

Onderzoek bij vermoeden van een **licht verstandelijke beperking (LVB)**

Diagnostisch onderzoek bij een licht verstandelijke beperking (LVB).

Pearsonclinical.nl

PEARSON BENELUX B.V.



FEMKE JONKER IS KLINISCH PSYCHOLOOG EN WERKZAAM BIJ HET CENTRUM VOOR PSYCHOTHERAPIE VAN GGZ PRO PERSONA WAAR ZIJ NAAST BEHANDELAAR OOK PROGRAMMALEIDER EN COÖRDINATOR VAN DE DIAGNOSTIEKAFDELING IS. ALS PRO JUSTITIARAPPORTEUR HOUDT ZIJ ZICH DAARNAAST BEZIG MET SPECIALISTISCHE DIAGNOSTIEK, BIJ EERSTE OPLEGGINGSRAPPORTAGES, TBS- EN PIJ-VERLENGINGSZAKEN EN EXTREMISME. OOK DOCEERT ZIJ IN VERSCHILLENDE VAKKEN, WAARONDER DIAGNOSTIEK BIJ PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN EN LVB. TOT SLOT VOERT FEMKE MOMENTEEL EEN PROMOTIEONDERZOEK UIT NAAR DE ADAPT, EEN INSTRUMENT DAT ADAPTIEF FUNCTIONEREN MEET.



ROBERT DIDDEN IS GZ-PSYCHOLOOG EN ALS ONDERZOEKER WERKZAAM BIJ TRAJECTUM, EEN SGLVG-INSTELLING VOOR BEGELEIDING EN BEHANDELING VAN MENSEN MET EEN LVB EN BIJKOMENDE PROBLEMATIEK. DAARNAAST IS HIJ ALS BIJZONDER HOUGLERAAR VERBONDEN AAN HET BEHAVIOURAL SCIENCE INSTITUTE VAN DE RADBOUD UNIVERSITEIT TE NIJMEGEN. ZIJN KLINISCHE EN WETENSCHAPPELIJKE INTERESSES GAAN UIT NAAR DE DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING EN BEGELEIDING VAN GEDRAGS- EN PSYCHISCHE PROBLEMEN BIJ MENSEN MET EEN LVB. HIJ BEGELEIDT HET PROMOTIEONDERZOEK VAN FEMKE JONKER NAAR DE ADAPT.

LVB in een notendop

Mensen met een verstandelijke beperking worden niet alleen gekenmerkt door een lage intelligentie, maar ook door beperkingen in het adaptief functioneren. Ze hebben moeite met het uitvoeren van vaardigheden die je (dagelijks) nodig hebt om zelfstandig en verantwoordelijk te kunnen functioneren in de maatschappij (Schalock et al., 2010; Tassé, 2012). In de DSM-5 worden adaptieve vaardigheden onderverdeeld in drie domeinen, namelijk het conceptueel, sociaal en praktisch domein. De beperkingen worden op jonge leeftijd al zichtbaar (APA, 2013), zoals achterlopen op leeftijdgenootjes en leerproblemen op school. In Nederland wordt het begrip LVB (licht verstandelijke beperking) gebruikt voor mensen met een IQ tussen de 50 en 85 (De Beer, 2016). Mensen met zwakbegaafdheid (voorheen IQ 71 – 84) die als gevolg van hun lage intelligentie problemen hebben in het adaptief functioneren of waar het lage IQ de behandeling of prognose negatief beïnvloedt, vallen hier ook onder. Op basis van een (grove) schatting is dit één derde van de mensen met een zwakbegaafd cognitief functioneren (Woittiez et al., 2019).

Vermoeden van een LVB

Een LVB is in de praktijk moeilijk te herkennen. Aan het uiterlijk is meestal niets te zien en mensen met een LVB kunnen hun beperking (onbedoeld) maskeren. Dat laatste gebeurt bijvoorbeeld door bevestigend te antwoorden op vragen (Kranendonck, 2017), mee te lachen bij een grap, te knikken op het juiste moment, de ander aan het woord te laten (vooral als de ander te snel of te ingewikkeld praat), door woorden te kopiëren of door bravouregedrag.

Het niet herkennen van een LVB kan negatieve gevolgen hebben voor deze vaak kwetsbare mensen. Ten eerste krijgen cliënten met een LVB vaker verkeerde DSM-classificaties en behandelingen (inclusief medicatie) wanneer de kenmerken van een LVB worden aangezien voor symptomen van een psychiatrische aandoening. Bijvoorbeeld een beweeglijk kind met concentratieproblemen dat medicatie krijgt tegen ADHD, terwijl er achteraf sprake blijkt te zijn van een LVB. Ook het tegenovergestelde komt voor, namelijk dat de kenmerken van een psychiatrische stoornis onterecht worden toegeschreven aan de LVB. Bijvoorbeeld een cliënt bij wie het vermijden van personen of situaties wordt geïdentificeerd als een tekort aan copingvaardigheden, terwijl het bij nader onderzoek een symptoom van een posttraumatische stressstoornis blijkt te zijn. In beide gevallen is er een verhoogd risico op onderbehandeling.

Ten tweede schieten vaardigheden (coping) om alledaagse problemen op te lossen tekort. Mensen met een LVB lopen vaak (jarenlang) op hun tenen, wat zich kan uiten in bijvoorbeeld prikkelbaarheid, lichamelijke klachten of zelfs (rand)psychotisch gedrag (Fletcher et al., 2016).

Ten derde hebben cliënten met een LVB vaker te maken met gedwongen opnames, dwangmaatregelen zoals dwangmedicatie en een langere opnameduur omdat hun gedrag vaker verkeerd begrepen wordt en behandelaars niet goed weten hoe om te gaan met gedragsproblemen (Nieuwenhuis et al., 2017).

Het herkennen van een LVB begint bij het uitvragen van het opleidingsniveau. Een Mbo 2 niveau of lager kan een indicatie zijn (Jonker et al., 2021), evenals doublures en het ontbreken van een diploma. Mensen met een LVB hebben een beperkte woordenschat, kunnen spreekwoorden en gezegdes verkeerd gebruiken of woorden in de verkeerde context gebruiken. In emotioneel opzicht komen ze jonger over dan hun kalenderleeftijd. Niet zelden wordt er misbruik van hen gemaakt omdat ze goedgegelovig zijn en situaties niet goed doorzien. In de gesprekskamer van de hulpverlener hebben cliënten met een LVB moeite om een hulpvraag te formuleren, zijn ze afwachtend en komen ze vaker te laat of helemaal niet opdagen en blijken ze bij een volgende afspraak hun huiswerk niet gemaakt te hebben. In het sociale domein herken je een LVB aan bijvoorbeeld de post die ongeopend op de kast blijft liggen en een dure TV of een heleboel huisdieren, maar onvoldoende geld om aan het eind van de maand nog eten te kunnen kopen. Ouders met een LVB weten wel te benoemen wat hun kind praktisch nodig heeft, maar hebben vaak moeite om af te stemmen op de emotionele behoeftes van het kind en om te gaan met de stress die de opvoeding met zich meebrengt. Bij een vermoeden van een LVB kan eerst laagdrempelig de SCIL (Kaal et al., 2015) afgenomen worden, een korte screener voor een LVB. Wanneer het vermoeden wordt bevestigd, dient uitgebreider psychologisch onderzoek plaats te vinden.

Psychologisch onderzoek en interpretatie

Het psychologisch onderzoek naar een LVB bestaat uit intelligentie onderzoek en onderzoek naar het adaptief functioneren (Tassé et al., 2012). De ernst van de verstandelijke beperking wordt vervolgens bepaald aan de hand van de ernst van de problemen in het adaptief functioneren (APA, 2013). Het meten van de intelligentie is onder andere nodig om vast te stellen dat de adaptieve beperkingen inderdaad voortkomen uit de lage intelligentie en niet een andere oorzaak hebben, zoals een overbeschermde opvoeding, verwaarlozing of een bijkomende ontwikkelingsstoornis. Naast het niveau van adaptief en intellectueel functioneren moet voor een classificatie van een LVB beschreven worden welke aanwijzingen voor een LVB er op jonge leeftijd aanwezig waren. Deze laatste voorwaarde voor het stellen van een classificatie 'LVB' is bedoeld om een LVB te differentiëren van stoornissen die er op latere leeftijd voor hebben gezorgd dat men op het niveau van een LVB is gaan functioneren, zoals het geval kan zijn bij niet-aangeboren hersenletsel.

Metten van adaptief functioneren

Voor het meten van adaptief functioneren zijn verschillende instrumenten beschikbaar, die alle observatie instrumenten zijn. Een volwassen familielid of begeleider die de cliënt goed kent in zijn dagelijks functioneren vult een vragenlijst in of wordt geïnterviewd over de adaptieve vaardigheden van de cliënt. Omdat een LVB deels erfelijk is, wordt geadviseerd om ouders *face-to-face* te interviewen, zodat ingeschat kan worden of de vragen goed begrepen worden. Instrumenten voor adaptief functioneren worden normaal gesproken niet door verstandelijk beperkte cliënten zelf ingevuld omdat zij de neiging hebben om

zichzelf te overschatten (Fabriek-van de Glind & Wildershoven-van der Wal, 2005; Lodewijks, 2009). Waar het IQ gaat over de potentie van een persoon, wordt met het adaptief functioneren gemeten wat iemand van deze potentie in praktijk brengt, dus wat iemand daadwerkelijk doet (Tassé et al., 2012). Bij de interpretatie van de uitslag wordt nagegaan *waarom* iemand iets wel of niet doet om te bepalen of daaraan een LVB ten grondslag ligt. Mensen met een LVB bezitten minder vaardigheden, kunnen vaardigheden zonder sturing van buitenaf niet permanent uitvoeren of kunnen tijdelijk een achteruitgang in hun vaardigheidsniveau laten zien als de draaglast hun draagkracht overschrijdt; in het laatste geval spreken we van overvraging. Onder optimale omstandigheden kunnen zij daarentegen hoger functioneren dan op basis van de intelligentie verwacht wordt, wat overschatting in de hand kan werken. Het niveau van adaptief functioneren is dus geen statisch gegeven. Beschrijf in een rapport dan ook onder welke omstandigheden en in welke context het adaptief functioneren is beoordeeld. Soms verblijft de cliënt in een context waarin hij een aantal vaardigheden niet kan laten zien die hij voorheen mogelijk wél uitvoerde, zoals in detentie. In dat geval kan een observant die de cliënt kende van vóór die tijd gevraagd worden het functioneren te beoordelen en een instrument in te vullen (Tassé et al., 2012).

Naast het vaststellen van een LVB wordt het in kaart brengen van het adaptief functioneren gebruikt om te bepalen welke ondersteuning een persoon nodig heeft. Ook kunnen metingen herhaald worden om de vooruitgang te meten, in een context waarin vaardigheden getraind worden.

Er zijn momenteel drie instrumenten op de markt die hieronder kort worden samengevat:

	Vineland-3-NL	ABAS-3	ADAPT
Leeftijdsbereik	Alle leeftijden	Alle leeftijden	16+
Doelgroep	Zeer ernstige tot licht verstandelijke beperking (VB)	Niet specifiek genormeerd voor VB	Matige VB tot gemiddeld niveau
Meetpretentie	Sociaal en praktisch domein DSM-5 en motoriek	Drie domeinen DSM-5	Drie domeinen DSM-5
Normering	NL vertaling, geen NL normering, wel VS normering	Gezonde populatie NL	Cliënten NL
Afnametijd	20 – 90 min, afhankelijk van doelgroep	50 min	15 min

Meten van IQ

Sinds de DSM-5 bepaalt de hoogte van het IQ niet langer de ernst van de verstandelijke beperking. Wel wordt een intelligentieniveau van twee standaarddeviaties onder het gemiddelde als voorwaarde gesteld, met een meetfout van vijf punten. Dat betekent dat het IQ beneden de 75 moet liggen om te kunnen spreken van een verstandelijke beperking. De DSM-5 V-code 'zwakbegaafdheid' heeft geen (IQ)-criteria meer, maar er wordt vermeld in welke gevallen de classificatie gegeven kan worden, zoals wanneer cliënten als gevolg van hun lage intelligentie problemen hebben in het adaptief functioneren of wanneer de behandeling of prognose hierdoor negatief wordt beïnvloed (APA, 2013).

Als diagnosticus is het belangrijk zich te realiseren dat IQ-uitslagen bij dezelfde persoon (fors) van elkaar kunnen verschillen (Habets et al., 2015; Pearson Assessment & Information BV., 2012; Ponsioen, 2014; Van Toorn & Bon, 2011). Bij ongeveer de helft van de mensen wordt een verschil van 10 of meer IQ-punten gevonden als zij een tweede of volgende keer getest worden. De verschillen kunnen in individuele gevallen oplopen tot wel 30 punten. Dat komt onder andere omdat intelligentietests onderling van elkaar verschillen en genormeerd worden op gezonde mensen, terwijl het juist een andere doelgroep is die onderzocht wordt: cliënten met een hulpvraag. Bij mensen met een LVB zijn de verschillen gemiddeld nog groter en blijkt de ene IQ-uitslag geen voorspellende waarde te hebben voor de volgende IQ-uitslag (Habets et al., 2015). Dat komt omdat een test in de onderste en bovenste regionen minder betrouwbaar is. Ook

testomstandigheden en cliëntfactoren tellen mee. Het is dan ook van belang om bij elk intelligentieonderzoek te beschrijven welke IQ-test is afgenomen, onder welke omstandigheden dat is gedaan en om cliëntfactoren zoals motivatie en medicatiegebruik te benoemen. Concludeer niet te snel dat iemand voor- of achteruit is gegaan in het intellectueel functioneren. Het noemen van de 95% betrouwbaarheidsintervallen in plaats van de IQ-scores geeft een nuancering van de testuitslag. Disharmonische profielen komen bij cliënten met een LVB regelmatig voor, vooral bij mensen met gedragsproblemen en/of een co-morbide psychiatrische aandoening. Beschrijf of een disharmonisch profiel een risico geeft op onder- of overvraging op een specifiek gebied, zoals relatief sterke verbale vaardigheden die voor een overschatting van het niveau van zelfredzaamheid kunnen zorgen.

Wat betreft de keuze van IQ-tests worden de Pearson tests (WAIS-IV, 2012; WISC-V, 2017; WPPSI-IV, 2020) het meest gebruikt vanwege hun mogelijkheden om sterktes en zwaktes in IQ-profielen in kaart te brengen. De IDS-2 (Grob et al., 2018) meet cognitieve functies volgens het CHC-model (Catell-Horn-Carroll-model; Horn & Blankson, 2012) dat steeds meer in opkomst is. Wanneer een cliënt de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, zijn de SON-R (Tellegen & Laros, 2011, 2017) en de WNV (Wechsler & Naglieri, 2008) als non-verbale IQ tests de eerste keuze. De GIT-2 (Luteijn & Barelds, 2004) en de KAIT (Mulder et al., 2004) zijn inmiddels verouderd en de Raven's-2 (Raven & Raven, 2020) meet slechts één aspect van intelligentie waardoor deze test beter als screener gezien kan worden.



Classificeren

Binnen de DSM-5 is veel ruimte gekomen voor de klinische indruk ten behoeve van de classificatie van de ernst van een verstandelijke beperking. Ten opzichte van de DSM-IV-TR geeft de DSM-5 de clinicus meer vrijheid om de uitslag van instrumenten te wegen en te nuanceren. Maar het betekent ook een grotere uitdaging voor klinici zonder ervaring met de LVB-doelgroep. Bedenk steeds goed waar je de cliënt recht mee doet. Hoe kunnen de ernst van de verstandelijke beperking en vooral de beschrijving van sterktes en zwaktes bijdragen aan het beter begrijpen van en afstemmen op de behoeftes van de cliënt?

Aanvullende diagnostiek

Naast adaptief en intellectueel functioneren ligt er bij mensen met een LVB vaak een vraag over het niveau van sociaal en emotioneel functioneren. Het sociaal en emotionele ontwikkelingsniveau geeft informatie over wat de persoon aankan aan bijvoorbeeld zelfstandigheid, en kennis over dit niveau helpt hulpverleners en anderen bij het afstemmen van de bejegeningstijl op de behoeften en mogelijkheden van een cliënt. Ligt het sociaal en emotionele niveau beduidend lager dan men op basis van het adaptief en intellectueel functioneren zou verwachten én is dit een duurzaam patroon, dan kan dat een aanwijzing zijn voor persoonlijkheidsproblematiek (zie hieronder). Wanneer er sprake is van een tijdelijk verlaagd sociaal en emotioneel functioneren terwijl de persoon voorheen op hoger niveau functioneerde, dan kan dat een aanwijzing zijn voor (tijdelijke) overvraging.

Overvraging op praktisch of emotioneel gebied komt relatief vaak voor bij mensen met een LVB bij wie de beperking op het eerste oog niet zichtbaar is. Instrumenten die sociaal en emotioneel functioneren meten, zijn onder andere de ZALC, de SEO-R2 en de ESSEON-R. Hoewel het interpreteren van de ZALC vrij veel tijd kost, geeft het bruikbare informatie over empathie, gewetensvorming, motivaties van (sociaal) gedrag en emotie- en agressieregulatie. Het afnemen van de SEO-R2 kost veel tijd, maar wordt door groeps werkers en behandelaren als prettig ervaren omdat zij het gedrag van hun cliënt beter gaan begrijpen en daarop de bejegeningstijl kunnen afstemmen. De ESSEON-R is daarentegen snel af te nemen, maar de klinische ervaring is dat de uitslag een overschatting van het niveau geeft.

Bij mensen met een problematische schoolcarrière en bij wie het vermoeden is dat men hoger functioneert

dan de IQ-uitslag laat zien, kan men overwegen aanvullende diagnostiek naar het executief functioneren te doen. Executief functioneren – dat staat voor werkgeheugen, inhibitie en cognitieve flexibiliteit (Miyake et al., 2000) – zegt dan soms meer over iemands potentie dan het IQ, omdat een IQ-test deels vaardigheden meet die op school geleerd worden. Een andere reden om executief functioneren te onderzoeken is om de aanwezigheid van bijkomende gedragsproblemen beter te begrijpen en behandelen. Gedragsproblemen blijken namelijk vaak samen te hangen met problemen in het executief functioneren en dan met name problemen met het werkgeheugen (Platje et al., 2017).

Soms is aanvullende diagnostiek naar de oorzaak van een LVB belangrijk, met name wanneer er een vermoeden is van een syndroom of genetische afwijking. Een syndroom kan naast een LVB ook andere – nog niet ontdekte – kenmerken hebben die behandeling behoeven, zoals een hartafwijking of verstoorde hormoonhuishouding. Bijzondere uiterlijke (gezichts)kenmerken kunnen een aanwijzing zijn. In dat geval kan het beste worden doorverwezen naar een klinisch geneticus.

Specifieke groepen (differentiaaldiagnostiek)

Een LVB gaat vaak samen met (een) andere psychiatrische stoornis(sen). Een psychiatrische stoornis kan over het hoofd worden gezien als men denkt dat het gedrag van een persoon hoort bij een LVB. Dit wordt *diagnostic overshadowing* genoemd. In een grootschalig onderzoek onder ongeveer 5000 cliënten in Nederland bleek bij ongeveer de helft van de cliënten ook sprake te zijn van psychiatrische co-morbiditeit (Jonker & Nijman, 2021). De kenmerken van een LVB kunnen echter ook ontorecht worden aangezien voor een psychiatrische stoornis, waardoor er – zoals eerder benoemd – een verkeerde behandeling wordt gestart of de behandeling stagneert. Impulsiviteit, beperkte empathie, zwart-wit denken, emotieregulatieproblemen en agressie komen zowel bij een LVB als bij cluster-B persoonlijkheidsproblematiek vaak voor. Het onderscheid tussen bijvoorbeeld een LVB en een borderline persoonlijkheidsstoornis is dat bij LVB niet typisch sprake is van vroege traumatisering en snel wisselen van gemoedstoestanden. Suïcidale gedragingen, automutilatie en een chronisch gevoel van leegte zijn eveneens geen typische LVB kenmerken. Bij een LVB is antisociaal gedrag vaak 'overlevingsgedrag' (bijvoorbeeld het stelen van voedsel) dat stopt wanneer het niet meer nodig is. Iemand met een LVB kan berouw

tonen na uitleg dat men de ander heeft beschadigd. In het geval van concentratieproblemen en impulsiviteit kan onderscheid met ADHD gemaakt worden aan de hand van een IQ-onderzoek. Sociaal onvermogen, rigiditeit, problemen in zelfstandigheid en executief functioneren kunnen zowel bij een LVB als een autisme-spectrumstoornis voorkomen. Bij een LVB is echter geen sprake van stereotype bewegingen, gefixeerde interesses en afwijkende zintuiglijke prikkelverwerking.

In de klinische praktijk is men terughoudend in het classificeren van een persoonlijkheidsstoornis bij mensen met een licht verstandelijke beperking of ernstiger VB. De persoonlijkheidstrekken zijn vaak (deels) toe te schrijven aan de verstandelijke beperking en men classificeert in dat geval vaak alleen 'trekken van'. Bij mensen met zwakbegaafdheid worden door- gaans wél co-morbide persoonlijkheidsstoornissen geassocieerd.

Bij mensen die in de loop van hun leven op het niveau van een LVB zijn gaan functioneren in hun adaptief en/of intellectueel functioneren, maar die eerder in de ontwikkelingsperiode op gemiddeld of hoger niveau functioneerden, spreekt men niet van een LVB. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij schizofrenie, niet-aangeboren hersenletsel, langdurig alcohol- en/ of drugsgebruik of langdurig functioneren buiten de maatschappij, zoals in de tbs of detentie. Hierbij is dus het onset-criterium van een LVB – te weten ontstaan in de ontwikkelingsperiode – de onderscheidende factor.

Hoe nu verder?

Het moge duidelijk zijn dat het vaststellen van een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid volgens de DSM-5 veel meer is dan het afnemen van een intelligentietest. Het in kaart brengen van het adaptief, cognitief, sociaal en emotioneel functioneren geeft een genuanceerder beeld over de potenties en beperkingen van de persoon met een LVB. LVB is geen statisch begrip, maar kan tot uiting komen in een balans tussen draaglast en draagkracht, waarbij de context van essentieel belang is voor een zo optimaal mogelijk functioneren. Wij hopen dat dit whitepaper een uitnodiging is voor diagnostici en hulpverleners in de VG-zorg, de GGZ en het forensische veld om de psychodiagnostiek bij mensen met een LVB meer verdieping te geven.



Literatuurverwijzingen

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beer, Y. de (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking; definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Fabriek-van de Glind, I., & Widdershoven-van der Wal, M. (2005). Kenmerken van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en crisishulpverlening. *Onderzoek & Praktijk*, 3(2), 27-32.
- Fletcher, R.J., Barnhill, J., & Cooper, S-A. (Eds.) (2016). *Diagnostic manual – Intellectual disability (DMID-2): A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY: NADD Press.
- Grob, A., Hagmann-von Arx, P., Rüter, S., Timmerman, M., & Visser, L. (2018). *IDS-2 Intelligentie- en ontwikkelingschalen voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe.
- Habets, P., Jeandarme, I., Uzieblo, K., Oei, K., & Bogaerts, S. (2015). Intelligence is in the eye of the beholder: investigating repeated IQ measurements in forensic psychiatry. *Journal of Applied Research on Intellectual Disabilities*, 28 (3), 182–192.
- Horn, J., & Blankson, A. (2012). Foundations for better understanding of cognitive abilities. In D. Flanagan, J. Genshaft, & P. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues* (pp. 53-91). New York, NY: Guilford Press.
- Jonker, F., Didden, R., Goedhard, L., Korzilius, H., & Nijman, H. (2021). The ADaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34 (4), 1156 – 1165.
- Jonker, F., & Nijman, H. (2021). Handleiding ADAPT. *Vragenlijst voor adaptief gedrag*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kaal, H. L., Nijman, H. L. I., & Moonen, X. M. H. (2015). *SCIL: Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kaufman, A., & Kaufman, N. (2004). *KAIT: Kaufman Intelligentietest voor adolescenten en Volwassenen*. Nederlandstalige bewerking: Mulder, Dekker & Dekker (2004). Leiden: Pits.
- Kranendonk, R. (2017). Verdachten met een LVB in het politieverhoor: De invloed van verhoormethoden op de inhoud van verklaringen. *Justitiële Verkenningen*, 43, 74–91.
- Lodewijks, H. (2009). Jongeren met een lichte verstandelijke beperking in justitiële jeugdinrichtingen. In R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking* (pp. 113-119). Utrecht: LKC LVG / Expertisecentrum De Borg.
- Luteijn, F., & Barelids, D.P.F. (2004). *Groninger Intelligentie Test (GIT-2)*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzkis, A. H., Howerter, A., & Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex frontal lobe tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Naarding, P., & Mulder, C.L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *Plos One*, 2, doi:10.1371/journal.pone.0168847.
- Pearson (2012). *WAIS-IV-NL: Psychometrische eigenschappen deel 2 en 3*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information BV.
- Platje, E., Cornet, L. J. M., Kogel, C.H. de (2017). Intelligentie, executieve functies en licht verstandelijke beperking in justitiecontext. *Justitiële Verkenningen*, 43, 49 – 62. doi: 10.5553/JV/01675850201704300600.
- Ponsioen, A. (2014). Van intelligentieonderzoek naar intelligent onderzoek. In: J. de Bruijn, W. Buntinx & B. Twint (red.), *Verstandelijke beperking: definitie en context* (pp. 81-90). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Raven, J.C., & Raven, J. (2020). *Raven's 2 Progressive Matrices Diagnostische versie*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information BV.

Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.I., Craig, E.M., & Yaeger, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC: AAIDD.

Tassé, M.J., Schalock, R.L., Balboni, G., Bersani, H. Jr., Borthwick-Duffy, S.A. et al. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 291–303. Doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291.n, and Systems of Supports. Washington, DC: AAIDD.

Tellegen, P.J., & Laros, J.A. (2011). *SON-R 6-40: Snijders-Oomen niet verbale intelligentietest*. Amsterdam: Hogrefe.

Tellegen, P.J., & Laros, J.A. (2017). *SON-R 2-8: Snijders-Oomen niet verbale intelligentietest*. Amsterdam: Hogrefe.

Toorn, B. van & Bon, C. (2011). De onbetrouwbaarheid van de IQ-meting. *De Psycholoog*, 46, 44-49.

Wechsler, D. (2017). *WISC-V-NL: Wechsler Intelligence Scale for Children (5th ed.)*, Nederlandstalige bewerking: Hendriks & Ruiter, Vlaamse experts: Schittekatte & Bos. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Wechsler, D. (2012). *Wechsler Adult Intelligence Scale, vierde editie, Nederlandstalige bewerking*: Pearson. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Wechsler, D. (2020). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, vierde editie, Nederlandstalige bewerking*. Nederlandse experts: Hurks en Hendriksen. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Wechsler, D., & Naglieri, J.A. (2008). *WNV-NL: Wechsler Non Verbal*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Woittiez, J., Eggink, E., & Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

