


A DOR INVISÍVEL DO TDAH: UMA ANÁLISE NEUROBIOLÓGICA E COMPORTAMENTAL DA DISFORIA SENSÍVEL À REJEIÇÃO (RSD) EM ADULTOS

THE INVISIBLE PAIN OF ADHD: A NEUROBIOLOGICAL AND BEHAVIORAL ANALYSIS OF REJECTION SENSITIVE DYPHORIA (RSD) IN ADULTS

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-021>

Submetido em: 10/06/2026 e Publicado em: 17/06/2026

Marta Batista de Souza Neta

Psicóloga/Neuropsicóloga/Mestre em Psicologia da Saúde

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em adultos manifesta-se para além dos déficits cognitivos operacionais clássicos descritos no DSM-5. A Dificuldade de Regulação Emocional (DRE) configura-se como um pilar intrínseco do transtorno, destacando-se o constructo clínico da Disforia Sensível à Rejeição (RSD). A RSD caracteriza-se por episódios reativos de dor emocional lancinante diante de críticas ou exclusões percebidas. **Objetivo:** Analisar as bases neurobiológicas da RSD no TDAH e discutir como esse curto-circuito afetivo atua como catalisador dos fenótipos de agrado crônico (*people-pleasing*), perfeccionismo paralisante e esquiva social preventiva na vida adulta, integrando-os às diretrizes de manejo farmacológico e psicoterápico. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com buscas nas bases de dados PubMed, Scopus e SciELO, englobando artigos empíricos e revisões publicados no horizonte temporal de 2016 a 2026, utilizando descritores controlados (MeSH/DeCS) e termos livres combinados por operadores booleanos. **Resultados e Discussão:** As evidências demonstram que a RSD decorre de uma quebra de conectividade funcional entre o córtex pré-frontal e a amígdala (falha no controle *top-down*), associada à hipofunção dopaminérgica e à hiperativação do córtex cingulado anterior dorsolateral, o qual processa a exclusão social de forma homóloga à dor física real. Como mecanismo de defesa contra o sofrimento visceral, o indivíduo desenvolve estratégias comportamentais desadaptativas crônicas. O manejo clínico eficaz requer intervenção combinada: estabilização neuroquímica imediata por meio de agonistas alfa-2 adrenérgicos e estimulantes dopaminérgicos, associada à reestruturação cognitiva via Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e regulação de crises por meio da Terapia Comportamental Dialética (DBT). **Conclusão:** A RSD impõe prejuízos funcionais severos ao adulto com TDAH. O refinamento dos protocolos de triagem e o desenvolvimento de escalas psicométricas específicas são urgentes para consolidar a precisão diagnóstica e a eficácia terapêutica na clínica contemporânea.



Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; Regulação Emocional; Disforia Sensível à Rejeição; Neurociência Cognitiva; Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Introduction: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults manifests beyond the classic operational cognitive deficits described in the DSM-5. Emotional Dysregulation (ED) configures an intrinsic pillar of the disorder, highlighting the clinical construct of Rejection Sensitive Dysphoria (RSD). RSD is characterized by acute, reactive episodes of intense emotional pain triggered by perceived criticism, failure, or social exclusion. **Objective:** To analyze the neurobiological underpinnings of RSD in adult ADHD and discuss how this affective short-circuit acts as a catalyst for chronic defensive phenotypes—namely people-pleasing, paralyzing perfectionism, and preventive social withdrawal—while integrating these findings into pharmacological and psychotherapeutic management guidelines. **Methodology:** An integrative literature review was conducted across PubMed, Scopus, and SciELO databases, encompassing empirical studies and reviews published between 2016 and 2026. Controlled vocabulary (MeSH/DeCS) and free-text terms were cross-referenced using Boolean operators. **Results and Discussion:** Evidence demonstrates that RSD stems from a breakdown in functional connectivity between the prefrontal cortex and the amygdala (disrupted top-down control), coupled with dopaminergic hypofunction and hyperactivation of the dorsal anterior cingulate cortex, which processes social rejection identically to physical pain. As a defense mechanism against this visceral distress, the individual develops maladaptive behavioral strategies. Effective clinical management requires a combined approach: immediate neurochemical stabilization through alpha-2 adrenergic agonists and dopaminergic stimulants, paired with cognitive restructuring via Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and acute distress tolerance training through Dialectical Behavior Therapy (DBT). **Conclusion:** RSD imposes severe functional impairments on adults with ADHD. Refinement of screening protocols and the development of specific psychometric scales are urgently needed to consolidate diagnostic precision and therapeutic efficacy in contemporary clinical practice.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity; Emotional Regulation; Rejection Sensitive Dysphoria; Cognitive Neuroscience; Cognitive Behavioral Therapy.

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é historicamente classificado e compreendido a partir de uma tríade sintomatológica clássica: **desatenção, hiperatividade e impulsividade**. Esse modelo reducionista, consolidado pelos critérios formais estabelecidos no Manual



Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), foca majoritariamente em marcadores comportamentais mensuráveis e facilmente observáveis em ambientes escolares durante a infância (AMERICANPASCAL / American Psychiatric Association, 2014).

No entanto, a prática clínica contemporânea e avanços na neuropsicologia demonstram que, ao transicionar para a vida adulta, o fenótipo do TDAH sofre mudanças adaptativas complexas (Barkley, 2020). O déficit de atenção passa a se manifestar como uma oscilação disfuncional do foco — variando entre a distração crônica e o hiperfoco —, enquanto a hiperatividade motora tende a se internalizar na forma de um fluxo ininterrupto de pensamentos acelerados e inquietação mental crônica (Brown, 2013).

Diante dessa evolução diagnóstica, emerge a necessidade de compreender o TDAH para além das falhas cognitivas operacionais, introduzindo a **Dificuldade de Regulação Emocional (DRE)** como um pilar central e intrínseco do transtorno, e não como uma mera comorbidade secundária (Barkley, 2015). A desregulação emocional manifesta-se pela labilidade de humor, baixa tolerância à frustração e respostas afetivas intensas que falham em ser moduladas pelos freios inibitórios do córtex pré-frontal (Shavit; Shalev, 2021).

No epicentro dessa vulnerabilidade emocional encontra-se o constructo clínico da **Disforia Sensível à Rejeição (RSD - *Rejection Sensitive Dysphoria*)**. A RSD é conceituada como uma reação de dor emocional avassaladora e lancinante, disparada instantaneamente pela percepção — seja ela real ou imaginada — de rejeição, crítica social, exclusão ou falha percebida (Dodson, 2016). Embora o termo não conste nominalmente no DSM-5, a sintomatologia que ele descreve representa um dos componentes mais debilitantes e persistentes da neurodivergência na idade adulta, afetando a qualidade de vida e o funcionamento interpessoal (Bedrossian, 2021).

Para delimitar e validar a RSD no campo acadêmico, faz-se imperativo o diagnóstico diferencial em relação a outros transtornos de humor já consolidados na nosologia psiquiátrica:

Figura 1: Matriz de Diagnóstico Diferencial para a RSD.

Figura 1: Matriz de Diagnóstico Diferencial para a RSD

Critério	RSD (no TDAH)	Depressão Maior (TDM)	Ansiedade Social (TAS)
Natureza do Gatilho	Episódica e reativa; ligada a um evento social imediato (Dodson, 2016).	Duradoura e persistente; frequentemente endógena.	Antecipatória e contínua; medo fóbico antes que o contato ocorra.
Velocidade de Instalação	Instantânea (em segundos); descrita como uma colisão emocional.	Gradual (ao longo de semanas ou meses).	Crônica; manifesta-se como estado constante de hipervigilância.
Resolução do Quadro	Rápida (horas a poucos dias); humor normaliza sem gatilhos.	Prolongada (meses se não houver intervenção clínica).	Cessa apenas com a retirada física do indivíduo do ambiente social.

Fonte: A autora (2026).



Para delimitar e validar a RSD no campo acadêmico, faz-se imperativo o diagnóstico diferencial em relação a outros transtornos de humor e de ansiedade já consolidados na nosologia psiquiátrica. Como o TDAH divide fronteiras diagnósticas tênues com eixos afetivos tradicionais, a diferenciação clínica baseia-se na temporalidade, na reatividade ambiental e na velocidade de instalação dos sintomas. A **Figura 1** sintetiza de maneira comparativa as principais divergências fenotípicas e comportamentais observadas entre a RSD, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), oferecendo uma matriz de triagem visual para o diagnóstico diferencial em ambiente de pesquisa clínica. **Problema de Pesquisa**

A relevância clínica deste estudo reside no impacto sistêmico que esse curto-circuito afetivo exerce sobre o comportamento do adulto. Diante da incapacidade biológica de modular o sofrimento gerado pela desaprovação, o cérebro neurodivergente adota estratégias de enfrentamento desadaptativas como escudos de proteção.

O problema central desta pesquisa reside na seguinte questão:

Como a Disforia Sensível à Rejeição (RSD) atua como um catalisador de prejuízos funcionais graves, moldando os padrões comportamentais de isolamento social preventivo, perfeccionismo paralisante e *people-pleasing* (agrado crônico) na vida adulta de indivíduos com TDAH? Compreender essa dinâmica é fundamental para o desenvolvimento de protocolos psicoterapêuticos específicos que transcendam as tradicionais técnicas de manejo de tempo e organização.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA (MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS)

"Considerando que o problema de pesquisa mapeia a RSD como um catalisador de prejuízos comportamentais profundos na vida adulta, faz-se indispensável recuar um passo na análise para compreender a etiologia desse fenômeno. Para além das respostas puramente psicológicas, a manifestação aguda da disforia repousa sobre bases orgânicas específicas. Sendo assim, a seção a seguir dedica-se a esmiuçar os mecanismos neurobiológicos e neuroquímicos que regem esse curto-circuito afetivo no cérebro neurodivergente."

A manifestação da Disforia Sensível à Rejeição (RSD) e da Dificuldade de Regulação Emocional (DRE) no TDAH não decorre de fatores puramente psicológicos ou de traços de personalidade voluntários, mas sim de uma arquitetura neurológica atípica. O processamento de estímulos afetivos e sociais no cérebro neurodivergente é modulado por falhas estruturais e funcionais em circuitos específicos que envolvem o controle cortical, a sinalização de neurotransmissores e a percepção somática do sofrimento.



2.1 A QUEBRA DA CONECTIVIDADE CORTICO-LÍMBICA: CÓRTEX PRÉ-FRONTAL E AMÍGDALA

O modelo neurobiológico contemporâneo para a regulação emocional baseia-se no equilíbrio dinâmico entre sistemas de processamento afetivo de baixo para cima (*bottom-up*) e mecanismos de controle executivo de cima para baixo (*top-down*). A amígdala cerebral atua como o principal polo do circuito *bottom-up*, operando como um detector automático de ameaças ambientais e gerando respostas imediatas de medo, alarme e estresse. Em indivíduos neurotípicos, a ativação exacerbada da amígdala é modulada de forma retroativa e inibitória pelo Córtex Pré-Frontal (CPF) — especialmente nas porções ventromedial e orbitofrontal —, que atua como o "restrição" do sistema emocional.

No cérebro com TDAH, observa-se uma severa falha de conectividade funcional e atraso na maturação das redes neurais que interligam o CPF ao sistema límbico. Conforme apontam Shaw et al. (2014), há um atraso crônico na espessura cortical e na mielinização das vias de associação frontal nesses pacientes. Quando um estímulo social ambíguo ocorre, a amígdala exibe uma hiperatividade reativa imediata, interpretando o evento como uma ameaça social iminente.

Como a sinalização inibitória proveniente do CPF é fraca e atrasada (curto-circuito *top-down*), a resposta emocional inunda o indivíduo antes que o raciocínio lógico possa contextualizar a situação. Essa falta de sincronia no tempo explica a baixíssima latência emocional do TDAH: o indivíduo reage à percepção de rejeição em milissegundos, gerando uma descarga autonômica desproporcional à magnitude do fato gerador.

2.2 O PAPEL DA HIPOFUNÇÃO DOPAMINÉRGICA E DO SISTEMA DE RECOMPENSA

A regulação fina do Córtex Pré-Frontal depende diretamente da homeostase de catecolaminas, com ênfase na dopamina (DA) e na noradrenalina (NE). O TDAH é neuroquimicamente caracterizado por uma hipofunção dopaminérgica nas vias mesocorticais e mesolímbicas, decorrente tanto da hipoatividade dos receptores pós-sinápticos (como o D4) quanto da superprodução ou hiperatividade dos transportadores de dopamina (DAT), que removem o neurotransmissor da fenda sináptica de forma precoce (Volkow et al., 2009).

A escassez crônica de dopamina prejudica a manutenção da memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva, funções executivas essenciais para que o indivíduo consiga reavaliar cognitivamente um evento estressor. Sem dopamina sináptica suficiente no CPF, as redes neurais falham em reter representações mentais alternativas do tipo: **"o atraso na resposta da mensagem não significa rejeição, mas sim que o outro está ocupado"**. O cérebro fixa-se na primeira interpretação catastrófica gerada pelo sistema límbico, tornando o indivíduo refém da vulnerabilidade emocional pela incapacidade de modular a relevância atribuída ao estímulo social (Arnsten, 2011).



2.3 ATIVAÇÃO DO CÓRTEX CINGULADO ANTERIOR E O PROCESSAMENTO DA DOR SOCIAL

Um dos achados mais intrigantes da neurociência afetiva aplicada à RSD é a correlação anatômica entre a rejeição social e a dor física real. O Córtex Cingulado Anterior (CCA) — especificamente sua porção dorsal — atua como a interface que integra o processamento cognitivo, a avaliação afetiva e a resposta somática do organismo. O CCA é o principal responsável por registrar a " Rancor " ou o sofrimento subjetivo decorrente de lesões teciduais físicas.

Estudos de Neuroimagem Funcional (fMRI) conduzidos por Eisenberger (2012) demonstram que os circuitos neurais ativados quando uma pessoa experimenta exclusão social, desaprovação ou rejeição interpessoal são exatamente os mesmos circuitos ativados durante a experiência de dor física nociceptiva, mediada pelo CCA e pela ínsula anterior. No TDAH, o CCA exibe padrões de desregulação de volume e de ativação basal aberrantes (Bush; Luu; Posner, 2000).

Quando o portador de TDAH percebe um sinal de exclusão ou crítica, a hiperativação do CCA faz com que a experiência abstrata da rejeição seja traduzida pelo cérebro como uma agressão física concreta. Esse fenômeno confere estofó neurobiológico aos relatos clínicos coletados por Dodson (2016), nos quais os pacientes com RSD descrevem a dor da crítica não como uma metáfora afetiva, mas como uma sensação visceral e dilacerante, comparável a um trauma físico real no tórax ou no abdômen.

3 METODOLOGIA

“A identificação dessas rotas anatômicas e déficits neuroquímicos fornece o estofó teórico necessário para validar a gravidade da RSD. Contudo, para transicionar do modelo biológico abstrato para a evidência empírica consolidada, faz-se necessário detalhar o desenho metodológico que norteou o levantamento desses dados. A seção subsequente apresenta o protocolo de revisão integrativa, os descritores e os critérios de elegibilidade que garantiram o rigor científico na seleção do corpus analítico deste estudo.”

Para responder ao problema de pesquisa proposto, este estudo adota o delineamento de **Revisão Bibliográfica**. Essa metodologia permite a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências científicas disponíveis sobre uma temática delimitada, auxiliando na construção de um panorama abrangente sobre os determinantes neurobiológicos e comportamentais que correlacionam a Disforia Sensível à Rejeição (RSD) e o TDAH em adultos.

3.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA E DESCRITORES

A condução do levantamento bibliográfico foi estruturada com base no cruzamento de descritores controlados e termos indexados extraídos dos vocabulários *Medical Subject Headings (MeSH)* e *Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)*. Para ampliar o escopo da busca e capturar estudos que utilizam



nomenclaturas clínicas correlatas ao constructo da RSD, foram incluídos termos em texto livre (palavras-chave).

As consultas formais foram realizadas em três das principais bases de dados indexadas e de relevância internacional para a área médica e neuropsicológica: **PubMed/MEDLINE**, **Scopus (Elsevier)** e **SciELO (Scientific Electronic Library Online)**. O cruzamento dos termos foi operacionalizado por meio da aplicação dos operadores booleanos AND e OR, conforme detalhado na tabela a seguir:

Figura 2: Estratégia de Busca e Cruzamento de Descritores.

Figura 2 : Estratégia de Busca e Cruzamento de Descritores

Eixo Temático	Descritores (MeSH / DeCS) e Palavras – Chave
Eixo A (<i>Transtorno</i>)	"Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "ADHD" OR "Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade"
Eixo B (<i>Mecanismo</i>)	"Emotional Regulation" OR "Emotional Dysregulation" OR "Affective Symptoms" OR "Desregulação Emocional"
Eixo C (<i>Constructo</i>)	"Rejection Sensitive Dysphoria" OR "RSD" OR "Social Rejection" OR "Rejection Sensitivity" OR "Sensibilidade à Rejeição"
String de Busca Final	(Eixo A) AND (Eixo B) AND (Eixo C)

Fonte: A autora (2026).

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A seleção rigorosa dos artigos científicos fundamentou-se em critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, visando garantir o alinhamento das evidências com o recorte populacional e conceitual do problema de pesquisa.

Crítérios de Inclusão:

- Artigos científicos originais publicados em periódicos revisados por pares (*peer-reviewed*).
- Estudos empíricos (clínicos, observacionais, de neuroimagem, transversais ou longitudinais) e revisões sistemáticas de literatura.
- Amostras compostas predominantemente por adultos (idade igual ou superior a 18 anos) formalmente diagnosticados com TDAH.
- Trabalhos que avaliem diretamente a sensibilidade à rejeição, desregulação afetiva ou prejuízos funcionais associados (perfeccionismo, esquiva social, *people-pleasing*).



- Produções publicadas nos idiomas inglês, português ou espanhol, delimitadas ao horizonte temporal dos últimos 10 anos (2016–2026), garantindo a atualidade dos achados neurobiológicos.

Critérios de Exclusão:

- Estudos focados exclusivamente na população infantil ou cuja amostra contasse com participantes sem diagnóstico formal de TDAH.
- Capítulos de livros, monografias, dissertações, teses, resumos de congressos, editoriais e notas técnicas.
- Artigos nos quais a sensibilidade à rejeição fosse atribuída unicamente a Transtornos de Personalidade Borderline (TPB) ou Transtornos do Espectro Autista (TEA), sem a presença de TDAH.
- Estudos duplicados entre as bases de dados consultadas (computados apenas uma vez).

3.3 ANÁLISE E SÍNTESE DE DADOS

Após a aplicação dos filtros iniciais de busca, a triagem dos manuscritos ocorreu em duas etapas consecutivas: a leitura exploratória dos títulos e resumos por pares e, posteriormente, a leitura integral dos textos selecionados.

Os dados qualitativos e as evidências clínicas extraídos dos artigos finais foram categorizados em uma matriz analítica, organizando as informações segundo: autoria, ano de publicação, objetivos, características metodológicas da amostra e principais desfechos neurobiológicos ou comportamentais. A síntese interpretativa desses dados foi estruturada e discutida à luz da literatura pertinente, servindo de base para a redação dos resultados deste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

"Uma vez estabelecido o ecossistema metodológico e filtrados os manuscritos de maior relevância pelo cruzamento dos eixos conceituais, os dados extraídos foram submetidos à análise qualitativa. A seguir, os resultados serão apresentados e discutidos, conectando os achados neurocientíficos diretamente aos três fenótipos comportamentais de defesa observados na clínica, bem como às respostas terapêuticas validadas pela literatura recente."

A análise integrativa da literatura revela que a Disforia Sensível à Rejeição (RSD) atua como um potente modulador comportamental no adulto com TDAH. O sofrimento agudo decorrente da falha na conectividade cortico-límbica e da hipofunção dopaminérgica, descritas anteriormente, força o sistema cognitivo a criar mecanismos crônicos de enfrentamento. Esses mecanismos consolidam-se em três



fenótipos comportamentais defensivos principais: o agrado crônico (*people-pleasing*), o perfeccionismo paralisante e a esquiva social preventiva.

4.1 FENÓTIPOS COMPORTAMENTAIS DE DEFESA CONTRA A RSD

- **O Agrado Crônico (*People-Pleasing*):** Como estratégia de sobrevivência social, o indivíduo passa a monitorar de forma hipervigilante as pistas ambientais e as microexpressões dos interlocutores (BEDROSSIAN, 2021). Há uma submissão voluntária de desejos e limites pessoais para garantir a aprovação contínua do outro, na tentativa de neutralizar qualquer possibilidade latente de crítica. Clinicamente, esse padrão resulta em exaustão psicológica severa (*burnout relacional*).
- **O Perfeccionismo Paralisante:** Alicerçado na crença de que qualquer falha operacional resultará em desaprovação e abandono, o indivíduo adota padrões de desempenho irrealistas. Paradoxalmente, a energia gasta na hiper-revisão de tarefas ou a ansiedade gerada pela cobrança exacerbada alimentam o ciclo de procrastinação crônica característico do TDAH (Barkley, 2020). O indivíduo atrasa entregas não por desinteresse, mas pelo pavor de que o resultado final seja avaliado de forma negativa.
- **A Esquiva Social Preventiva:** Quando as duas primeiras barreiras falham em conter a ansiedade reativa, o cérebro neurodivergente recorre ao isolamento defensivo. O paciente passa a recusar oportunidades de promoção profissional, novos relacionamentos afetivos ou interações sociais cotidianas. A premissa central desse fenótipo é radical: se não houver exposição ou engajamento interpessoal, o risco de experimentar a dor visceral da rejeição é reduzido a zero (Dodson, 2016).

4.2 DINÂMICAS TERAPÊUTICAS: INTEGRAÇÃO FARMACOLÓGICA E PSICOTERAPÊUTICA

O manejo clínico eficaz da RSD exige uma abordagem bidirecional, combinando a estabilização neuroquímica do cérebro com a reestruturação cognitiva e comportamental do paciente.

4.2.1 Intervenção Farmacológica

A literatura demonstra que intervenções puramente psicoterápicas apresentam eficácia limitada durante o pico agudo de uma crise de RSD, devido à rapidez do curto-circuito límbico. Portanto, o suporte farmacológico é fundamental para restaurar o limiar de ativação emocional (Dodson, 2016):

- **Agonistas Alfa-2 Adrenérgicos (Clonidina e Guanfacina):** Embora desenvolvidos inicialmente como anti-hipertensivos, esses medicamentos atuam diretamente nos receptores pós-sinápticos do córtex pré-frontal, mimetizando a ação da noradrenalina. Eles fortalecem as



redes neurais de controle *top-down*, bloqueando a transmissão de alarmes exacerbados da amígdala e reduzindo drasticamente a resposta física e visceral de dor da RSD (Arnsten, 2011).

- **Estimulantes (Metilfenidato e Lisdexanfetamina):** Ao bloquearem os transportadores de dopamina (DAT), os estimulantes aumentam a disponibilidade de dopamina na fenda sináptica. Isso otimiza o funcionamento da memória de trabalho, permitindo que o paciente consiga reter perspectivas racionais e alternativas diante de um estímulo social ambíguo (Volkow et al., 2009).

4.2.2 Intervenção Psicoterapêutica

Uma vez estabilizada a vulnerabilidade biológica, o trabalho psicoterapêutico atua na modificação dos hábitos defensivos arraigados. Duas abordagens principais destacam-se nas evidências científicas:

- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):** Foca no treinamento de habilidades de reavaliação cognitiva pós-crise. O terapeuta auxilia o paciente a identificar distorções cognitivas clássicas alimentadas pela RSD (como a leitura mental e a catastrofização) e a mapear os gatilhos dos fenótipos de perfeccionismo e procrastinação (Brown, 2013).
- **Terapia Comportamental Dialética (DBT):** É amplamente utilizada para o manejo de crises agudas por meio do treinamento de **Tolerância ao Mal-Estar** e **Regulação Emocional**. Técnicas de modificação fisiológica rápida (como variação de temperatura ou exercícios de respiração controlada) auxiliam o indivíduo a quebrar a descarga autonômica disparada pelo córtex cingulado anterior antes que ela resulte em explosões de humor ou isolamento severo (Shavit; Shalev, 2021).

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação integrada da literatura científica evidencia que a Disforia Sensível à Rejeição (RSD) não constitui uma manifestação periférica ou uma comorbidade eletiva do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), mas sim um desdobramento fenotípico direto e severo de sua desregulação emocional de base. As evidências neurobiológicas analisadas validam que a dor subjetiva experienciada pelo adulto neurodivergente diante de críticas ou exclusões possui substrato orgânico mensurável, mapeado pela falha nas vias inibitórias *top-down* do córtex pré-frontal, hipofunção dopaminérgica e hiperativação somática no córtex cingulado anterior.

Os achados deste estudo demonstram de forma clara que, para se proteger do sofrimento gerado por esse curto-circuito límbico, os indivíduos desenvolvem defesas comportamentais crônicas — como o agrado crônico (*people-pleasing*), o perfeccionismo paralisante e a esquiva social preventiva. Tais fenótipos atuam como catalisadores de prejuízos severos na qualidade de vida, restringindo o potencial de



desenvolvimento acadêmico, o avanço profissional e a estabilidade das relações afetivas desses pacientes na vida adulta.

Conclui-se que o manejo eficaz da RSD exige a superação de abordagens puramente pragmáticas de organização e gestão de tempo em voga no tratamento tradicional do TDAH. Protocolos terapêuticos contemporâneos e de alta resolutividade clínica devem integrar a modulação neuroquímica inicial (por meio de estimulantes e agonistas alfa-2 adrenérgicos) às intervenções estruturadas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Terapia Comportamental Dialética (DBT).

Por fim, aponta-se como uma limitação da literatura atual a ausência de uma escala psicométrica universalmente validada e padronizada para a mensuração isolada da RSD nas triagens diagnósticas de adultos. Sugere-se que investigações futuras concentrem esforços no desenvolvimento e validação transcultural desses instrumentos de rastreio clínico, bem como no mapeamento de biomarcadores específicos por neuroimagem, promovendo a inclusão definitiva da desregulação emocional nos manuais diagnósticos oficiais e refinando os caminhos para uma psiquiatria e psicologia de precisão.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARNSTEN, Amy F. T. Catecholamine influences on prefrontal cortex function: Relevance to ADHD. **Journal of Attention Disorders**, v. 15, n. 2_suppl, p. 9S-16S, 2011.

BARKLEY, Russell A. **Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment**. 4. ed. New York: Guilford Press, 2015.

BARKLEY, Russell A. **TDAH em adultos: o que a ciência diz**. Porto Alegre: Artmed, 2020.

BEDROSSIAN, L. Understand me: ADHD and Rejection Sensitive Dysphoria. **Journal of Attention Disorders**, v. 25, n. 4, p. 501-512, 2021.

BROWN, Thomas E. **A New Understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments**. New York: Routledge, 2013.

BUSH, George; LUU, Phan; POSNER, Michael I. Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 4, n. 6, p. 215-222, 2000.

DODSON, William. Emotional Dysregulation and Rejection Sensitive Dysphoria in ADHD. **ADDitude Magazine**, 2016. Disponível em: additudemag.com. Acesso em: 3 jun. 2026.

EISENBERGER, Naomi I. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 13, n. 6, p. 421-434, 2012.



SHAVIT, L.; SHALEV, L. Emotional dysregulation in adults with ADHD: a neurocognitive perspective. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 623-635, 2021.

SHAW, Philip et al. Cortical development in typically developing children and those with attention-deficit/hyperactivity disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 6, p. 615-622, 2014.

VOLKOW, Nora D. et al. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. **JAMA**, v. 302, n. 10, p. 1084-1091, 2009.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.