

# **Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H)**

**Luz Elvira Vallejo Echeverri, neuropsychologue et assistante de traduction vers l'espagnol pour le Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale (LITRIS)**

[http://www.irdpq.qc.ca/soutien\\_scientifique/litris.html](http://www.irdpq.qc.ca/soutien_scientifique/litris.html)  
[luz.vallejo@irdpq.qc.ca](mailto:luz.vallejo@irdpq.qc.ca)

À l'échelle globale, beaucoup de recherches comparatives et d'analyses sur le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ont été effectuées. Accompagnant celles-ci, beaucoup de discussions et polémiques ont également été créées sur le sujet, particulièrement quant à l'étiologie et l'utilisation de méthodes d'intervention appliquées dans le traitement du TDAH (Pena, J.A., Montiel Nava C. 2003).

Quoi qu'il en soit, sans chacune de ces analyses et de ces discussions, il serait impossible de scruter et de raffiner quotidiennement les thérapies destinées à améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage.

## **Qu'est-ce que le TDA/H ? : définition et étiologie**

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est un état neurobiologique qui se manifeste par des dysfonctionnements dans le comportement et des distorsions cognitives. Il apparaît généralement selon une tendance commune chez les enfants et touche de 5 à 8 % des enfants d'âge scolaire (Montañés, F. 2008), les garçons étant trois fois plus susceptibles de présenter ce trouble que les filles (Puentes Roza, P.J. et al. 2008). Néanmoins, ces données changent selon la méthodologie utilisée pour les études et la population étudiée (voir les études épidémiologiques de l'OMS et de l'*American Psychiatric Association*).

Le TDA/H est un trouble qui ne s'observe pas seulement chez les enfants. Chez les personnes adultes atteintes d'un TDA/H, une proportion d'environ 60 % présente des symptômes d'inattention, d'impulsivité, d'irritabilité, d'intolérance et de frustration qui sont apparus avant l'âge de 7 ans. Selon des études espagnoles, on peut observer chez eux des problèmes de concentration, de diminution de la capacité de mémoire à court terme, de manque d'organisation, de discipline personnelle, d'estime de soi faible, d'inquiétude, de frustration, de faibles habiletés sociales (se manifestant par des difficultés dans l'établissement de relations de couple et dans le maintien d'un emploi) (Valdizan, J.R., Izagueri-Gracia, A.C. 2009), l'abus d'alcool et de drogues, ainsi que des comportements délinquants.

Le TDA/H est un syndrome hétérogène d'étiologie multifactorielle dans lequel influent les différents rôles propres à chaque sexe, les processus de socialisation et les rôles assignés (Piaget, Jean 1975) dans chacune des cultures. En outre, l'accès précoce à l'utilisation de nouvelles technologies de télécommunication (télévision, jeux vidéos et Internet, etc.) et le bombardement d'une gamme de stimuli (acoustiques, visuels, gestuels

etc.), au delà d'un contrôle minimal, c'est-à-dire, sans surveillance adéquate des parents, des tuteurs ou des professeurs, font une différence significative.

Il est important de savoir que le TDA/H est un trouble du système nerveux central dans lequel 80 % des facteurs génétiques et biologiques (Wender, P.H. 1971) sont liés à l'histoire du développement cérébral (diminution de la disponibilité des neurotransmetteurs comme le norépinephrine et la dopamine), aux antécédents familiaux et à la prédisposition génétique à ce type de trouble chez les parents. Cet état pathologique se transmet plus fréquemment lorsqu'un père, une mère, ou les deux parents présentent une symptomatologie semblable, qu'elle soit diagnostiquée ou non, qu'ils aient reçu un traitement ou non et selon le type de traitement reçu.

D'autres variables ayant une certaine influence sont liées aux niveaux de nutrition des enfants durant leur processus de développement, car ceux-ci ont des répercussions sur l'équilibre chimique cérébral.

Enfin, il est nécessaire de mentionner les variables environnementales, comme les maisons bruyantes, les niveaux élevés de stress chez les parents (troubles d'anxiété divers, alcoolisme, attitudes antisociales, troubles de la personnalité et violence familiale, entre autres) et les éducateurs, les écoles aux standards élevés qui causent des frustrations dans l'atteinte de résultats.

## **Les causes et les manifestations cliniques du TDA/H**

Par le passé, on désignait le déficit de l'attention et de l'hyperactivité comme étant l'« hyperactivité » ou l'« hyperkinésie » (Strauss et Kephart 1947; Fernandez-Jaén, A. Calleja Perez, B. et coll. 2007). En 1994, on lui donna l'appellation de « trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » et il fut divisé en trois catégories ou sous-types : inattention, hyperactivité et impulsivité. Avec les critères du DSM-IV-TR, on obtient une description spécifique de chacun des signes et des symptômes, de même qu'avec les critères des échelles de valeurs des comportements pour les parents et les professeurs, comme le questionnaire ou échelle d'évaluation de Conners, le *Behaviour Assessment System for Children* ou BASC (C.R. Reynolds et R.W. Kamphaus 1994), entre autres. On peut aussi observer des caractéristiques et des types de comportements qui caractérisent le TDA/H.

Les enfants présentant un TDA/H agissent automatiquement, sans contrôle, sans réfléchir et ne peuvent se concentrer facilement. Ils sont en mesure de comprendre les instructions qui leur sont fournies, mais présentent généralement des problèmes d'exécution des activités, des difficultés à rester assis, à contrôler leur attention ou à être attentifs aux détails spécifiques des tâches qui leur ont été assignées.

En fait, il est nécessaire de faire un diagnostic différentiel avec les enfants anxieux ou 'hyperexcités', ou dans le cas d'enfants vivant des situations traumatiques, comme un divorce ou une séparation de leurs parents ou de leurs proches, d'un changement brusque de leur style de vie etc., (particulièrement à des âges critiques). Les symptômes du TDA/H apparaissent de façon persistante dans les différents domaines de la vie

quotidienne (la vie scolaire, la vie familiale, les relations sociales), nuisant à la performance adéquate dans chacun de ces domaines.

Les causes multiples mentionnées par les spécialistes en matière de TDA/H laissent entendre que les causes étiologiques du déficit sont d'origine multifactorielle. Certaines aires du cerveau sont approximativement de cinq à dix pour cent plus petites quant à la taille et à l'activité chez les enfants présentant un TDA/H. En outre, on a observé des changements chimiques cérébraux significatifs dans ces études.

Étant donné que l'ensemble des neurones du cerveau se « parlent » entre eux dans le cerveau, il s'établit des raccords synaptiques au moyen d'un système semblable à celui du téléphone et dont les connexions se font par les différentes substances neurotransmetteuses. Ces neurotransmetteurs dépendent d'un réseau spécifique de neurones regroupés qui forment de véritables circuits ou systèmes anatomiques. Chacun d'eux a sa propre fonction: la mémoire et de l'état de veille sont contrôlés par le système cholinergique; le système moteur dépend du système dopaminergique; et dans le système noradrénergique sont impliqués le rêve, les variations de l'humeur et les sensations de la satisfaction et du mécontentement. Chez les enfants présentant un TDA/H, il semblerait que tous ces systèmes soient altérés nonobstant la variété des déficits cognitifs; mais les recherches cliniques montrent cependant que les structures frontales et le noyau central du cerveau sont les éléments les plus touchés (Barkley, Russel 1998).

## **Les critères cliniques pour le diagnostic du TDA/H**

### **Manifestation cliniques des déficits cognitifs**

1. **Fonction exécutive** : les enfants ayant un TDA/H présentent des difficultés significatives de planification, d'organisation et d'exécution des stratégies.
2. **Fonction d'attention** : Inattention en raison de l'incapacité à se concentrer sur les détails, avec une augmentation de l'échec dans les différents domaines de la vie quotidienne, simplement par négligence. Difficultés à maintenir une attention soutenue pour les activités et les jeux. Les enfants présentent de graves problèmes lorsqu'ils doivent suivre des directives et ils ont tendance à éviter les activités qui exigent un effort mental. En outre, ils montrent une tendance apparente à perdre leurs objets personnels ou à oublier leurs obligations scolaires par distraction.
3. **Fonction de mémoire** : oublis fréquents des activités quotidiennes, des directives, des ordres et des recommandations. Les enfants retiennent difficilement les informations générales, même en faisant un effort intense.
4. **Fonction perceptive** : les enfants ont des problèmes auditifs apparents.

### **Manifestations cliniques des déficits moteurs**

Chez les patients présentant un TDA/H, il y a, dans la grande majorité des cas, évidence d'instabilité motrice se manifestant par des symptômes moteurs, comme la dyskinésie, l'instabilité ou les gestes corporels dénotant la timidité.

1. Difficulté à rester assis : l'enfant se lève de son siège dans la classe ou dans d'autres lieux où l'on s'attend à ce qu'il s'assoit, comme à l'heure des repas ou lors de réunions sociales. Il agite ses mains et ses pieds lorsqu'il est assis.
2. Difficulté à attendre son tour ou à faire la queue. Courir ou escalader de façon excessive : l'enfant court ou grimpe dans des endroits peu convenables.
3. Parle avec excès : l'enfant répond impulsivement aux questions sans écouter au préalable la teneur de ces dernières.
4. Tendance à interrompre : l'enfant interrompt les conversations ou les jeux des autres.
5. Difficulté à jouer calmement.
6. Sensation d'être toujours pressé.

Pour qu'un garçon ou une fille puisse être diagnostiqué comme étant hyperactif et impulsif, il faut :

- la présence de comportements comprenant les sous-types mentionnés dans les déficits moteurs (de 1 à 3) avant l'âge de sept ans;
- que ces comportements soient plus intenses que chez d'autres enfants du même âge;
- que ce type de comportement dure depuis plus de six mois; et,
- que les comportements se produisent et aient des répercussions négatives dans au moins deux domaines de la vie de l'enfant (dans plusieurs domaines de la vie quotidienne: l'école, la maison, la garderie, ou dans les relations sociales avec ses pairs ou ses amis).

Pour qu'un garçon ou une fille puisse être diagnostiqué du type mixte, il doit présenter une variété de critères cognitifs et moteurs, et c'est d'ailleurs l'un des diagnostics de TDAH que l'on rencontre le plus souvent.

### **Comment identifie-t-on un TDA/H ?**

La méthode utilisée pour déterminer correctement la présence d'un TDA/H chez les enfants comprend la cueillette, par le clinicien, de renseignements détaillés auprès des parents, des professeurs et des tuteurs avec qui les jeunes passent de longues périodes. Cette information est compilée au moyen de notes et d'enregistrements cumulatifs du comportement. En outre, on fournit aux parents, aux tuteurs et aux professeurs des échelles d'évaluation du comportement qui permettent de considérer spécifiquement les comportements perturbateurs. Pour chaque cas, des protocoles d'observation et

d'évaluation permettent d'effectuer une analyse plus structurée de l'histoire du développement des enfants présentant un TDA/H (BASC pour les enfants et les adolescents âgées de 4 à 18 ans ; C.R. Reynolds et R.W. Kamphaus 1994).

Comme il en a été question précédemment, il est très délicat de faire des diagnostics de TDA/H sans que soient présentes toutes les variables déjà mentionnées (Michael B. et coll. 1999, DSM-IV-R, diagnostic différentiel), y compris les diagnostics différentiels d'autres états pathologiques avec lesquels ce trouble partage des diagnostics de comorbidité (Kandesjo B, Gilberg C. 2001), comme des comportements négatifs provoquant des difficultés d'apprentissage (dyslexie dans 87 % des cas), des troubles affectifs, comme la dépression, dans 18 % des cas, ainsi que de l'anxiété dans 25 % des cas. D'autres formes d'anxiété, comme le trouble obsessionnel compulsif, peuvent accompagner le TDAH. On peut aussi observer des troubles comme le syndrome de la Tourette, des tics moteurs et vocaux et des troubles du sommeil (Tomàs M. 2008). Il est très rare que le TDAH se présente de façon isolée (Kandesjo B, Gilbert C. 2001). Il apparaît généralement accompagné d'un autre trouble. Le clinicien responsable devra alors référer l'enfant à un spécialiste de chacune de ces affections associées ne relevant pas de son domaine de pratique (affections médicales, neuropsychologiques, psychiatriques, etc.).

Il est également nécessaire de prendre en compte, dans la pose d'un diagnostic, des modèles persistants et inappropriés de l'inattention et de l'hyperactivité-impulsivité et du dysfonctionnement dans le cheminement scolaire, social et familial, comme il en fut question dans les paragraphes précédents.

Pour les enfants de moins de cinq ans chez qui les signes et les symptômes associés au TDA/H sont présents, il est nécessaire de faire des évaluations diagnostiques adaptées au niveau de développement de l'enfant. Il n'est pas convenable de faire des diagnostics fermés ou d'apposer des étiquettes définitives si l'enfant n'a pas encore intégré le premier niveau scolaire. On doit, entre autres, considérer les facteurs associés au manque de maturité dans la commande des sphincters et à la gestion de l'hygiène personnelle, ainsi qu'au comportement en face de l'établissement d'un horaire de travail dans le cadre de programmes structurés, étendus et divisés en secteurs thématiques.

## **Les types d'intervention pour le TDA/H**

L'équipe multidisciplinaire composée, entre autres, de médecins, de psychiatres, de psychologues, d'éducateurs, de personnel enseignant, de parents ou de tuteurs, de neurologues et de neuropsychologues constituera toujours une partie importante du travail. Elle permettra de structurer les traitements à long terme de façon individualisée au moyen de thérapies de psychologie cognitive et du comportement combinées à la prise de médicaments. De plus, il est important :

- de sensibiliser les parents, les tuteurs ou les professeurs au moyen d'ateliers de formation visant la sensibilisation au TDA/H et aux divers modes d'intervention pédagogique à l'école et à la maison. (Valett E. Robert 1981; Armstrong, Thomas 2001);

- de faire de la formation pratique pour s'entraîner à la compilation d'information précise sur les comportements des enfants présentant un TDA/H (les protocoles ou les échelles évaluatives administrées par les cliniciens comme le questionnaire ou échelle d'évaluation de Conners, le BASC ou *Behavior Assessment System for Children*; C.R. Reynolds et R.W. Kamphaus, 1994);
- d'établir des routines au moyen d'information précise et opportune sur le TDA/H afin de réduire le stress provoqué par la dépense d'énergie des parents et des éducateurs et améliorer ainsi l'état des enfants qui présentent un TDA/H (Caron, Alain 2006);
- d'améliorer les symptômes de mésadaptation des enfants présentant un TDA/H, au moyen de formation dans les techniques de résolution de problèmes et de maîtrise de ses émotions (Caron, Alain 2006 p. 9), de l'augmentation des activités ludiques et sportives, de la réorganisation de l'atmosphère scolaire et de la maison dans lesquelles l'enfant se développe (comme le fait de fermer la télé, la radio, ou les jeux d'ordinateur, particulièrement quand l'enfant ou l'adolescent fait ses devoirs ou à l'heure où il doit être à la table pour manger), de l'élaboration de programmes ou de calendriers d'activités hors-programme ou de temps libre ou du renforcement de l'estime de soi, etc. (Lavigneur, Suzanne 2002);
- de suivre les indications de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP), selon laquelle il est inadéquat de laisser les petits enfants de deux ans ou moins sans surveillance devant la télé, un ordinateur ou des jeux vidéo. Et l'on doit imposer aux enfants qui ont deux ans ou plus des limites de visionnement quotidien d'une ou de deux heures de programmation de télévision de haute qualité contrôlée par des adultes;
- d'employer la pharmacothérapie, mais pas à titre de solution unique dans le traitement des enfants touchés par le trouble. Plusieurs types de médicaments peuvent être employés pour le traitement du TDA/H. Les stimulants, les non-stimulants et les antidépresseurs constituent parfois des options possibles de traitement. Néanmoins, ils doivent être employés sous surveillance médicale en raison de leurs effets secondaires;
- de savoir que le méthylphénidate est le médicament le plus utilisé dans beaucoup de cas (Barkley Russel 1997). Il est connu sous son appellation populaire, le ritalin. C'est un stimulant chimique faisant partie de la famille des amphétamines qui amplifie la capacité du lobe frontal, diminue l'activité physique et verbale et maintient également l'attention. Ce médicament active la communication neuronale entre le lobe frontal et le lobe préfrontal; il contrôle également la quantité de neurotransmetteurs transmis par le sang aux structures cérébrales et qui pénètrent dans le cerveau jusqu'aux synapses. Là, une partie du médicament se fixe aux neurotransmetteurs, facilitant la libération de la noradrénaline (NA) ou norépinéphrine, et de la dopamine (DA). (Lavigneur, Suzanne 2002).

- de communiquer (professionnels de la pharmacologie) aux parents et aux éducateurs les risques concomitants à la prise de médicaments en temps opportun, car ceux-ci pourraient nuire aux enfants et aux adolescents de différentes façons. De plus, un enfant peut réagir positivement à un traitement et négativement à un autre. Afin de choisir la meilleure combinaison pour le traitement d'un patient donné, le professionnel (le généraliste, le neurologue, etc.) peut proposer différents médicaments et différentes posologies, particulièrement si le patient reçoit un traitement pour le TDA/H et un autre trouble.
- de prévenir les manifestations du TDA/H à l'enfance pour permettre de mettre en application, de restructurer et d'individualiser les traitements à court, moyen et long terme.
- d'évaluer les bienfaits thérapeutiques et les modèles d'apprentissage qui ont été transmis.

### **Autres aspects thérapeutiques du TDA/H**

Il est nécessaire de compiler les antécédents cliniques complets du patient, y compris les signes et les symptômes, les antécédents médicaux et familiaux, comme les allergies, les comportements à l'école, à la maison, les forces et les faiblesses individuelles, ainsi que les états pathologiques associés, etc.

Le fait de diagnostiquer le TDA/H ne constitue pas une intervention thérapeutique menant à une réadaptation globale. L'évaluation n'est que la première étape du processus de réadaptation. Mais il s'agit d'une étape cruciale, car dans plusieurs des cas, l'absence de diagnostic précis et le manque de thérapies appropriées au diagnostic augmentent l'aversion pour les thérapies, l'abandon thérapeutique ou la déviation vers des comportements délinquants et irresponsables, comme la toxicomanie chez les adolescents et les personnes adultes (Galves Flores, J.F. y Rincón Salazar D.A, 2008).

Il devient urgent de mettre en application des traitements multidisciplinaires appropriés selon les différences sociales, culturelles, familiales et individuelles de chaque patient présentant un TDA/H afin de pouvoir intervenir et fournir des informations pertinentes qui leur permettent d'apprendre à contrôler efficacement leurs symptômes.

Il faut aussi structurer des méthodes de travail sous la surveillance, et avec la collaboration, des parents et des éducateurs en faisant une rétroaction et une évaluation après chaque période de 2, 4 ou 6 mois. Si des changements sont survenus à ces étapes, il n'y a aucun trouble neurologique; mais si les déficits cognitifs et moteurs persistent et que l'on n'observe aucun changement lors des étapes de contrôle, cela confirme la présence de troubles neurologiques importants.

Il faut fournir une rétroaction au patient présentant un TDA/H dans un langage compréhensible. Parallèlement à cela, une information précise doit être fournie aux parents et aux éducateurs dans une langue appropriée, sans stéréotyper ou culpabiliser qui

que ce soit pour les symptômes présentés par les patients qui ont un TDA/H. L'objectif sera la participation active des parents et des professeurs dans les thérapies afin de guider convenablement le processus de réadaptation des personnes touchées par ce trouble. Dans la plupart des cas, elles n'en sont pas conscientes et leurs parents ignorent les stratégies qu'il faut employer pour faire face au déficit que présentent leurs enfants.

Il faut donner des consignes claires et mettre en place des mécanismes qui permettent de choisir des stratégies diverses pour ne pas limiter le processus de motivation qui est si important dans la réadaptation. Il faut leur enseigner à utiliser des stratégies appropriées pour contrôler leur comportement perturbateur, au moyen de techniques combinées de thérapie cognitivo-comportementale, de médicaments dosés selon chaque cas particulier, et ce, après s'être assuré d'avoir écarté tout autre trouble associé.

Il faut renforcer l'hygiène dans l'utilisation du temps libre, employer des techniques de relaxation, augmenter les activités physiques et ludiques, mettre en place des diètes équilibrées et réduire la consommation d'aliments augmentant les déséquilibres chimiques au niveau cérébral et favorisant le maintien des symptômes du TDA/H. Cette dernière stratégie fonctionne chez certains patients.

## **Conclusion**

Le TDA/H est un diagnostic fréquent chez les enfants créant des problèmes secondaires qui pourraient persister à l'âge adulte. En clinique, il est rare de trouver le TDA/H de façon isolée et une comorbidité accompagnée de troubles et de déficits neuropsychologiques est susceptible d'apparaître. C'est pour cette raison que l'intervention d'équipes interdisciplinaires et multidisciplinaires est très importante. Ces équipes devront :

- préciser les tableaux cliniques observés au moyen de l'utilisation de protocoles d'évaluation, d'observation et de suivi des signes et des symptômes;
- intégrer dans leurs interventions thérapeutiques une combinaison de méthodes efficaces pour chaque cas;
- faire participer le patient dans l'atteinte de ses objectifs thérapeutiques en accord avec son âge, son niveau scolaire et le soutien familial, scolaire et social;
- créer des méthodes efficaces (créer des routines dans les habitudes quotidiennes et éviter les stimuli qui causent des distractions) et moins punitives au moyen d'un système de renforcement augmentant les différentes capacités individuelles appropriées et l'estime de soi, comme la mise en application d'un système de conséquences négatives pour les comportements insatisfaisants;
- faire des ajustements tout au long du traitement. Ces ajustement seront pertinents pour chaque étape du processus de réadaptation et d'intégration à la vie quotidienne de chaque patient;



- soutenir la création de réseaux de soutien de familles ayant des enfants et des adolescents présentant un TDA/H pour générer des appuis entre les familles expertes, les professionnels et les établissements experts, entre les communautés locales, nationales et internationales. Ce réseau aidera à révéler et créer des systèmes de sensibilisation sur l'importance d'une intervention thérapeutique appropriée pour les patients présentant un TDA/H. Il permettra dorénavant des pronostics plus positifs pour les populations touchées. En outre, ce réseau aidera à évacuer les angoisses créées par ce trouble et améliorera ainsi leur qualité de vie.

## Références en ligne

- [Document de soutien à la formation - Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité - Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes](#) [Site éditeur [Ministère de la Santé et des Services sociaux \[québécois\]](#)]
- <http://www.associationpanda.qc.ca/>
- <http://www.psiquiatria.org.co/BancoConocimiento/H/historia/historia.asp?CodIdioma=ESP>
- [http://www.chu-sainte-justine.org/famille/CISE-description.aspx?id\\_sujet=100112&ID\\_Menu=668&ItemID=2a&id\\_page=1454&refv=TDAH](http://www.chu-sainte-justine.org/famille/CISE-description.aspx?id_sujet=100112&ID_Menu=668&ItemID=2a&id_page=1454&refv=TDAH)
- [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guidelines: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;105/5/1158.pdf>

## Bibliographie

- ADHD and their family members in 2000. 2005. Medical Research Opinion 21:195-206.
- American Academy of Pediatrics. 2000. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 105:1158-1170.
- Armstrong T. 2001. Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ADD/ADHD. Estrategias en el aula. Argentina: Paidós.
- Barkley R. 1998. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford.
- Barkley R. 1997. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford.
- Barkley R. 1998. Attention deficit hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford.

- Caron A. 2006. Aider son enfant à gérer l'impulsivité et l'attention. Ed. Chenelière Éducation. Canada.
- Fernandez-Jaén A, Calleja-Pérez B. 2000. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad hipomelanos de Ito. Revista de Neurologia. 31:S680-681.
- First MB, et al. 1999. DSM-IV-R, diagnostique différentiel. Barcelona. p. 124.
- Galves Flores JF, Rincón Salazar DA. 2008. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes fármaco dependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. Revista Colombiana de psiquiatría 37(3).
- Lavigne S. 2002. « Ces parents à bout de souffle; Un guide de survie ». Les éditions Québecor. « Une entrevue avec le docteur Claude Desjardins, pédiatre ». Outremont (Québec). p. 231 et suivantes, 379 et suivantes.
- Montañés F. 2008. Sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Algunos creen que hay que elegir entre fármacos o psicoterapia, cuando lo normal es combinarlos. Diario médico, Febrero-2008. (Psiquiatría.com)
- Peña JA, Montiel Nava C. 2003. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad? Revista de Neurologia 36:173-179.
- Piaget J. 1975. À propos de la notion de moitié : Rôle du contexte expérimental. Archives de psychologie 53:433-438.
- Puentes-Rozo PJ, Barceló-Martínez E, et al. 2008. «Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos sexos, de 6 a 11 años, con trastornos por déficit de atención/hiperactividad ». Revista de Neurologia 47(4):175-184.
- Reynolds CR, Kamphaus RW. 1994. Behavior Assessment System for Children. Georgia: EEUU.
- Strauss AA, et al. 1947. Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Grune and Stratton.
- Tomás M. 2008. «Alteraciones del sueño», Anales de Pediatría. 69:251-257.
- Valdizán JR, Izagueri-Gracia AC. 2009. Trastornos por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Revista de Neurologia 48:95-99.
- Valet ER. 1981. Niños hiperactivos; guía para la familia y la escuela. Ed. Cincel-Kapelusz. Barcelona.
- Wender P. 1971. Minimal Brain Dysfunction in Children. New York: John Wiley and Sons, Inc.