

# Insucesso escolar

Paula Pires de Matos\*

## RESUMO

O insucesso escolar é um problema frequente na infância e adolescência e constitui factor de risco para menor sucesso pessoal, profissional e pior integração social. Existem factores causais do indivíduo, como as doenças orgânicas, as perturbações do desenvolvimento, emocionais e do comportamento, que urge diagnosticar para que sejam alvo de uma intervenção atempada e eficaz. A modulação dos factores do ambiente é igualmente importante para o sucesso da intervenção. Neste artigo expõem-se detalhadamente as várias perturbações do desenvolvimento envolvidas nas dificuldades de aprendizagem e suas manifestações clínicas. Também se abordam os mitos e terapias alternativas e sua ineficácia.

**Palavras-chave:** Insucesso Escolar; Perturbações Específicas do Desenvolvimento; Dislexia.

## INSUCESSO ESCOLAR – VARIÁVEIS<sup>1-3</sup>

**P**erante uma criança ou adolescente com um problema de insucesso escolar é necessário considerar para avaliação variáveis próprias do indivíduo e variáveis do ambiente.

Nas variáveis próprias do indivíduo incluem-se as variáveis orgânicas, as perturbações do desenvolvimento e as perturbações emocionais e comportamentais.

Nas **variáveis orgânicas** contam-se as doenças físicas graves, geralmente crónicas, que levam a um estado de debilidade física, com cansaço e consequente indisponibilidade emocional e mental para a aprendizagem, que se manifestam por dificuldades na concentração, memória e motivação. Também se incluem doenças congénitas do sistema nervoso central (ex.: malformações, como a agénia do corpo caloso) ou adquiridas (ex.: pós traumatismo craniano grave, encefalite), cromossomopatias que têm perturbações do desenvolvimento associadas (ex.: trissomia 21, X-frágil), doenças metabólicas e endocrinológicas (ex.: fenilcetonúria, hipotireoidismo congénito).

Alguns medicamentos reduzem as capacidades cognitivas, como por exemplo as benzodiazepinas (reduzem a memória e levam a uma deterioração das capacidades cognitivas, razão pela qual a sua prescrição crónica deve ser evitada na infância) e alguns anti-epilépticos (ex.: topiramato – também usado como estabilizador do humor, reduz a velocidade de processa-

mento e leva a lentificação do pensamento). Alguns medicamentos muito comumente prescritos em pediatria, como os anti-histamínicos, levam nalguns indivíduos a sonolência aumentada com consequente baixa da capacidade de tomar atenção e menor desempenho escolar.

A radioterapia do SNC na infância leva também a uma deterioração das capacidades cognitivas. A prematuridade e muito baixo peso ao nascer também são factores de risco para o desenvolvimento e muitas vezes são etiologia de dificuldades de aprendizagem.

Assim, percebe-se que existe uma miríade de variáveis orgânicas que cumpre investigar para serem corrigidas, pois tanto podem ser factor causal principal como agir como factor multiplicador de dificuldades em indivíduos com perturbação do desenvolvimento. Como é óbvio, todos estes factores orgânicos levam a uma alteração nos processos cognitivos gerais ou específicos envolvidos na aprendizagem ou seja, manifestam-se em Perturbações do Desenvolvimento.

As **Perturbações do Desenvolvimento** envolvidas no insucesso escolar são a deficiência mental, Perturbações do Espectro do Autismo, os estados limite de funcionamento cognitivo, as perturbações específicas da aprendizagem (como a dislexia, disgrafia e discalculia), a perturbação cognitiva não-verbal, o Síndrome de Asperger e a Perturbação de Hiperactividade com Déficit de Atenção. Este artigo foca sobretudo as Perturbações Específicas da Aprendizagem, sua co-morbilidade e diagnóstico diferencial. As Perturbações do Desenvolvimento causam insucesso escolar através da disrup-

\*Pediatria, Centro de Desenvolvimento Infantil Diferenças – APPT21  
Clínica Médica Gerações



ção específica nos processos cognitivos que estão na base das aquisições académicas.

São também factor de insucesso escolar as **Perturbações Emocionais e Comportamentais** como as Perturbações do Humor (depressão, doença bipolar), as Perturbações de Ansiedade e as Perturbações de Oposição e Conduta. A Depressão e a Ansiedade levam a alterações da motivação, da vigília, da memória e, sobretudo, da capacidade de concentração. As Perturbações de Oposição e Conduta prejudicam a aprendizagem através do factor comportamental que leva a absentismo, não colaboração em tarefas propostas, alterações comportamentais na sala de aula e em casa (que os tornam disruptivos e perturbadores) e falta de motivação.

Há acontecimentos na vida das crianças e jovens que levam a alterações emocionais que por sua vez prejudicam transitoriamente o desempenho escolar. São classificadas como Perturbações da Adaptação e caracterizam-se por tristeza e/ou ansiedade e/ou comportamentos disruptivos, que surgem como uma reacção a um acontecimento de vida adverso. Nestes incluem-se a morte de um familiar, acidente ou doença grave, separação dos pais, mudança de casa, mudança de escola. Estes factores afectam em maior ou menor grau o desempenho escolar. No entanto, devemos ter o cuidado de, ao encontrar estes factores, não nos esquecermos de investigar outras causas co-ocorrentes de insucesso escolar, nomeadamente as perturbações do desenvolvimento. Os eventos adversos têm repercussões maiores em indivíduos com perturbações do desenvolvimento pré-existentes, que urgem ser correctamente diagnosticadas e sujeitas a intervenção específica. Qualquer factor adverso tem repercussões mais significativas (como que um efeito multiplicativo) no desempenho de indivíduos com perturbações de desenvolvimento ou emocionais e comportamentais prévios do que nos que não têm qualquer problema. Assim a intervenção deve ser dirigida tanto à perturbação de adaptação como à perturbação de desenvolvimento pré-existente.

As **variáveis do ambiente** responsáveis ou agravantes em casos de insucesso escolar dividem-se em familiares/contextuais, sócio-culturais e escolares. Nas familiares e sócio-culturais temos como problemáticas as famílias disfuncionais, negligentes e maltratantes, pobreza e falta de condições económicas com baixo aces-

so a oportunidades e material escolar, com falta de acompanhamento no estudo, expectativas ausentes ou diminuídas, muitas vezes fruto de hábitos culturais e micro-sociais locais. Também pode contribuir para o insucesso escolar a desadequação de algumas práticas pedagógicas, a deficiente formação de alguns professores, a desadequação da turma e a relação com os colegas.

### **PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO E INSUCESSO ESCOLAR<sup>1-5</sup>**

A **Deficiência Mental** e os estados limite do funcionamento cognitivo levam, invariavelmente, a dificuldades na aprendizagem em todas as áreas académicas pois todos os processos cognitivos verbais, não-verbais e atenção estão comprometidos em menor ou maior grau. A intervenção é global, deve ser feita a inclusão educativa com um currículo escolar próprio, com maior ou menor vertente funcional, consoante as capacidades do indivíduo.

As **Perturbações do Espectro do Autismo** caracterizam-se por alterações em três áreas: perturbação na comunicação, perturbação na interacção social e padrões de comportamentos, interesses e actividades repetitivos, restritos e estereotipados. As dificuldades na aprendizagem académica podem surgir por vários motivos: ligados à deficiência cognitiva e complicados pela incapacidade em imitar, associados às dificuldades de compreensão linguística mais abstracta e dificuldades semânticas típicas (ex.: interpretação literal da linguagem, dificuldade em perceber figuras de estilo, piadas e segundos sentidos), associados à dificuldade em atender aos ensinamentos que estão fora dos interesses restritos ou dificuldade em se adaptarem ao meio escolar e às pressões da socialização escolar. No Síndrome de Asperger, para além das dificuldades semânticas, de imitação e do desinteresse por não coincidência com interesses específicos, podemos ter associadas outras perturbações do desenvolvimento como a dislexia ou a desatenção.

A **Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)** também é causa frequente de insucesso escolar pois prejudica significativamente a aprendizagem, por vários mecanismos. A desatenção interfere directamente com o processo de aprendizagem e memorização de conteúdos académicos. As alterações das funções executivas, como a dificuldade na organização e planeamento, interferem no método de estudo. A de-



satenção, desorganização e impulsividade prejudicam o desempenho, nomeadamente nas avaliações. Assim, é frequente estes indivíduos mostrarem um desempenho académico em avaliações muito irregular, dependente do grau de desatenção e impulsividade, que são muito variáveis e imprevisíveis. Esta variabilidade no desempenho leva muitas vezes ao comentário de que «eles poderiam fazer melhor, se quisessem, pois já provaram que o conseguem». Ora isto é um mito, pois esta variabilidade e inconsequência são características desta perturbação. A PHDA está frequentemente associada às Perturbações Específicas da Aprendizagem e à Perturbação de Oposição. A intervenção na PHDA deve ser farmacológica, sendo os psico-estimulantes os fármacos de primeira linha (metilfenidato), acompanhada de intervenção psico-social e intervenção cognitivo-comportamental.

As **Perturbações Específicas da Aprendizagem** ou Perturbações Específicas das Aquisições Académicas (ambas traduções possíveis do DSM-IV-TR e semelhantes à terminologia do ICD 10) caracterizam-se por défices cognitivos específicos que interferem com a aprendizagem da leitura, escrita e cálculo. Podem também denominar-se como Dislexia, Disgrafia/Disortografia e Discalculia.

Para se compreender porque é que as dificuldades de aprendizagem são tão frequentes, convém lembrar que a leitura é um processo não natural de evolução da linguagem e que existe apenas há cerca de 5000 anos na história da humanidade. Ou seja, existe há tão pouco tempo na história da evolução da nossa espécie que não é determinada ainda de forma filogenética. Assim, e ao contrário da linguagem falada, que é natural e que é aprendida por todos os indivíduos da espécie de forma inconsciente, a leitura é um processo artificial que tem que ser ensinado explicita e morosamente para ser aprendido e utilizado eficazmente.

A primeira escrita conhecida surgiu na Mesopotâmia no ano 3200 a.C., escrita esta que era logográfica, ou seja, cada símbolo representava uma palavra, imagem ou conceito. Assim qualquer escrita logográfica pressupõe uma aprendizagem de milhares de símbolos, tantos quantos o léxico da língua em questão. Isto implica um facto importante: a aprendizagem é tão complicada e morosa que não consegue ser universal. O conhecimento actual indica que a escrita alfabética foi inven-

tada na Palestina depois de 1700 a.C.. Nas escritas alfabéticas os símbolos (grafemas) representam um som ou sons (fonemas). A aprendizagem é muito mais simples pois existem entre duas a quatro dezenas de fonemas nas várias línguas do mundo. Da combinação dos grafemas é que surgem as palavras. Assim, apenas temos que aprender esse código de conversão grafema – fonema e as respectivas regras. Esta maior facilidade levou a um aumento exponencial da literacia, que inicialmente se cingia apenas a determinadas classes sociais (religiosos, nobres) para se tornar universal com a escolarização maciça iniciada no século XX.

Quando uma criança aprende a ler passa por três fases sequenciais e parcialmente sobrepostas. No Modelo de Frith (1985), temos primeiro a fase logográfica em que a criança tem a noção de que a escrita corresponde à linguagem, mas faz uma leitura global, sem atenção ao detalhe. Assim consegue ler coisas familiares como Coca-Cola, o seu nome, Continente. No entanto, se o aspecto mudar, não reconhece as palavras e, mantendo o mesmo aspecto mas mudando uma ou outra letra continua a ler como se não houvesse erro. Quando inicia a aprendizagem formal passa para a segunda fase ou fase alfabética em que é feita a aprendizagem de um código de correspondência grafema – fonema. É a fase em que a leitura é um fim em si, ou seja, em que está a aprender a lidar com o «instrumento», e que corresponde aos dois primeiros anos de escolaridade. Numa terceira fase, nos 3.º e 4.º anos, temos a fase ortográfica em que paralelamente se faz a automatização do processo de leitura, aprendem-se as especificidades ortográficas da língua e constrói-se um vocabulário de reconhecimento automático. Um leitor maduro utiliza o código de correspondência grafema – fonema para ler palavras desconhecidas e a leitura automática para ler palavras que já existem no seu vocabulário de leitura automática. A aprendizagem da leitura tem como fim último a sua utilização como instrumento de comunicação, de aquisição de saber e a utilização lúdica. No entanto, para que isto seja possível, tem que ser atingido um grau de proficiência tal que permita uma boa fluência e compreensão leitora.

Para que uma criança aprenda a ler necessita de ter vários pré-requisitos cognitivos íntegros. É importante a cognição global, a linguagem nos seus vários aspectos e cognição verbal, a integridade do processamento



fonológico (capacidade implícita de entender que as palavras da linguagem falada são constituídas por seqüências invariáveis de sons e de ter estas representações firmes na memória, o que se manifesta também por articulação verbal correcta), uma boa memória auditivo-verbal, memória visual, lateralização definida e capacidade de manter a atenção durante períodos de tempo longos. Os pré-requisitos mais importantes são os da linguagem e da fonologia.

### DISLEXIA, DISGRAFIA E DISCALCULIA<sup>2-6</sup>

A dislexia apresenta-se habitualmente como uma dificuldade inesperada na aprendizagem da leitura e escrita, numa criança sem défice cognitivo, sem problemas prévios, como dificuldades na linguagem ou na motricidade, e que é exposta a um ensino adequado. É uma perturbação com base genética e tradução neurobiológica comprovadas. A persistência de uma Perturbação Específica da Linguagem ou a existência de familiares com dislexia constituem factores de risco para a sua manifestação.

A Dislexia é definida pela *International Dyslexia Association* como: dificuldades no reconhecimento correcto e/ou fluente das palavras, diminuição da capacidade de descodificação e dificuldade na ortografia. Estas dificuldades resultam tipicamente de um défice no componente fonológico da linguagem, que é muitas vezes inesperado em relação às outras capacidades cognitivas do indivíduo e à instrução recebida. Pode ter consequências secundárias que incluem problemas na compreensão leitora, experiência leitora reduzida, que podem impedir o crescimento do vocabulário e a aquisição de outros conhecimentos.

Os indivíduos com dislexia apresentam um perfil cognitivo típico com diminuição da consciência fonológica (capacidade de processar e analisar os sons da linguagem oral), diminuição da memória verbal de curto prazo e de trabalho, dificuldades na nomeação rápida (evocação de vocabulário) e dificuldade na repetição de pseudo palavras.

As dificuldades de aquisição da leitura e a variabilidade da apresentação clínica reflectem o balanço entre as competências e dificuldades linguísticas e a capacidade de compensação, modificadas pelo tipo de intervenção efectuada.

Assim, num indivíduo com dislexia surgem dificul-

dades nas áreas da leitura, escrita e matemática. Lêem com baixa precisão e com erros, a leitura é lenta, sem entoação. Os erros podem ir desde a simples confusão fonológica de sons parecidos (como a confusão entre o/u, m/n e todos os pares consonânticos como v/f, b/p, q/g, ss/z, x/j, d/t), até erros de adivinhação tomando a palavra pelo seu aspecto global. Os primeiros são os mais frequentes. Os pares consonânticos definem-se como aqueles em que o ponto articulatório é igual e a diferença de som faz-se apenas por ser vocalizado ou não vocalizado. A lentidão e a imprecisão leitora prejudicam a compreensão dos textos. Tipicamente, todos os disléxicos cometem erros ortográficos e os erros típicos são os erros não plausíveis foneticamente (erros de confusão de pares consonânticos, trocas em sílabas triplas como pre/per, flo/fol e outros mais complexos). Chegam a ser tão ilógicos foneticamente, que quem o lê nem percebe qual foi a intenção de quem o escreveu. Também cometem outros erros, aqueles que são foneticamente plausíveis, por desconhecimento de regras ortográficas (ex: utilização do «ç» ou «ss», «o» ou «u»). Têm também dificuldades na elaboração escrita, seqüência de ideias e vocabulário pobre. Têm dificuldade na memorização das tabuadas e na compreensão dos problemas matemáticos. A compreensão oral (compreensão dos textos que lhes são lidos) está mantida.

A intervenção deve ser sempre baseada no treino fonológico associado à reeducação da leitura com método fónico. Os métodos globais (puramente visuais, global clássico, método das 28 palavras) não têm qualquer papel eficaz na dislexia e são vivamente desaconselhados.

As dificuldades na escrita podem co-existir com a dislexia ou surgir independentemente desta. O termo disgrafia é usado de forma diferente consoante os autores. Comumente é utilizado para definir as dificuldades motoras (alterações da grafomotricidade) e/ou perceptivas visuais (dificuldade em seguir a linha, confusões nas formas das letras e números, escrita em espelho, etc.) na escrita, que podem existir nos indivíduos com PHDA, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora e Síndrome de Asperger. No entanto, o termo também é utilizado para definir as dificuldades na elaboração escrita. A disortografia é definida como uma perturbação em que o indivíduo comete mais erros ortográficos do que é esperado para a ida-



de e nível de escolaridade. Existe invariavelmente nos disléxicos.

A discalculia apresenta-se como dificuldade na matemática. O corpo de investigação é muito menor do que o que acontece com a dislexia, no entanto já se têm algumas noções do tipo de dificuldades que são apresentadas. A discalculia mais associada à dislexia e dificuldades verbais, caracteriza-se por dificuldades no contar, aprender os nomes dos símbolos numéricos, aprender as ligações numéricas, aprender e saber usar as tabuadas, subtração (contar em ordem inversa) e cálculo mental. A discalculia que tem como base cognitiva as dificuldades matemáticas não-verbais (não associada com dislexia), manifesta-se por dificuldades em aprender a sequência numérica, noção do julgamento de quantidade (base do conceito de número), perceber o lugar numa sequência, seleccionar a operação adequada, estimar resultados de cálculos e quantidades e formar conceitos espaciais. Raramente surgem separadas, sobretudo porque a aprendizagem matemática é cumulativa e interdependente nos dois domínios descritos.

A intervenção atempada e precoce na dislexia é crucial para o prognóstico. Assim, quando existem factores de risco ou quando a criança não está a aprender ao ritmo da média dos seus pares não devemos esperar e devemos referenciar para avaliação e intervenção.

### MITOS E NOÇÕES FALSAS EM INSUCESSO ESCOLAR

Quando uma criança chega ao fim do 2º período do 1º ano de escolaridade e ainda não sabe as letras ou, se as sabe, ainda não sabe ler algumas palavras ou sílabas, deve ser referenciada para avaliação. Também se deve tomar atenção à tipologia dos erros de leitura e escrita e se estes erros forem de confusão fonológica a suspeita deve ser alta. No entanto, não deve ser feito o diagnóstico de dislexia com base em erros de confusão visual pura. Ou seja, quando as crianças escrevem os números, as palavras ou as letras em espelho. É um erro normal até aos 7 anos de idade (recordo que a lateralização se completa entre os 3 e 7 anos de idade) e apenas indica que a lateralização ainda não está completamente estabelecida. Esperar que haja um «click» e subitamente a criança comece a ler, culpar a imaturidade, culpar a mãe porque super-protege a criança, culpar a auto-estima, etc., são erros terríveis pois atrasa o

diagnóstico e a intervenção e compromete a escolaridade. O termo imaturidade apenas nos permite concluir que a criança não está a ter o desempenho em várias áreas correspondente ao esperado para a idade, ou seja, tem dificuldades em algumas áreas específicas do desenvolvimento. Assim, percebe-se que é ilógico esperar o «amadurecimento», deve antes tratar-se o problema. As perturbações emocionais e baixa auto-estima são frequentemente secundárias à percepção de diferença, à percepção que a própria criança tem das suas dificuldades. Uma criança que não consegue aprender como os outros e que é cognitivamente íntegra, passa cerca de 6 a 8 horas do dia a não ter sucesso. É natural que fique zangada, triste, ansiosa ou com mau auto-conceito. Intervém-se na dificuldade e todos estes aspectos melhoram com o sucesso da aprendizagem.

### TERAPIAS ALTERNATIVAS E TERAPIAS VISUAIS

Correntes pseudo-científicas advogam a existência de um síndrome postural e alterações oculares responsáveis pela dislexia. Em meta-análise extensa publicada mostra-se que não existe evidência científica que comprove a eficácia de exercícios oculares ou o uso de lentes especiais (cor, prismas) nestas perturbações do desenvolvimento.<sup>7</sup> Da mesma forma, não existe actualmente evidência científica que suporte a teoria de que a correcção de pequenos defeitos subtis da visão possa alterar o processamento visual. Estatisticamente, as crianças com dislexia têm a mesma saúde visual do que as outras. Não existe evidência científica que mostre melhorias académicas nas crianças submetidas a tratamentos com treinos visuais, uso de bifocais ou prismas ou treino de organização neurológica. Os estudos existentes não são bem controlados, baseiam-se em informação anedótica e os indivíduos desses estudos também recorriam a intervenção clássica. A gravidade destes métodos é que dão falsa sensação de segurança e atrasam a instrução e intervenção apropriadas. Constituem má prática clínica.

Também não está comprovada a eficácia da evicção de corantes alimentares para a correcção dos sintomas de PHDA.

Os suplementos alimentares como os ácidos gordos ómega 3 são muito utilizados em terapias adjuvantes, no entanto não está comprovada a sua eficácia nas Perturbações do Desenvolvimento aqui referidas.



## SÍNTESE FINAL

O insucesso ou menor sucesso escolar são frequentes, acarretam problemas para o próprio e para a sociedade e devem ser tratados como um problema de saúde.

Perante uma criança com queixas de insucesso escolar temos sempre que analisar o caso sobre todas as suas perspectivas: a dimensão do próprio – orgânica, desenvolvimental e emocional e a dimensão do ambiente – família, meio socioeconómico, escola.

As perturbações do desenvolvimento, eventualmente agravadas pelas condicionantes emocionais e socioculturais, são etiologia frequente de dificuldades de aprendizagem.

As perturbações do desenvolvimento afectam os processos cognitivos específicos envolvidos na aprendizagem (memória, atenção, processamento fonológico, verbal, visual) e as perturbações emocionais envolvem sobretudo processos de atenção, motivação, interesse e comportamento.

A criança com insucesso escolar deve ser referenciada a uma consulta de avaliação de desenvolvimento onde todos estes aspectos são avaliados, nomeadamente os aspectos cognitivos globais e específicos, assim como a prestação académica (avaliação psico-pedagógica). Estas avaliações devem ser correctamente efectuadas por uma equipa em consulta de desenvolvimento que inclui pediatras, psicólogos educacionais e técnicos de ensino especial e reabilitação. A avaliação emocional e projectiva (técnica psicanalítica) não tem qualquer utilidade na avaliação da maioria destas crian-

ças. A intervenção deve ser dirigida à perturbação diagnosticada, deve ser estruturada, precoce e continuada.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Miguel Palha pela colaboração neste artigo. Alguns dos conhecimentos aqui transmitidos resultam da reflexão conjunta de uma equipa de pediatras de desenvolvimento do Centro de Desenvolvimento Diferenças/APPT21 liderada por ele.

## REFERÊNCIAS

1. Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC, editors. *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
2. DSM-IV-TR 2000.
3. ICD 10 version for 2007.
4. Snowling MJ, Hulme C, editors; *The Science of Reading a Handbook*. Philadelphia, PA: Blackwell Publishing; 2005.
5. Artigas-Pallarés J. Dislexia: enfermedad, trastorno o algo distinto. *Rev Neurol* 2009; 48 (Supl 2): S63-S69.
6. Shaywitz SE, Shaywitz BA. Paying attention to reading: the neurobiology of reading and dyslexia. *Dev Psychopathol* 2008 Fall; 20 (4): 1329-49.
7. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology, Council on Children with Disabilities, American Academy of Ophthalmology, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus and American Association of Certified Orthoptists. Joint Statement: learning disabilities, dyslexia, and vision. *Pediatrics* 2009 Aug; 124 (2): 837-44.

A autora declarou não possuir conflitos de interesses

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paula Pires de Matos  
Avenida Fontes Pereira de Melo, nº3 – 10.º Dto.  
1050-115 Lisboa  
E-mail: paulapiresdematos@sapo.pt

---

## ABSTRACT

### ACADEMIC UNDERACHIEVEMENT

Academic underachievement is a frequent problem in childhood and adolescence and remains a risk factor for underachievement at the personal and professional level and can result in social exclusion. Different personal factors have been implicated with learning difficulties, including systemic diseases and developmental, emotional and behavioural disorders. Early identification of these risk factors is important for successful treatment and so is the modulation of environmental factors. This article will review the various developmental disabilities that can cause learning difficulties and their clinical manifestations. Alternative therapies and their inefficacy will also be discussed.

**Keywords:** Academic Underachievement; Developmental Disabilities; Dyslexia..