

## Η συννοσηρότητα των μαθησιακών διαταραχών

Η εμφάνιση αυξημένης συννοσηρότητας στην Παιδική Ψυχιατρική θεωρείται εξαιρετικά συχνό φαινόμενο. Οι μαθησιακές διαταραχές (ΜΔ) θεωρείται ότι αποτελούν την αρχή ενός συνεχούς ψυχικών διαταραχών, που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του και έχουν συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών. Συνήθως τα παιδιά με ΜΔ βιώνουν πολύ περισσότερο άγχος κι έχουν εντονότερο το συναίσθημα της μοναξιάς και του θυμού και μικρότερη «αντοχή στη μεταίωση». Μπορεί να παρουσιάζουν διαταραχές προσωπικότητας, επιληψία και τη διαταραχή Gilles de la Tourette. Το μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει συγκεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις ΜΔ με το υπερκινητικό σύνδρομο, τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Ήδη από τη δεκαετία του '70 επιβεβαιώνεται ερευνητικά η κλινική εντύπωση της συχνής συνύπαρξης ΜΔ και υπερκινητικότητας. Επίσης, διαπιστώνεται η παρουσία ελλειμματικής προσοχής ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας. Ο βαθμός συννοσηρότητας ανάμεσα στις ΜΔ και το υπερκινητικό σύνδρομο κυμαίνεται από 10–92%. Μελέτες επανεξέτασης (follow-up) έδειξαν ότι οι ακαδημαϊκές και οι μαθησιακές δυσκολίες των υπερκινητικών παιδιών παραμένουν και στην εφηβεία και συνδέονται με τη χρονία σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου. Στη χώρα μας, τα αποτελέσματα ανάλογων ερευνών είναι αντιφατικά και πολλών τα ευρήματα δεν συμβαδίζουν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα παιδιά με ΜΔ πολύ συχνά παρουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς και το αντίστροφο. Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν επιβεβαιωθεί σε πληθώρα εργασιών, με αποτέλεσμα να επικρατεί η άποψη ότι τα παιδιά με ΜΔ ρέπουν στην παραπρωματικότητα. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη παραπρωματικής συμπεριφοράς των παιδιών με ΜΔ αυξάνει κατά την εφηβεία και συνδυάζεται με την ακαδημαϊκή αποτυχία, την εγκατάλειψη του σχολείου, την πενιχρή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα και η συναισθηματική αστάθεια. Παρόλα αυτά, η ύπαρξη της σχέσης ανάμεσα στις διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς δεν γίνεται δεκτή απ' όλους, τόσο ως προς την έκτασή της, όσο –κυρίως– ως προς την αιτιολογική σύνδεσή τους. Στην ενήλικη ζωή δεν βρέθηκε αύξηση των ποσοστών εγκληματικότητας ανάμεσα στα άτομα με ΜΔ. Υποστηρίζεται ότι η αύξηση της παραπρωματικότητας στην εφηβεία σχετίζεται περισσότερο με αντιδράσεις περιορισμένες στο χρόνο και λιγότερο με σταθερά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά. Τα παιδιά με ΜΔ συχνά παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές, που εκτείνονται από το απλό άγχος μέχρι τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία. Επίσης, εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποθάρρυνση και καταθλιπτικό συναίσθημα. Η ταυτότητά τους συχνά οργανώνεται γύρω από αισθήματα αδυναμίας, ανεπάρκειας, ανικανότητας, με αποτέλεσμα το σχηματισμό αρνητικής εικόνας για τον εαυτό τους. Η κατάθλιψη είναι από τις συχνότερες συνοδές διαγνώσεις. Η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στο μέσο όρο του παιδικού πληθυσμού. Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι ορισμένες μορφές ΜΔ (μη λεκτικές) σχετίζονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ακόμη, ο κίνδυνος για αυτοκτονία έχει συσχετιστεί θετικά με τη διατήρηση της ΜΔ στην εφηβεία.

### Δ.Κ. Αναγνωστόπουλος

Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας Παιδιών  
και Εφήβων, Κοινοτικό Κέντρο  
Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής,  
Ψυχιατρική Κλινική,  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

### Comorbidity of learning disorders

*Abstract at the end of the article*

#### Λέξεις ευρετηρίου

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής  
Διαταραχές συμπεριφοράς  
Κατάθλιψη  
Μαθησιακές διαταραχές  
Παραπρωματικότητα  
Συννοσηρότητα  
Υπερκινητικό σύνδρομο

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μαθησιακές διαταραχές περιγράφηκαν για πρώτη φορά πριν από έναν αιώνα.<sup>1-3</sup> Από τότε μέχρι σήμερα είναι η συχνότερη διαγνωστική κατηγορία της Παιδικής Ψυχιατρικής και αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία για την οποία οι γονείς ζητούν παιδοψυχιατρική βοήθεια για τα παιδιά τους.

Με αδρό τρόπο, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να διαιρεθούν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει τα παιδιά των οποίων οι δυσκολίες οφείλονται στη νοητική τους καθυστέρηση. Η δεύτερη, εκείνα που η σχολική τους δυσκολία οφείλεται πρωταρχικά στις συναισθηματικές τους διαταραχές, ενώ η τρίτη, τα παιδιά με τις ειδικές αναπτυξιακές μαθησιακές διαταραχές, οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται κυρίως σε ανωμαλίες της γνωστικής διαδικασίας που αποδίδονται σε δομικές-λειτουργικές διαταραχές του νευρικού συστήματος.

Οι μαθησιακές δυσκολίες συνιστούν ένα από τα πλέον σοβαρά κοινωνικά προβλήματα στο σύγχρονο κόσμο, καθώς υπολογίζεται ότι αφορούν τουλάχιστον το 20% του μαθητικού πληθυσμού. Ειδικότερα, οι αναπτυξιακού τύπου διαταραχές της μάθησης εκτιμάται ότι εμφανίζονται στο 2-10% των μαθητών.<sup>4</sup>

Οι μαθησιακές διαταραχές αναγνωρίζονται συχνότερα στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια, σε αναλογία 4 προς 1. Μια πρόσφατη έρευνα στις ΗΠΑ έδειξε ότι τα αγόρια με μαθησιακή δυσκολία παραπέμπονταν για διερεύνηση της δυσκολίας τους σε σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό απ' ό,τι τα κορίτσια. Επίσης, η ίδια έρευνα έδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά ως προς το φύλο ανάμεσα στα παιδιά που από την ερευνητική διαδικασία βρέθηκε να παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες.<sup>5</sup> Οι Anastas και Reingerz,<sup>6</sup> το 1984, σε διαχρονική μελέτη της διαφοράς του φύλου αναφέρουν ότι τα κορίτσια δέχονται πολύ λιγότερη ψυχολογική βοήθεια και ανευρίσκονται σε πολύ μικρότερο ποσοστό στα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Υποθέτουν ότι η πραγματική επίπτωση των μαθησιακών δυσκολιών στα κορίτσια πρέπει να είναι μεγαλύτερη από αυτή που διαπιστώνεται από τις έρευνες σε κλινικό ή σχολικό πληθυσμό. Αυτό επιβεβαιώνεται και από μεταγενέστερες μελέτες, που δεν ανευρίσκουν διαφορά ως προς το φύλο, αλλά πρέπει να αναφερθεί ότι ο πληθυσμός στον οποίο αναφέρονται αφορά παιδιά των πρώτων τάξεων του σχολείου και δεν περιλαμβάνει μεγαλύτερα παιδιά και έφηβους, γεγονός που θα επέτρεπε να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.<sup>7-9</sup>

Οι μαθησιακές διαταραχές πολύ συχνά διαπιστώνονται και σε άλλα μέλη της οικογένειας από γενιά σε γε-

νιά.<sup>10</sup> Υποστηρίζεται ότι οι μαθησιακές δυσκολίες εμφανίζονται περισσότερο στα παιδιά των πόλεων απ' ό,τι των αγροτικών περιοχών. Επίσης, ότι αφορούν πολύ συχνότερα τους παραπρωματικούς έφηβους απ' ό,τι το γενικό πληθυσμό. Μέχρι πρόσφατα, Ασιάτες ψυχολόγοι υποστήριζαν ότι η διαταραχή της ανάγνωσης δεν υπήρχε στις γλώσσες τους, γιατί η γραφή με ιδεογράμματα είναι ευκολότερη στην εκμάθησή της από τα αλφαβητικά συστήματα. Αυτή η υπόθεση ανατράπηκε από μια σύγχρονη έρευνα, που συνέκρινε παιδιά από τις ΗΠΑ, την Ταϊβάν και την Ιαπωνία, με κατάλληλες και συγκρίσιμες δοκιμασίες, οι οποίες έδειξαν παρόμοια επίπτωση μαθησιακών διαταραχών και στις τρεις ομάδες που εξετάστηκαν.<sup>11</sup>

Παραδοσιακά, η Ελληνική κοινωνία θεωρεί τη μόρφωση μέσα από τη σχολική εκπαίδευση ως σταθερή της αξία. Στο σημείο αυτό συναντάται το ενδιαφέρον των γονέων, των εκπαιδευτικών, των ιατρών, των δημοσιογράφων και πολλών άλλων για τις αιτίες των μαθησιακών διαταραχών και τις συνέπειές τους στη σχολική πορεία των παιδιών και των εφήβων. Ταυτόχρονα, παραγνωρίζεται ή και διαφεύγει η συνύπαρξή τους με άλλες σοβαρές ψυχικές ή και σωματικές παθήσεις.<sup>12</sup> Επειδή οι γονείς συχνά αναζητούν ιατρική βοήθεια για τα συνυπάρχοντα προβλήματα, είναι αναγκαίο οι ιατροί, ιδιαίτερα αυτοί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (γενικοί ιατροί, παιδίατροι, παθολόγοι), να είναι εξοικειωμένοι με τη σχέση των μαθησιακών διαταραχών με τις άλλες νοσολογικές οντότητες.

Η παρούσα ανασκόπηση έχει ως στόχο να συμβάλει στην αντιμετώπιση αυτής της ανάγκης. Η έρευνα της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε το Φεβρουάριο του 2000 και η αναζήτησή της έγινε από τις βιοϊατρικές βάσεις Medline και Psychiatry. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκαν αναφορές από ειδικού ενδιαφέροντος βιβλία της προσωπικής συλλογής του συγγραφέα.

## 2. ΜΑΘΗΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η εμφάνιση αυξημένης συννοσηρότητας στην Παιδική Ψυχιατρική θεωρείται εξαιρετικά συχνό φαινόμενο.<sup>13</sup> Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν εξετάσει ασθενείς με μικτή συμπτωματολογία δείχνουν ότι η πιθανότητα συννοσηρότητας είναι εξαιρετικά μεγαλύτερη απ' ό,τι η άτυπη κλινική έκφραση μίας και μόνο διαταραχής.<sup>14-16</sup>

Οι μαθησιακές δυσκολίες θεωρείται ότι αποτελούν την αρχή ενός συνεχούς ψυχικών διαταραχών, που ακολουθούν το άτομο σε ολόκληρη τη ζωή του και έχουν συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών.

Συνήθως τα παιδιά με μαθησιακή διαταραχή βιώνουν πολύ περισσότερο άγχος από τους φυσιολογικούς συνομηλίκους τους, το οποίο συχνά εκφράζεται είτε ως φόβος (π.χ. αποτυχίας), είτε με ποικιλία σωματικών ενόχλημάτων.<sup>17-19</sup> Επίσης, έχουν εντονότερο το συναίσθημα της μοναξιάς<sup>20</sup> και του θυμού<sup>21,22</sup> και εμφανίζουν μικρότερη «αντοχή στη ματαιώση» συγκρινόμενοι με τους φυσιολογικούς μαθητές.<sup>23</sup> Ακόμη, έχουν δημοσιευθεί μελέτες που συσχετίζουν τις μαθησιακές διαταραχές με τις διαταραχές προσωπικότητας, ιδιαίτερα το σύνδρομο του «μεθοριακού παιδιού»,<sup>24,25</sup> αλλά και με σπάνια σύνδρομα, όπως π.χ. τη συνδρομή Prader-Willi.<sup>26</sup> Παράλληλα, η σχέση των μαθησιακών δυσκολιών με την επιληψία<sup>27</sup> και τη διαταραχή Gilles de la Tourette αποτελεί σταθερό αντικείμενο έρευνας των τελευταίων δεκαετιών.<sup>28</sup> Όμως, το μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον μέχρι σήμερα έχει συγκεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις μαθησιακές διαταραχές με το υπερκινητικό σύνδρομο, τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς.

## 2.1. Μαθησιακές διαταραχές και υπερκινητικό σύνδρομο

Υποστηρίζεται ότι, πολύ συχνά, ακαδημαϊκές δυσκολίες παρατηρούνται μαζί με το υπερκινητικό σύνδρομο.<sup>29-32</sup> Ήδη από τη δεκαετία του '70 επιβεβαιώνεται ερευνητικά η κλινική εντύπωση της συχνής συνύπαρξης μαθησιακής διαταραχής και υπερκινητικότητας.<sup>33</sup> Επίσης, η παρουσία ελλειμματικής προσοχής (ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη υπερκινητικότητας) διαπιστώνεται από πολλούς ερευνητές.<sup>34,35</sup> Ο βαθμός συννοσηρότητας ανάμεσα στις μαθησιακές δυσκολίες και το υπερκινητικό σύνδρομο κυμαίνεται από 10–92%.<sup>34,36,37</sup> Αυτή η μεγάλη διαφορά φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα διαφορετικών κριτηρίων επιλογής του δείγματος, των ερευνητικών εργαλείων και κυρίως ασαθών διαγνωστικών κριτηρίων για τη διάκριση ανάμεσα στο υπερκινητικό σύνδρομο και τις μαθησιακές διαταραχές.<sup>38,39</sup> Μελέτες επανεξέτασης (follow-up) έδειξαν ότι οι ακαδημαϊκές και οι μαθησιακές δυσκολίες των υπερκινητικών παιδιών παραμένουν στην εφηβεία και συνδέονται με τη χρονία σχολική αποτυχία και την εγκατάλειψη του σχολείου.<sup>40,41</sup> Αναφέρεται ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν και τις δύο διαταραχές (υπερκινητικό σύνδρομο και μαθησιακή διαταραχή) παραπέμπονται συχνότερα στους ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς και στα ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, απ' ό,τι τα παιδιά που παρουσιάζουν μία μόνο διαταραχή. Αυτό ίσως να ερμηνεύει την αύξηση της συννοσηρότητας στις μελέτες που προέρχονται από αυτούς τους χώρους.<sup>42</sup> Αν και πολλοί ερευνητές συχνά υποθέτουν την ύπαρξη κοινών συστηματικών ή νευρο-

λογικών παραγόντων, δεν είναι σαφές γιατί οι μαθησιακές διαταραχές συνοδεύονται από τη διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής τόσο συχνά και σε τι συνίσταται η διαφορά εκείνων των περιπτώσεων που παρουσιάζουν μόνο μαθησιακή διαταραχή.<sup>43,44</sup>

Στη χώρα μας, τα αποτελέσματα ανάλογων ερευνών είναι αντιφατικά και πολλών τα ευρήματα δεν συμβαδίζουν με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας.<sup>12</sup> Αυτό πρέπει εν μέρει να αποδοθεί στο γεγονός ότι η διάγνωση του υπερκινητικού συνδρόμου τίθεται πολύ συχνότερα και ευκολότερα στις ΗΠΑ απ' ό,τι στις υπόλοιπες χώρες. Σήμερα, θεωρείται ότι, παρά την αναφερόμενη συχνή συνύπαρξη της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής με ή και χωρίς υπερκινητικότητα και των μαθησιακών διαταραχών, οι δύο αυτές νοσολογικές οντότητες είναι αιτιολογικά διακριτές. Οι γενετικές μελέτες άλλοτε ενισχύουν αυτή την υπόθεση, υποστηρίζοντας με τα ευρήματά τους ότι υπάρχει ανεξάρτητος τρόπος μετάδοσης και γενετικής επιβάρυνσης για τις δύο παθήσεις, κι άλλοτε υποστηρίζουν ότι τουλάχιστον στο 70–75% των περιπτώσεων υπάρχει κοινή γενετική επιβάρυνση.<sup>45,46</sup>

## 2.2. Μαθησιακές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς

Είναι ευρύτατα παραδεκτό ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες πολύ συχνά παρουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς. Εξίσου παραδεκτό είναι και το αντίστροφο, δηλαδή η πολύ συχνή εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών στα παιδιά με σοβαρή παραπτωματική συμπτωματολογία.<sup>47</sup>

Οι Rutter et al (1981),<sup>48</sup> σε μια καλή μεθοδολογικά επιδημιολογική έρευνα, βρήκαν ότι το 1/3 των παιδιών με ειδική καθυστέρηση στην ανάγνωση παρουσίαζε διαταραχές συμπεριφοράς και ότι το 1/3 των παιδιών με διαταραχές συμπεριφοράς παρουσίαζε ειδική καθυστέρηση στην ανάγνωση. Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν επιβεβαιωθεί σε πληθώρα νεότερων εργασιών, με αποτέλεσμα να επικρατεί η άποψη ότι τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες ρέπουν στην παραπτωματικότητα.<sup>49-53</sup> Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη παραπτωματικής συμπεριφοράς των παιδιών με μαθησιακή διαταραχή αυξάνει κατά την εφηβεία και συνδυάζεται με την ακαδημαϊκή αποτυχία, την εγκατάλειψη του σχολείου, την πενιχρή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα και η συναισθηματική αστάθεια.<sup>54-59</sup> Επίσης, έχει επιβεβαιωθεί και η παρατήρηση ότι, ανάμεσα στα παιδιά με σοβαρή διαταραχή συμπεριφοράς, τόσο η γενική σχολική αποτυχία όσο και η εξελικτική διαταραχή της ανάπτυξης είναι εξαιρετικά συνήθεις.<sup>47</sup>

Συχνά τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη και θεωρούνται ευάλωτα στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και προβλημάτων συμπεριφοράς.<sup>60-62</sup> Οι Rutter et al,<sup>61</sup> προκειμένου να εξηγήσουν αυτό το φαινόμενο, πρότειναν τρεις υποθέσεις: (α) τα προβλήματα συμπεριφοράς προϋπάρχουν και βοηθούν στην εμφάνιση των δυσκολιών στην ανάγνωση, (β) τα προβλήματα στην ανάγνωση προϋπάρχουν και οδηγούν, διαμέσου της μειωμένης αυτοεκτίμησης και των συνεχών ματαιώσεων του παιδιού, στην παραπωματική συμπεριφορά και (γ) οι δύο καταστάσεις πιθανόν μοιράζονται κοινούς ψυχοπαθολογικούς δρόμους, τόσο σε οργανικό όσο και σε ιδιοσυστασιακό και περιβαλλοντικό επίπεδο.

Οι Kohnstamm et al (1990)<sup>63</sup> υποστηρίζουν ότι ιδιοσυστασιακά χαρακτηριστικά συσχετίζονται τόσο με τις μαθησιακές δυσκολίες όσο και με ένα μεγάλο φάσμα ψυχιατρικών διαταραχών. Έτσι, έχει προταθεί ότι οι ιδιοσυστασιακοί παράγοντες, όπως η υπερδραστηριότητα, η μικρή δυνατότητα προσοχής και η παρορμητικότητα, μπορεί να ευθύνονται για τη συννοσηρότητα ανάμεσα στις διαταραχές συμπεριφοράς και στη δυσκολία στην ανάγνωση.<sup>64</sup> Ο McMichael (1979)<sup>65</sup> και οι McGee et al (1988),<sup>66</sup> σε μακροχρόνιες μελέτες παιδιών της πρώιμης παιδικής ηλικίας, έδειξαν ότι τα προβλήματα τόσο στη μάθηση όσο και στη συμπεριφορά ήταν παρόντα πριν από την έναρξη του σχολείου. Τα ευρήματά τους υποστηρίζουν την υπόθεση της ύπαρξης κοινών παραγόντων κινδύνου. Μια μεγάλη ποικιλία από πιθανούς παράγοντες έχει μελετηθεί, όπως η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική τάξη, το άγχος και η κατάθλιψη της μητέρας, τα γνωστικά ελλείμματα, τα προβλήματα λόγου και η νευροαναπτυξιακή ανωριμότητα.<sup>61,67-69</sup> Ο Hinshaw (1992),<sup>70</sup> ανασκοπώντας το θέμα, έδειξε ότι τα πρότυπα της συμπεριφοράς των παιδιών με μαθησιακή δυσκολία αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου.

Στην εφηβεία, όταν μελετάμε τη σχέση των μαθησιακών και των ψυχιατρικών προβλημάτων, δύο κύριες ερωτήσεις προκύπτουν: (α) οι μαθησιακές δυσκολίες καθιστούν περισσότερο πιθανή την παραμονή των προβλημάτων συμπεριφοράς που είχαν εμφανιστεί κατά το παρελθόν; και (β) οι μαθησιακές δυσκολίες αυξάνουν την ευαισθησία του εφήβου στην ανάπτυξη νέων διαταραχών;

Στο πρώτο ερώτημα, οι μελέτες από τη Μ. Βρετανία δίνουν αρνητική απάντηση, υποστηρίζοντας ότι μικρή έως καμία επίδραση δεν έχουν τα μαθησιακά προβλήματα στη διατήρηση των ψυχιατρικών διαταραχών μετά τη λεγόμενη «λανθάνουσα» ηλικία.<sup>71,72</sup>

Στο δεύτερο ερώτημα οι απαντήσεις είναι ανάμικτες. Η Bruck (1985)<sup>73</sup> βρήκε ότι τα προβλήματα προσαρμογής της τελικής εφηβείας είναι περισσότερα στα κορίτσια με μαθησιακή δυσκολία απ' ό,τι στις φυσιολογικές έφηβες. Οι McGee et al (1992)<sup>74</sup> διαπίστωσαν ότι τα μαθησιακά προβλήματα είχαν ένα μικρό αλλά ισχυρό αποτέλεσμα στην ανάπτυξη νέων διαταραχών στους δεκαπεντάχρονους έφηβους.

Στο επίπεδο της παραπωματικότητας, εκτεταμένες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας προτείνουν μια ποικιλία αιτιολογικών μηχανισμών, όπως (α) κοινοί παράγοντες κινδύνου, (β) προϋπάρχοντα προβλήματα συμπεριφοράς και (γ) εμπειρίες σχολικής αποτυχίας, που αποξενώνουν τον έφηβο από τις επικρατούσες αξίες.<sup>52,75</sup> Όμως, η προσεκτική μελέτη αυτών των ερευνών δείχνει ότι εστιάζουν περισσότερο στη γενική ακαδημαϊκή αποτυχία παρά στις μαθησιακές δυσκολίες καθεαυτές. Οι μελέτες που συσχετίζουν την αναγνωστική δυσκολία με την παραπωματικότητα στην εφηβεία βρήκαν μια μικρή τάση παραπωματικότητας στους έφηβους με αναγνωστική δυσκολία.<sup>76</sup> Όμως, τα ευρήματά τους χρειάζεται να επιβεβαιωθούν και από άλλες μελέτες.

Οι λίγες μελέτες που ερευνούν τη σχέση παραπωματικότητας και μαθησιακής δυσκολίας στην ενήλικη ζωή δεν διαπίστωσαν αύξηση των ποσοστών εγκληματικότητας ανάμεσα στα άτομα με μαθησιακή δυσκολία.<sup>73,77,78</sup> Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να υποστηρίζουν ότι η όποια αύξηση της παραπωματικότητας στην εφηβεία σχετίζεται περισσότερο με αντιδράσεις περιορισμένες στο χρόνο και λιγότερο με σταθερά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά.

Ο ακριβής ορισμός της μαθησιακής δυσκολίας που εξετάζεται σε κάθε έρευνα φαίνεται να είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την εξαγωγή των αποτελεσμάτων. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι Cornwall και Bawden (1992),<sup>79</sup> στην εκτεταμένη ανασκόπησή τους προοπτικών και μελετών επανεξέτασης της συννοσηρότητας της ειδικής αναπτυξιακής διαταραχής της ανάγνωσης σε αντιδιαστολή με τη γενική καθυστέρηση στην ανάγνωση, δεν βρήκαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ειδική αναπτυξιακή διαταραχή της ανάγνωσης και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Αντίθετα, διαπίστωσαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι διαταραχές συμπεριφοράς προϋπήρχαν των μαθησιακών, ενώ το αντίστροφο δεν συνέβαινε.

Παρόλα αυτά, η ύπαρξη της σχέσης ανάμεσα στις διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς δεν γίνεται δεκτή απ' όλους, τόσο ως προς την έκτασή της, όσο –κυρίως– ως προς την αιτιολογική σύνδεσή τους.<sup>80,81</sup> Ορισμένοι,

μάλιστα, θεωρούν ότι πρόκειται για σύγχρονο επιστημονικό μύθο και προκατάληψη.<sup>82,83</sup>

### 2.3. Μαθησιακές διαταραχές και συναισθηματικές διαταραχές

Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες πολύ συχνά παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές, που εκτείνονται από το απλό άγχος μέχρι τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία.<sup>84</sup> Και εδώ είναι δύσκολο να διακρίνουμε τη σχέση ανάμεσα στην αιτία και το αποτέλεσμα. Τα παιδιά με μαθησιακή δυσκολία πολύ συχνά εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποθάρρυνση, καταθλιπτικό συναίσθημα και άλλα συναισθηματικά προβλήματα.<sup>85,86</sup> Η σχολική αποτυχία, όποια κι αν είναι η αιτία της, προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο και είναι συνηθισμένο τα παιδιά που την υφίστανται να νοιώθουν στο «περιθώριο», «καζά» ή «τρελά» και να γίνονται ο στόχος συνεχών πειραγμάτων και περιφρόνησης, τόσο μεταξύ συνομηλίκων όσο και εκ μέρους των «μεγάλων». Αυτό πολύ συχνά έχει ως αποτέλεσμα βαθιές διαταραχές στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της ψυχικής εξέλιξης του παιδιού και του εφήβου.<sup>87</sup>

Ο Erikson (1950)<sup>88</sup> υποστηρίζει ότι τα χρόνια του σχολείου είναι κρίσιμα για την ανάπτυξη του αισθήματος αυτοσεβασμού και της εργατικότητας. Ο κίνδυνος για το παιδί, σ' αυτό το στάδιο, βρίσκεται στην αίσθηση ανεπάρκειας και κατωτερότητας τόσο στο προσωπικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Δυστυχώς, η ταυτότητα του παιδιού με μαθησιακή δυσκολία πολύ συχνά οργανώνεται γύρω από αισθήματα αδυναμίας, ανεπάρκειας ή ανικανότητας, με αποτέλεσμα την αρνητική εικόνα του παιδιού για τον εαυτό του και τη διαμόρφωση αρνητικής ταυτότητας.<sup>89</sup> Γι' αυτό, η κατάθλιψη είναι από τις συχνότερες συνοδές διαγνώσεις. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να είναι μέχρι επτά φορές μεγαλύτερη στα παιδιά με μαθησιακή δυσκολία από ό,τι στο μέσο όρο του παιδικού πληθυσμού.<sup>90-92</sup> Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι ορισμένες μορφές μαθησιακής δυσκολίας (μη λεκτικές) σχετίζονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.<sup>91,93</sup> Ακόμη, ο κίνδυνος για αυτοκτονία έχει συσχετιστεί θετικά με τη διατήρηση της μαθησιακής δυσκολίας στην εφηβεία.<sup>94</sup>

Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν οι μαθησιακές δυσκολίες συνεισφέρουν στην αύξηση των συναισθηματικών διαταραχών στην εφηβεία ή αν αυτές αποτελούν τυχαίο εύρημα, που σχετίζεται με το συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο. Η απάντηση από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία είναι ότι ανευρίσκεται θετική συ-

σχέση ανάμεσα στην καταθλιπτική συμπτωματολογία και τις μαθησιακές διαταραχές.<sup>12,90,95,96</sup>

Οι έρευνες επανεξέτασης (follow-up) των μαθησιακών δυσκολιών δείχνουν ότι η υποκειμενική εμπειρία της συνηχόμενης μαθησιακής δυσκολίας στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή δημιουργεί ισχυρά αισθήματα κατωτερότητας, ανασφάλειας και ματαίωσης, μειωμένης αυτοεκτίμησης, αισθήματα ενοχής και ισχυρή τάση να αποδίδεται η μαθησιακή δυσκολία σε εσωτερικούς λόγους ανεπάρκειας και ανικανότητας του ατόμου.<sup>97,98</sup>

Οι Fleming και Offord (1990),<sup>99</sup> σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση των καλύτερων 14 επιδημιολογικών ερευνών των καταθλιπτικών διαταραχών, που έγιναν τη δεκαετία του '80, βρήκαν ότι ο σημαντικότερος και πλέον σταθερός παράγοντας κινδύνου στην εφηβεία ήταν η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αρνητική εικόνα εαυτού. Νεότερες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτή τη στενή σχέση ανάμεσα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση, την αρνητική εικόνα εαυτού και τις καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία.<sup>100,101</sup>

Όσον αφορά τη σχολική αποτυχία καθεαυτή, τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι αντιφατικά. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη σχολική αποτυχία και τις καταθλιπτικές διαταραχές.<sup>102</sup> Αντίθετα, άλλοι τονίζουν ότι οι δυσκολίες στο σχολείο συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών.<sup>103</sup> Οι Velez et al (1989),<sup>104</sup> εξετάζοντας τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, αναφέρουν ότι ανάμεσα στους ισχυρότερους παράγοντες με θετική συσχέτιση περιλαμβανόταν το ιστορικό σχολικής αποτυχίας, αλλά όχι και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ή τα γεγονότα ζωής.

### 3. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως προκύπτει από τα εκτεθέντα πιο πάνω, οι μαθησιακές διαταραχές είναι πολύ πιθανό να συνοδεύονται και από μια δεύτερη ψυχιατρική διάγνωση, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εφηβείας. Παρόλα αυτά, η τάση να συσχετίζονται αιτιολογικά οι μαθησιακές διαταραχές με τις συνυπάρχουσες ψυχιατρικές δεν τεκμηριώνεται επαρκώς από τα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην ιδιαίτερη κοινωνική-πολιτισμική πραγματικότητα, η οποία φαίνεται να επηρεάζει τόσο την έκφραση και την αντιμετώπισή τους, όσο και την εκδήλωση των διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών που μπορούν να εμφανιστούν στη διαδρομή τους.

## ABSTRACT

**Comorbidity of learning disorders**

D.C. ANAGNOSTOPOULOS

*Child and Adolescent Unit, Community Mental Health Center Byron-Kessariani,**Department of Psychiatry, University of Athens, Athens, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2001, 18(5):457-465*

The presence of increased comorbidity in child psychiatry is considered to be a frequent phenomenon. It has been suggested that learning disorders constitute the outcome of a continuum of mental disorders which follow the individual through life and are associated with a wide spectrum of mental disorders. Usually children with learning disorders experience more stress and they have feelings of intense loneliness and anger and show less "tolerance to frustration". They may present personality disorders, epilepsy and the Gilles de la Tourette disorder. The most significant research interest has focused on the relationship between learning disorders and the hyperactive syndrome, emotional disorders and conduct disorders. Studies carried out since the 1970s, have confirmed that there is an association between learning disorders and hyperactivity, and also that the presence of attention deficit is irrespective of hyperactivity. The degree of comorbidity between learning disorders and the hyperactive syndrome varies between 10–92%. Follow-up studies have shown that academic and learning difficulties in hyperactive children persist through adolescence and are associated with school failure and drop-out. In Greece the results of analogous studies are ambiguous, and most of the findings do not concur with the international literature. Children with learning disorders usually present conduct disorders and vice versa. These observations have been confirmed by numerous studies, resulting in a dominating view that the children with learning disorders incline towards delinquency. The risk of development of delinquency in children with learning disorders appears to be increased during adolescence and is associated with academic failure, drop-out, low socio-economic status, and certain particular personality characteristics, such as impulsiveness and emotional instability. Nevertheless, the association between learning disorders and delinquency is not totally accepted, from the point of view either of its extent or more particularly of its causal connection. In adult life there has not been found an increase in the percentage of delinquency and it has been suggested that the increase in delinquency in adolescence is associated more with reactions limited in time and less with stable psychopathological characteristics. Frequently, children with learning disorders present emotional disorders which range from simple stress to major depressive disorder, attempted suicide or suicide. These children may also present low self-esteem, discouragement and depressive feelings. Their identity is usually organized around feelings of weakness, inadequacy and incompetence, resulting in a negative self image. Depression is the most frequent associated diagnosis and major depressive disorder may be seven times more common in these children than in the average child population. It has also been suggested that particular aspects of learning disorders (non-verbal) are directly associated with an increased risk of suicide. The danger of the suicide has been associated with persistence of learning disorders in adolescence.

**Key words:** Attention deficit disorder, Comorbidity, Conduct disorders, Delinquency, Depression, Learning disorders, Hyperactivity

**Βιβλιογραφία**

1. HINSELWOOD J. *Congenital Word-blindness*. HK Lewis, London, 1917
2. ITARD JMG. Memoire sur le mutisme produit par la lesion des fonctions intellectuelles. *Memoires de l' Academie Royale de Medecine* 1828, 1:107–121
3. MORGAN W. A case of congenital word-blindness. *Br Med J* 1896, 2:1543–1544
4. BAKER L, CANTWELL DP. Reading disorder. In: Caplan H, Sadock B (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995:2246–2253

5. BAKER L, CANTWHEEL DP. Reading disorder. In: Caplan H, Sadock B (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995:2248–2249
6. ANASTAS JW, REINGERZ H. Gender differences in learning and adjustment problems in school: results of a longitudinal study. *Am J Orthopsychiatry* 1984, 54:110–122
7. FLYNN JM, RAHBAR MH. Prevalence of reading failure in boys compared with girls. *Psychol Sch* 1994, 31:66–71
8. SHAYWITZ SE, SHAYWITZ BA, FLETCHER JM, ESCOBAR MD. Prevalence of reading disability in boys and girls: results of the Connecticut longitudinal study. *JAMA* 1990, 264:998–1002
9. SHAYWITZ SE, FLETCHER JM, SHAYWITZ BA. A conceptual model and definition of dyslexia: findings emerging from the Connecticut longitudinal study. In: Beitchman JH, Cohen NJ, Konstantareas MM, Tannock R (eds) *Language, learning and behavior disorders: Developmental, biological and clinical perspectives*. Cambridge University Press, New York, 1996:350–359
10. BENTON AL. Developmental dyslexia: neurological aspects. In: Friedlander WS (ed) *Advances in Neurology* 7. Raven Press, New York, 1975
11. JANSKY JJ. Developmental reading disorder. In: Caplan H, Freedman A, Sadock B (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. 3rd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980:2551–2552
12. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Η εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 1998
13. CARON C, RUTTER M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 1991, 32:1063–1080
14. ANDERSON JC, WILLIAMS S, MCGEE R, SILVA PA. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:69–78
15. KASHANI JH, BECK NC, HOEPER EW, FALLAHI C, CORCORAN CM, McCALLISTER JA ET AL. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987, 144:584–589
16. SZATMARI P, BOYLE M, OFFORD DR. ADDH and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Psychiatry* 1989, 28:865–872
17. STEIN P, HOOVER J. Manifest anxiety in children with learning disabilities. *J Learn Disabil* 1989, 22:66–71
18. BRYAN J, SONNEFELD J, GRABOWSKI B. The relationship between fear of failure and learning disabilities. *Learn Disabil Q* 1983, 6:217–222
19. MALKA M, RAVIV A. LDs expressions of anxiety in terms of minor somatic complaints. *J Learn Disabil* 1984, 17:226–228
20. MALKA M. Understanding loneliness among students with learning disabilities. Special issue: social competence of children and adolescents. *Behav Change* 1991, 8:167–173
21. SMITH D, ADELMAN H, NELSON P, TAYLOR L. Anger, perceived control and school behaviour among students with learning problems. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 1988, 29:517–522
22. VALENTI F. Manifest aggression, state/trait anxiety, locus of control, perceived parental attention, and reading level among learning disabled adolescent males. *Dissertation Abstracts International* 1986, 46:4387
23. VASSILIOU D. Frustration tolerance among learning disabled and normal students. *Dissertation Abstracts International* 1982, 43:1505
24. WESTMAN J, OWNBY R, SMITH S. Analysis of 180 children referred to a university hospital learning disabilities service. *Child Psychiatry Hum Dev* 1987, 17:275–282
25. BERG M. Learning disabilities in children with borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin* 1992, 56:379–392
26. LUPE M. A new type of learning disorder. *Acad Ther* 1986, 21:353–355
27. ZIEGLER R. Risk factors in childhood epilepsy. *Psychother Psychosom* 1986, 44:185–190
28. BURD L, KAUFFMAN D, KERBESIAN J. Tourette syndrome and learning disabilities. *J Learn Disabil* 1992 25:598–604
29. BIEDRMAN J, NEWCORN J, SPRICH SE. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Psychiatry* 1991, 148:564–577
30. LEVINE MD, BUSCH B, AUFSEESER C. The dimension of inattention among children with school problems. *Pediatrics* 1982, 70:387–395
31. SILVER LB, BRUNSTETTER RW. Attention deficit disorder in adolescents. *Hosp Commun Psychiatry* 1986, 37:608–613
32. WEISS G, HECHTMAN L, PERLAMAN T, HOPKINS J, WERNER A. Hyperactives as young adults: a controlled prospective ten-year follow-up of 75 children. *Arch Gen Psychiatry* 1979, 36:675–681
33. AUGUST GJ, GARFINKEL BD. Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. *J Abnorm Child Psychol* 1990, 18:29–45
34. HALPERLIN J, GITTELMAN R, KLEIN D, RUDEL R. Reading disabled-hyperactive children: a distinct subgroup of attention deficit disorder with hyperactivity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984, 25:820–825
35. MCGEE R, SHARE D. Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: which comes first and what should be treated? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, 27:318–325
36. AUGUST GJ, HOLMES CS. Behaviour and academic achievement in hyperactive subgroups and learning-disabled boys. *Am J Dis Child* 1984, 138:1025–1029
37. SILVER LB. The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility, and behavioral problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981, 20:385–397
38. AUGUST GJ, GARFINKEL BD. Behavioral and cognitive subtypes of ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28:739–748
39. HALPERLIN JM, GITTELMAN R. Do hyperactive children and their siblings differ in IQ and academic achievement? *Psychiatr Res* 1982, 6:253–258
40. GITTELMAN R, MANNUZZA S, SHENKER R, BONAGURA N. Hyperactive boys almost grown up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, 42:937–947
41. WEISS G, HECHTMAN L, MILROY T, PERLMAN T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985, 24:211–220
42. SEMRUD-CLIKERMAN M, BIEDERMAN J, SRICH-BUCKMINSTER S, KRIFCHER-LEHMAN B, FARAONE SV, NORMAN D. Comorbidity between ADHD and learning disability: a review and report in a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31:439–448
43. ACKERMAN PT, ANHALT JM, HOLOCOMB PJ, DYKMAN RA. Presumably innate and acquired automatic processes in children with attention and/or reading disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1986, 27:513–529

44. DUANE DD. Neurobiological correlates of learning disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28:314–318
45. FARAONE VS, BIEDERMAN J, LEHMAN KRIFCHER B, KEENAN K, NORMAL D, SEIDMAN LJ ET AL. Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *Am J Psychiatry* 1993, 150:891–895
46. LIGHT JG, PENNINGTON BF, GILGER JW, DEFRIES JC. Reading disability and hyperactivity disorder: evidence for a common genetic etiology. *Dev Neuropsychol* 1995, 11:323–335
47. LEWIS DO, SHANOK SS, BALLA DA, BARD B. Psychiatric correlates of severe reading disabilities in an incarcerated delinquent population. *J Am Acad Child Psychiatry* 1980, 19:611–622
48. RUTTER M, TIZZARD J, WHITMORE K. *Education, health and behaviour*. Huntington, Krieger, NY, 1981
49. HERZANIC B, PEENICK E. Adult outcome of disabled child readers. *J Spec Educ* 1972, 6:397–410
50. WRIGHT PW. Reading problems and delinquency. World Congress on Dyslexia. Mayo Clinic, Rochester, Minn, 1974
51. LARSON KA. A research review and alternative hypothesis explaining the link between learning disability and delinquency. *J Learn Disabil* 1988, 21:357–363
52. BRIER N. The relationship between learning disability and delinquency: a review and reappraisal. *J Learn Dis* 1989, 22:546–553
53. WALDIE K, SPREEN O. The relationship between learning disabilities and persisting delinquency. *J Learn Dis* 1993, 26:417–423
54. HINSHAW SP. Academic underachievement, attention deficits and aggression: comorbidity and implications for intervention. Special section: comorbidity and treatment implications. *J Consult Clin Psychol* 1992, 60:893–903
55. MICKAY S, BRUMBACK RA. Relationship between learning disabilities and juvenile delinquency. *Percept Motor Skills* 1980, 51:1223–1226
56. GRANDE GG. Delinquency: the learning disabled student's reaction to academic school failure? *Adolescence* 1988, 23:209–218
57. KEILTZ I, DUNIVANT N. The relationship between learning disability and juvenile delinquency: current state of knowledge. *Rem Spec Educ* 1986, 7:18–26
58. SKARET D, WILGOSH L. Learning disabilities and juvenile delinquency: a casual relationship? *Int J Adv Counsel* 1989, 12:113–123
59. BRYAN T, PEARL R, HERZOG A. Learning disabled adolescents vulnerability to crime: attitudes, anxieties, experiences. *Learn Disabil Res* 1989, 5:51–60
60. MCKINNEY JD. Longitudinal research on the behavioral characteristics of children with learning disabilities. *J Learn Disabil* 1989, 22:141–150
61. RICHMAN N, STEVENSON J, GRAHAM PJ. *Pre-school to school: a behavioural study*. Academic Press, London, 1982
62. KELLAM SG, BROWN CH, RUBIN BR, ENSMINGER ME. Paths leading to teenage psychiatric symptoms and substance use: developmental epidemiological studies in Woodlawn. In: Guze SB, Earsl FJ, Barratt JE (eds) *Childhood Psychopathology and Development*. Raven Press, New York, 1983:17–51
63. KOHNSTAMM GA, BATES JE, ROTHBART MK. *Temperament in Childhood*. Chichester, Wiley, 1990
64. YULE W, RUTTER M. Reading and other learning difficulties. In: Rutter M, Hersov L (eds) *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches*. Blackwell, Boston, 1985:444–464
65. McMICHAEL P. The hen or the egg? Which came first—antisocial emotional disorder or reading disability? *Br J Educ Psychol* 1979, 49:226–235
66. MCGEE R, SHARE D, MOFFITT TE, WILLIAMS S, SILVA PA. Reading disability, behaviour problems and juvenile delinquency. In: Saklofske DH, Eysenck SBG (eds) *Individual differences in children and adolescents: International perspectives*. Hodder and Stoughton, London, 1988:150–172
67. OFFORD DR, POUHINSKY MF. School performance IQ and female delinquency. *Int J Soc Psychiatry* 1981, 21:267–283
68. SILVA PA. Epidemiology, longitudinal course, and some associated factors: an update. In: Yule W, Rutter M (eds) *Language development and disorders*. Mace Keith London, Blackwell Scientific Publ, Oxford, 1987:1–15
69. BEITCMAN JH. Speech and language impairment and psychiatric risk: toward a model of neurodevelopmental immaturity. *Psychiatr Clin North Am* 1985, 8:721–735
70. HINSHAW SP. Externalizing behaviour problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull* 1992, 111:127–155
71. MCKINNEY JD, SPEECE DL. Academic consequences and longitudinal stability of behavioral subtypes of learning disabled children. *J Educ Psychol* 1986, 78:369–372
72. MAUGHAN B, HAGELL A, RUTTER M, YULE W. Poor readers in secondary school. Reading and writing: an interdisciplinary journal. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Blackwell, London, 1995
73. BRUCK M. The adult functioning of children with specific learning disability: a follow-up study. In: Siegel L (ed) *Advances in applied developmental psychology*. Ablex, Norwood, NJ, 1985:91–129
74. MCGEE R, FEEHAN M, WILLIAMS S, ANDERSON J. DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, 31:50–59
75. HAWKIINS JD, LISHNER DM. Schooling and delinquency. In: Johnson EH (ed) *Handbook on crime and delinquency prevention child development*. Greenwood Press, New York, 1987:179–221
76. MAUGHAN B, GRAY G, RUTTER M. Reading retardation and antisocial behavior: a follow-up into employment. *J Child Psychol Psychiatry* 1985, 26:741–758
77. SPREEN O. Prognosis of learning disability. *J Consult Clin Psychol* 1988, 56:836–842
78. MAUGHAN B, HAGELL A, RUTTER M. Reading problems and antisocial behaviour: the picture in adulthood. MRC Child Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, London, 1993. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Blackwell, London, 1995
79. CORNWALL A, BAWDEN HN. Reading disabilities and aggression: a critical review. *J Learn Disabil* 1992, 25:281–288
80. SAXBY H, MORGAN H. Behaviour problems in children with learning disabilities: to what extent do they exist and are they a problem? *Child Care Health Dev* 1993, 19:149–157
81. CULLIVER C, SIGLER R. The relationship between learning disability and juvenile delinquency. *Int J Adolesc Youth* 1991, 3:117–128
82. LOMBARDO VS, LOMBARDO EF. The link between learning disabilities and juvenile delinquency: fact or fiction? *Int J Bios Med Res* 1991, 13:112–117



83. LOMBARDO VS, LOMBARDO EF. The link between learning disabilities and juvenile delinquency: fact or fiction? *Reply Int J Bios Med Res* 1991, 13:261
84. KING RA, NOSHPIZ JD. *Pathways of growth*. John Wiley & Sons Publ, New York, 1991, 2
85. GALLICO RP, BURNS TJ, GROB CS. *Emotional and behavioral problems in children with learning disabilities*. Little Brown, Boston, 1987
86. WRIGHT-STRAWDERMAN C, WATSON BL. The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *J Learn Dis* 1992, 25:258–264
87. COHEN J. Learning disabilities and adolescence: developmental considerations. *J Adolesc Psychiatry* 1985, 12:177–196
88. ERIKSON E. *Η παιδική ηλικία και η κοινωνία*. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1975
89. PICHAR DB. Psychosocial aspects of learning disabilities. *Bull Menninger Clin* 1986, 50:22–32
90. FRISTD MA, TOPOLSKY S, WELLER EB, WELLER RA. Depression and learning disabilities in children. *J Affect Dis* 1992, 26:53–58
91. FLETCHER JM. Nonverbal learning disabilities and suicide: classification leads to prevention. *J Learn Disabil* 1989, 22:176–179
92. DALLEY MB, BOLOCOFSKY DN, ALCORN MB, BAKER C. Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. *School Psychol Rev* 1992, 21:444–458
93. ROURKE BP, YOUNG GC, LEENAARS AA. A childhood learning disability that predisposes those afflicted to adolescent and adult depression and suicide risk. *J Learn Disabil* 1989, 22:169–185
94. HUNTINGTON DD, BENDER WN. Adolescents with learning disabilities at risk. Emotional well-being, depression, suicide. *J Learn Disabil* 1993, 26:159–166
95. MADIANOS GM, GEFOU-MADIANOU D, STEFANIS NC. Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *Eur Psychiatry* 1993, 8:139–146
96. HARRINGTON R. Affective disorders. In: Rutter M, Taylor E, Her-sov L (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Blackwell, London, 1995
97. VAUGHN S, HAAGER D, HOGAN A, KOUZEKANANI K. Self-concept and peer acceptance in students with learning disabilities: a four-to five-year prospective study. *J Educ Psychol* 1992, 84:43–50
98. BEAR GG, JUNOVEN J, McINERNEY F. Self-perceptions and peer relations of boys with and boys without learning disabilities in an integrated setting: a longitudinal study. *Learn Dis Q* 1993, 16:127–136
99. FLEMING JE, OFFORD DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, 29:571–580
100. MARTON P, CONNOLLY J, KUTCHER S, KORENBLUM M. Cognitive social skills and social self-appraisal in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:739–744
101. KING C, NAYLOR M, SEGAL H, EVANS T, SHAIN B. Global self-worth, specific self-perceptions of competence, and depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:745–752
102. COSTELLO EJ, COSTELLO AJ, EDELBROCK C, BURNS BJ, DULCAN MK, BRENT D ET AL. Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1988, 45:1107–1116
103. GARRISON CZ, SCHLUCHTER MD, SCHOENBACH VJ, KAPLAN BK. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28:343–351
104. VELEZ CN, JOHNSON J, COHEN P. A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, 28:861–864

*Corresponding author:*

D.C. Anagnostopoulos, Child and Adolescent Unit, Community Mental Health Center, Department of Psychiatry, University of Athens, 14 Dilou street, GR-161 21 Kessariani, Athens, Greece