување на приврзувањето (РНП), дијагностички критериуми, приврзување*

## Вовед

Од 1950 до 1980 теоретската рамка на теоријата на приврзување обезбеди важни емпириски откритија во однос на афективното и социјалното однесување на децата (1, 2). Всушност, теоријата на приврзување се фокусира на тенденцијата на новороденчињата да бараат блискост од одредена личност со која се врзуваат (сигурна база) за да добиваат заштита и поддршка. Сигурната база е избрана личност за приврзување која може на чувствителен начин да одговори на потребите на детето, и кај која детето се враќа периодично.

Од оваа перспектива, квалитетот на приврзувањето на новороденчето е директно поврзан со квалитетот на грижата што ја добива новороденчето. Сигурно приврзаните деца се чувствуваат безбедно и можат да зависат од возрасните што се грижат за нив. Овие деца знаат дека оној што ги чува ќе им обезбеди поддршка и утеха, па затоа се чувствуваат слободно да ги бараат кога имаат потреба. Спротивно од ова, несигурно приврзаното дете се соочува со неможност и непредвидливоста на родителите/старателите. Несигурните анксиозни деца избегнуваат близина со фигурата за приврзување, додека несигурните отпорни деца ги зголемуваат знаците на вознемиреност за да добијат внимание од оној што се грижи за нив. Спротивно од ова, неорганизираните деца покажуваат недостаток на јасна стратегија за добивање поддршка од оној што се грижи за нив. Реактивното нарушување на приврзувањето (РНП) е развојно нарушување што се јавува како резултат на сериозно малтретирање и/или запоставување на детето или патогена состојба во средината за чување. Се карактеризира со несоодветни начини на приврзување со непознати во поголем дел случаи, или пак се јавува во форма на постојан неуспех да се вклучат и да учествуваат во социјалните интеракции на соодветен начин.

should be conducted to assess the evolution of reactive attachment disorder over the time and to discriminate its features from other psychopathologies.

**Keywords:** *Reactive attachment disorder (RAD), diagnostic criteria, attachment*

## Introduction

From the 1940s to the 1980s, the theoretical framework of attachment theory provided essential empirical findings regarding the social and affective behavior of children (1,2). In particular, attachment theory focuses on the tendency of infants to seek proximity to a specific attachment figure (a secure base) in order to gain protection and comfort. The secure base is a selected attachment figure that is available to respond in a sensible way to the child's needs for comfort and protection and to whom the child returns periodically.

From this perspective, the quality of infant attachment is directly related to the quality of care giving that the infant experiences. Securely attached children feel safe and able to depend on their adult caregivers. These children know that their caregivers will provide comfort and reassurance, so they are comfortable to seek the caregivers in times of need. In contrast, insecurely attached children deal with their caregivers' unavailability or unpredictability. In contrast, disorganized children show a lack of a coherent strategy for eliciting comfort from a caregiver.

Reactive attachment disorder (RAD) is a developmental disorder resulting either from severe abuse and/or from neglect of a child or from an environmental pathogenic care giving condition. It is characterized by inappropriate ways of relating to strangers in most contexts, or it can take form of a persistent failure to engage and participate in social interactions in a developmentally appropriate way.

### Критериуми за дијагноза: Од ДСМ III до ДСМ V (Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања)

Во ДСМ III(3) реактивното нарушување на приврзувањето се јавува како нарушување на расположението и се карактеризира со два главни аспекта: застој и недостаток на социјално реагирање.

При проверката на ДСМ III, ДСМ III-R (3), дијагнозата за нарушување на приврзувањето претрпела промени и биле издвоени два подвита: реактивно нарушување на приврзувањето, неселективно социјално невоздржување и реактивно нарушување на поврзувањето, емоционално повлечено/воздржано. Оваа разлика останала во ДСМ IV (5) и биле задржани во ДСМ V со понатамошни промени, како што и овој труд прави разлика на две различни нарушувања, а не на два подвита на исто нарушување (6,7).

Во ДСМ V, реактивното нарушување на приврзувањето се дефинира како видлив модел на воздржано, емоционално повлечено однесување кон возрасните старатели, главно окарактеризирано со фактот дека детето бара минимална поддршка или минимално реагира на поддршката кога е вознемирено. Во споредба со дефиницијата на ДСМ IV, ДСМ V повеќе се фокусира на абнормалното нарушување на приврзувањето (страв, вознемиреност, замор) отколку на социјалното однесување затоа што се работи за недостаток на селективно поврзување што влијае на социјалното функционирање. Според тоа, постојаниот модел на социјално и емоционално нарушување се карактеризира со минимално социјално и емоционално реагирање, ограничено влијание и необјасниви епизоди на иритираност, тага, страв што се очигледни во незастрашувачки интеракции со возрасен. Овој аспект се разликува од претходниот со тоа што ја ограничува дијагнозата на децата кои имаат и емоционално нарушување и недостаток на селективна фигура за приврзување. Недостаток на грижа, вклучувајќи го и социјалното запоставување, лишување, недостаток на внимание и поддршка на детските емоционални потреби, недостаток на стимулација, повторливи промени на примарниот старател и одгледување во сиропиталишта или институции, е слично со описот на ДСМ IV, но овие специфични состојби се наведени со

### Criteria for the diagnosis: From the DSM-III to the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

In the DSM-III (3), RAD appeared under the diagnosis of mood disorder reactive attachment (reactive attachment disorder – RAD) and it was characterized by two main aspects: failure to thrive and a lack of social responsiveness.

In the revision of the DSM-III, the DSM III-R (3,4), the diagnosis of the attachment disorder underwent further changes, and two sub-types of the disorder were distinguished: reactive attachment disorder, indiscriminately socially disinhibited and reactive attachment disorder, emotionally withdrawn/inhibited. These distinctions remained in the DSM-IV (5) and were retained in the DSM-V with further important changes, as this edition conceptualizes two distinct disorders rather than two sub-types of the same disorder (6,7).

In the DSM-V, reactive attachment disorder (8) is defined as a marked pattern of inhibited, emotionally withdrawn behavior toward adult caregivers, mainly characterized by the fact that the child either seeks comfort minimally or responds minimally to comfort when distressed. Compared with the DSM-IV definition, the DSM-V seems more focused on abnormal attachment behaviors (fear, distress, fatigue) than on social behavior in general because it is the lack of selective attachment that affects social functioning. Therefore, the persistent pattern of social and emotional disturbance is characterized by minimal social and emotional responsiveness, limited effect and unexplained episodes of irritability, sadness, and fear that are evident during nonthreatening interactions with an adult. This aspect has been differentiated from the previous to restrict the diagnosis to children who have both emotional disorders and a lack of selective attachment figure. Lack of care, including social neglect, deprivation, lack of attention to the child's emotional needs for comforting, lack of stimulation, repeated changes of the primary caregiver, and rearing in orphanages or institutions, is similar to the DSM-IV description, but these specific conditions have been stated with an attempt to avoid diagnostic confusion with autistic spectrum disorders

цел да се избегне забуна при дијагноза на аутистичен спектар на нарушувања.

На крајот, се истакнува и дека недостатокот на гореспоменатата грижа може да претставува причина за појава на нарушувањето. Како и во претходните изданија, најновото издание на ДСМ предлага дека не треба да се дава дијагноза за РНП доколку постои аутистичен спектар на нарушувања. Значи, дијагнозата треба да се постави кога детето е на возраст меѓу 9 месеци и 5 години, бидејќи тоа е периодот кога се воспоставува селективна врска на приврзување. Воведувањето на посебно време за дијагноза помага да се намали несигурноста за време на дијагностичкиот процес. Сите дијагностички класификации ја истакнуваат важноста на дијагностицирањето меѓу 9 месеци и 5 години; затоа што е нејасно дали РНП се јавува кај постари деца, потребно е внимателно поставување дијагноза кај деца постари од 5 години.

ДСМ V исто така дава критериуми за дијагноза на невоздржано нарушување на социјалното вклучување, што се карактеризира со неселективно социјално однесување во присуство на непознато возрасно лице и нејасно, невоздржано однесување на приврзување. Главната карактеристика на ова нарушување е абнормалното социјално однесување што се разликува од она што е културолошки санкционирано и што ги поминува социјалните граници. Може да се јави заедно со знаци на АДХД, иако неговото присуство не имплицира недостаток на внимание и хиперактивност, туку само на импулсивност. Ова нарушување се јавува во случај на присуство на патогена средина на чување, при постојана промена на средината на чување, при социјално запоставување и лишување и, се јавува кога детето е на возраст од 9 месеци.

Прогнозите за нарушувањето се несигурни затоа што неговите знаци може да опстојуваат одредено време, дури и кога знаците на напуштање ќе исчезнат. Значи, оваа состојба може да биде присутна кај дете кое не покажува знаци за нарушување во приврзувањето. Сепак, како што е опишано во ДСМ V, ако запоставувањето или малтретирањето се јават рано во животот и траат, симптомите најверојатно ќе бидат стабилни одреден период, но со различни карактеристики во зависност од развојниот период: барање внимание кај деца од предучилишна возраст, тешкотии во регулира-

(ASD).

Finally, it has also been stressed that the lack of care, highlighted above, could represent the cause of the disorder. As in the previous editions, the most recent edition of the DSM suggests that the diagnosis of RAD should not be assigned in presence of autism spectrum disorder. Therefore, the diagnosis should be made when the child is between 9 months and 5 years old because this is the period during which a selective attachment bond is established. The introduction of a specific time for diagnosis helps the uncertainty during the diagnostic process to be reduced. All of the diagnostic classifications stress the importance of identifying RAD between 9 months and 5 years of age; because it is unclear whether RAD occurs in older children, the diagnosis should be made with caution in children older than 5 years.

The DSM-V has also provided criteria for diagnosis of the disinhibited social engagement disorder (DSED), which is characterized more by indiscriminate social behavior in the presence of unfamiliar adults than by general and diffuse disinhibited attachment behavior. The main feature of the disorder is an aberrant social behavior that differs from what is culturally sanctioned and which crosses social boundaries. It can co-occur with ADHD signs, although its presence does not imply attention deficit and hyperactivity, only impulsivity. This diagnosis requires presence of a pathogenic care giving environment, repeated changes of the care giving environment, social neglect and deprivation, and the child must be at least 9 months old.

The prognosis of the disorder is uncertain because its signs can persist over time, even when the signs of neglect disappear. Therefore, this condition can be present in children who have no signs of disordered attachment. However, as described in the DSM-V, if neglect or maltreatment occur early in the life and persist, the symptoms will most likely be stable over time, but with different characteristics depending on the developmental period: attention-seeking behavior in preschoolers; difficulties in emotion regulation and understanding (9) and overfriendliness with strangers

њето на емоциите и разбирањето (9) и преголемо пријателство со непознати во периодот на средно детство, и површни и конфликтни врски со врстници во адолесценцијата (10).

Како што тврдат Zeanah и Gleason (11), најголемото ограничување на ДСМ е тоа што се фокусира да го дефинира нарушувањето како тенденција да се прекршат културолошки санкционираните социјални граници при интеракција со другите, а не да се земе предвид дека сржта на нарушувањето е реакцијата на детето кое е развојно способно да создаде врска на приврзување, но не го прави тоа поради груба и запоставена средина за чување. Како заклучок, може да се тврди дека, во овој случај, ДСМ дава опис на видливо однесување без да го истакне адаптивното значење на нарушувањето (12).

### **РПП во други дијагностички класификации: ИЦД-10 (Интернационална класификација на нарушувања) и ЦД 0-3 (Дијагностичка класификација)**

Описот на реактивното нарушување на приврзувањето даден од ИЦД 10 (13) се разликува од ДСМ-V, и покрај одредени сличности во концептуализацијата на нарушувањето. Всушност дефиницијата на ИЦД-10 подразбира разлика меѓу два различни вида (воздржано и неводржано), симптомите се јавуваат рано (пред 5-годишна возраст) и тие не се предизвикани од ментална ретардација или силно развојно нарушување.

За разлика од други дијагностички нарушувања, ИЦД 10 се фокусира на диференцијална дијагностика од аутистичен спектар на нарушувања и ги дава главните елементи за диференцијална дијагноза. Тврди дека додека социјалниот реципроцитет во АСН е компрометиран, децата со РПП покажуваат намалување на симптомите на избегнување ако се најдат во нормална средина за одгледување, тие ги немаат истите когнитивни и јазични нарушувања што децата со АСН ги имаат и, на крај, тие не покажуваат повторливо или стереотипно однесување што е типично за АСН.

На крај, како што истакнува ИЦД-10, нема постојан доказ дека врската меѓу несоодветното чување и почетокот на нарушувањето,

in middle childhood; and superficial and conflicted relationships with peers in adolescence (10).

As Zeanah and Gleason (11) have argued, the major limits of the DSM are that it is more focused on defining this disorder as a tendency to violate culturally sanctioned social boundaries in interactions with others rather than considering that the core of the disorder is the reaction of a child who is developmentally able to form an attachment bond but does not because of a harsh and the neglecting care giving environment. In conclusion, one may argue that, in this case, the DSM provides a description of visible behavior without highlighting the adaptive meaning of the disorder (12).

### **RAD in other diagnostic classifications: The ICD-10 (International classifications of disorders) and the CD 0-3 (Classification of Mental Disorders)**

The description of the reactive attachment disorder provided by the ICD-10 (13) differs from that of the DSM-V, despite some similarities in the conceptualization of the disorder. The ICD-10 definition of the disorder indeed, implies the distinction between two different types (“disinhibited” and “inhibited”); symptoms occur early (before five years of age) and they are not caused by mental retardation or pervasive development disorders.

In contrast with other diagnostic classifications, the ICD-10 focuses in particular on the differential diagnosis of autistic spectrum disorders and provides key elements for a proper differential diagnosis. It states that while social reciprocity is compromised in ASD, children affected by RAD show a decrease in avoidance symptoms if they are placed in a normal rearing environment, they do not have the same language and cognitive impairments that children with ASD have and, finally, they do not show the repetitive or stereotyped behavior that is typical in ASD.

Finally, as the ICD-10 highlights, there is inconsistent evidence of the association between inappropriate care giving and the onset of the disorder, and the presence of environmental deprivation is not a diagnostic requirement.

и присуството на лишување од средината, не е дијагностичко барање.

Како и да е, ИЦД-10, истакнува дека и покрај несигурноста за дијагностичките критериуми и препознавањето на РНП како валиден носолошки ентитет, дијагностичките критериуми се дадени затоа што се од голема важност за јавното здравје.

Наспроти други дијагностички класификации, како ДСМ и ДЦ 0-3 Р, ИЦД-10 вклучува детален опис на феноменологијата на нарушувањето во раното детство. ИЦД-10 тврди дека нарушувањето е стабилно и покрај забележителните промени на средината за чување и дека на возраст од две години, обично однесувањето претставува заплеткано и нејасно, неселективно фокусирано нарушување на приврзувањето. На возраст од четири години, нејасното однесување останува, а заплетканото однесување се менува во барање внимание и неселективно пријателско однесување. Во средното детство, без оглед на можностите на детето да развие селективно поврзување, барањето внимание останува, односите со врсниците се слаби, а однесувањето може да се поврзе со нарушување на однесувањето.

ИЦД-10 забележува дека дијагностицирањето треба да се направи врз основа на недостатокот на селективно поврзување во првите пет години од животот поврзани со измешаното однесување, неселективното пријателство или барање внимание. Во средното детство и обично ретроспективно, постојат бројни промени во средината на чување за време на раниот развоен период.

Другата дијагностичка класификација што вклучува дескриптивна категорија слична на РНП (реактивно нарушување на приврзувањето/нарушување кај новороденчиња поради малтретирање) е ДЦ 0-3 (14), алтернативен дијагностички систем за деца од 0 до 3 години, што на докторите и истражувачите им дава упатства за процесите на дијагноза и интервенција (11). ДЦ:0-3 не прави разлика меѓу два подвиди и, во согласност со ДСМ-V дијагностичката класификација (не ИЦД-10, во која дијагнозата е безусловна), вклучува присуство на патогена средина за чување,

However, the ICD-10 highlights that despite the uncertainty about the diagnostic criteria and the recognition of RAD as a valid nosological entity, diagnostic criteria are provided because the syndrome is of public health importance.

In contrast with other diagnostic classifications, such as the DSM and the DC 0-3 R, the ICD-10 includes a detailed description of the phenomenology of the disorder throughout early infancy. The ICD-10 states that the disorder is stable despite the marked changes in care giving environment and that at the age of 2 years, it is usually presented as clinging and diffuse, indiscriminately focused attachment behavior. At the age of four, the diffuse attachment persists, but the clinging changes to attention-seeking and indiscriminately friendly behavior. In middle childhood, regardless of the child's opportunities to develop selective attachment, seeking behavior persists and interactions with peers are poor, and the disorder may be associated with behavioral disorders.

The ICD-10 description indicates that diagnosis should be made on the basis of the lack of selective attachments in the first five years of life associated with clinging behaviors, indiscriminate friendliness, or attention-seeking behavior. In middle childhood and usually retrospectively, there is a clear history of multiple changes in the care giving environment during the early period of development.

The other diagnostic classification that includes a descriptive category similar to RAD ("Reactive Attachment Deprivation/Maltreatment Disorder of Infancy") is the Diagnostic Classification 0-3(14), an alternative diagnostic system for disorders in children from zero to three years, which provides diagnostic and intervention process guidelines suitable for clinicians and researchers (11). The DC:0-3R does not distinguish between the two sub-types and, in line with the DSM-V diagnostic classifications (not the ICD-10, in which the diagnosis is implicit), includes the presence of a pathogenic caregiving environment, maltreatment or neglect, and multiple changes of attachment figures as essential diagnostic criteria.

Compared to the previously described diagnostic classifications, the DSM-V and ICD-10, the DC:0-3R pays greater attention to the effect of environmental risk factors on children's behavior, placing the onset of the disorder on

малтретирање или запоставување, и бројно менување на облиците за приврзување како есенцијален дијагностички критериум.

Во споредба со претходно опишаните дијагностички класификации, ДСМ-V и ИЦД, ДЦ 0-3Р обрнува повеќе внимание на ефектот на ризичните фактори од средината врз однесувањето на детето, поставувајќи го почетокот на нарушувањето на Оска II, меѓу другите поврзани нарушувања. Всушност, ДЦ 0-3Р се фокусира на специфичноста на Оската II родител-дете, давајќи опис што се фокусира повеќе на однесувањето при интеракција на родителот отколку на нарушувањата во приврзувањето на детето.

Според ова, ДЦ 0-3 Р ги зема предвид придонесите што секој од партнерите ги има во интеракцијата. Во оваа функционална перспектива, можно е детето да биде инволвирано во патолошка врска со оној што се грижи за него, што има психопатолошко нарушување, без притоа да постои нарушување во приврзувањето. Според тоа, првиот чекор е да се идентификува дали проблемите во однесувањето се предизвикани од РНП или тие се резултат на запоставување и малтретирање во врската со старателот.

Заради оваа причина, дијагнозата бара длабока и точна проценка на способностите на детето да биде во интеракција со различни социјални партнери, да има јасна слика за средината каде детето живее и за придонесите на бројните врски во кое е инволвирано (11,15,16).

### Фокусирање на емпириските податоци

Во последните неколку децении, неколку студии, вклучувајќи ги и откритијата од Букурешкиот проект за рана интервенција, заедно со други познати студии (17) како што се студијата на сиропиталиштето „Св. Петербург“ (2008), започна ера на истражување на ефектите на лишувањето, како и неговата улога како медијатор или модератор на развојниот пат. Всушност, проектот имаше за цел да го истражи развојот на социоемоционалниот и бихевијоралниот развој и состојбата на рано институционализираните деца. Во оваа сту-

Axis II, among other relational disorders. Indeed, the DC:0-3R focuses on the specificity of the parent-child Axis II, providing a description that focuses more on the parents' interaction behaviors than on the child's attachment behaviors.

Comparing the DC:0-3R with the DSM-V, the main evidence of the differences between the two can be identified in the different perspectives they assume when describing the disorder. While the latter focuses entirely on the disease within the individual (i.e., children are disturbed if they are not able to form a selective attachment), the former places the responsibility on the child-caregiver relationship, rather than solely on the child's difficulties in establishing an attachment bond.

Thus, the DC:0-3R aims to consider the contributions that each partner in the dyadic interaction makes to the relationship. In this relational perspective, it is possible a child to be involved in a pathological relationship with a caregiver, who is affected by a psychopathological disorder of his own, without the existence of an attachment disorder per se. Therefore, the first step is to identify whether behavioral problems are caused by a RAD or whether they are the result of neglect and maltreatment in the relationship with the caregiver.

For this reason, diagnosis should require a deep and accurate assessment of the child's abilities to interact with different social partners in order to draw a clear picture of the environment where the child lives and of the contributions of the multiple relationships in which it is involved (11, 15,16).

### Focusing on the empirical data

In the last few decades, several studies, including the previous findings of the Bucharest Early Intervention Project (BEIP), together with other famous studies (17), such as the St. Petersburg Orphanage Study (2008), began an era of research of the effects of the severe deprivation and its role as a mediator or moderator in the developmental trajectories. In particular, the BEIP aimed to investigate the social-emotional and behavioral development and the sequelae of early institutionalized children. In this randomized study, a sample of

дија, примерок од 136 романски деца со претходна историја на институционализација беа поделени во две групи. Една група беше составена од деца кои беа сè уште институционализирани и една група деца кои беа сместени во згрижувачки семејства; беше составена, исто така, и контролна група. Врз основа на претходните откритија, институционализираните деца јасно покажуваа повеќе знаци на РПН, беа и емоционално повлечени/воздржани и неселективно социјални/невоздржани за разлика од децата кои никогаш не биле институционализирани (17). Интересно е тоа што никаква врска меѓу времетраењето на институционализирањето и знаците на РПН не беше забележана. Овие откритија се поврзани со фактот дека децата сè уште живеат во непријатната атмосфера на сиропиталиштата, па не постоеше можност да се навлезе во значењето на оваа корелација.

Претходно, научниците тврделе дека раното лишување е во корелација со сериозноста на нарушувањето, но резултатите не се толку евидентни кога лишувањето се случува во првиот месец од животот и ако детето има подоцнежна можност да развие врска на приврзување. Значи, оваа студија а) ја потврди разликата меѓу два подвиди на РПН, б) ја истакна можноста за правење разлика меѓу децата со РПН и деца со АДХД или други рани психопатологии и в) покажа дека РПН предвидува социјално нарушување и е стабилно одреден временски период, со достигнување кулминација во првите 42 до 52 месеци и стабилизација околу 30 месеци во невоздржаниот модел. Откритијата во оваа студија покажаа дека институционализираните деца имаат повеќе психијатриски нарушувања во споредба со деца кои се згрижени во семејства, кои исто така покажаа помалку усвоени нарушувања. Како и да е, откритието дека многу деца со невоздржано РПН покажуваат организиран модел на приврзување на 54 месеци, го поддржува фактот дека ниту несигурноста во приврзувањето ниту неорганизираноста не се сржта на РПН. Ова откритие е во согласност со откритијата на Проектот (17). Земено сè заедно, овие откритија треба да го фокусираат вниманието на докторите и донесувачите на одлуки на постоењето на чувствителен период кај многу деца кои моментално живеат во сиропиталишта низ целиот свет (18) и

136 Romanian children with a previous history of institutionalization were randomized into two groups, one composed of those who were still institutionalized and the other of those assigned to foster care; a control group was also selected. According to previous findings, institutionalized children clearly demonstrated more signs of RAD, both emotionally withdrawn/inhibited and indiscriminately social/disinhibited, than never institutionalized children did (17). Interestingly, no relationship between the length of institutionalization and the signs of RAD, either emotionally withdrawn/inhibited or indiscriminately social/disinhibited, were highlighted. These findings are most likely related to the fact that the participating children were still living in the adverse caregiving environment of the orphanages, so it was not possible to assess properly the magnitude of this correlation.

Previously, scholars have demonstrated that early deprivation seems to be correlated with the severity of the disorder, but the outcomes are not so evident when the deprivation is limited to the first month of life and if the child has the subsequent opportunity to develop a selective attachment bond. Therefore, this study a) confirmed the distinction between two subtypes of RAD, b) highlighted the possibility of distinguishing children affected by RAD from children with ADHD or other early psychopathologies, and c) showed that RAD predicts social impairment and is stable over time, with a peak from 42 to 52 months of age and stabilization after 30 months for the disinhibited pattern. The findings from this study proved that institutionalized children had more psychiatric disorders compared to the children in foster care, who also showed a reduction in internalizing disorders. However, the finding that many children with disinhibited RAD show an organized attachment pattern at 54 months supports the fact that neither the attachment insecurity nor the disorganization is at the core of RAD, a finding in line with the previous findings of the BEIP (17). Taken together, these longitudinal results should focus clinicians' and policymakers' attention on the existence of a sensitive period for the many children currently living in orphanages world-



на потенцијалот дека промената на средината на чување може да ги поправи штетите предизвикани од раната институционализација и лишување.

Некои научници (17) ги проучувале ефектите на различните животни услови споредувајќи деца кои останале да живеат во сиропиталишта, деца кои живееле во згрижувачко семејство и деца кои биле дел од пилот-проект за поддршка и добивање редовна нега од претпочитан старател. Децата кои беа чувани во сиропиталишта и добивале стандардна грижа покажале најсериозни нарушувања во приврзувањето, додека децата кои биле дел од пилот-проектот покажале благи симптоми на нарушувањето. Овие откритија и понатаму потврдуваат дека нарушувањата во приврзувањето, ако се поврзани со раното лишување, се главно поврзани со недостатокот на привилигиран однос старател-дете, што пак е основна карактеристика за развој на приврзувањето.

Во претходните децении, земајќи ја предвид важноста на средината на чување на општо ниво, научниците исто така се фокусирале на видот на лишување со кое децата се соочиле со цел да направат разлика меѓу можните ефекти на материјалното лишување и емоционалното лишување.

Примерок од 52 деца на возраст од 6 месеци до 2 години кои искусиле институционално одгледување и биле подоцна посвоени во Обединетото Кралство беше спореден со примерок од 111 институционализиран романски деца (19, 20) на возраст од 6 месеци до 2 години. Децата од втората група немале можност да се обратат на претпочитан старател и живееле во услови на материјално лишување; британските деца имале подобра медицинска грижа, но немале можност да бидат во интеракција со посебен старател. Децата биле набљудувани од 4 до 6-годишна возраст. Резултатите покажуваат јасно присуство на нарушување во приврзувањето кај двете групи деца, а сериозноста и нарушувањата во бихевијоралните и социјалните врски биле директно пропорционални со времетраењето на периодот на лишување. Нарушувањата во приврзувањето покажале силна стабилност.

Во истражувањето на однесувањето од последниот аспект по посвојувањето на романските деца, истите автори (19,20) откриле

wide (18) and on the potential for the post placement care giving environment to repair the damages of early institutionalization and deprivation.

Some scholars (17) have studied the effects of different environmental conditions by comparing children who remained in orphanages, children living in foster care and children who were part of a pilot project for assistance and received regular care from a preferred caregiver. The children who were cared for in orphanages and received standard care showed the most severe attachment disorders, while children who belonged to the pilot project showed mild symptoms. These findings further confirm that attachment disorders, though correlated with early deprivation, are mainly associated with the lack of a privileged caregiver-child relationship, which seems to be the fundamental characteristic of the development of attachment.

In previous decades, as well as considering the importance of the care giving environment at a general level, scholars also focused on the type of deprivation that children experienced to distinguish between the possible effects of material deprivation and affective deprivation.

A sample of 52 children aged between six months and two years who experienced institutional upbringing and were later adopted into the United Kingdom was compared to a sample of 111 institutionalized Romanian children (19-20) aged between six months and two years. The latter group had lived without the opportunity to turn to a preferred caregiver and under conditions of material deprivation; the British children had better medical care but did not have the opportunity to interact with a specific caregiver. The children were observed from four years to six years of age. The results clearly showed the presence of attachment disorders in both groups of children, and the severity and impairments in behavioral and social relationships were directly proportional to the length of the deprivation period. The attachment disorders showed strong stability.

Investigating the behavior of the last aspect over time in post-adoption Romanian children, the same authors (19,20) found that the behavior of seeking strangers and

дека барањето странци и неселективната друштвеност се задржувале во време на вознемирување, кога детето треба да бара заштита и поддршка од усвојувачот. Ова однесување било стабилно во период од две години по посвојувањето (од 2 до 11 години) што значи дека овие деца одбивале да се потпрат на старателот, иако се наоѓале во удобна и емоционална средина.

### Причини за нарушувањето: етиологија и епидемиологија

Иако распространетоста на РНП е нејасно, нарушувањето може да се сретне кај деца одгледувани во сиропиталишта или во сериозно сиромашна средина (21).

Во последно време, ДСМ-V изјави дека се претпоставува дека распространетоста е околу 0,9 % (8, 21) кај популација на сериозно заповставени деца. Според една од првите студии спроведена во 1990 година во источно-европските сиропиталишта, децата кај кои не се развило нарушувањето покажувале високо ниво на неорганизираност и несигурно приврзување. По тригодишно следење, во споредба со контролната група, афектираните деца продолжиле да покажуваат високо ниво на неселективна друштвеност. Во друга студија спроведена во Будимпешта, дијагностичките критериуми за ДСМ и ИЦД-10 биле делумно отфрлени затоа што студијата покажала дека симптомите на воздржаното и неселективното РНП може да постојат заедно кај едно дете (17).

Дури и ако ова нарушување се јавува во контекст на сиропиталиштата и во присуство на повторлива промена на примарната фигура на приврзување, резултатите покажуваат дека не сите деца кои ги искусиле овие состојби, или не сите деца, развиваат РНП (11, 15, 17). Други емпирички студии со примена на дијагностички критериум на ДСМ и ИЦД биле спроведени во САД. Во една од овие студии (17), децата од клиничкиот примерок на малтретирани деца го исполниле критериумот за едно или повеќе нарушувања според новата класификација на нарушувањата на приврзувањето, но не и критериумот предложен од ДСМ и ИЦД. Во друга студија (22), целта била да ја одреди распространетоста на РНП и дали тоа може соодветно да се идентификува

indiscriminate sociability persisted in times of distress, when a child should seek protection and comfort from an adoptive caregiver. This behavior was stable over time (from 2 to 11 years) two years after the adoption, suggesting that these children struggled to rely on a caregiver even though they had been placed in a comfortable and effective environment.

### Causes of the disorder: etiology and epidemiology

Although the prevalence of RAD is unclear, the disorder can be observed in populations of children reared in orphanages or in severely deprived environments (21).

Recently, the DSM-V reported that findings estimate that the prevalence is approximately 0.9% (8,21) in populations of severely neglected children. According to one of the first studies conducted in 1990 in Eastern Europe orphanages, children who did not develop the disorder showed a higher level of disorganization and insecure attachment. In a three-year follow-up, compared to the control group, affected children continued to show a higher level of indiscriminate sociability. In another study conducted in Budapest, the diagnostic criteria of both the DSM and the ICD-10 were partially disconfirmed because the study proved that symptoms of the inhibited and indiscriminate sub-types of RAD could coexist in the same child (17).

Even if this disorder tends to occur within the context of the orphanages and in the presence of repeated changes of the primary attachment figure, some empirical findings show that not all children who experienced these conditions, or at least not the majority of them, develop RAD (11, 15, 17). Other empirical studies have been conducted in the United States using the diagnostic criteria for the DSM and the ICD. In one of these studies (17), children from a clinical sample of maltreated children met the criteria for one or more attachment disorders according to the new classification of disrupted attachment disorders and not the diagnostic criteria proposed by the DSM and the ICD. In another study (22), which aimed to assess the

во примерок на малтретирани деца наспроти запоставени деца. Кај 35 % од малтретираниите деца во згрижувачки семејства било дијагностицирано РНП (ИЦД), а кај 22 % било дијагностицирано ДАД (ИЦД), додека 38 % не ги исполниле критериумите на ДСМ за РНП. Дополнително, во оваа студија, двата вида коегзистираат кај исто дете.

Иако ДСМ-IV и V тврдат дека РНП не може да се дијагностицира освен ако не постои малтретирање, научниците истакнале дека двата проблеми – РНП и сериозното малтретирање или злоупотреба на дете делат слични симптоми, но ова не треба да нè наведе дека малтретирањето на дете може да доведе до РНП (15).

Треба да биде јасно дека и покрај многуте коморбидни состојби опишани подолу, РНП не е доволно објаснување за бихевијоралните и функционалните проблеми на малтретираното, злоупотребуваното или посвоеното дете, затоа што ваквото дете може да биде отпорно и кај него да не се јават бихевијорални или функционални проблеми, но, како што истакнуваат теоријата за приврзаноста и моделот за склоност кон стрес, исто така може да се случат промени во развојот.

### **Коморбидност и диференцијација: Што не е РНП**

За истражувачките и за клиничките цели неопходна е внимателна дијагноза, особено во однос на придружните состојби (23), која ќе ги земе предвид дополнителните тешкотии што ги имаат овие деца за да се фокусира соодветно на широкиот спектар на достапни третмани (11, 15, 24, 25). Современите студии тврдат дека детето со РНП често страда од низа постојани нарушувања, вклучувајќи тешкотии поврзани со процесот на приврзување кои треба да се разликуваат од други симптоми, како, на пример, проблеми со поведението, агресија, невролошки недостатоци и неуроразвојни проблеми (23, 26, 27).

Иако врската меѓу РНП и други психијатриски нарушувања со исти симптоми не е доволно истражена, некои сегашни студии тврдат (26, 28) дека може да се направи дискриминација меѓу дијагнозата РНП и АДХД, особено за невоздржаниот вид. Всушност, неселективната друштвеност во РНП може да се интер-

prevalence of RAD and whether it could be properly identified in a sample of maltreated versus neglected children, 35% of maltreated children in foster care were diagnosed with RAD (ICD) and 22% with DAD (ICD), while 38% did not satisfy the DSM criteria for RAD. Additionally, in this study, the two sub-types seemed to coexist in the same child.

Although the DSM-IV and V state that RAD cannot be diagnosed unless there has been maltreatment, some scholars have underlined that the two problems - RAD and severe child maltreatment or abuse - shared similar symptoms, but this should not lead us to think that child maltreatment will necessarily lead to the development of RAD (15)

It should be clear that despite the many comorbid conditions described below, RAD is not an exhaustive explanation for the behavioral and relational problems of maltreated, abused or adopted children because individual resilience can occur and because, as attachment theory and the diathesis-stress model have also stressed, changes in the developmental pathways can always happen.

### **Comorbidity and differential diagnosis: What RAD is not**

A careful diagnosis is indispensable for both research and clinical purposes, particularly in terms of comorbid disorders (23), which should take into account the many additional difficulties these children have to focus properly on the effectiveness of the wide range of available treatments (11, 15, 24, 25). Current studies suggest that children with RAD often suffer from a continuous range of disorders, including difficulties related to the attachment process, which should be distinguished from other symptoms, such as conduct problems, aggression, neurological deficits and neurodevelopmental problems (23, 26, 27).

Although there is little research on the relationship between RAD and other psychiatric disorders that share some symptoms with it, as recent studies have stated (26, 28), discrimination between ADHD and a RAD diagnosis, for example, is possible, especially for the disinhibited type. In fact, indiscrimi-

претира како обид на детето да добие одобрение од возрасниот што го смета за важен или да ја контролира ситуацијата што ја смета за непредвидлива (29), додека во АДХД неселективната друштвеност е функција на импулсивноста.

Како и да е, уште неколку други нарушувања имаат исти симптоми со РНП, се преклопуваат со нивните дијагнози, често се придружни или можат да се помешаат. Всушност, нарушувањето на поврзаноста може да постои заедно со депресија, бихевиорално нарушување и социјално воздржување.

Со почит кон другите дијагнози, сепак, РНП често се меша со нарушувањето во поведението, противничкото, дрско однесување, ПТСД (посттрауматско стресно нарушување) и социјалната фобија. Исто така, често може да се помеша со невропсихијатриските нарушувања, како што се аутистичен спектар на нарушувања, развојни нарушувања и детската шизофренија (30). Заради тоа, некои деца може да покажуваат импулсивна настроеност кон социјалното вклучување или избегнување, и овие траги на импулсивност не треба да се помешаат со РНП (31), иако темпераментот и генетиката може да имаат ублажена улога и како заштитен и како ризичен фактор што ја зголемува детската чувствителност на РНП (27). Некои деца, всушност, може да ги научат социјалните навики преку живеењето во институција или во одредена социјална средина, па нивното однесување да биде слично со одредени психијатриски нарушувања.

Комплексноста на дијагностичкиот процес е нагласена со фактот дека симптомите на РНП се често поврзани со недостатокот на внимание и бихевијоралните проблеми, хиперактивноста и тешкотиите во односите со врсниците (32).

Со почит кон различните дијагнози, се истакнува дека е важно да се прави разлика меѓу первазивните развојни нарушувања (ПРН) и реактивните нарушувања на приврзувањето (РНП) затоа што во некои случаи на РНП, различни манифестации на повлекување и воздржаност кај воздржаниот тип може да личат на РН. Иако ДСМ и ИЦД тврдат дека РНП треба да се разликува од останатите психијатриски нарушувања што ја сочинуваат социјалната интеракција, како, на пример, аутистичниот спектар на нарушувања, некои од студиите за ан-

nate friendliness in RAD may be interpreted as a child's attempt to gain the approval from the adult he perceives as important or to control a situation he perceives as unpredictable (29), while in ADHD, indiscriminate friendliness is a function of impulsivity.

However, several other disorders share symptoms with RAD, overlap with its diagnosis and are often comorbid or confused with it. In particular, attachment disorders often occur with major depression, behavioral disorder and social inhibition.

With respect to the differential diagnosis, however, RAD is confused with conduct disorder, oppositional defiant disorder, PTSD and social phobia. It is also confused with severe neuropsychiatric disorders, such as autistic spectrum disorders, pervasive developmental disorder and childhood schizophrenia (30). Therefore, some children may exhibit temperamental dispositions towards social engagement or avoidance, and these temperamental traits should not be confused with RAD (31), although temperament and genetics may play a moderating role as either a protective or a risk factor that increases children's vulnerability to RAD (27). Some children, indeed, may learn social habits from having lived in institutions or in a particular social environment, so their behavior is quite similar to some psychiatric disorders.

The complexity of the diagnostic process is accentuated by the fact that RAD symptoms are often related to attention deficit disorder and behavioral problems, hyperactivity and difficulty in relationships with peers (32).

With respect to the differential diagnosis, it has been noted that it is important to distinguish pervasive developmental disorder (PDD) from RAD because in the case of RAD, various manifestations of withdrawal and inhibition in the inhibited type may resemble PDD. Although DSM and ICD state that RAD should be differentiated from other psychiatric disorders that compromise social interaction, such as autistic spectrum disorder (ASD), the English and Romanian Adoptees (ERA) study noted the existences of a "quasi-autism" condition in children who have experienced severe maltreatment (33).

глиските и романските посвоени деца забележуваат постоење на состојба на „квазиаутизам“ кај деца кои преживеале сериозно малтретирање (33).

Сепак, сегашните студии покажуваат дека децата со РНП имаат значителни проблеми со социјалните врски што се слични со сериозноста на оние проблеми што ги имаат децата со аутизам. Во една студија, Sabiq и сор. (34) имале за цел да ја споредат социјалната примена на јазикот кај 35 деца со РНП и 52 со АСН. 60 % од децата со РНП имале нарушувања во примената на јазикот и социјалните способности, а 46 % имале нарушувања во реципрочните социјални интеракции. Како и да е, само 20% покажале повторливо и стереотипно однесување, што е главна карактеристика на АСН. Значи, РНП вклучува нарушување во социјалната комуникација, иако се разликува од нарушувањето на социјалната комуникација што го карактеризира АСН.

Како и да е, авторите истакнале дека кај деца од воздржан тип на РНП, можноста за третирање на етиолошкиот фактор (патогено чување) може значајно да ги олесни симптомите и за релативно кратко време, што пак не е можно кај развојното нарушување, што има феноменолошки карактеристики што се постабилни и построкутирани одреден временски период.

Поради поврзаноста на непријатните рани искуства и подоцнежните психијатриски искуства, интересот за болеста се зголемува, и некои научници почнуваат систематски да ги истражуваат ефектите што раното отстранување на детето од институционалната грижа и неговото сместување во згрижувачки семејства на возраст од 54 месеци ги има врз психијатриката болест (35), земајќи го предвид и намалувањето на нарушувањата при посвојување.

Во однос на неорганизираното приврзување, што одразува деградирање на конзистентна и организирана стратегија за емоционална регулација, заедничката точка на овие две е злоупотребливо и несвесно одгледување деца. Ова подразбира парадоксално однесување и контрадикторен или колеблив социјален одговор во стресни ситуации (36).

Неорганизираноста може исто така да се јави поради непосредна причина, како на пример, застрашувачко/страшно однесување, за кое како крајна причина може да се земе предвид малтретирањето или нерешената родителска загуба. Моделот Д прикажува одредена врска

However, recent studies have shown that children with RAD have significant problems in the use of context and social relationships that are similar in severity to those of children with ASD. In a recent study, Sadiq et al. (34) aimed to compare the social use of language in 35 children with RAD and 52 with ASD. More than 60% of the group with RAD had impairments in language use and social skills and 46% had impairments in reciprocal social interaction; however, only 20% exhibited repetitive and stereotyped behaviors, which is a core characteristic of ASD. Therefore, RAD involves a strong impairment in social communication, although it differs from the social communication impairments that characterize ASD.

However, the authors highlight that in the case of children with inhibited-type RAD, the possibility of treating the etiological factor (pathogenic caregiving) can ease the symptoms markedly and in a relatively short time, which is not true for pervasive developmental disorder, which has phenomenological characteristics that are more stable and structured over time.

Because the association between adverse early experiences and later psychiatric experience the morbidity is gaining interest in the literature and some scholars have begun to investigate systematically the effects of early removal of children from institutional care and placement in foster families at 54 months of age (35), recounting in particular a reduction of internalizing disorders.

Regarding disorganized attachment, which reflects a breakdown of a consistent and organized emotional regulation strategy, the common ground between the two is abusive or neglectful parenting. It implies paradoxical behaviors, a mixture of proximity seeking and avoidance or dissociative behavior, and a contradictory or ambivalent social response to stressful situations (36). Disorganization, therefore, may also occur through proximal cause, such as frightening/frightened behavior, for which a distal cause, such as maltreatment or unresolved parental loss, may be taken into account. The D pattern reflects a particular relationship present in 15% of mother-infant

присутна во 15% од врските мајка-дете, додека РНП е ретко и постојано во социјалниот контекст (5, 37). Заради тоа, несигурните поврзувања во себе не можат да се сметаат за нарушувања, иако може да бидат ризични фактори и се веројатно норма во клиничката популација. На крајот, сигурноста на поврзувањето често постои заедно со РНП (38).

## Заклучок

Земајќи го предвид целокупниот придонес на нарушувањата на приврзувањето, што изгледа многу надежно и добро смислено (12, 35, 37), може да се заклучи дека постојат доволно достапни информации да се поддржи мислењето вредно за внимание дека РНП е клиничка стварност, како што тврди ИЦД-10.

Како и да е, дијагнозата на РНП, базирана на современата носологија (ДСМ-V, ИЦД-10 и ДЦ:0-3) недоволно го сфаќа значењето на нарушувањето. Всушност, и покрај корисното признавање на нарушувањето на неводржаното социјално вклучување како независен ентитет вредно за исто толку внимание како и РНП, многу прашања во врска со него оставаат нерешени.

Прво, ДСМ-V и ИЦД-10 имаат повеќе индивидуална отколку функционална перспектива, како што одредени теоретичари (11, 12, 15, 41) тврдат и како што истакнува дијагностичката класификација ДЦ: 0-3 Р (14) Наместо тоа, земањето предвид на РНП и ДСЕД како функционални нарушувања и земањето предвид на карактеристиките на старателите и специфичниот квалитет на интеракцијата меѓу детето и родителот е корисно да се разбере пренесувањето на генерационата психопатологија базирано на претпоставки дека моменталното психичко здравје на детето е под влијание низ генерациите на неприлагодливи модели на врски.

Второ, друга значајна критика за достапните дијагностички класификации на РНП е дека, иако РНП е нарушување во приврзувањето, фенотипот е недоволно поддржан од истражувањата на ова поле, иако може да биде значаен во дефинирањето на присутноста на оваа врска.

Може да биде значително корисно при правeњето разлика дали нарушувањето е клинички

dyads, while RAD is rare and pervasive across the social context (5, 37). Therefore, insecure attachment itself cannot be considered as a disorder, although it can be a risk factor and it is likely the norm in clinical populations. Finally, security of attachment often coexists with RAD (38).

## Conclusions

Considering the entirety of the contributions on attachment disorders, which seem to be very promising and well-articulated (12, 35, 37), it can be concluded that sufficient data are available to support the view of RAD as a clinical entity worthy of attention, as the ICD-10 states.

*However, the diagnosis of RAD based on current nosology (DSM-V, ICD-10 and DC:0-3) does not seem to capture adequately the meaning of the disorder. In fact, despite the DSM-V's useful recognition of the disinhibited social engagement disorder as an independent entity worthy of as much attention as RAD, many questions about it seem to remain unresolved.*

First, the DSM-V and the ICD-10 have an individual-centered perspective rather than taking a relational perspective, as some attachment theorists state (11, 12, 15, 41) and as the DC:0-3R (14) diagnostic classification highlights. Instead, considering RAD and DSED as relational disorders and taking into account both the characteristics of caregivers and the specific quality of the interaction between the child and the parent is useful for understanding the transmission of the intergenerational psychopathology, based on the premise that children's current mental health is influenced across generations by the persistence of maladaptive relationship patterns. Second, another significant criticism of the available diagnostic classifications of RAD is that, although the actual RAD is an attachment disorder, the phenotype is insufficiently supported by research in this field, as it could be important to define the ubiquity of such a relationship.

It could be particularly useful, however, to distinguish whether the attachment is a primary

проблем што ја нарушува итеракцијата на детето со други луѓе, освен со неговата фигура за приврзување, или дали нарушувањето е од доменот на развојни нарушувања поврзано со друга психопатологија.

Трето, дијагностичките критериуми предложени во современата класификација на РНП не ја земаат предвид еволуцијата на нарушувањето и неговиот бихевијорален фенотип во текот на животниот век, а постојат и неколку емпирички откритија кои се однесуваат на прогнозата за нарушувањето. Друг значаен дел што недостасува при дефинирањето на РНП и неговите дијагностички и прогностички карактеристики во текот на животниот век е недостатокот на лонгитудални студии што ја покриваат возраста од 4 до 8 години за испитување на развојните резултати или нарушувањата поврзани со РНП надвор од критичниот период од 54 месеци.

Поинаку кажано, студиите на ДСЕД, ЕРА и Tizard и Hodges (38) ги испитале и развојните резултати надвор од прагот од 54 месеци. Сепак поврзаното критичко гледиште дека ако од една страна, некои симптоми се поклопуваат со АДХД, нарушување во поведението, неорганизирано приврзување и аутистичен спектрум на нарушувања што на некој начин може да доведе до погрешна интерпретација од неискусен лекар, од друга страна, неколку емпирички откритија истакнуваат присуство на низа различни мерки за проценка и мерки за проценка добиени од набљудувањето соодветни за раното и средното детство (23, 39 – 41).

Заради тоа, важно е да се истакне вредноста на раната интервенција за време на чувствителниот период од развојот на детето. Како што беше и претходно истакнато, не сите институционализирани, малтретирани и згрижени деца развиваат РНП; стратегиите за справување и подоцна средината на чување, може да му дадат можност на детето да ги испита и поправи внатрешните модели на врските на приврзување, и да му дозволат значајна промена на развојниот пат (42).

### Конфликт на интереси

Авторите изјавуваат дека немаат конфликт на интереси.

clinical problem that impairs the child's interactions with people other than the attachment figure, or whether the attachment is one of the few developmental domains associated with other psychopathology that has been indicated.

Third, the RAD diagnostic criteria proposed in current diagnostic classifications do not seem to grasp the evolution of the disorder and its behavioral phenotype across the lifespan, and we have few empirical findings to address hypotheses about the prognosis of the disorder. Another important missing piece in defining the picture of RAD and its diagnostic and prognostic characteristics across the lifespan is the paucity of longitudinal studies that cover the ages between four and eight years to examine the developmental outcomes or impairments related to RAD beyond the critical peak of 54 months.

Differently, for DSED, ERA and Tizard and Hodges (38) studies examined the developmental outcomes over the 54 month threshold. However a related critical point is that if, on one hand, some symptoms overlap with ADHD, conduct disorders, disorganized attachment and autistic spectrum disorders in a way that could lead to misinterpretation by a nonexpert clinician, on the other hand, several empirical findings highlight the presence of a wide range of different representational and observational assessment measures suitable for early infancy and middle childhood (23, 39 – 41).

Therefore, it seems important to stress the value of early interventions during sensitive periods of a child's development for clinicians and policymakers. As it was previously highlighted, not all institutionalized, maltreated and fostered children develop RAD; inner coping strategies and the later caregiving environment can provide children with the opportunity to revise and repair their distorted internal working models of attachment relationships, allowing a marked change in the developmental trajectory (42).

### Conflict of interests

Authors declare no conflict of interest.

*Литература / References*

1. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books; 1969.
2. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> ed. (DSM-III). Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 1980.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> ed., revised (DSM-III-R). Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 1987.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed., revised (DSM-IV). Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 1994.
6. Zeanah CH, Smyke, AT Attachment disorders and severe deprivation. In Rutter, M, Bishop D, Pine, D, Scott S, Stevenson J., Taylor E, Thapar A. editors. Rutter's child and adolescent psychiatry. London: Blackwell; 2008: p. 906–915.
7. Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50:529–543.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> ed., (DSM-V). Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2013.
9. Wertz C, Gauthier JM, Blavier A. Reactive attachment disorder and emotional skills in childhood. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc* 2012; 60(7-8): 492–504.
10. Kay C, Green J. Reactive Attachment Disorder following Early Maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *J Abnorm. Child Psychol* 2013; 41(4):571–581.
11. Zeanah CH, Gleason, MM. Reactive Attachment Disorder: A Review for DSM-V. American Psychiatric Association; 2010.
12. Balbernie R. Reactive Attachment Disorder as an Evolutionary Adoption. *Attach Hum Dev* 2010; 12(3): 265–281.
13. World Health Organization, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
14. Zero To Three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0--3R). Washington: D.C., Zero To Three Press; 2005.
15. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah CH, Berliner L, Egeland, et al. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *CM* 2006; 11(1): 76–89.
16. Wimmer JS, Vonk ME, Bordnick P. A Preliminary Investigation of the Effectiveness of Attachment Therapy for Adopted Children with Reactive Attachment Disorder. *Child Adolesc Social Work J* 2009; 26(4):351–360.
17. Smyke A, Zeanah C, Fox NA, Nelson C, Guthrie D. Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Dev* 2010; 81(1): 212–223.
18. Glowinski AL. Reactive Attachment Disorder: An Evolving Entity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(3): 210–212.
19. O'Connor TG, Bredenkamp D, Rutter M & the English and Romanian Adoptees Study Team. Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Ment Health J* 1999; 20(1):10–29.
20. O'Connor TG, Bredenkamp D, Rutter M and the English and Romanian Adoptees Study Team. Attachment disorder behaviour following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(6):703–712.
21. Prior V, Glaser D. Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence and Practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
22. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jorgensen et al. The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age– the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(1): 62–70.
23. Pritchett, R. Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C., Minnis, H. Reactive Attachment Disorder in the General Population: A Hidden ESSENCE Disorder. *Scientific World Journal* 2013; 1-12.



24. Wimmer JS, Vonk E, Bordnick P. A Preliminary Investigation of the Effectiveness of attachment Therapy for Adopted Children with Reactive Attachment Disorder. *Child Adolesc Social Work J* 2009; 26(4): 351–360.
25. Zilberstein K. Clarifying core characteristics of attachment disorders: A review of current research and theory. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76: 55–64.
26. Minnis H, Fleming G, Cooper SA. Reactive Attachment Disorder Symptoms in Adults with Intellectual Disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2010; 23:398-403.
27. Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski C, Barnes J, Wilson P, Young D, Lidstone E, Pritchett R, Hockaday H, Minnis H. Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research Developmental Disabil* 2012; 33(5): 1560–1565.
28. Schwartz E, Davis AS. Reactive attachment disorder: Implications for school readiness and school functioning. *Psychol Schools* 2006; 43(4): 471–479.
29. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS., Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 568–577.
30. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 1206–1219.
31. Zeanah CH, Fox NA. Temperament and attachment disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004; 33: 32-41.
32. Belsky J, Pasco Fearon RM. Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Dev Psychopathol* 2002; 14: 293–310.
33. Rutter M, Colvert E, Kreppner J, Beckett C, Castle J, Groothues C et al. Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48:17–30.
34. Sadiq FA, Slator L, Skuse D, Law J, Gillberg C, Minnis H. Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21: 267–276.
35. Zeanah CH, Egger HL, Smyke, AT, Nelson CA, Fox NA Marshall PJ, Guthrie D. Institutional rearing and psychiatric disorders in romanian preschool children. *Am J Psychiatry* 2009; 166(7):777–785.
36. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment disorders and disorganized attachment: similar and different. *Attach Hum Dev* 2003; 5: 313–320.
37. Follan M, Anderson S, Huline-Dickens S, Lidstone E, Young D, Brown G, Minnis H. Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children. *Res Dev Disabil* 2011; 32(2): 520–526.
38. Tizard B, Hodges J. The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1978; 19: 99–118.
39. Minnis H, Green J, O'Connor TG, Liew A, Glaser D et al. An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school- age children. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50: 931–942.
40. McLaughlin A, Espie C, Minnis H. Development of a Brief Waiting Room Observation for Behaviours Typical of Reactive Attachment Disorder. *Child Adolesc Ment Health* 2010; 15(2): 73–79.
41. Puckering C, Connolly B, Werner C, Toms-Whittle L, Thompson L, Lennox J, Minnis H. Rebuilding relationships: a pilot study of the effectiveness of the Mellow Parenting Program for children with Reactive Attachment Disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; 16(1): 73–87.
42. Dozier M, Stovall KC, Albus KE, Bates B. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Dev* 2001; 72: 1467–1477.