

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Combinación de tratamientos para el Trastorno por Déficit Atencional en adultos.

D'Alessandro, Fabián, Etchevers, Martín, Etenberg, Mariano, Hornes, Alan, Martini, Sabrina y Garay, Cristian Javier.

Cita:

D'Alessandro, Fabián, Etchevers, Martín, Etenberg, Mariano, Hornes, Alan, Martini, Sabrina y Garay, Cristian Javier (2011). *Combinación de tratamientos para el Trastorno por Déficit Atencional en adultos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/205>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/Yzs>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL EN ADULTOS

D'Alessandro, Fabián; Etchevers, Martín; Etenberg, Mariano; Hornes, Alan; Martini, Sabrina; Garay, Cristian Javier
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

La combinación de medicación y psicoterapia ha sido estudiada en diversos trastornos mentales. Tradicionalmente, se consideró que el TDAH desaparecía al alcanzar la adultez. Actualmente, es considerado un trastorno de carácter neurobiológico, el cual implica un deterioro de las funciones ejecutivas y el subsecuente déficit funcional de quien lo padece. Este trabajo consiste en una revisión sistemática de la evidencia empírica del tratamiento del TDAH en adultos, sus abordajes farmacológicos y psicosociales, y la combinación de éstos. De acuerdo a la revisión, los abordajes combinados presentarían efectos de potenciación en-tre sí; suponiendo un mejor abordaje de la severidad, compromiso funcional y reducción de la patología comórbida del cuadro. A pesar de este panorama prometedor, los abordajes psico-sociales requieren de mejoras metodológicas y mayor evidencia empírica a la hora de poder establecerse su eficacia.

Palabras clave

Déficit Atencional Tratamiento Combinado

ABSTRACT

COMBINATION OF TREATMENTS FOR ATTENTIONAL DEFICIT DISORDER IN ADULTS

The combination of medication and psychotherapy has been studied in various mental disorders. Traditionally, ADHD was considered to disappear when reaching adulthood. It is currently considered a neurobiological disorder, which implies deterioration of the executive function and subsequent functional deficit on the sufferer. This work is a systematic review of the empirical evidence of the treatment of ADHD treatment on adults, their pharmacological and psychosocial approaches, and their combination. According to the review, combined approaches should present effects such as strengthening of each other, assuming a better approach to severity, functional compromise and reduction of comorbid pathology of the picture. Despite this promising outlook, the psychosocial approaches and methodological improvements require more empirical evidence in order to establish its effectiveness.

Key words

Attentional Deficit Combined Treatment

Introducción

La combinación de medicación y psicoterapia o Tratamiento Combinado (TC) ha sido estudiada en diversos trastornos mentales: trastornos afectivos, de ansiedad y trastornos psicóticos (Garay y Korman, 2008; Garay, Fabrissin y Etchevers, 2008; Garay, Fabrissin, Korman y Etchevers, 2010). El Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH, en adelante) aparece incluido en el capítulo "Trastornos de Inicio en la Infancia o la Adolescencia" del DSM IV-TR (APA, 2001). Involucra, como característica central, la presencia de un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, de carácter desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del sujeto. Al menos en parte, los síntomas de dicho patrón deben haber aparecido antes de los 7 años de edad, manifestándose en dos o más contextos y no explicándose mejor por otro trastorno mental (APA, 2001). Tradicionalmente, se consideró que el TDAH desaparecía cuando el paciente alcanzaba la adultez (Biederman, Mick y Faraone, 2000). Dicha postura se vio modificada en los últimos años a partir de una nueva serie de estudios epidemiológicos. Por ejemplo, su prevalencia global en la adultez es de un 3,4%, de acuerdo al estudio internacional conducido por Fayyad y otros (2007). Este último, por su parte, presenta cifras de prevalencia por país que oscilan entre el 7,3% y el 1,2%. Faraone y Biederman en 2005 (citados en Faraone y Antshel, 2008), calculaban una prevalencia de 2,9% para el TDAH estricto y una de 16,4% para el espectro TDAH, es decir, para pacientes que presentan alteraciones funcionales sin cumplir todos los criterios diagnósticos del trastorno.

Actualmente el cuadro es considerado un trastorno de carácter neurobiológico, que implica un deterioro de las funciones ejecutivas, afectando el automonitoreo y autorregulación; y con ellos, la conducta, la cognición y el aprendizaje (Ramsay y Rostein, 2008). Dicha concepción es compartida con clínicos e investigadores que trabajan con el TDAH infantojuvenil (Barkley, 2006). No obstante resulta valiosa la consideración de factores contextuales, a efectos de su conceptualización y abordaje. Los diferentes contextos, al proporcionar o no facilidades para la operación de las funciones ejecutivas, modulan el impacto funcional del trastorno, incrementando o reduciendo sus manifestaciones.

Respecto a las características específicas del cuadro en la adultez, Lischinsky, Torralva, Torrente y Manes (2009) comentan que el curso natural del trastorno involucra una persistencia de los síntomas de la dimensión

de la desatención. Respecto a los síntomas de la serie de hiperactividad-impulsividad, no obstante, habría mayor controversia entre los diferentes estudios. El foco de la discusión se centra en su permanencia o declinación durante el curso del trastorno. Otro foco controvertido se refiere al tipo de síntomas en el período adulto, existiendo autores que sostienen que “con el desarrollo, las diferentes manifestaciones del TDAH se vuelven más sutiles y específicas, e interactúan con las capacidades del individuo y su medio” (Ramsay y Rostein, 2008).

De acuerdo a Lischinsky, Torralva, Torrente y Manes (2009), los síntomas de desatención suelen manifestarse en la adultez como dificultades en las actividades que requieren la atención sostenida, especialmente cuando no existe una motivación elevada, pérdida de objetos de uso cotidiano, y dificultades en la planificación y jerarquización de tareas de la vida diaria. Los síntomas de hiperactividad suele implicar una sensación de inquietud interna, dificultades para relajarse y la tendencia a comprometerse en deportes de contacto o riesgo, así como el habla excesiva. La impulsividad, por último, se manifestaría en la baja tolerancia a la frustración, cambios de humor brusco sin causa evidente, fallas a la hora de tomar decisiones, interrupción y cambios abruptos de actividades laborales y relaciones interpersonales -lo cual se vincularía también a las reacciones emocionales desmedidas y explosivas que suelen manifestar estos pacientes- y el compromiso en actividades de riesgo o potencialmente nocivas (prácticas sexuales de riesgo, conducción temeraria, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas). Comparados con la población general, los pacientes adultos con TDAH presentan una mayor probabilidad de deserción escolar, desempleo, peor rendimiento laboral, divorcios, enfermedades de transmisión sexual, otro trastorno psiquiátrico (vg., dependencia de sustancias), pesimismo e insatisfacción en sus relaciones interpersonales y su vida en general (Ramsay, 2007; Ramsay y Rostein, 2008; NICE, 2009; Ortiz León, Lischinsky, Rivera, Sentíes Castellá, Grevet y Jaimes Medrano, 2009).

El cuadro clínico involucra, de forma regular, comorbilidades, las cuales dificultan el diagnóstico y tratamiento del trastorno, realizando su aporte al deterioro funcional del mismo (Ramsay y Rostein, 2008; León, Lischinsky, Rivera, Sentíes Castellá, Grevet y Jaimes Medrano, 2009). Entre los trastornos comórbidos más frecuentes se hallan los trastornos de ansiedad (25-50%), del estado de ánimo (20-40%), por consumo de sustancias y alcohol (10-20%), y trastornos de la personalidad (10%-20% de comorbilidad con los trastornos límite y antisocial de la personalidad) (Ramsay y Rostein 2008; Lischinsky, Torralva, Torrente y Manes 2009). Las guías de práctica clínica NICE (2009) también incluyen al trastorno obsesivo-compulsivo y, en menor medida, a los trastornos psicóticos. Al margen de las comorbilidades, las manifestaciones del cuadro se solapan especialmente con los trastornos del espectro bipolar y los trastorno de personalidad. Como elemento crucial para un adecuado diagnóstico diferencial, se propone el comienzo in-

fantil del patrón disfuncional, al margen de las comorbilidades que podrían haberse sumado posteriormente (NICE, 2009).

El abordaje del TDAH en adultos suele ser presentado como un “tratamiento multimodal”, es decir, una estrategia que combina tratamiento farmacológico, counseling, psicoterapia y otras formas de intervención psicosocial (como grupos de apoyo, apoyo educativo, orientación vocacional, entre otras). Dicha estrategia suele ser considerada el tratamiento de elección, basado en el consenso de clínicos e investigadores, frente al amplio espectro de perturbaciones funcionales propias del cuadro (Ramsay y Ronstein, 2008; Ortiz León, Lichinsky, Rivera, Sentíes Castellá, Grevet y Jaimes Medrano, 2009).

Metodología

Este trabajo consiste en una revisión sistemática de la evidencia empírica del tratamiento del TDAH. El objetivo de nuestro trabajo consiste en relevar abordajes farmacológicos y psicosociales disponibles para el TDAH en adultos, así como revisar la evidencia existente sobre la combinación de los mismos. Para la búsqueda de artículos en idioma inglés se utilizó la base de datos de EBSCO. La palabras clave con las cuales se realizó la búsqueda fueron: adults - attentional disorder - treatment - combined treatment. Se incluyeron estudios clínicos controlados publicados entre el 1999 y 2011. Se excluyeron estudios no controlados.

Resultados

Se hallaron 7 estudios clínicos controlados. Los trabajos revisados involucran estrategias de abordaje combinado, entre tratamiento farmacológico con algún tipo de abordaje psicosocial, existiendo consenso en la necesidad de un “abordaje multimodal” para abordar el amplio impacto funcional que involucra el trastorno (Ramsay y Rostein, 2008; NICE, 2009).

Como resultado de la revisión, aparecen principalmente reseñados tres tipos de abordajes psicosociales que se combinan con el tratamiento farmacológico establecido: a) psicoterapia cognitivo-conductual; b) psicoeducación y “coaching”; c) entrenamiento cognitivo. Se han desarrollado diferentes modelos de abordaje del TDAH en adultos, ya sea en formato individual o grupal, los cuales representan adaptaciones de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno en cuestión. Dichos modelos poseen un carácter estructurado, de tiempo limitado, involucrando una serie de módulos: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades (p. ej: manejo del tiempo, gestión de modificaciones ambientales, toma de decisiones, resolución de problemas y asertividad), control de impulsos y regulación emocional, entre otros (Weiss, Safren, Solanto, Hechtman, Rostain, Ramsey et al, 2008). El coaching, por su parte, supone generalmente grupos de apoyo donde se imparte psicoeducación y entrenamientos de habilidades, centrados en la resolución de problemas

(NICE, 2009). De menor desarrollo que los otros abordajes, el entrenamiento cognitivo, involucra el entrenamiento sistemático de la memoria de trabajo, la atención y las funciones ejecutivas del paciente, a través de la interacción estructurada y de tiempo limitado con programas de computadoras que demanden su despliegue. Implica una reformulación de abordajes de rehabilitación ensayados con pacientes psicóticos que, al igual que otras intervenciones, apunta a las dimensiones sintomáticas nucleares del TDAH (Virta, 2010).

Discusión:

Tanto el tratamiento farmacológico como las diversas adaptaciones de TCC a la población de referencia apuntan a las dimensiones sintomáticas nucleares del trastorno. Los grupos experimentales, es decir, aquellos pacientes que reciben la combinación simultánea de medicación y psicoterapia, demuestran mejoras significativas respecto a aquellos otros que reciben únicamente tratamiento farmacológico, en las diversas formas de grupo control. Por lo tanto, no solo serían beneficiosos los abordajes focalizados en la sintomatología nuclear, sino que presentarían efectos de potenciación (sinérgicos o, al menos, aditivos), entre ellos.

Los estudios hallados en esta revisión incluyen pacientes con comorbilidades, que cumplen los criterios del trastorno desde la infancia -en caso contrario, sería dudosa su inclusión-, así como evaluaciones del nivel sintomático y compromiso funcional. Nuevamente, los sujetos que reciben el TC (tratamiento farmacológico y terapia-cognitivo conductual) presentan mejorías respecto al grupo control en lo que refiere a severidad, compromiso funcional y reducción de la patología comórbida, aunque esto no sea de modo uniforme, variando en cada estudio. Cabe señalar la exclusión de los pacientes con mayor severidad sintomática en diferentes estudios (Safren, 2005; Virta, 2010), lo cual impide realizar afirmaciones para dicho subgrupo.

La monoterapia farmacológica así como las escalas de evaluación empleadas para medir el impacto del tratamiento estudiado presentarían diversas limitaciones (Ramsay y Rostein, 2008; NICE, 2009). En primer lugar, la mitad de los adultos con TDAH no puede tomar medicación, no demuestra respuesta a la misma, o bien, presenta síntomas residuales. Whalen y Henker (1991) han señalado que los efectos del tratamiento farmacológico son "estado-dependientes" y pueden no generalizarse en ausencia de éste. En segundo lugar, la mayoría de los casos de TDAH en población adulta e infantojuvenil presenta problemas conductuales y trastornos mentales comórbidos, baja autoestima, problemas de relación y dificultades de aprendizaje y/o ocupacionales. Dichas dificultades, sean secundarias o coexistentes, pueden exacerbar los síntomas del trastorno de los pacientes que no son beneficiados por el tratamiento farmacológico. En tercer lugar, la reducción de la sintomatología no siempre redundará en una mejoría en el funcionamiento cotidiano. Por último, el diagnóstico del trastorno en la edad adulta puede requerir de apoyo psicológico a la hora de sobrellevar el proceso de aceptación y comprensión asociado con su identificación tardía. Dichas

limitaciones de la monoterapia farmacológica conllevan la necesidad de complementarla con abordajes psicosociales; y, de la misma forma, de dotar a estos con soporte empírico (NICE, 2009).

Las puntualizaciones anteriores, no obstante, deben ser matizadas, a la hora de tener en cuenta dos series de cuestiones: a) las limitaciones metodológicas de los estudios comprendidos en esta revisión bibliográfica (pequeño tamaño de las muestras, breves períodos de seguimiento, elevado desgranamiento del grupo control en alguno de los estudios, asignación no aleatorizada a las diferentes categorías en otros de ellos, constatación retrospectiva del cumplimiento de los criterios diagnósticos de TDAH en la infancia, criterios de exclusión de sujetos). No obstante, cabe señalar que, desde 2005 a la fecha, viene observándose una mejoría metodológica en los estudios. b) los abordajes específicos desarrollados para el TDAH en adultos son de carácter multicomponente e involucran procedimientos técnicos cognitivos y conductuales que han probado eficacia para la patología comórbida con el TDAH (como la reestructuración de cogniciones disfuncionales, el entrenamiento en asertividad y la asignación gradual de tareas, entre otros). Más allá que los diversos componentes sean organizados en una estrategia específica, focalizada en las dimensiones sintomáticas nucleares, consideramos que lo anterior vuelve cuestionable, al menos en cierto punto, la posibilidad de hablar de "intervenciones específicas de la terapia cognitivo-conductual para el TDAH en adultos". Los diversos componentes al ser instrumentados, -la asignación gradual de tareas, p. ej.- incidirían simultáneamente sobre la dimensión de síntomas afectivos así como la dimensión de síntomas que comprometen las funciones ejecutivas de planificación. Lo anterior se vincula con la discusión contemporánea respecto al "eclecticismo técnico" en los modelos cognitivos (Korman, 2010).

Conclusión

La revisión realizada parece brindar un panorama prometedor respecto al desarrollo del TC de intervenciones psicosociales y abordajes farmacológicos. A efectos de que el TC del TDAH adquiera un mayor sustento, consideramos de utilidad el empleo sistemático de las recomendaciones y estándares metodológicos, como por ejemplo, los propuestos por Weiss, Safren, Solanto, Hechtman, Rostain, Ramsey et (2008): a) el empleo de diferentes grupos control de asignación aleatorizada; b) la necesidad de incluir medidas de la instrumentación de las estrategias adaptativas y de la modificación del auto-concepto, además de las dimensiones sintomáticas; c) la inclusión de evaluadores y medidas objetivas de la evolución terapéutica, para contrarrestar los posibles sesgos; d) la utilidad de realizar estudios multicéntricos y con mayores muestras de pacientes. Vinculada a esta última cuestión, los autores mencionados señalan la imposibilidad de extrapolar los hallazgos realizados con población infantojuvenil a población adulta, dada las diferencias existentes entre ambas, y su consecuente impacto tanto en la investigación como en el trabajo clínico.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión

Estudio	N	Grupos	Resultados	Seguimiento
Wilens et al., (1999)	26	TCC + TF vs. Lista de espera (TF).	Mejoría clínicamente significativa tanto de los síntomas nucleares y el compromiso funcional en el grupo que realizó tratamiento combinado, de acuerdo a criterio clínico.	No.
Wiggins et al., 1999	17	Grupo psicoeducacional TCC + TF vs. Lista de espera (TF).	Diferencia significativa favorable para el grupo que recibió tratamiento combinado, con mejoría en la organización, capacidad atencional, estabilidad emocional y baja autoestima.	No.
Hessliger et al., (2002)	15	Grupo DBT de entrenamiento de habilidades + TF vs. Lista de espera (TF).	Diferencias significativas favorable (autoreportada), en síntomas nucleares de TDAH y depresivos, para el grupo que recibió tratamiento combinado. No obstante, el grupo control sufrió desgranamiento (-57%) y/o sus integrantes iniciaron control farmacológico durante el curso del estudio.	No.
Stevenson et al., (2002)	43	Grupo TCC de entrenamiento de habilidades + TF vs. Lista de espera (TF).	Diferencia significativa favorable para el grupo que recibió tratamiento combinado respecto a los síntomas nucleares del TDAH, motivación, organización, control de la ira y autoestima.	Sí, los resultados se mantuvieron a los 2 meses y a los 12 meses.
Stevenson et al., (2003)	35	Grupo TCC de entrenamiento de habilidades + TF vs. Lista de espera (TF).	El grupo que recibió tratamiento combinado presentó una diferencia significativa respecto a los síntomas nucleares del TDAH, habilidades de organización, autoestima y control de la ira.	Sí, los resultados se mantuvieron a los 2 meses.
Safren et al., (2005)	31	TCC + TF vs. TF.	El grupo que recibió tratamiento combinado presentó diferencias significativas (según auto-reporte y evaluadores independientes) en los síntomas de TDAH, depresión, ansiedad y funcionamiento global y una probabilidad cuatro veces mayor de presentar respuesta completa al tratamiento	No.
Virta et al., (2010)	29	TCC + TF vs. RC +TF vs. TF.	El grupo que recibió TCC + TF demostró una reducción significativa en los síntomas nucleares de TDAH y otros síntomas psiquiátricos respecto al grupo control. El grupo que recibió RC + TF presentó mejoría en las tareas en las que fue entrenado pero no demostró generalización a otros ámbitos. Se combinaron medidas de autoreportes y de evaluadores independientes.	No.

TCC = terapia cognitiva-conductual. TF = tratamiento farmacológico. DBT= terapia dialéctico-conductual. RC = entrenamiento cognitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000 b): Diagnostic and statistical manual on mental disorder (4th edition, text revision). Washington DC, Author.

Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *Am J Psychiatry*. 157:816-818.

Barkley (2006). *Attentional-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Third Edition. The Guilford Press: New York.

Garay, C.J., Fabrissin, J.H., Korman, G.P., & Etchevers, M.J. (2010). Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, XVII(1), 41-48.

Garay, C.J., & Korman, G.P. (2008). Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 19(77), 491-495.

Faraone, S. & Antshel, K. (2008). Diagnostico y Tratamiento de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad en Adultos. *World Psychiatry (Ed Esp)*. 6:3-8.

Fabrissin, J.H., & Garay, C.J. (2003). Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII(1), 33-55.

Garay, C., Fabrissin, J., & Etchevers, M. (2008). Combinación de tratamientos en salud mental. la perspectiva de profesionales en formación en la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación y VI Encuentro de Investigadores del MERCOSUR*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, tomo I, 40-41

Korman, G. (2010). ¿Por qué la terapia cognitiva es tan diversa? Eclecticismo técnico e integración en terapia? *Investig. Psicol*. 15(1):65-80.

León, S. O., Lichinsky, A., Rivera, L., Castellá, H. S., Grevet, E., & Medrano, A. J. (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adultos Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), 32, 45-54.

Lischinsky, A., Torralva, T., Torrente, F., & Manes, F. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) del Adulto. Recuperado de: <http://www.neurologiacognitiva.org/material/12439048795.pdf>

National Institute for Clinical Excellence (2009). Full National Clinical Practice Guideline Number 72 Attentional Deficit Hyperactivity Disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. Disponible en www.nice.org.uk

Ramsay J., & Rostein A. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD*. Routledge: New York.

Ramsay, J. (2007). Current Status of Cognitive-Behavioral Therapy as a Psychosocial Treatment for Adult Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 9:427-433.

Safren, S., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour research and therapy*, 43(7), 831-42.

Toplak, M., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B. & Parks P. (2007). Review of Cognitive, Cognitive-behavioral, and Neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review* 28:801-82.

Ortiz León, S., Lichinsky, A., Rivera, L., Senties Castellá, H., Grevet, E. & Jaimes Medrano, A. (2009). Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adultos Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*

32:S45-S53

Virta, M., Salakari, A., Anttila, M., Chydenius, E., Partinen, M., Kaski, M., et al. (2010). Short Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive training for adults with ADHD - a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 6:443-53.

Weiss, M., Safren, S. a, Solanto, M. V., Hechtman, L., Rostain, A. L., Ramsay, J. R., et al. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 11,(6):642-51.