

DE LVG-POLIKLINIEK VAN HERLAARHOF

Elizabeth Wiese en Sanne Laurijssen³

Samenvatting

We onderzochten de populatie kinderen en adolescenten van de polikliniek LVG-psychiatrie van Herlaarhof op basis van intakegegevens. De gegevens werden vergeleken in drie subgroepen, naar verstandelijk niveau. De resultaten laten zien dat er in de LVG-polikliniek vooral zwakbegaafde jongens zijn tussen de 11 en 17 jaar. Naar buiten gerichte gedragsklachten worden het meest genoemd. De meest vermoede DSM-IV classificatie is PDD-NOS.

Inleiding

Dit onderzoek gaat over de populatie kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek van Herlaarhof (2007), kinder- en jeugdpsychiatrie van de Reinier van Arkel groep in Vught. In onze polikliniek spreken we van LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapt) wanneer er sprake is van zwakbegaafdheid of een lichte of matige verstandelijke beperking. In onze psychiatrische setting maken wij echter geen gebruik van de termen lichte- of matige verstandelijke beperking, maar van de termen lichte- of matige zwakzinnigheid, zoals beschreven in het door ons gebruikte classificatiesysteem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995).

De IQ scores van de kinderen in dit onderzoek variëren van ongeveer 45 tot ongeveer 85. LVG- problematiek omhelst echter meer dan alleen lagere IQ-scores. Uit de praktijk blijkt dat de problematiek van de LVG-populatie complex is en te maken heeft met biologische, psychologische en sociale aspecten.

Volgens Verstegen (2005) van de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) LVG zijn vooral de beperkte sociale vaardigheden en de langdurige behoefte aan ondersteuning kenmerkend voor LVG-problematiek. De beperkte sociale vaardigheden zijn zichtbaar in de relaties van het LVG-kind met zijn omgeving, zoals zijn ouders, de familie, vrienden, de school en hobby's. Later komen daar partner-relaties en het werk bij. Vooral momenten van verandering en emotionele spanning veroorzaken steeds opnieuw problemen en crises. Deze problemen en crises kunnen leiden tot gedragsproblemen en blokkades in de ontwikkeling van LVG-kinderen en zijn reden waarom ouders hulp zoeken in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een belangrijk doel van de behandeling bij de LVG-polikliniek van Herlaarhof is het verminderen van de gedragsproblemen en ontwikkelingsblokkades, door het helpen van de ouders en de omgeving met het accepteren en het leren omgaan met de beperking van het kind.

³ Elizabeth Wiese (Ph.D.) is verbonden aan het Psychotraumacentrum Zuid Nederland, Reinier van Arkel groep en aan het Clinical Psychology Department, Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Brazil.. Sanne Laurijssen (GZ- psycholoog i.o.) is verbonden aan de Polikliniek LVG Herlaarhof. Correspondentie: Reinier van Arkelgroep, Boxtelseweg 32, Postbus 10150, 5260 GB, Vught.

Centraal in de werkwijze van Herlaarhof is het starten van de behandeling vanuit de zorg van de ouders. Dit houdt vaak in dat we de verantwoordelijkheid (terug) bij hen leggen. In vele gevallen hebben we te maken met ouders die zich onmachtig voelen. Wij willen dat zij weer grip op de situatie krijgen. De behandelaren van de LVG-polikliniek moeten zichzelf en hun werkwijze afstemmen op deze ouders. Hieronder vallen onder andere het geven van duidelijke informatie over hoe de behandeling zal verlopen, het integreren en verduidelijken van (eerdere) medische onderzoeksgegevens en het onderhouden van contacten met het ondersteunende netwerk. De LVG-polikliniek van Herlaarhof heeft een multidisciplinaire benadering die kan leiden tot een psychiatrische diagnose van het LVG-kind en zo kan leiden tot een beter begrijpen van de problemen van het kind zelf, de ouders en de rest van de omgeving. Het multidisciplinaire team van de LVG-polikliniek bestaat uit psychologen, pedagogen, systeemtherapeuten, een jeugdarts, een creatieve therapeut, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater.

Het diagnostische- behandeltraject start met een intake (met het kind en de ouders) en resulteert in een individueel behandelplan. Na drie maanden is er een diagnostische bespreking, gevolgd door driemaandelijke behandelbesprekingen over de voortgang van de behandeling.

Om onze cliënten nog beter te kunnen helpen en meer grip te krijgen op de complexiteit van hun problematiek, wilden we een duidelijker beeld krijgen van onze doelgroep. Hiertoe hebben we dit onderzoek opgezet, waarvan we ook eerder resultaten presenteerden (Wiese, 2005, 2006). Voor dit artikel hebben we naar andere studies gezocht die gaan over de relatie: verstandelijke beperking, psychiatrie en kinderen.

Uit het promotieonderzoek van Dekker (2003), bleek dat kinderen die onderwijs voor (zeer) moeilijk lerende kinderen (MLK en ZMLK) volgen, significant hogere scores op vrijwel alle schalen van de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a) dan niet-verstandelijk beperkte kinderen. Hetzelfde gold voor hun scores op de Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach, 1991b). Bijna 50% van de verstandelijk beperkte kinderen scoorde boven het grensgebied van de CBCL en de TRF, in vergelijking tot 18% van de niet-verstandelijk beperkte kinderen. Tevens voldeed bijna 40% van deze verstandelijk beperkte kinderen aan het criterium van tenminste één psychiatrische stoornis. Van de in het onderzoek van Dekker geïnccludeerde kinderen voldeed 25,1% aan de DSM-IV symptoomcriteria voor een gedragsstoornis, 21,9% voor een angststoornis en 4,4% voor een stemmingsstoornis. 7,5% van de kinderen voldeed aan de criteria van een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

In de totale populatie kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in de provincie Friesland, is de prevalentie autismespectrumstoornissen onderzocht (n=827, leeftijd 4 t/m 18 jaar, alle niveaus) in de vorm van een screening met de AVZ-R, en uitgebreider onderzoek met de ADI-R, ADOS en een klinische classificatie. De prevalentie op grond van screening is 18,4% in de totale populatie. Met behulp van verfijnder onderzoek blijkt de prevalentie lager, afhankelijk van welk instrument wordt gebruikt variërend van 10% tot 15,6% (de Bildt et al, 2003).

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van de populatie kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek van Herlaarhof.

Methoden

Voor het onderzoek werden de intakegegevens van de kinderen en adolescenten en hun families verzameld, die in behandeling waren bij de LVG-polikliniek van Herlaarhof in de periode van 1999 tot 2005. Onder de intakegegevens zijn ook de gegevens van eerdere hulpverlening (bij andere organisaties). De gegevens werden geregistreerd in een gestructureerde scoringslijst, met onderstaande categorieën:

1. Kindfactoren: verstandelijk niveau, sekse, leeftijd, medische achtergrond, onderwijs
2. Gezinsfactoren: gezinssamenstelling, problematiek van de ouders, onderwijs-achtergrond van de ouders
3. Achtergrond en visie van de verwijzers
4. Klachten van de ouders
5. Hypothesen voor psychiatrische classificatie volgens DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), gesteld door een GZ-psycholoog of psychiater.

Voor de statistische analyse van de resultaten werden de cliënten in drie subgroepen verdeeld, naar hun verstandelijke niveau: matige tot ernstige zwakzinnigheid, lichte zwakzinnigheid en zwakbegaafdheid. Dit werd gedaan om een meer specifieke analyse te verkrijgen van de karakteristieken van iedere groep en om de verschillen tussen de groepen te bestuderen. De Test van MacNemar en de Fisher Exact Test werden gebruikt om significante gegevens te verifiëren en om de resultaten van de drie bovengenoemde subgroepen te vergelijken. Hierbij werd een significantieniveau van 0.05 aangehouden.

Resultaten

Onderstaande resultaten laten de verdeling van de populatie zien met betrekking tot: kindfactoren, gezinsfactoren, achtergrond van de verwijzers, klachten en hypothesen voor psychiatrische classificatie volgens DSM-IV.

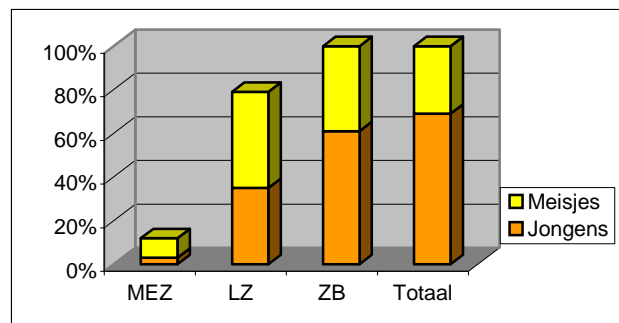
Kindfactoren

Verstandelijk niveau

In totaal bestudeerden we 181 kinderen en adolescenten, 69% jongens en 31% meisjes. We kregen de volgende verdeling: 8 cliënten (4%) in de groep van matige tot ernstige zwakzinnigheid (MEZ, $IQ < 50$), 70 cliënten (39%) in de groep van lichte zwakzinnigheid (LZ, $51 < IQ < 69$) en 103 cliënten (57%) in de groep van zwakbegaafdheid (ZB, $IQ > 70$).

Sekse

In figuur I zien we de spreiding van de jongens en meisjes uit de onderzoeksgroep over de verschillende verstandelijke niveaugroepen.

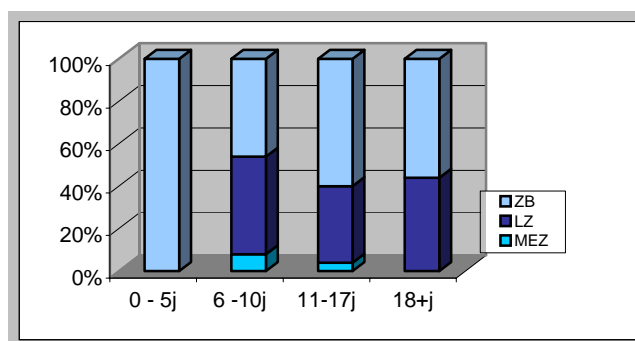


Figuur I: Cliënten naar sekse

Wat betreft de jongens blijkt dat er meer zwakbegaafde dan licht tot matig zwakzinnige cliënten zijn. Van alle jongens bevinden zich 61% in de zwakbegaafde groep, 36% in de lichtzwakzinnige groep en 3% in de matig tot ernstig zwakzinnige groep. Er zijn ongeveer evenveel zwakbegaafde als licht tot matig zwakzinnige meisjes. Van alle meisjes bevinden zich 47% in de zwakbegaafde groep, 44% in de licht zwakzinnige groep en 9% in de matig tot ernstig zwakzinnige groep.

Leeftijd

In figuur II zien we de spreiding van de verschillende verstandelijke niveaugroepen over verschillende leeftijdsgroepen. 65% van de cliënten is tussen de 11 en 17 jaar oud, 24% van de kinderen is tussen de 6 en 10 jaar oud, 9% van de cliënten valt in de categorie 18+ (de oudste cliënt is 25 jaar) en een percentage van 2% is jonger dan 5 jaar.



Figuur II: Cliënten naar leeftijd

Alle kinderen tussen de nul en vijf jaar die we onderzochten, functioneren op een zwakbegaafd verstandelijk niveau. Van de kinderen tussen de zes en de tien jaar functioneert 46% op zwakbegaafd niveau, 46% op licht zwakzinnig niveau en 8% op matig tot ernstig zwakzinnig niveau. Van de kinderen tussen de 11 en 17 jaar functioneert 60% op zwakbegaafd niveau, 36% op licht zwakzinnig niveau en 4% op matig tot ernstig zwakzinnig niveau. Van de jongeren boven de 18 jaar functioneert 56% op zwakbegaafd niveau en 44% op licht zwakzinnig verstandelijk niveau.

Medische achtergrond

In 45% van de intakes worden problemen tijdens de zwangerschap en de geboorte genoemd door de ouders. Er is hierbij vooral sprake van dysmaturiteit, zuurstoftekort en prematuriteit.

Onderwijs

Van de totale groep volgt 88% het speciale onderwijs; van de rest van de groep heeft 10% geen dagbesteding en heeft 2% een baan. Zoals verwacht bezoeken de cliënten die op een matig tot ernstig zwakzinnig verstandelijk niveau functioneren, vaker een ZMLK school dan de cliënten uit de andere groepen.

Gezinsfactoren

Gezinssamenstelling

Wat betreft de gezinssamenstelling groeien de meeste cliënten op in een twee-ouder gezin (57%), of in een nieuw samengesteld gezin (13%). Echter, er is ook een hoge frequentie

van eenoudergezinnen (15%), een groep van cliënten die in instituten wonen (11%) en een groep kinderen uit adoptie of pleeggezinnen (4%). Opvallend is, dat cliënten met een matig tot ernstig zwakzinnig verstandelijk niveau significant ($p=0,000$) vaker opgroeien bij pleeg- en adoptie- ouders (38%) dan de cliënten die op hogere verstandelijke niveau's functioneren (respectievelijk 1% voor de LZ groep en 3% voor de ZB groep).

Problematiek ouders

Bij de helft van de ouders is er sprake van pedagogische problemen (49%). In mindere mate is er bij de ouders sprake van echtpaar- problematiek (9%), psychiatrische problematiek (8%), alcohol en drugsproblematiek (5%), verstandelijke beperkingen (4%) en criminaliteit (3%).

Onderwijsachtergrond ouders

Het blijkt dat 48% van de ouders is opgeleid op MAVO-LBO niveau, 20% op HAVO-MBO niveau, 15% op HBO of universitair niveau, 14% op basisonderwijsniveau en 4% op speciaal onderwijsniveau.

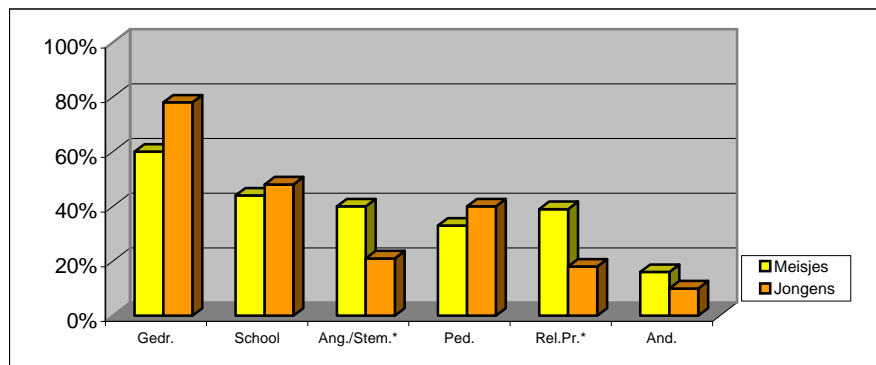
Achtergrond en visie van de verwijzers

De verwijzing verloopt bij 35% van de cliënten via stichting MEE en bij 22% via het (speciale)onderwijs. Deze inhoudelijke verwijzing dient altijd officieel te worden ondersteund door de huisarts, middels een verwijfsbrief. Echter het medische systeem zelf verzorgt ook inhoudelijke verwijzingen. 12% van onze cliënten wordt direct verwezen via de huisarts en bij 10% procent verloopt de verwijzing via andere medische specialismen zoals de kinderarts of kinderneuroloog. In 5% van de gevallen is de verwijzing afkomstig van Bureau Jeugdzorg, in 5% van andere jeugdhulpverlening en 11% van de verwijzingen verloopt via overige instanties.

De verwijzende instanties geven in hun verwijzing naar de LVG-polikliniek vaak een richting aan over wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn met de aangemelde cliënt, in termen van een psychiatrische classificatie. Dit noemen we de hypothese van de verwijzer. Omdat er meerdere zaken zouden kunnen spelen kunnen er meerdere hypothesen van verwijzers per aangemelde cliënt worden genoemd. In 63% van de gevallen denken de verwijzers aan een mogelijke pervasieve ontwikkelingsstoornis, in 45% aan een vorm van een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, in 13% van de gevallen wordt aan een gedragsstoornis gedacht, in 8% aan een stemmingsstoornis, in 6% aan een hechtingsstoornis, in 5% aan een leerstoornis, in 3% aan een angststoornis en in 6% van de gevallen wordt aan een andere stoornis gedacht.

Klachten van de ouders

Figuur III toont de klachten van de ouders tijdens het intakegesprek. Deze klachten zijn gecategoriseerd in termen zoals ze verwoord worden door de ouders en zijn derhalve breder dan psychiatrische classificaties. Tevens kunnen er meerder klachten tegelijkertijd aan de orde zijn.



Figuur III: Cliënten naar klachten tijdens de intake

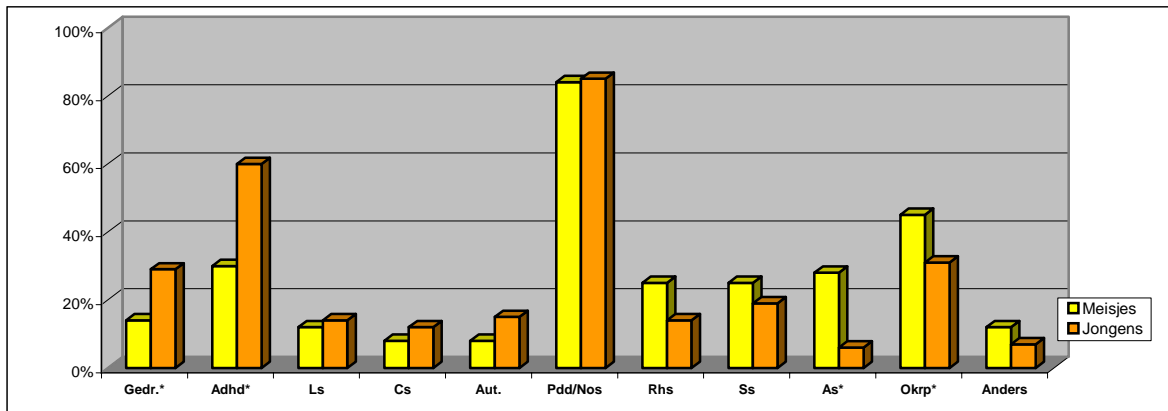
De meeste ouders, 63%, klagen over het gedrag van hun kind. Hier worden vooral naar buiten toe gerichte gedragsklachten, zoals agressief, oppositioneel en regelovertrekend gedrag onder verstaan. 42% komt met klachten over de schoolgang, hier worden ook leer- en concentratieklachten onder verstaan, 33% van de ouders heeft klachten op pedagogisch gebied; er is vaak sprake van onmacht bij de ouders om hun LVG-kind aan te sturen, 28% van de ouders noemen stemmings- en angstklachten bij hun kind en in 26% van de gevallen worden klachten met betrekking tot de relatie van het aangemelde kind en ouder(s) en of gezin gemeld. In 12% van de gevallen worden er andere klachten genoemd, waaronder cognitieve klachten, lichamelijke klachten, psychotische klachten en identiteitsklachten. Er zijn geen significante verschillen tussen de drie groepen van verstandelijk functioneren wat betreft alle bovengenoemde klachten.

Wat wel opvalt zijn sekseverschillen wat betreft de klachten met betrekking tot de relatie en de angst- en stemmingsklachten. De klachten met betrekking tot de relatie komen significant ($p= 0.003$) vaker voor bij meisjes (35%) dan bij jongens (16%). Voor de angst- en stemmingsklachten geldt dat deze ook significant ($p= 0.008$), vaker voorkomen bij meisjes (37%) dan bij jongens (19%).

Hypothesen voor psychiatrische classificatie volgens DSM-IV

Figuur IV laat de verdeling per sekse zien van de voorlopige DSM IV classificaties voor As I problematiek zoals deze zijn gesteld na de intake.

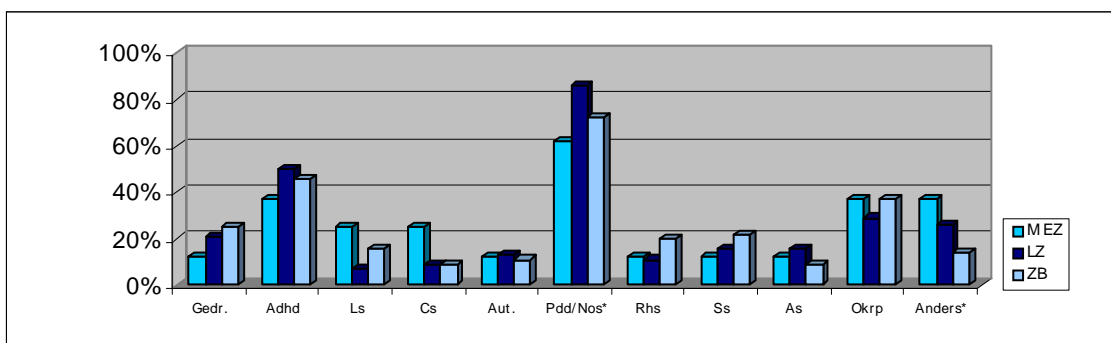
De voorlopige classificaties zijn gesteld op basis van de hypothesen van de verwijzer, de klachten van de ouders en de observatie van de specialisten van de LVG-poli. De voorlopige classificaties, het kunnen er meerdere zijn per cliënt, vormen het uitgangspunt van de onderzoeks- en behandeltrajecten bij de LVG-poli. Bij 21% van cliënten wordt gedacht aan een mogelijke gedragsstoornis, bij 42% aan ADHD, bij 13% aan een leerstoornis, bij 10% aan een communicatiestoornis, bij 12% aan autisme, bij 79% aan PDD-NOS, bij 19% aan een reactieve hechtingsstoornis, bij 38% aan een ouder-kind relatieprobleem en bij 13% aan een andere As1 classificatie, waaronder vooral ticstoornissen waan- en psychotische stoornissen, eet- en zindelijkheidsstoornissen.



Figuur IV: Cliënten naar sekse en hypothese voor classificatie DSM-IV
 (* Significant statistisch verschil tussen de groepen)

Er zijn significante verschillen tussen de seksen wat betreft de voorlopige As 1 classificaties ADHD, Gedragsstoornis, Angststoornis en Ouder-kindrelatieprobleem. ADHD en Gedragsstoornis worden eerder vermoed bij jongens dan bij meisjes. Bij 57% van de mannelijke en 27% van de vrouwelijke cliënten wordt ADHD als voorlopige classificatie gesteld. Dit verschil is significant ($p=0,000$). Wat betreft Gedragsstoornis geldt dat deze voorlopige classificatie ook significant ($p=0,015$) vaker bij jongens (28%) dan bij meisjes (13%) wordt gesteld. De voorlopige classificatie Ouder-kindrelatieprobleem wordt significant ($p=0,032$) vaker bij meisjes (45%) dan bij jongens (30%) gesteld. Ook wordt er een significant verschil ($p=0,000$) tussen de seksen gevonden voor de Angststoornis welke in 6% van de jongens en in 26% van de meisjes als voorlopige classificatie wordt gesteld.

Figuur V is een variant op figuur IV en laat de verdeling van de voorlopige DSM IV classificaties per verstandelijke niveaugroep zien. Hierin zijn twee significante effecten aanwezig:



Figuur V: Cliënten naar verstandelijk niveau en hypothese voor classificatie DSM-IV
 (* Significant statistisch verschil tussen de groepen)

Opvallend is dat de PDD-NOS classificatie significant vaker ($p=0,037$) als voorlopige diagnose gesteld wordt in de licht zwakzinnige groep (90%) dan in de matig tot ernstig zwakzinnige (62%) zwakbegaafde (55%) groep. Tevens valt op dat de “andere” As 1 classificaties (de tic-, waan-, psychotische-, eet- en zindelijkheidsstoornissen) significant vaker ($p=0,049$) voorlopig gesteld worden bij de matig tot ernstig zwakzinnige kinderen (38%) dan bij de lichtzwakzinnige (25%) en zwakbegaafde kinderen (13%).

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het beschrijven van de populatie kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek van Herlaarhof. De grootste groep cliënten bestaat uit jongeren tussen de 11 en 17 jaar. De puberteit is een leeftijdsperiode vol veranderingen en emotionele spanning. Tijdens dergelijke perioden worden problemen en crises eerder verwacht (Verstegen 2005). Er zijn meer jongens dan meisjes in de populatie. Dit lijkt verband te houden met de vaker bij jongens gerapporteerde naar buiten gerichte gedragsklachten.

Een aanzienlijk deel van de cliënten is bekend met dysmaturiteit, zuurstoftekort en prematuriteit; factoren die kunnen leiden tot verstandelijke beperkingen. De populatie bestaat voornamelijk uit zwakbegaafde cliënten die speciaal onderwijs volgen. Mogelijk worden verstandelijk meer beperkte kinderen en adolescenten voor hun gedragsklachten eerder verwezen naar centra voor verstandelijke gehandicaptenzorg dan naar de psychiatrie. Op dit moment zien wij in de LVG-polikliniek steeds meer aanmeldingen van kinderen met een lager verstandelijk niveau. Bij deze populatie is het vanwege de grotere impact van de verstandelijke beperking, moeilijker om de DSM-classificaties zuiver te stellen. Wij zien daarom ook uit naar de nieuw te verschijnen Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID), een classificatiesysteem dat bedoeld is om psychiatrische diagnoses te stellen bij mensen met een verstandelijke beperking (NADD, 2007).

De meeste cliënten groeien op in een twee-oudergezin. Hoewel de meeste ouders een gemiddeld opleidingsniveau hebben, is het percentage verstandelijke beperkingen bij de ouders van onze cliënten met 4% een stuk hoger dan in de rest van Nederland, waar het percentage 0,7% is (Raad voor gezondheidsonderzoek, 2003). Ook het percentage psychiatrische problemen, wat bij onze ouders 8% is, is hoger dan in de rest van de Nederlandse populatie, waar het 4,5% is. (Kroon et al, 1998). De meeste problemen hebben de ouders echter met de opvoeding. Hiervoor lijken zij in de meeste gevallen eerst op school of bij stichting MEE aan te kloppen, die hen dan doorverwijzen naar de LVG polikliniek van Herlaarhof.

De ouders klagen vooral over naar buiten gericht probleemgedrag en minder over naar binnen gericht probleemgedrag, zoals angst- en stemmingsklachten. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat in de omgeving naar buiten gericht gedrag meer opvalt dan naar binnen gericht gedrag. Dit omdat de omgeving hier zelf hinder van heeft. Gedragstoornissen en ADHD, worden door de behandelaren vaker vermoed bij jongens dan bij meisjes. Angststoornissen worden door de behandelaren vaker vermoed bij meisjes dan bij jongens. Dit is in overeenstemming met de prevalentie van bovengenoemde stoornissen in de gehele populatie (Rutter e.a. 1975; Graham, 1979, Szatmari e.a. 1989, Bowen e.a. 1990; Werry, 1991, in Sanders-Woudstra, 1996). De behandelaren vermoeden in de meeste gevallen PDD-NOS bij de kinderen en adolescenten van de LVG-polikliniek. Wij komen hiermee dichterbij de bevindingen van De Bildt (2003) dan bij die van Dekker (2003). Zowel de behandelaren als de verwijzers vermoeden in de meeste gevallen PDD-NOS, daar waar de ouders gedragsklachten aangeven. Een mogelijke verklaring hiervoor is

dat de ouders hun kind onvoldoende structuur, duidelijkheid en voorspelbaarheid bieden. Zij hebben dan vooral last hebben van het probleemgedrag wat uit de overvraging van hun kind resulteert.

Om de andere resultaten uit ons onderzoek te verklaren, zoals bijvoorbeeld waarom ouders en behandelaren bij meisjes vaker op de ouder-kind relatie focussen dan bij jongens, zal verder onderzoek moeten gebeuren. Tevens zal een vervolgstudie moeten plaatsvinden om duidelijk te krijgen welke classificaties uiteindelijk gesteld werden bij de kinderen en adolescenten uit dit onderzoek.

Literatuur

- AAMR, vertaling Koster van Groos, G.A.S. (2001) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Swets & Zeitlinger. Lisse.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, Vt: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, Vt: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- De Bildt, A., Kraijer, D., Sytema, S., & Minderaa, R. (2003). *Prevalentie van autismspectrumstoornissen bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 42 (6), 293-303.
- Dekker M.C. (2003) *Psychopathology in children with intellectual disability. Assessment, prevalence and predictive factors*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Herlaarhof (2007). Website: <http://www.herlaarhof.nl>. Geraadpleegd 12 februari 2007
- Kroon, H., Theunissen, J.R., van Busschbach, J., Raven, E.M.I.E., Wiersma, D. (1998). Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40 (4), 199-211
- National Association for the Dually Diagnosed - NADD. (2007). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID)*. Website: <http://www.thenadd.org/pages/news/dmid.shtml>. Geraadpleegd 2 april 2, 2007
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (2003). Website: <http://www.gr.nl/samenvatting.php?ID=1395>. Geraadpleegd 6 april 2007
- Sanders-Woudstra, J.A.R; Verhulst, F.C. & de Witte, H.F.J. (1996). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum
- Verstegen, D. (2005). Zorg voor mensen met een licht verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. *Onderzoek & Praktijk*, 3, 5-8.
- Wiese, E. (2005). *Intellectual disability and psychiatric disorder: the "LVG policlinic" population*. Presentation at the V European Congress "Mental Health in Mental retardation: towards the integrative approach in research and treatment", Barcelona, Spain, October 6 to 8, 2005.
- Wiese, E. (2006). *An integrative psychiatric approach for children with intellectual disabilities*. Symposium of the 2nd International Congress of IASSID-Europe: Bridging Research, Policy, Maastricht, Nederland, August 2nd to 5th , 2006.