



MENTAL RETARDERING

– overset og undervurderet

Der er meget begrænset fokus på konsekvenserne af mental retardering hos børn og unge. Derfor udsættes et stort antal for krav, der ikke svarer til deres udviklingsniveau og evner.

I dansk børne- og ungepsykiatri diagnosticeres mental retardering (MR) ud fra ICD-10. Kriterierne er: IQ under 70. Debut før fyldte 18. år. Væsentlige afvigelser inden for adaptive færdigheder i dagliglivets funktion – tilpasning til, hvad der er gældende kulturs standarder i forhold til kommunikation, selvhjulpenhed, bofærdigheder, sociale evner m.v.

Vi kender ikke antallet af personer med MR i Danmark, men et skøn lyder på mellem 80.000 og 110.000 psykisk udviklingshæmmede, altså 1,5-2 % af befolkningen (VIPU, 2006 og 2009). Med udgangspunkt i standardiserede test er ca. 140.000 i Danmark mentalt retarderede.

Det kan undre, at forskning og opmærksomhed på området ikke er større, eftersom følgerne både for samfundet og for den enkelte i dagligdagen er svære, såfremt handicappet ikke medtænkes i forhold til opdragelse, undervisning, uddannelse, arbejdsmarked og lovgivning. Erfaringen er, at vanskelighederne – hvis man overhovedet taler om dem – oftest omskrives eller nedtones. Alt efter faglig baggrund eller relation til barnet tales der om ”generelle eller specifikke indlæringsvanskeligheder” og ”sen eller forsinket udvikling.” Eller om vanskeligheder med at lære af sine erfaringer, abstraktion, opmærksomhed, hukommelse, adfærd, kontakt og kommunikation.

Omskrivningerne bunder nok især i faglige, personlige og kontekstuelle forskelle i holdninger til og forståelser af intelligens, som er en væsentlig del af diagnosen. Dette bidrager til, at interventionen over for børn og unge med MR har stagneret eller ligefrem regredieret udvikling til følge. Det gælder især dem med vanskeligheder svarende til lettere til middelsvær retardering. Deres van-

skeligheder erkendes ofte først, når de kommer i skole. Børn med de sværere grader af mental retardering bliver oftere spottet tidligt af forældre, sundhedsplejerske, pædagoger og lærere.

En gruppe, hvis vanskeligheder ofte overses, er dem med IQ mellem 70-85. Da deres vanskeligheder især er intellektuelle og ikke i så høj grad adaptive, vurderes de ikke at have generelle mentale vanskeligheder og får ofte ingen form for støtte (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

Når nogle fagfolk undervurderer konsekvenserne af MR, kan det være svært for andre at få forældrene til at forstå alvoren i problematikken. Men deres accept af børnenes begrænsninger og det umulige i at opnå ”normalitet” er alfa og omega i arbejdet for at give børnene den rigtige støtte (ibid.).

Rundt om litteraturen

Der er i forbindelse med udarbejdelse af denne artikel fortrinsvis søgt i databaserne i *psycINFO*, *PubMed* og *Google Scholar* med søgeord som: Mental retardering, mental retardation, Intellectual disability, intellectual developmental disorder, årsager og ætiologi samt kombinationer af disse.

Der findes meget lidt aktuel og relevant dansk forskning om den valgte problematik. Der har ikke siden 1980, hvor åndssvageforsorgen blev nedlagt, eksisteret et landsdækkende register over udviklingshæmmede. Det er én forklaring. En anden er, at MR ikke er en afgrænset vanskelighed, men en generel udviklingsforstyrrelse med funktionsnedsættelse på mange områder. Maris et al. (2013) skriver, at forskning i MR er udfordrende og frustrerende, da MR er et meget heterogent handicap forårsaget af så mange

>

- > faktorer, som det egentlig ikke er muligt at samle under én definition. Diagnosen MR stilles på baggrund af vanskelighederne og ikke ud fra årsagerne.

En tredje grund til manglende opmærksomhed på konsekvenserne af MR er måske, at det ikke er come il faut at tale om forskelle i intelligensniveau. Der pågår kontinuerligt debat om, hvorvidt IQ kan sige noget om en persons samlede funktionsniveau.

Der er fortsat stor debat om, hvordan resultaterne af den eksisterende forskning bør anvendes. Bør fx et foster med visse syndromer fødes? Bør medicinsk behandling for at forebygge eventuel MR på grund af forskellige genfejl iværksættes, når det er muligt? En sådan forskning kunne med rette suppleres med, hvordan MR fænotypisk kommer til udtryk, og hvordan man begrænser de negative konsekvenser af handicapet.

Der er især i forhold til diagnosticering og udredning hentet opdateret viden fra en artikel om "Mental retardering" (Skovby et al., 2014) og fra instruksen: "Mental retardering eller forsinket psykomotorisk udvikling – ætiologisk udredning af børn" (Bisgaard, 2011).

Udenlandske artikler har bidraget med uddybende viden om opfattelser af intellektuelle vanskeligheder og om konsekvenser af handicapet. "Familial mental retardation: a review and practical classification" (Maris et al., 2013) sætter fokus på den familiære MR – et af de tabubelagte områder. "Implications of Atkins v. Virginia: Issues in Defining and Diagnosing Mental Retardation" (Everington & Olley, 2008) sætter meget markant fokus på nødvendigheden af en faglig kvalificeret udredning. "Intellectual disability: Definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis" (Katz & Lazcano-Ponce, 2008) er et vægtigt indlæg ved at betragte MR som et grundlæggende blivende handicap, hvorfor intervention nødvendigvis må tage udgangspunkt i så vidt muligt at begrænse de negative konsekvenser.



Omskrivningerne bundes nok især i faglige, personlige og kontekstuelle forskelle i holdninger til og forståelser af intelligens, som er en væsentlig del af diagnosen.

En case

En 15-årig pige indlægges på ungdomspsykiatrisk døgnafdeling, da hun vurderes selvmordtruet. Umiddelbart forud for indlæggelsen er hun af kommunen – mod sin vilje, men med forældrenes accept – blevet anbragt i en form for plejefamilie i forbindelse med et behandlingstilbud til unge med adfærdsvanskeligheder. Hun er umiddelbart efter anbringelsen gået fra plejefamiliens hjem og har da udtrykt ønske om at dø.

Hun har været kendt i børne- og ungepsykiatrisk regi gennem de seneste 6-7 år, grundet forskellige angstproblematikker, som hun i lange perioder er blevet behandlet ambulant for med kognitiv terapi. Behandlingen har angivelig i korte perioder hjulpet, men både angst og især tiltagende adfærdsmæssige vanskeligheder er ifølge forældrene til stede i en sådan grad, at de ikke længere kan rumme pigen i familien, hvor der også er to mindre søskende. Pigen tager fx penge fra forældrene, som hun bruger til at forsøge at købe sig venner, hvilket hun ikke oplever at have nogen af. Hun fortæller forskellige historier om, at hun har mange penge, eller forsøger på mange måder at få og opretholde kontakt til andre børn og unge.

Man vurderer på et tidspunkt i forbindelse med den ambulante behandling, at en kognitiv vurdering er relevant, da man finder, at pigens evner til refleksion, abstrakt tænkning og evne til at overføre erfaringer fra en situation til en anden ikke forekommer alderssvarende. Hun testes godt 11 år gammel med WISC-III. Ved testningen findes på baggrund af forholdsvis jævn profil en total IQ på 52. Hun går under hele forløbet – også efter testningen i almindelig folkeskole. Hun har i de mindre klasser modtaget sporadisk støtte i dansk. Den kognitive tilgang anvendes fortsat i behandlingen. I forbindelse med indlæggelsen testes hun som 15-årig igen med WISC-III med en samlet IQ på 44 som resultat. På baggrund af anamnese, skoleudtalelser, observationer, spørgeskemaer m.v. vurderes det, at hendes adaptive evner heller ikke er alderssvarende, samt at vanskelighederne grundlæggende har været til stede fra fødslen.

Samlet ses der vanskeligheder svarende til: "mental retardering af middelsvår grad med væsentlig påvirkning af adfærden, som kræver pasning eller behandling." Pigen forstår ikke, hvorfor hun ikke bare kan være hjemme i familien. Hun anbringes meget mod eget ønske på et opholdssted, som ikke har speciel viden om MR, og som eksplicit giver udtryk for, at de ikke mener, at diagnosen er korrekt.

Udredning af MR

I udredning af MR indgår anamnese, kortlægning af adaptive færdigheder og intelligens test. Med udgangspunkt i sagen om den dødsdømte Daryl Renard Atkins i staten Virginia gennemgår Everington og Olley (2008), hvad en kvalificeret udredning for MR hos voksne skal indeholde. For Atkins var resultatet af en udredning et spørgsmål om liv eller død, da det i staten var blevet forbudt at henrette mennesker med MR. Forsvarets psykolog brugte bl.a. WAIS-III – som viste IQ 59 – og standardiserede test for adaptive færdigheder. Anklagerens psykolog interviewede Atkins to gange og indhentede skoleudtalelser samt udtalelser fra fængselspersonalet om Atkins' adfærd i fængslet.

Forsvaret fandt på baggrund af undersøgelsen, at Atkins var retarderet, mens anklageren fandt, at han mindst var gennemsnitlig begavet. I første omgang fandt retten, at Atkins var klog nok til at blive henrettet. Efter flere retssager, også om hvorvidt man skul-

le kunne henrette mennesker med MR, blev dødsstraffen for Atkins vedkommende ændret til livsvarigt fængsel. På det tidspunkt var det besluttet ikke at henrette mennesker med MR i 18 ud af de 38 stater, som anvendte dødsstraf.

Selv om ovennævnte forfattere tager udgangspunkt i udredning af voksne, bør de samme krav som minimum stilles til en kvalificeret udredning af børn og unge. Kort gengivet skal en udredning ifølge Everington og Olley bruge individuelt administrerede globale intelligenstag, som fx Wechlers, standardiserede redskaber med relevante normer skal anvendes til vurdering af adaptiv adfærd, og sluttelig skal det klargøres, om vanskelighederne har været til stede under opvæksten. Dette sidste krav er sværere at opfylde fyldestgørende i forbindelse med udredning af voksne, da det som regel ikke er muligt at få en grundig anamnese eller udtalelser og observationer fra institutioner og skolen. Her må undersøgeren analysere udviklingsmæssige, sociale, psykologiske og uddannelsesmæssige faktorer, som de kan få adgang til (ibid.).

En væsentlig faktor både i den aktuelle diagnose MR og fremtidigt er altså en målt eller estimeret intelligenskvotient på under 70 (2 standardafvigelser eller mere under gennemsnitlig intelligens). Som nævnt er der forskellige opfattelser af og holdninger til, hvad intelligens er og om, hvorvidt man kan bruge intelligenskvotient til at udsige noget om mennesket generelle funktionsniveau. De mange definitioner på intelligens afspejler sådanne forskelle i holdninger og forståelser. Nogle antager, at intelligens er en generel faktor, mens intelligens ifølge andre er mange forskellige former for evner og talenter. Opfattelsen af intelligens som en generel faktor blev introduceret i 1904 af den britiske psykolog Charles Spearman (Lunøe, 2009). Forestillingen om den generelle intelligens er upopulær i nogle kredse i Danmark, da dette er med til at pege på, at der er forskel på mennesker og deres funktionsniveau. En kendt teori som Howard Gardners om de mange intelligenser har ikke vundet indpas blandt forskere, men har været udbredt inden for uddannelse og pædagogik.

Legg og Hutter (2007) forsøger med udgangspunkt i 70 forskellige definitioner at lave en universal definition på intelligens. Definitionerne spænder vidt fra den snævre: ”intelligens er, hvad der måles med intelligenstag” til den meget brede: ”evnen til at lære, forstå og tænke”. Efter at have gennemgået de mange definitioner og deres fællesmængde mente Legg og Hutter at kunne formulere det, de kalder ”universal intelligence”: ”Intelligens måler en persons evne til at opnå mål i et bredt udsnit af miljøer” (Legg & Hutter 2007, *min oversættelse*).

Definitionen forekommer alt for diffus til at kunne bruges i praksis. Problemet med definitioner er, at jo større mulighed for subjektiv fortolkning, des større chance for uenighed og misforståelser, hvorfor en mere eksakt definition fx med udgangspunkt i en generel intelligensfaktor er at foretrække.

Ifølge Everington og Olley (2008) er adaptiv adfærd det mest problematiske i forhold til udredning af MR. Mange psykologer betragter adaptive evner som værende lig med en række praktiske

BAGGRUND

Nærværende artikel er skrevet i tilknytning til forfatterens specialistuddannelse og er en forkortet udgave af den oprindelige tekst. Denne indeholder også et længere afsnit om ”Diagnosen MR gennem tiderne”.

Den komplette tekst kan rekvireres pr. mail: turidh@parknet.dk

evner som fx daglige gøremål. Adaptive evner er dog mere og andet end dette. Social kompetence og at kunne begå sig inden for det givne samfunds normer og regler er lige så vigtige. For individer med mental retardering af lettere grad vil det oftest være vanskeligheder på det sociale og konceptuelle område, der gør sig gældende, mens de i højere grad vil kunne klare de praktiske færdigheder.

Overblik over ætiologien

Pigen fra ovenstående case var det ældste af tre børn i en familie, hvor begge forældrene angiveligt altid havde haft faglige problemer i skolen, uden at disse blev udredt. Pigen vurderedes ikke syndromsuspekt. Anamnestisk var der ikke grundlag for, at der før, under eller efter fødslen havde været tale om påvirkning af centralnervesystemet, som kunne være årsag til retarderingen. Det må formodes, at pigens vanskeligheder i nogen grad var arvelige.

Det giver ikke mening at tale om, hvorvidt arv eller miljø er årsag til mental retardering. Alt levende, og ikke mindst den komplekse menneskehjerne, fremkommer som et resultat eller produkt af både arv og miljø. Det nedarvede genmateriale spiller hele tiden dialektisk sammen indbyrdes og med det til enhver tid givne miljø, mens det kontinuerligt danner basis for udvikling og modning af den individuelle hjerne. Forskningen peger dog i retning af, at en betydelig del af årsagerne til MR findes i arvelige faktorer. Der findes en lang række gener og kombinationer af gener, som medfører sygdomme, der har udviklingshæmning som hovedsymptom. Derimod kendes ingen sygdomme, der fører til høj begavelse.

Det er ikke altid muligt at finde årsagen, men jo sværere grad af MR, des oftere vil det være muligt at påvise årsag(er). Årsager kan være arvelige faktorer som stofskiftesygdomme, arvelige og nymuterede kromosomfejl og genfejl, skader opstået i fostertilstanden, fx overdreven alkoholindtagelse og rygning, stofmisbrug

>

> eller infektionssygdomme hos moderen. Iltmangel under fødslen samt lav fødselsvægt og fødselsskader er ligeledes hyppige årsager til udviklingshæmning.

Selv om lav fødselsvægt ikke i sig selv medfører udviklingshæmning, vil dette ofte hænge sammen med for tidlig fødsel eller mangelfuld ernæring i fostertilstanden, hvilket på forskellig vis kan føre til begrænset og/eller fejlagtig udvikling og modning af det neurale netværk (Moreno-De-Luca et al., 2013; Bisgaard, 2011). At flere børn overlever at fødes for tidligt og med meget lav fødselsvægt, betyder ifølge børneneurolog Peter Uldall, at flere børn i dag har intellektuelle problemer (Jens Ejsing, 2008). Også psykosociale årsager som fx manglende eller stærkt begrænset motorisk, social og sproglig stimulation eller fejl- og underernæring i fostertilstand og barndom kan medføre MR.

Da forskere i store træk betragter MR som et irreversibelt handicap, vil megen forskning dreje sig om de mange forskellige mulige årsager til en eventuel begrænset eller ”skæv” modning af hjernen med henblik på at forebygge MR. Megen tilgængelig forskning om MR, årsager og neurologiske afvigelser tager udgangspunkt i de velkendte og relativt hyppige syndromer Down og Fragilt-X.

Aktuel medicinsk forskning om MR gør tiltagende brug af hastigt voksende muligheder for ved hjælp af billeddannelsesteknikker at ”se ind i hjernen”. Hjernevolumen, størrelsen og formen på de frontale foldninger, mængden af gråd og hvid substans samt den generelle tykkelse af cortex er nogle af de anatomiske forskelle i hjernen, der undersøges med hensyn til hjernens udvikling ved intellektuelle vanskeligheder.

Maris et al. (2013) beskæftiger sig med MR i familier. De forsøger på baggrund af forskellige genetiske og miljømæssige faktorer at udarbejde en praktisk anvendelig klassifikation af familiær MR. De finder en sådan vigtig som grundlag for den fortsatte epidemiologiske forskning samt for arbejdet og rådgivningen i klinikken. De gør selv opmærksom på, at deres skelnen mellem familiær MR og isolerede tilfælde af MR kan føre til den misforståelse, at isolerede tilfældet ikke skyldes genetiske og arvelige faktorer, hvilket meget vel kan være tilfældet. Dog er det en tydelig indikation på, at der er noget genetisk på spil, hvis der i en familie forekommer flere tilfælde af MR. Forskerne peger også på, at det i lande, hvor der ikke er muligheder for højteknologiske undersøgelser af gener m.v., alligevel vil være muligt at vurdere familiær MR, hvis MR forekommer fænotypisk hos flere i familien.

Familiære intellektuelle vanskeligheder inddeles i tre brede grupper:

1) Multifaktuel familiær MR, som inkluderer MR i familier med lav eller begrænset IQ samt dårlig social og økonomisk baggrund. De vurderer, at 75 til 95 % af alle MR sager i udviklede lande er omfattet af denne kategori. Både genetiske og psykosociale faktorer er her involveret.

2) Familiær MR hos søskende. Kategorien omfatter fortrinsvis sager, hvor MR konstateres hos et enkelt pars afkom. Der kan være tale om såvel recessive som dominante gener, der kommer til ud-

tryk. Føtal alkoholsyndrom indgår i denne kategori, da forskerne finder, at både baggrunden for moderens alkoholforbrug og de mulige konsekvensers sværhedsgrad er genetisk afhængigt.

3) Arvelig familiær MR omfatter denne familier, hvor adskillige familiemedlemmer gennem flere generationer er ramt. En stor del af disse sager vil være relaterede til recessive X-bundne handicaps som fx Fragilt-X syndrom.

På baggrund af deres egen forskning opfordres forskere og andre til at undersøge og rapportere om familiære sager om MR (Maris et al., 2013). I Danmark vanskeliggøres lignende forskning af den manglende registrering af handicappet.



Der er et udtalt behov for at øge politisk og faglig opmærksomhed på, hvordan negative konsekvenser af MR i det daglige belaster individ og samfund.

”Vi bruger altså ikke de ord –”

MR som individuelt og samfundsmæssigt problem øges af, at der ikke i tilstrækkelig grad bliver handlet på denne viden. Vi ved fra praksis, at mange børn og unge, der henvises til udredning, ofte har haft vanskeligheder gennem mange år, undertiden gennem hele deres institutions- og skoletid. Der har i mange tilfælde været sat ind med forskellige tiltag undervejs. Det er påfaldende, at så megen intervention finder sted, uden at den er funderet i fagligt kvalificerede undersøgelser.

I sagen om Atkins handlede det i bogstaveligste forstand om liv eller død – MR eller henrettelse. Vi har ikke dødsstraf i Danmark, men for pigen i casen handlede det også om (et godt) liv eller død. Hendes udtalte ønske om at dø var ikke reflekteret, og hun havde ikke konkrete planer om selvmord. Det vurderes dog, at der grundet både den årelange og den helt akutte belastning var risiko for, at hun i affekt gjorde alvor af truslen. Hun står for mig som et eksempel på et svigtet barn, der gennem hele sin opvækst og skoletid, grundet manglende tidlig kvalificeret udredning og adækvat intervention, ikke har fået den støtte, som hun havde og har behov for. Det vurderes, at både angsten og de tiltagende adfærdsmæssige vanskeligheder tidligt burde have været set i sammenhæng med hendes grundlæggende vanskeligheder.

Det er uklart, hvorfor der er så stor modstand mod at beskæftige sig med MR. I den daglige praksis opleves tabuiseringen og negligeringen af MR at skyldes flere faktorer, som f.eks. forskellige menneskesyn, som kommer til udtryk en politisk og faglig berøringsangst samt den begrænsede faglige og forskningsmæssige opmærksomhed på de negative følger af MR.

Landsorganisationen LEV medvirker fortsat til stærkt at be-

grænse relevant og nødvendig forskning om MR ved tilbage fra 1980 at hindre fortsættelse eller genetablering af et nationalt og internationalt respekteret register over udviklingshæmmede. Dette begrundes i, at alle er lige. (VIPU, 2009). I dette argument mod registrering tages der ikke højde for, at nok skal alle mennesker betragtes som ligeværdige, men det fjerner jo ikke betydningen af, at vi ikke alle er født med lige muligheder.

Den til enhver tid gældende politik udgør konstant grundlaget for indsatsen i forhold til børn og unges vanskeligheder. Det vurderes, at på grund af spare- og effektiviseringskrav pakket ind i ord som inklusion, behandlingsgaranti og pakkeløsninger, vil der fremover blive foretaget langt færre kvalificerede udredninger i kommuner og børne- og ungespsykiatrien. Hvis børns vanskeligheder ikke opdages og udredes, undgår man måske krav fra forældre eller andre om indsats.

Der er siden strukturreformen og amternes nedlæggelse 1. januar 2007 blevet råbt højt om, at kommunernes udgifter til specialundervisning er eksploderet. Der bliver knap nok hvisket om, at de øgede udgifter hænger sammen med, at kommunerne ved reformen overtog både det faglige og økonomiske ansvar for den specialundervisning, der hidtil havde ligget i amtslig regi. Når den daværende indenrigsminister dengang blev spurgt om strukturreformens konsekvenser for børn med særlige behov, svarede han blot hver gang: ”Jeg har fuld tillid til kommunerne.”

Den faglige berøringsangst kommer til udtryk, når pædagoger, lærere, sagsbehandlere, psykologer og psykiatere ikke finder det relevant eller hensigtsmæssigt at konkretisere et barns vanskeligheder som forenelig med diagnosen MR. Dette gøres ud fra ud-sagn som: ”Det er synd for barnet/forældrene”, ”Han kan meget mere, end testningen viser”, ”Hjernen er jo plastisk, så med den rette stimulering kan han udvikle sig ud af vanskelighederne”, ”Intelligens er jo mange ting”.

Eller som en PPR-psykolog engang sagde i mit påhør: ”Vi bruger altså ikke de ord.” Vedkommende havde selv testet drengen og fundet en samlet IQ omkring 50, uden at dette havde givet sig udslag i ændring af undervisning eller forståelse af drengen, som var henvist for urolig og adfærdsmæssig problematisk adfærd. Forældrene havde næsten fra fødslen fundet, at han på alle områder udviklede sig meget langsommere end sine søskende. De blev selvfølgelig relevant kede af diagnosen, men i langt højere grad blev de vrede på skole og PPR-psykolog, som de oplevede havde forholdt dem mulighed for at forstå og støtte deres barn bedre.

Politisk og faglig forpligtelse

MR bør ikke opfattes som en sygdom, der kan kureres, men forstås som en udviklingsforstyrrelse af de intellektuelle og mentale funktioner, som kræver kvalificeret faglig udredning og intervention. Intervention, der fremmer og øger udviklingsmulighederne for børn og unge med MR, må nødvendigvis tage udgangspunkt i en forståelse og anerkendelse af barnets vanskeligheder. Kun på den måde kan man understøtte barnets samlede udvikling opti-

malt, forebygge psykiatriske følgevirkninger og øge livskvaliteten for mennesker med MR.

Intervention over for børn og unge med MR skal som hovedregel være konkret, handlingsorienteret og ”her og nu” i handling og kontekst. Vi er som veluddannede fagpersoner alt for vant til fortrinsvis at bruge sproget i undervisning og behandling. Det er, som om brug af (mange) ord har højere status end en mere konkret og praktisk støtte.

Der er et udtalt behov for at øge politisk og faglig opmærksomhed på, hvordan negative konsekvenser af MR i det daglige belaster individ og samfund. De seneste års nedlæggelse af specialinstitutioner og specialskoler – som følge af strukturreformen kombineret med kravet om inklusion af 96 % af alle børn i almindelig skole – gør desværre et opråb som dette om muligt endnu mere påkrævet. ■

Turid Hansen, cand.psych.

LITTERATUR

- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Baird, G. (2013). Classification of diseases and the neurodevelopmental disorders: the challenge for DSM-5 and ICD-11. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55, 200-201. doi 10.1111/dmcn.12087.
- Bisgaard, A. M. (2011). Mental retardering eller forsinket psykomotorisk udvikling – ætiologisk udredning af børn. <http://boerneinstruksen.dk/EmbeddedSubject.asp?id=5734>
- Ejsing, J. (2008). Professor: Vi får flere retarderede børn. *Berlingske Tidende*, 8. marts.
- Everington, C., & Olley, J.G. (2008). Implications of Atkins v. Virginia: Issues in defining and diagnosing mental retardation. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(1), 1-23.
- Hvor mange udviklingshæmmede er der i Danmark (2006). VIPU (Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning) 8. årg. Nr. 2, 2006.
- Katz, G., & Lazzano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *salud pública de méxico*, 50, s132-s141.
- Legg, S., & Hutter, M. (2007). A collection of definitions of intelligence. *Frontiers in Artificial Intelligence and Applications*, 157, 17.
- Lunøe, N. (2009). Betragtninger over intelligens. *Psykolog Nyt* 5, 2009 (s. 20-27).
- Mangel på register over udviklingshæmmede hæmmer viden og udvikling (2009). VIPU (Videnscenter for Psykiatri og udviklingshæmning) 11. årgang nr. 4. dec. 2009.
- Maris, A. F., Barbato, I. T., Trott, A., & Montano, M.A.E. (2013). Familial mental retardation: a review and practical classification. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1717-1729.
- Moreno-De-Luca, A., Myers, S. M., Challman, T.D., Moreno-De-Luca, D., Evans, D.W., & Ledbetter, D.H. (2013). Developmental brain dysfunction: revival and expansion of old concepts based on new genetic evidence. *The Lancet Neurology*, 12(4), 406-414.
- Skovby, F., Sachs C., & Hansen, B.L. (2014). Mental retardering. www.sundhed.dk > sundhedsfaglig > lægehaandbogen > paediatri > tilstande-og-sygdomme > udviklingsforstyrrelser > mental-retardering.
- World Health Organization. (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*. Cambridge Univ Pr.
- WHO (1994). ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. København: Danmark.