UGESKRIFT FOR LÆGER

Statusartikel

Behandling af voksne med mental retardering

Magnus Roland Balleby[1], Jeppe Feigenberg Johansen[1], Bitten Shönewolf-Greulich[2], Anne Sabers[3], Lise Cronberg Salem[3] & Jimmi Nielsen[1]

1) Enhed for Oligofreni, Psykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital, 2) Afdeling for Genetik, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet, 3) Afdeling for Hjerne- og Nervesygdomme, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2026;188:V10250857. doi: 10.61409/V10250857

HOVEDBUDSKABER

- Vær tilbageholdende med at tilskrive symptomer den mentale retardering.
- Sæt god tid af i mødet med personen med mental retardering, og vær altid sikker på, at patienten har forstået den givne information.
- Udfordrende adfærd skal altid føre til en grundig udredning før en eventuel behandling iværksættes.

Antallet af mennesker diagnosticeret med mental retardering (MR) i Danmark er ca. 50.000, lidt hyppigere hos mænd end kvinder og med lettere MR som det hyppigste [1]. Den forventede levealder for mennesker med MR er steget, men er fortsat ca. 15 år kortere end i baggrundsbefolkningen med den største overdødelighed hos mennesker med den sværeste grad af MR [1]. Mennesker med MR deltager ikke så ofte i forebyggelsestiltag og er i større grad underbehandlede for somatiske lidelser end baggrundsbefolkningen [2, 3].

Formålet med denne artikel er at give læseren en bred indføring ved at belyse nogle af de forhold, som sundhedspersoner skal være opmærksomme på, når patienter med MR kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Inden for MR er der stor variation fra lettere MR, som på mange måder har de samme psykiske og somatiske sygdomme som baggrundsbefolkningen, hvorimod diagnostik og behandling ved svær MR er udfordret af de begrænsede kognitive færdigheder [4].

Nomenklatur, definition og diagnostik

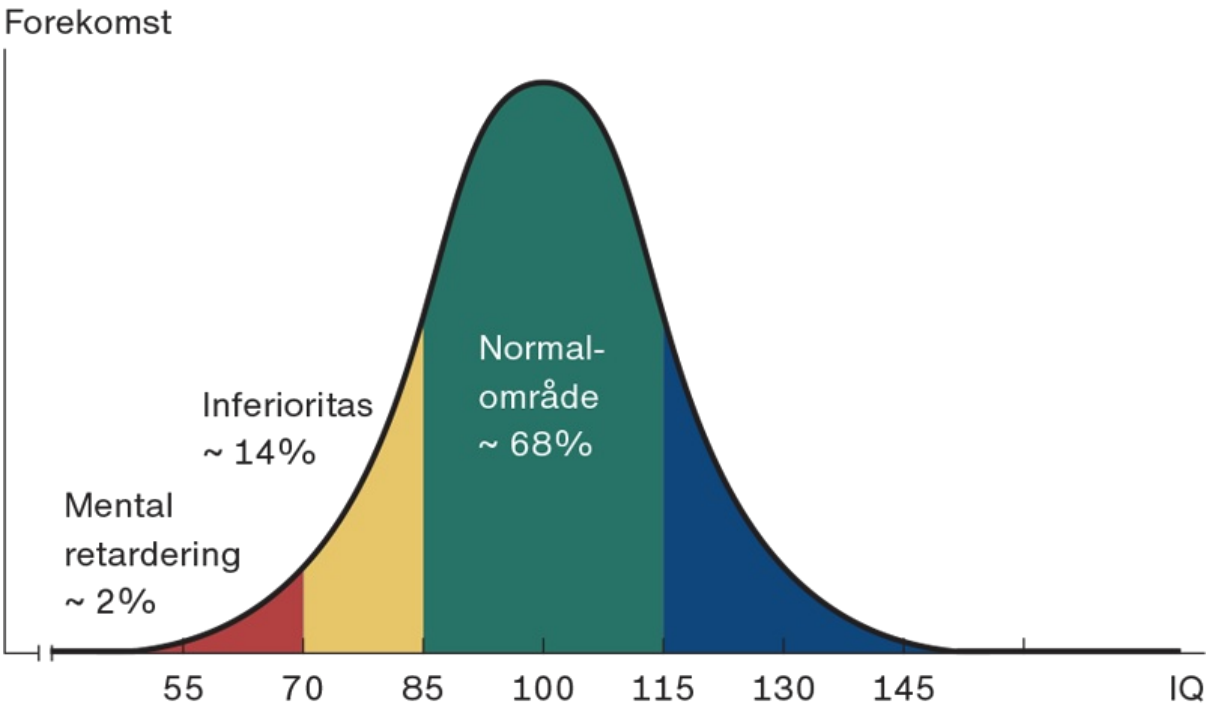
I International Classification of Diseases (ICD)-10 anvendes betegnelsen MR, hvilket i daglig tale kan oversættes til udviklingshæmning. Flere patientorganisationer anvender betegnelsen udviklingshandikap som mindst stigmatiserende. Vi har af loyalitet mod det nuværende diagnosesystem anvendt betegnelsen MR uden at ønske at virke stødende.

ICD-10 definerer MR som »en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder« [5]. Den manglende adaptionsevne, evnen til at klare dagligdagens krav og forventninger under skiftende livsomstændigheder er central for forståelsen, diagnosticeringen og

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

tilgangen til mennesker med MR [6]. Intelligenstestning sker typisk med den standardiserede intelligenstest Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV), som undersøger følgende domæner: verbal forståelse, perceptuel ræsonnering, arbejdshukommelse og forarbejdningshastighed [7]. Intelligenstestning er et øjebliksbillede og påvirkelig af bl.a. den psykiske tilstand, motivation, nervøsitet og evt. sprog- og kulturbarrierer. Intelligensniveauer antages for at være normalfordelt, og ved MR er intelligenskvotienten < 70 (**Figur 1**). Selve diagnosticeringen af MR sker på baggrund af et samlet klinisk billede.

FIGUR 1 Normalfordelingsmodel af IQ med illustration af mental retardering. Tallene refererer til normalfordeling og ikke til reelle prævalenser.



Man skal være yderst påpasselig med på baggrund af den kliniske præsentation at udtale sig om, hvorvidt en patient har MR, da snitfladen mellem normaltbegavet og lettere MR kun kan afklares med en intelligenstest. Ved sværeste MR kan vurdering af sværhedsgraden kun ske på baggrund af en klinisk vurdering (**Tabel 1**).

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

TABEL 1 Inddeling af MR ifølge ICD-10 med eksempler på påvirkningen af de adaptive domæner.

ICD-10-kode, sværhedsgrad (IQ)	Konceptuel (akademisk)[b]	Social[b]	Praktisk[b]
DF70, lettere (50-69)	Ofte tilstrækkeligt talesprog til at klare sig i hverdagen og til at give et indblik i symptomer, der kan danne baggrund for diagnostik	Ofte umodne for deres alder, men kan indgå i socialt samspil Er i øget risiko for at blive manipuleret af andre pga. godtroenhed	Opnår tit selvstændighed inden for ADL-funktioner De fleste opnår basale skolemæssige færdigheder og kan ofte varetage praktisk ufaglært arbejde
DF71, middelsvær (35-49)	Vil ofte kunne deltage i simple samtaler, men sproget er begrænset Udredning beror primært på observationer fra omsorgspersoner, suppleret med interviews, hvor der kan opnås nogen indsigt i symptomer	Kan opnå relationer til venner og familie, men er begrænset socialt og kommunikativt Der vil oftest være behov for vedvarende støtte i forhold til sociale beslutninger og det sociale samspil	Der kan være behov for vedvarende støtte til ADL-funktioner Kan ofte udføre simple arbejdsfunktioner, så længe det er struktureret og med vedvarende vejledning Tilegnelse af boglige færdigheder er typisk begrænsede I visse tilfælde kan der opnås basale skolemæssige færdigheder
DF72, sværere (20-34[a])	Tydeligt begrænsede kommunikative evner, afgrænset til få ord eller korte sætninger Diagnosticering på baggrund af subjektive input er ikke mulig	Vil ofte profitere af positiv social interaktion med pårørende og/eller plejepersonale	Behov for vedvarende og kontinuerlig støtte til ADL-funktioner. Nogle kan dog klare basal hygiejne selv
DF73, sværeste (< 20[a])	Oftest ingen sproglig kommunikation, men nogle kan forstå simple instruktioner, og med piktogrammer eller tegn-til-tale kan der opnås en begrænset nonverbal kommunikation	Vil kunne indgå i overfladiske, behovsdrevne sociale interaktioner med andre	Typisk svære bevægehandikap Ligeledes har de typisk ikke kontrol over kropslige funktioner Yderst begrænset evne til at varetage egne behov Kræver konstant opsyn/støtte

ADL = almindelig daglig levevis; MR = mental retardering.

a) Ved disse grader af MR er det oftest ikke muligt at vurdere begavelsen ud fra standardiserede intelligenstests, hvorfor der oftest er tale om en vurdering baseret på kliniske indtryk samt informationer fra primære omsorgspersoner.
b) Eksemplerne er ikke udtømmende.

Da MR optræder i barndommen, vil de fleste voksne med MR allerede være diagnosticeret, men mistanken om en underliggende MR hos en ikkediagnosticeret voksen skal opstå, hvis der er udfordringer på flere af de adaptive domæner. Udfordringerne må ikke kunne forklares ved somatisk eller psykisk sygdom eller socialbelastning og skal have været til stede siden barndommen.

Ætiologi

Årsagerne til MR er mangeartede (**Tabel 2**) [8], men der findes ikke større studier, der undersøger fordelingen af ætiologiske årsager til MR. Genetiske årsager kan påvises hos ≤ 60% [9], og denne andel er steget de senere år med udviklingen af omfattende sekventeringsmetoder. Ætiologien til MR kan i nogle tilfælde øge opmærksomheden på særlige komorbiditeter, f.eks. Downs syndrom og kardiel misdannelse [10]. I Danmark kan alle patienter med MR tilbydes genetisk udredning med helgenomsekventering.

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

TABEL 2 MR's ætiologiske inddeling med eksempler.

Prænatal	*Genetiske årsager, f.eks.* — Downs syndrom — Fragilt X-syndrom — Angelmans syndrom — Smith-Magenis syndrom — Medfødte metaboliske defekter, f.eks. PKU
	Teratogener — Alkohol (føtalt alkoholsyndrom) — Valproat
	Infektioner — Rubellavirus — Cytalomegalovirus — Toksoplasmose Cerebral parese Kongenital hypotyroidisme
Perinatal	Hypoksi Præterm fødsel/lav fødselsvægt Infektioner
Postnatal	CNS-infektioner CNS-tumorer Hypoksi Traumatisk hjerneskade Miljøeksponering: — Bly — Kviksølv Ekstrem mangelfuld motorisk, social og sproglig stimulering i de første leveår

MR = mental retardering; PKU = fenylketonuri.

Klinisk præsentation og tilgang

Den kliniske præsentation afhænger især af konteksten, man møder mennesket med MR i. Den reducerede adaptionsevne medfører, at mennesker med MR trives og fungerer bedst med en forudsigelig hverdag og kan fremstå med dårligere funktionsniveau i fremmede situationer, f.eks. hospitalsindlæggelse eller lægekonsultation. Inddragelse af pårørende og støttepersoner kan typisk gøre patienten mere tryg og hjælpe til at afdække, om tilstanden adskiller sig fra det habituelle [4].

Det er ofte svært for mennesker med MR at kommunikere med professionelle [11], hvorfor tilpasningen af

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

kommunikationen er afgørende. Hvis ikke sværhedsgraden af MR er tilgængelig, kan det være en god idé at skele til, hvad patienten er optaget af, leger med eller ser i tv. Det kan give en idé om, hvordan man bedst kan kommunikere med vedkommende og dermed opnå en god kontakt. Undlad svære ord, og bed patienten gentage det aftalte hvis muligt for at sikre, at informationen er forstået. Vær opmærksom på, at patientens evne til at udtrykke sig ikke nødvendigvis afspejler evnen til at forstå beskeder [4].

Somatisk komorbiditet

De hyppigste somatiske komorbiditeter er epilepsi, nedsat syn, høretab, osteoporose, overvægt, cerebral parese og demens [10]. Epilepsi optræder hos 20-30% med stigende risiko ved sværere MR [12]. Ved visse syndromer, f.eks. tuberøs sklerose, har > 70% epilepsi [13]. Epilepsi hos patienter med MR er generelt vanskeligt at behandle, da både udredning, observation og klassifikation kan være kompliceret. Desuden har mange svær medicinsk intraktabel epilepsi. Der er ofte høj anfaldshyppighed og vanskeligt behandlelige anfald med risiko for komplikationer, hyppige indlæggelser og pludselig død. Der er således en betydelig overdødelighed, idet risikoen for at dø af epilepsi er > 50 × større blandt patienter med MR end patienter med epilepsi, som ikke har MR [12].

Generelt har personer med MR samme risiko for at udvikle demens som følge af en sygdom i hjernen som baggrundbefolkningen [14]. Der er dog påvist en højere forekomst af demens hos personer med MR i aldersgruppen 70-74 år end i baggrundsbefolkningen [14]. Årsagen kan være relateret til en lavere kognitiv kapacitet til at kompensere for de tidlige tegn på demens og en mere usikker demensdiagnose, som ofte er baseret på få eller ingen kognitive tests, usikre observationer og færre undersøgelser.

Personer med Downs syndrom er i særligt øget risiko for at få en form for Alzheimers sygdom tidligt i livet, og diagnosetidspunktet er i et nyere studie vist at være 56,2 år i gennemsnit [15]. Symptomer på demens, forløb og udredningsmuligheder er dog ofte anderledes og kræver en anden tilgang end hos personer uden MR.

Cancerrisikoen hos mennesker med MR er sammenlignelig eller lavere end baggrundsbefolkningen, dog kan specifikke syndromer medføre en særlig risikoprofil, f.eks. Downs syndrom og øget risiko for leukæmi, men nedsat risiko for solide tumorer [16]. Den lavere risiko kan skyldes underrapportering, og da hver enkelt patient kan have en særlig disponering for cancer, er det vigtigt at have en individualiseret tilgang.

Respiratoriske sygdomme, især pneumoni, er den hyppigste dødsårsag, og samtidig er medfødte malformationer en hyppigere dødsårsag i denne gruppe end i den generelle befolkning [17].

MR associeres med betydelig mulitimorbiditet [18] og somatisk underdiagnosticering [3], hvilket især skyldes patientens reducerede evne til at medvirke til undersøgelser og bidrage til anamnesen. Symptomer kan også tilskrives MR (fejldiagnosticering), selv om symptomerne tilhører en separat psykisk eller somatisk sygdom (diagnostic overshadowing). I sundhedsvæsenet medfører det ofte utilstrækkelig udredning, og derfor er særlige koordinerende tilbud til patienter med MR nødvendige. Et eksempel på dette er BYG BRO-projektet på Bornholm, som forsøger at brobygge mellem sektorerne. Et andet nyt og vigtigt tilbud er de obligatoriske sundhedstjek for personer, der bor i botilbud [2].

Psykiatrisk komorbiditet

Mennesker med MR kan have de samme psykiske sygdomme som andre, om end det kan være vanskeligt at »findiagnosticere«, særligt når IQ er < 50, hvor patienten ikke kan udtrykke sig verbalt i tilstrækkelig grad.

Psykiatrisk komorbiditet findes hos næsten hver tredje patient med MR [19], særligt er affektive sindslidelser,

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

angst og skizofreni til stede. Underdiagnosticering og fejldiagnosticering af psykiatrisk komorbiditet, herunder diagnostic overshadowing, er en klinisk udfordring [20]. Der ses en markant øget forekomst af autisme eller autistiske træk hos mennesker med MR [21] med særlig høj risiko ved visse underliggende sygdomme, f.eks. tuberøs sklerose [22].

I et befolkningsstudie fandt man udfordrende adfærd hos 18,1%, hvilket bl.a. omfatter udadreagerende og selvskadende adfærd [23]. Årsagerne er mange og kan skyldes ændringer i patientens nærmiljø, øgede krav og ubehandlede akutte eller kroniske tilstande såsom smerter, infektioner og obstipation samt ubehandlet psykiatrisk lidelse. Risikoen for udfordrende adfærd øges i takt med sværhedsgraden af MR [23], hvorimod selvmordsforsøg er sjældnere hos personer med MR, særligt ved svær MR [24].

Nonfarmakologisk psykiatrisk behandling

Nonfarmakologisk behandling til patienter med MR er kun undersøgt i begrænset omfang [25], og patienter med MR er traditionelt set ikke blevet tilbudt psykoterapeutiske interventioner. Dette til trods for, at mennesker med MR ofte er i øget risiko for traumatiske oplevelser, der kan resultere i psykiske lidelser [26]. Mennesker med MR oplever oftere social afvisning i løbet af opvæksten, hvilket kan påvirke motivationen og følelserne forbundet med udforskning af det sociale, hvorfor interventioner bør indeholde succesoplevelser og positiv feedback [27].

Mennesker med lettere MR kan ofte profitere af tilpassede psykoterapeutiske interventioner, f.eks. kognitiv adfærdsterapi [28], mens patienter med svær MR ikke er i stand til dette.

Hos mennesker med MR er pædagogiske interventioner centrale og bygger på behavioristiske indlæringsteorier som forstærkning og udslukning af respons.

Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation VISO kan i komplekse sager kontaktes.

Psykofarmakologisk behandling

Behandling af psykiatrisk komorbiditet følger almenpsykiatriske vejledninger, da der ikke foreligger større studier, der har undersøgt farmakologisk behandling hos patienter med MR. Da mange patienter med MR kan have svært ved at rapportere om bivirkninger, anbefales det at starte med lav dosis og øge langsomt afhængigt af effekt og bivirkninger.

Farmakologisk behandling af udfordrende adfærd kan overvejes, hvis somatisk eller psykiatrisk årsag er udelukket, og de pædagogiske interventioner er utilstrækkelige. Den farmakologiske behandling tilbydes typisk for at understøtte nonfarmakologiske interventioner og bør forsøges nedtrappet, når adfærden er under kontrol. Bedst undersøgt er risperidon [29]. Der findes ikke danske opgørelser over brugen af psykofarmaka, men i et udenlandsk studie fandt man, at 56% af personer med MR og udfordrende adfærd fik psykofarmaka [30].

Samtykke

Personer med MR kan have vanskeligt ved at forstå konsekvenser af deres egne beslutninger, hvorfor sundhedspersonen altid bør afklare, hvorvidt patienten er samtykkekompetent, hvilket ikke kun afhænger af patientens intellektuelle formåen, men også af omfanget af beslutningen. Den samme patient kan måske godt samtykke til kort tids behandling med sovemedicin, fordi vedkommende sover dårligt, men kan måske ikke samtykke til fjernelse af en tumor.

Hvis patienten med MR ikke er i stand til at give informeret samtykke, er det muligt at anvende sundhedslovens

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

§ 18, hvor nærmeste pårørende/personlig værge samtykker. Nærmeste pårørende er som udgangspunkt men ikke begrænset til familie, men kan også være en nær ven eller nabo, som har kendt patienten i mange år. Vigtigst er, at det er en person, som varetager patientens tarv, og som patienten har tillid til, og som ikke er en del af behandlingen. Hvis patienten ikke har pårørende/værge, kan samtykket indhentes fra en uvildig læge.

Hvis patienten modsætter sig, kan behandlingen ikke gennemføres på baggrund af et stedfortrædende samtykke, men i stedet skal det vurderes, om der er indikation for somatisk tvang af varigt inhabile. Nærmeste pårørende eller værge skal samtykke til tvangen, alternativt kan beslutningen tiltrædes af en uvildig læge eller Styrelsen for Patientsikkerhed (**Figur 2**).

FIGUR 2 Somatisk tvangsbehandling af varigt inhabile.

Generelt
Tvang er altid sidste udvej, og frivillighed skal altid forsøges og må ikke erstatte pleje og omsorg. Tvangsbehandling kan overvejes, hvor manglende behandling vil medføre et væsentligt forringet helbred og kan f.eks. omfatte anlæggelse af urinkateter, undersøgelser og kirurgiske indgreb.

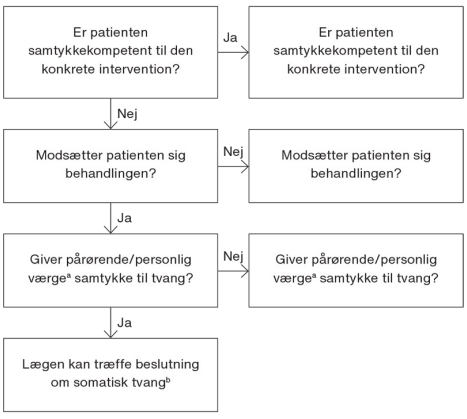
Begrebet »varig inhabil« er ikke lovmæssig nærmere defineret, men omfatter patienter, der er fyldt 15 år, som ikke er i stand til at varetage egne interesser på baggrund af en varig lidelse, f.eks. mental retardering og demens. Det er en sundhedsfaglig vurdering, om patienten kan handle fornuftsmæssigt i den konkrete situation.

Denne lov kan ikke anvendes under eller til psykiatrisk indlæggelse. Tvangsindgrebet kan udføres bl.a. på sygehus, praksis og institution/patientens eget hjem og kan ordineres af alle læger og tandlæger.

For yderligere information: www.stps.dk

Typer af tvang
- Somatisk tvangsbehandling
- Tvangsindlæggelse/tilbageholdelse/tilbageførsel[c]
- Fysisk fastholdelse[c]
- Beroligende medicin[c]

Diagram over somatisk tvang af varigt inhabil person



Caseeksempel
46-årig mand med middelsvær mental retardering og fremskreden demens på baggrund af Downs syndrom udvikler svær forstoppelse, men kan ikke samarbejde om docusat/sorbitol eller anden medicin. Råber højlydt, når man nærmer sig ham, og frivillighed er ikke muligt. Mater samtykker til tvangsbehandling med docusat/sorbitol og beroligende medicin med tvang.

Egen læge træffer beslutning om somatisk tvangsbehandling med inj. lorazepam og docusat/sorbitol kan derefter administreres. Botilbudspersonalet bistår lægen, så det sker så skånsomt som muligt.

a) Hvis patienten ikke har pårørende/værge, kan en uvildig læge give samtykke. Patienten skal informeres i den grad, det er muligt.
b) Indgrebet skal indberettes. Sygehuse indberetter til Landspatientregisteret oag andre via Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI).
c) Må kun udføres med henblik på at gennemføre somatisk tvangsbehandling.

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

Korrespondance *Magnus Roland Balleby*. E-mail: magnus.roland.balleby@regionh.dk

Antaget 12. februar 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 4. maj 2026

Interessekonflikter JN oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i BMS og H. Lundbeck. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelse Tak til *Ann-Louise Bergström* for Figur 1 og 2

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V10250857

doi 10.61409/V10250857

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0

SUMMARY

The treatment of adults with intellectual disabilities

Life expectancy is significantly reduced in people with intellectual disabilities (ID) compared to those without ID, especially in severe cases. The diagnosis is made using validated IQ tests or through clinical assessment. The aetiology of ID is diverse and unknown in half of the cases. Several risk factors increase the likelihood of ID. Patients are often multimorbid and simultaneously underdiagnosed. This review finds that the lack of adaptive functioning is important for understanding people with ID. Informed consent may depend on the complexity of the treatment decision.

REFERENCER

1. Thygesen LC, Lassen TH, Horsbøl TA et al. Mortality patterns in a Danish nationwide cohort of persons with intellectual disabilities. J Intellect Disabil. 2024;28(2):359-371. https://doi.org/10.1177/17446295231154102
2. Thygesen LC, Klitgaard MB, Juel K, Michelsen SI. Dødelighed blandt 18-74-årige med udviklingshandicap. Statens Institut for Folkesundhed, 2024. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2024/doedelighed_blandt_personer_med_udviklingshandicap
3. Baxter H, Lowe K, Houston H et al. Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. Br J Gen Pract. 2006;56(523):93-98
4. Lindsay P. Care of the adult with intellectual disability in primary care, version 2 (2018), 1st ed. CRC Press, 2020. https://doi.org/10.1201/9781315377995
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf (02. jan 2026)
6. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1993. https://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC4300/icd-10_1993.pdf (02. jan 2026)
7. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition (WAIS-IV). 4th ed. Pearson Assessments, 2008. https://doi.org/10.1037/t15169-000
8. Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual disability. StatPearls Publishing, 2025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547654/ (02. jan 2026)
9. Jansen S, Vissers LELM, de Vries BBA. The genetics of intellectual disability. Brain Sci. 2023;13(2):231. https://doi.org/10.3390/brainsci13020231
10. Liao P, Vajdic C, Trollor J, Reppermund S. Prevalence and incidence of physical health conditions in people with intellectual disability – a systematic review. PLoS One. 2021;16(8):e0256294. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256294
11. Smith M, Manduchi B, Burke É et al. Communication difficulties in adults with intellectual disability: results from a national cross-sectional study. Res Dev Disabil. 2020;97:103557. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103557

12. Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: a systematic review. Seizure. 2015;29:46-62. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2015.03.016
13. Vignoli A, La Briola F, Turner K et al. Epilepsy in adult patients with tuberous sclerosis complex. Acta Neurol Scand. 2021;144(1):29-40. https://doi.org/10.1111/ane.13416
14. Strydom A, Chan T, King M et al. Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. Res Dev Disabil. 2013;34(6):1881-5. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.021
15. Shimizu E, Goto-Hirano K, Motoi Y et al. Symptoms and age of prodromal Alzheimer disease in Down syndrome: a systematic review and meta-analysis. Neurol Sci. 2024;45(6):2445-2460. https://doi.org/10.1007/s10072-023-07292-9
16. Banda A, Naaldenberg J, Timen A et al. Cancer risks related to intellectual disabilities: a systematic review. Cancer Med. 2024;13(9):e7210. https://doi.org/10.1002/cam4.7210
17. O'Leary L, Cooper SA, Hughes-McCormack L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: a systematic review. J Appl Res Intellect Disabil. 2018;31(3):325-342. https://doi.org/10.1111/jar.12417
18. Kinnear D, Morrison J, Allan L et al. Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. BMJ Open. 2018;8(2):e018292. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018292
19. Mazza MG, Rossetti A, Crespi G, Clerici M. Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: a systematic review and meta-analysis. J Appl Res Intellect Disabil. 2020;33(2):126-138. https://doi.org/10.1111/jar.12654
20. Pena-Salazar C, Arrufat F, Santos JM et al. Underdiagnosis of psychiatric disorders in people with intellectual disabilities: differences between psychiatric disorders and challenging behaviour. J Intellect Disabil. 2020;24(3):326-338. https://doi.org/10.1177/1744629518798259
21. Bryson SE, Bradley EA, Thompson A, Wainwright A. Prevalence of autism among adolescents with intellectual disabilities. Can J Psychiatry. 2008;53(7):449-459. https://doi.org/10.1177/070674370805300710
22. Northrup H, Aronow ME, Bebin EM et al. Updated International Tuberous Sclerosis Complex diagnostic criteria and surveillance and management recommendations. Pediatr Neurol. 2021;123:50-66. https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2021.07.011
23. Bowring DL, Totsika V, Hastings RP et al. Challenging behaviours in adults with an intellectual disability: a total population study and exploration of risk indices. Br J Clin Psychol. 2017;56(1):16-32. https://doi.org/10.1111/bjc.12118
24. Patja K, Iivanainen M, Raitasuo S, Lönnqvist J. Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand. 2001;103(4):307-11. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00019.x
25. Bruinsma E, van den Hoofdakker BJ, Groenman AP et al. Non-pharmacological interventions for challenging behaviours of adults with intellectual disabilities: a meta-analysis. J Intellect Disabil Res. 2020;64(8):561-578. https://doi.org/10.1111/jir.12736
26. Taylor JL, Lindsay WR, Willner P. CBT for people with intellectual disabilities: emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. Behav Cogn Psychother. 2008;36(6):723-733. https://doi.org/10.1017/S1352465808004906
27. Le Gouard NR, Jacquinet A, Ruaud L et al. Smith-Magenis syndrome: clinical and behavioral characteristics in a large retrospective cohort. Clin Genet. 2021;99(4):519-528. https://doi.org/10.1111/cge.13906
28. Fynn G, Porter M, Borchard T et al. The effectiveness of cognitive behavioural therapy for individuals with an intellectual disability and anxiety: a systematic review. J Intellect Disabil Res. 2023;67(9):816-841. https://doi.org/10.1111/jir.13046
29. Campos-Jara R, Martinez-Salazar C, Campos-Jara C, et al. Pharmacological treatment for challenging behavior in adults with intellectual disability: systematic review and meta-analysis. Span J Psychiatry Ment Health. 2024;17(4):231-238. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2023.01.003
30. Bowring DL, Totsika V, Hastings RP et al. Prevalence of psychotropic medication use and association with challenging behaviour in adults with an intellectual disability: a total population study. J Intellect Disabil Res. 2017;61(6):604-617. https://doi.org/10.1111/jir.12359

Open Access under Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0