

ENTRE TRAÇOS, ESTADOS E DIAGNÓSTICOS: DIFERENCIANDO AUTISMO, TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM MULHERES ADULTAS COM TRAJETÓRIAS PSIQUIÁTRICAS COMPLEXAS

BETWEEN TRAITS, STATES, AND DIAGNOSES: DIFFERENTIATING AUTISM, BIPOLAR DISORDER, AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN ADULT WOMEN WITH COMPLEX PSYCHIATRIC TRAJECTORIES

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-177>

Submetido em: 31/08/2026 e Publicado em: 09/09/2026

SAS: e26403

Jorge Roberto Ferreira Cavaleiro

Psicólogo (CRP 07/40793), neuropsicólogo e assistente social; bacharel em Direito; graduado em Administração Pública e Gestão Pública. Pós-graduado em Autismo, Análise do Comportamento Aplicada (ABA), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Neuropsicologia e Neurociências
E-mail: cavaleiro.jrc@gmail.com

Resumo

O diagnóstico tardio do transtorno do espectro autista (TEA) em mulheres adultas pode ocorrer em trajetórias psiquiátricas extensas, com sofrimento precoce, crises afetivas, autolesão, suicidabilidade, trauma, dor, exaustão e funcionamento aparentemente preservado. Este artigo de prática profissional fundamentado em evidências apresenta uma síntese narrativa crítica sobre o diagnóstico diferencial entre TEA, TEA com transtorno de personalidade borderline (TPB) e TEA com transtorno bipolar. Propõe-se, como estrutura heurística não validada, a matriz traço–estado–contexto–custo funcional, complementada pela análise da proveniência diagnóstica, para organizar o raciocínio longitudinal sem substituir critérios diagnósticos vigentes. A literatura indica que desregulação emocional, irritabilidade, autolesão, alterações de sono, dificuldades interpessoais e produtividade variável possuem baixa especificidade quando avaliadas isoladamente. A discriminação clínica depende de continuidade desenvolvimental, mudança do padrão basal, episodicidade, reatividade interpessoal, processamento sensorial, identidade, sensibilidade à rejeição, necessidade de sono, atividade dirigida a objetivos, contexto e repercussão posterior. Cenários clínicos hipotéticos ilustram problemas de raciocínio diferencial sem constituir dados de pesquisa. As conclusões devem ser interpretadas à luz da natureza narrativa da síntese, da heterogeneidade dos estudos e da escassez de evidências específicas sobre mulheres autistas adultas com transtorno bipolar. Conclui-se que o reconhecimento do TEA deve reorganizar, e não apagar, a história psiquiátrica anterior.

Palavras-chave: Comorbidade psiquiátrica; Diagnóstico diferencial; Mulheres; Transtorno bipolar; Transtorno de personalidade borderline; Transtorno do espectro autista.



Abstract

Late autism spectrum disorder (ASD) diagnosis in adult women may occur within extensive psychiatric trajectories involving early suffering, affective crises, self-injury, suicidality, trauma, pain, exhaustion, and apparently preserved functioning. This evidence-based professional-practice article presents a critical narrative synthesis on the differential diagnosis among ASD, ASD with borderline personality disorder (BPD), and ASD with bipolar disorder. A trait–state–context–functional cost framework, supplemented by diagnostic-provenance analysis, is proposed as a non-validated heuristic structure to organize longitudinal reasoning without replacing current diagnostic criteria. The literature indicates that emotional dysregulation, irritability, self-injury, sleep changes, interpersonal difficulties, and variable productivity have low specificity when examined in isolation. Clinical discrimination depends on developmental continuity, change from baseline, episodicity, interpersonal reactivity, sensory processing, identity, rejection sensitivity, sleep need, goal-directed activity, context, and subsequent functional impact. Hypothetical clinical scenarios illustrate differential-reasoning problems without constituting research data. Conclusions should be interpreted in light of the narrative nature of the synthesis, study heterogeneity, and the scarcity of evidence specifically addressing autistic adult women with bipolar disorder. Late ASD recognition should reorganize, rather than erase, the previous psychiatric history.

Keywords: Autism spectrum disorder; Bipolar disorder; Borderline personality disorder; Differential diagnosis; Psychiatric comorbidity; Women.

1 INTRODUÇÃO

Mulheres adultas autistas frequentemente chegam à avaliação do neurodesenvolvimento após trajetórias marcadas por ansiedade, depressão, suspeitas de transtorno de personalidade, diagnóstico bipolar, psicofármacos, autolesão, suicidabilidade, exaustão e períodos de produtividade que sustentaram a impressão de que o autismo seria improvável. O reconhecimento tardio exige dupla cautela: recuperar a história desenvolvimental sem declarar automaticamente errados os diagnósticos anteriores e evitar que o TEA passe a explicar retrospectivamente todo o sofrimento (Carroll; Thom; McDougale, 2025; Tamilson; Eccles; Shaw, 2025). Em adultos autistas de um registro neerlandês, 24,6% relataram ao menos um diagnóstico psiquiátrico anterior percebido como equivocado, proporção maior entre mulheres; por ser retrospectivo, o estudo demonstra necessidade de revisão, não erro objetivo (Kentrou et al., 2024).

A interface entre TEA, transtorno de personalidade borderline (TPB) e transtorno bipolar é particularmente complexa porque irritabilidade, instabilidade afetiva, impulsividade, retraimento, alterações de sono, autolesão e suicidabilidade são transdiagnósticos. A diferenciação depende de desenvolvimento, curso e contexto, não da contagem de sintomas atuais (Sarr et al., 2025; Figueiredo;



Caixeta, 2026). No transtorno bipolar, o núcleo é a mudança episódica e sindrômica em relação ao basal, envolvendo humor, energia, necessidade de sono, atividade dirigida a objetivos, pensamento, fala, impulsividade e funcionamento. Bipolaridade pode coexistir com TEA e apresentar curso atípico, o que exige maior rigor longitudinal (Varcin et al., 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025; Barbuti et al., 2026).

O problema situa-se na interface interdisciplinar entre Psicologia e Psiquiatria. A Psicologia reconstrói desenvolvimento, função, contexto, experiência subjetiva, camuflagem e custo adaptativo; a Psiquiatria examina síndrome, episodicidade, comorbidades, risco, condições médicas, substâncias e medicamentos. A integração produz uma linha do tempo compartilhada, triangula autorrelato, informantes e registros e distingue formulação funcional de decisão categorial. Esse diálogo reduz tanto a patologização do neurodesenvolvimento quanto o apagamento de comorbidades verdadeiras (American Psychiatric Association, 2022; Sarr et al., 2025; World Health Organization, 2026).

O objetivo é sintetizar criticamente a literatura sobre diagnóstico diferencial e possível comorbidade entre TEA, TPB e transtorno bipolar em mulheres adultas e propor uma estrutura clínica longitudinal, sem substituir critérios diagnósticos vigentes. Defende-se que a pergunta mais útil não é qual diagnóstico 'possui' determinado sintoma, mas qual é sua trajetória, função, contexto, relação com o basal e custo funcional. Para organizar essa análise, propõe-se a matriz traço—estado—contexto—custo funcional, complementada pela reconstrução da proveniência diagnóstica.

2 METODOLOGIA, NATUREZA DO MANUSCRITO E DELIMITAÇÃO ÉTICA

Trata-se de artigo de prática profissional fundamentado em evidências, estruturado como síntese narrativa crítica e reflexão clínica; não constitui revisão sistemática, estudo observacional, estudo de caso ou série de casos. A literatura sustenta as afirmações generalizáveis. A experiência profissional orientou a escolha dos problemas clínicos, mas não foi tratada como dado nem utilizada para estimar frequência, associação ou causalidade.

Foram realizadas consultas dirigidas e iterativas em registros indexados no PubMed/MEDLINE, na SciELO, em páginas editoriais e no sistema DOI. Combinaram-se, em português e inglês, autismo/autism, mulheres/women, adultos/adults, borderline personality disorder, bipolar disorder, differential diagnosis, emotion dysregulation, trauma, self-harm, suicidality, sleep e camouflaging. Priorizaram-se publicações de 2020 a 31 de agosto de 2026, revisões, estudos comparativos ou qualitativos pertinentes e classificações vigentes. A seleção intencional reteve 28 referências. Sem protocolo prospectivo, dupla triagem, busca exaustiva ou avaliação formal do risco de viés, o texto não reivindica exaustividade nem estimativa sistemática de efeito.

Autoria, título, periódico, ano, paginação ou número de artigo e DOI foram conferidos em fontes editoriais, indexadoras ou institucionais; números amostrais e resultados quantitativos foram mantidos



apenas quando verificáveis. Os cenários apresentados adiante são hipotéticos, construídos para combinar problemas descritos na literatura: não correspondem a pacientes, não reproduzem prontuários ou uma trajetória integral identificável e não constituem dados de pesquisa. Como não houve recrutamento, intervenção ou uso de dados individuais, não se aplicou submissão a comitê de ética para este manuscrito.

3 POR QUE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SE TORNA DIFÍCIL NA VIDA ADULTA

O diagnóstico de TEA em adultos exige reconstruir manifestações nucleares desde o desenvolvimento, mesmo que aprendizagem, compensação e contexto tenham modificado sua expressão atual (Carroll; Thom; McDougale, 2025). No estudo Delphi de Sarr et al. (2025), participaram 106 profissionais na primeira rodada, 59 na segunda e 55 na terceira, com consulta adicional a pessoas com experiência vivida e especialistas. Diferenciar autismo, trauma complexo e personalidade emocionalmente instável requer história, contexto, informação colateral e avaliação multidisciplinar. Memória fragmentada, relatos divergentes, registros incompletos e anos de adaptação dificultam distinguir habilidade aprendida de processamento espontâneo.

Diagnósticos anteriores podem representar comorbidade válida, hipótese provisória, código administrativo ou formulação posteriormente enfraquecida. A mudança de laudo não prova erro: TEA pode coexistir com TPB quando o padrão relacional e identitário possui organização própria, e com transtorno bipolar quando há curso afetivo independente (Figueiredo; Caixeta, 2026). A heterogeneidade documental deve, portanto, ser preservada e examinada como parte da trajetória clínica.

O recorte em TEA, TPB e transtorno bipolar não torna o diferencial exaustivo. TDAH, depressão unipolar, transtornos ansiosos, TEPT/TEPT complexo, dissociação, transtornos do sono, uso de substâncias, efeitos de medicamentos e condições médicas podem gerar ou amplificar desatenção, aceleração, irritabilidade, retraimento e instabilidade. Essas hipóteses devem ser examinadas paralelamente, de acordo com início, exposição, curso, exame clínico e relação temporal com tratamentos (American Psychiatric Association, 2022; Keramatian; Chithra; Yatham, 2023; Carroll; Thom; McDougale, 2025; Sarr et al., 2025; World Health Organization, 2026).

4 UMA MATRIZ PARA NÃO CONFUNDIR FENÔMENO COM DIAGNÓSTICO

A matriz organiza cada manifestação em quatro eixos. Traço indica características relativamente persistentes e reconhecíveis ao longo do desenvolvimento; estado corresponde a mudança temporal em relação ao basal, com início, curso e recuperação; contexto identifica antecedentes como rejeição, conflito, imprevisibilidade, sobrecarga sensorial, trauma ou privação de sono; custo funcional descreve o preço interno e posterior de um desempenho aparentemente preservado. Acrescenta-se a proveniência



diagnóstica: diagnóstico formal, hipótese profissional, relato retrospectivo, código documental ou formulação em investigação.

A matriz não é escala, algoritmo ou instrumento diagnóstico. Nenhum marcador isolado — sensorialidade, rejeição, sono reduzido, autolesão ou produtividade — adjudica o caso. O valor discriminativo surge da configuração longitudinal, da mudança do basal e da coerência entre fontes. Irritabilidade, aceleração e impulsividade podem ocorrer em sobrecarga autística, ameaça de abandono ou episódio bipolar; a tarefa é reconstruir o processo que organiza o fenômeno (Carroll et al., 2025; Sarr et al., 2025; Barnicot et al., 2026).

Para cada manifestação, sua aplicação pode ser operacionalizada por sete perguntas: (1) havia indícios antes da adolescência ou do primeiro episódio psiquiátrico?; (2) o fenômeno é basal ou representa mudança observável?; (3) quais gatilhos o antecedem?; (4) quanto dura e como termina?; (5) qual função parece cumprir?; (6) qual é o custo durante e após o evento?; e (7) quais fontes confirmam a cronologia? Respostas ausentes ou contraditórias devem aumentar o grau de incerteza, não ser preenchidas por inferência.

5 AUTISMO E BORDERLINE: O QUE REALMENTE SE SOBREPÕE E O QUE AJUDA A DIFERENCIAR

May et al. (2021) documentaram sobreposição e coexistência possível entre TEA e TPB, mas os dados não permitiram concluir que um diagnóstico seja sistematicamente confundido com o outro. Dell’Osso et al. (2023) destacaram convergências em dificuldades sociais, desregulação, trauma e suicidabilidade, sem resolver a natureza da relação. A análise conceitual de McQuaid, Strang e Jack (2024) descreveu como características autísticas de meninas e mulheres podem ser interpretadas como borderline; por não estimar prevalência, orienta perguntas clínicas, mas não autoriza presumir erro. Em dez adultos previamente diagnosticados com TPB/EUPD, Tamilson, Eccles e Shaw (2025) identificaram diferenças desde a infância e relatos de diagnostic overshadowing, com generalização limitada pelo tamanho amostral.

Barnicot et al. (2026) compararam 51 mulheres ou pessoas designadas mulheres ao nascer com autismo e 51 com TPB. Reatividade emocional, perturbação identitária, dificuldade de permanecer sozinha e sensibilidade à rejeição foram mais acentuadas no grupo TPB; processamento sensorial, dificuldades de cognição social, mesmidade e comportamentos repetitivos, no grupo autista. A discriminação observada em grupos relativamente 'puros' não elimina apresentações comórbidas. Em 724 participantes (154 autistas, 111 com TPB e 459 controles), Bemmouna, Lagzouli e Weiner (2023) encontraram desregulação mais elevada no grupo autista que nos controles, porém menor que no grupo TPB. Nos modelos do estudo, sensibilidade sensorial e camuflagem apareceram como preditores associados à desregulação no grupo autista; o desenho transversal e os diagnósticos autorreferidos limitam inferências causais e diagnósticas.



Clinicamente, TPB ganha plausibilidade quando há padrão persistente de instabilidade relacional e identitária, medo de abandono, vazio, raiva, impulsividade e autolesão com organização própria. No TEA, investigam-se desde cedo reciprocidade, comunicação pragmática, amizade, mesmidade, interesses, sensorialidade e esforço de adaptação. Sensação de identidade fragmentada pode decorrer de camuflagem e scripts sociais, enquanto afastamento pode resultar de sobrecarga; essas experiências não equivalem automaticamente a perturbação identitária ou ruptura borderline. Se ambos os conjuntos exibirem trajetória própria, a coexistência deve ser considerada.

Turner, Josselin e Barnicot (2026) reforçaram, em estudo qualitativo com pessoas designadas mulheres ao nascer com autismo, TPB ou ambos, que intensidade isolada pouco diferencia. A identificação dos gatilhos, de sua combinação e dos processos de escalada e recuperação aproxima a evidência do raciocínio longitudinal.

6 AUTISMO E TRANSTORNO BIPOLAR: O EIXO QUE EXIGE EPISODICIDADE

A coexistência entre TEA e transtorno bipolar é documentada e não deve ser retirada automaticamente após o reconhecimento do autismo. A meta-análise de Varcin et al. (2022) e a revisão de Vasconcelos-Moreno et al. (2025) indicam ocorrência relevante e sobreposição em irritabilidade, sono, regulação e funcionamento, mas trajetórias distintas. DSM-5-TR e CID-11 organizam mania e hipomania em torno de mudança episódica de humor e energia/atividade em relação ao habitual; diretrizes CANMAT/ISBD igualmente exigem avaliação cuidadosa de curso, comorbidades e diferenciais (American Psychiatric Association, 2022; Keramatian; Chithra; Yatham, 2023; World Health Organization, 2026).

Em estudo transversal comparativo, Barbuti et al. (2026) observaram, no grupo com transtorno bipolar e TEA sem deficiência intelectual, início mais precoce dos sintomas de humor, mais apresentações 'outras especificadas', maior complexidade comórbida, menor funcionamento global e mais reações adversas a antidepressivos e antipsicóticos que no grupo bipolar sem TEA. Amostra clínica e desenho transversal não resolvem diferenças femininas nem permitem flexibilizar critérios de mania ou hipomania; alertam para apresentações menos clássicas e para a necessidade de documentação longitudinal.

A pergunta central é se houve mudança clara do basal. Sono irregular, fala rápida em contexto ansioso, hiperfoco ou produtividade seguida de exaustão não bastam. Uma fase delimitada com menor necessidade de sono, energia globalmente aumentada, aceleração do pensamento, múltiplos projetos, mudança de sociabilidade, impulsividade e comportamento objetivamente diferente do habitual sustenta melhor uma hipótese episódica. Insônia costuma produzir cansaço; redução da necessidade de sono significa dormir menos sem fadiga proporcional e ganha valor apenas dentro de uma mudança sindrômica. Hiperfoco tende a permanecer ligado a interesses ou demandas, enquanto hipomania ou mania envolve alteração mais ampla do funcionamento.



Irritabilidade também requer contexto: pode acompanhar saturação sensorial, ameaça de abandono ou episódio bipolar. Episodicidade não é apenas duração no calendário, mas mudança sindrômica coerente, com curso e recuperação. Apresentações atípicas justificam maior sofisticação da avaliação, não flexibilização dos critérios.

7 O MESMO FENÔMENO, TRÊS ORGANIZAÇÕES POSSÍVEIS

O Quadro 1 resume domínios presentes nas três formulações e orienta a busca de mecanismo e temporalidade.

Quadro 1. Síntese clínico-conceitual para investigação diferencial entre TEA, TEA + TPB e TEA + transtorno bipolar

Dimensão clínica	Predomínio compatível com TEA	Quando TPB coexistente ganha plausibilidade	Quando transtorno bipolar coexistente ganha plausibilidade
Temporalidade	Padrão basal neurodesenvolvimental, com características presentes desde o período do desenvolvimento, ainda que moduladas por contexto, aprendizagem e compensação (American Psychiatric Association, 2022; May et al., 2021).	Padrão persistente e pervasivo de instabilidade afetiva, relacional e/ou identitária, não circunscrito a episódios de humor (American Psychiatric Association, 2022; Barnicot et al., 2026).	Períodos distintos de mudança anormal do humor e de energia/atividade em relação ao funcionamento habitual, com curso episódico (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).
Gatilhos de desregulação	Mudanças inesperadas, sobrecarga sensorial/social, demandas comunicacionais e ambientes pouco ajustados podem contribuir para desregulação em adultos autistas (Beck et al., 2026).	Rejeição/abandono percebidos, conflitos relacionais, dificuldade de ficar só e perturbação identitária aumentam a plausibilidade de TPB; múltiplos gatilhos podem atuar conjuntamente (Barnicot et al., 2026; Turner; Josselin; Barnicot, 2026).	Gatilhos contextuais podem precipitar ou modular sintomas, mas a hipótese bipolar exige avaliar se há mudança sindrômica de humor e energia/atividade além da reação imediata ao contexto (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).
Sensorialidade e mesmidade	Diferenças sensoriais e preferência por mesmidade/repetição apresentaram maior associação com o grupo autista do que com o grupo TPB no estudo comparativo de mulheres e pessoas designadas mulheres ao nascer (Barnicot et al., 2026).	Quando presentes em pessoa com TPB, sensorialidade e mesmidade não devem ser atribuídas automaticamente ao TPB; podem indicar TEA coexistente e exigem reconstrução desenvolvimental (Barnicot et al., 2026; May et al., 2021).	Sensorialidade e mesmidade não constituem critérios de bipolaridade; quando persistentes fora de episódios de humor, devem ser investigadas como características basais, inclusive de TEA coexistente (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).



Dimensão clínica	Predomínio compatível com TEA	Quando TPB coexistente ganha plausibilidade	Quando transtorno bipolar coexistente ganha plausibilidade
Identidade e relações	Dificuldades relacionais podem decorrer de diferenças persistentes de comunicação/reciprocidade social e da necessidade de adaptação explícita às demandas sociais; isoladamente, não estabelecem TPB (American Psychiatric Association, 2022; May et al., 2021).	Perturbação identitária, sensibilidade à rejeição, dificuldade de ficar só e instabilidade relacional foram mais características do grupo TPB do que do grupo autista, com destaque para perturbação identitária (Barnicot et al., 2026).	Alterações relacionais ou autoavaliativas podem acompanhar episódios de humor, mas o diagnóstico bipolar depende da organização episódica do conjunto de sintomas, e não dessas alterações isoladamente (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).
Sono e energia	Problemas de sono são frequentes em adultos autistas; portanto, dormir pouco ou ter sono irregular, isoladamente, não distingue bipolaridade (Morgan et al., 2020).	No TPB, alterações do sono podem acompanhar sofrimento e reatividade afetiva, mas não equivalem ao critério bipolar de redução da necessidade de sono; a interpretação deve considerar o padrão longitudinal e o conjunto sintromico (American Psychiatric Association, 2022).	Redução da necessidade de sono acompanhada de aumento anormal de energia/atividade integra a avaliação de hipomania/mania e ganha valor quando representa mudança clara em relação ao basal (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).
Produtividade / atividade	Hiperfoco, interesses restritos e desempenho elevado em domínios específicos podem integrar o funcionamento autista; o dado decisivo é sua relação com o padrão basal e não produtividade elevada isoladamente (American Psychiatric Association, 2022).	Variações de desempenho podem acompanhar instabilidade afetiva e crises relacionais; não constituem, por si, evidência de hipomania ou mania (American Psychiatric Association, 2022; Barnicot et al., 2026).	Aumento anormal de atividade dirigida a objetivos ou agitação, quando ocorre com mudança episódica de humor/energia e outros sintomas associados, aumenta a plausibilidade de hipomania/mania (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).
Autolesão / suicidabilidade	Autolesão e suicidabilidade ocorrem em pessoas autistas e não são marcadores específicos de TPB; requerem avaliação própria de risco e de comorbidades (Newell et al., 2023; Kim et al., 2024).	Comportamentos suicidas/autolesivos integram os critérios possíveis de TPB, mas não são exclusivos desse diagnóstico; função, contexto, padrão relacional e demais critérios precisam ser avaliados (American Psychiatric Association, 2022; Barnicot et al., 2026; Newell et al., 2023).	Comorbidades do humor, inclusive bipolaridade, podem associar-se a maior risco de suicidabilidade em autistas, mas uma crise suicida isolada não estabelece que esteja ocorrendo episódio bipolar (Kim et al., 2024; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).



Dimensão clínica	Predomínio compatível com TEA	Quando TPB coexistente ganha plausibilidade	Quando transtorno bipolar coexistente ganha plausibilidade
Pergunta clínica orientadora	Há características persistentes de comunicação/reciprocidade social e padrões restritos/repetitivos ou sensoriais com continuidade desde o período do desenvolvimento? (American Psychiatric Association, 2022).	Além do TEA, existe padrão persistente e pervasivo de instabilidade identitária/relacional, sensibilidade ao abandono/rejeição e reatividade afetiva compatível com TPB? (American Psychiatric Association, 2022; Barnicot et al., 2026; May et al., 2021).	Existem episódios inequívocos de mudança anormal do humor e da energia/atividade, com sintomas associados e diferença clara em relação ao basal? (American Psychiatric Association, 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025).

Nota. Quadro elaborado pelo autor como síntese interpretativa da literatura citada. Não constitui instrumento diagnóstico, escala, algoritmo, conjunto de critérios adicionais ou ferramenta psicométrica validada. As dimensões devem ser interpretadas longitudinalmente e em conjunto com critérios DSM-5-TR/CID-11, história desenvolvimental, avaliação clínica e informação colateral. Fontes principais: May et al. (2021), Bemmouna et al. (2023), Beck et al. (2026), Carroll et al. (2025), Sarr et al. (2025), Vasconcelos-Moreno et al. (2025), Barnicot et al. (2026), Barbuti et al. (2026) e Turner et al. (2026).

Características de mais de uma coluna podem coexistir. O quadro organiza perguntas adicionais, mas a decisão depende de critérios vigentes, desenvolvimento, curso, exame clínico, fontes colaterais e reavaliação.

8 TRAUMA, DOR, EXAUSTÃO E SUICIDABILIDADE: O SOFRIMENTO NÃO É UM APÊNDICE DO DIAGNÓSTICO

Em meta-análise de 36 estudos e 48.186 participantes autistas ou possivelmente autistas sem deficiência intelectual, Newell et al. (2023) encontraram prevalências agrupadas elevadas de ideação, planejamento e comportamentos suicidas, com grande heterogeneidade. O risco, portanto, não é marcador específico de TPB. Haruvi-Lamdan et al. (2020), em 25 adultos autistas e 25 não autistas, e Rumball, Happé e Grey (2020), em 59 adultos autistas expostos a eventos traumáticos, encontraram sinais de maior carga pós-traumática, inclusive após eventos sociais ou não enquadrados no Critério A. Amostras pequenas, desenho transversal e autorrelato impedem estimar prevalência ou modificar critérios de TEPT, mas justificam anamnese ampliada.

Desregulação emocional em adultos autistas não deve ser automaticamente atribuída ao TPB. Bemmouna, Lagzouli e Weiner (2023) identificaram contribuições transdiagnósticas de traços borderline, vulnerabilidade emocional e alexitimia, além de associações específicas do grupo autista com sensorialidade e camuflagem. Beck et al. (2026) descreveram, em estudo qualitativo, perda de controle relacionada a saúde, trabalho, rejeição e sobrecarga, além de dificuldade para perceber estados internos antes da crise. Kim et al. (2024), em revisão de 20 estudos e 301.841 participantes, associaram diferentes condições psiquiátricas concomitantes a autolesão e suicidabilidade. A urgência clínica desses fenômenos não os transforma em marcadores diferenciais específicos.



Fayena et al. (2025) relacionaram baixa clareza emocional e acesso limitado a estratégias à ideação suicida em adultos autistas. A intervenção deve responder ao mecanismo, não funcionar como teste diagnóstico. Em ensaio pragmático com 123 adultos autistas, Huntjens et al. (2024) encontraram redução de ideação e tentativas de suicídio no curto prazo com DBT em comparação ao tratamento usual. Em ensaio com 63 participantes, Bemmouna et al. (2025) encontraram redução da desregulação emocional com DBT. Esses resultados não autorizam inferir TPB a partir da resposta terapêutica.

9 FUNCIONALIDADE VISÍVEL E CUSTO INVISÍVEL

Escolaridade, emprego, casamento, maternidade e comunicação competente descrevem resultados, mas não o esforço necessário para sustentá-los. Em 502 adultos autistas, McQuaid, Lee e Wallace (2022) observaram maior camuflagem nas três subescalas entre participantes do sexo feminino que entre os do sexo masculino, maior compensação entre pessoas de gênero diverso e maior assimilação e compensação entre aquelas diagnosticadas na vida adulta. Hull et al. (2021) encontraram associação entre camuflagem, ansiedade e depressão; o efeito adicional pequeno e o desenho transversal impedem inferência causal. Desempenho visível, portanto, não equivale a baixo custo adaptativo, e sexo atribuído ao nascer, identidade de gênero e categoria 'mulheres' não devem ser tratados como sinônimos.

Capacidade de produzir e capacidade de sustentar produção não são sinônimos. Hiperfoco ou mobilização intensa para cumprir demandas podem ser seguidos por dor, exaustão e retraimento. No diferencial bipolar, produtividade ganha valor apenas quando integra mudança episódica global com menor necessidade de sono, energia aumentada, aceleração, sociabilidade e impulsividade. A pergunta não é somente quanto a pessoa fez, mas como estavam organismo, humor, sono e recuperação.

No TEA e no TPB, o funcionamento também varia com o contexto e o estado afetivo. Expressões globais como 'alto funcionamento' devem ser substituídas pela descrição de competências, apoios, ambientes, variabilidade e custos.

10 DUAS TRAJETÓRIAS CLÍNICAS COMPOSTAS: ONDE O DIFERENCIAL REALMENTE SE COMPLICA

Os dois cenários a seguir são hipotéticos e servem somente para explicitar como a mesma matriz pode produzir formulações distintas.

10.1 TRAJETÓRIA COMPOSTA A — TEA, TPB E UMA HIPÓTESE BIPOLAR QUE NÃO SE SUSTENTA COMO EIXO PRINCIPAL

Desde a infância, a mulher apresenta diferenças sociais, sensibilidade a ruídos, necessidade de previsibilidade, rigidez e organização concreta das experiências. Na vida adulta, boa capacidade intelectual



e inserção profissional convivem com ansiedade, pânico, exaustão e dificuldade para pedir ajuda. Paralelamente, há sensibilidade persistente a abandono e rejeição, medo de ficar sozinha, autodepreciação, impulsividade e comportamentos autodestrutivos que não desaparecem quando o ambiente se torna previsível. Assim, TEA organiza o neurodesenvolvimento e TPB permanece como eixo relacional e identitário adicional.

Em determinado período, humor expansivo, aumento de planos, busca de experiências e impulsividade financeira levantam hipótese bipolar. O seguimento, porém, relaciona essas manifestações a alívio situacional, reatividade e mudanças rápidas, sem episódios independentes com redução da necessidade de sono, energia sustentada e mudança sindrômica do basal. A bipolaridade permanece como hipótese histórica não consolidada. Ideação suicida, tentativas anteriores, dor e retraimento requerem avaliação própria, sem serem usados para confirmar TPB ou bipolaridade.

Na matriz, traços desenvolvimentais sustentam TEA; estados incluem pânico, depressão e crises; rejeição, conflito e sobrecarga compõem o contexto; dor, fadiga e incapacidade transitória revelam custo. A cronologia preserva TPB e enfraquece a hipótese bipolar.

10.2 TRAJETÓRIA COMPOSTA B — TEA E TRANSTORNO BIPOLAR, COM TRAUMA E CRISES QUE NÃO PODEM SER REDUZIDAS AO HUMOR

A segunda trajetória inclui, desde a infância, seletividade social, necessidade de controle ambiental, interesses intensos, dificuldade de alternar tarefas e esforço para compreender expectativas. Compensação, maternidade e trabalho retardam o reconhecimento do TEA. Em paralelo, existe curso afetivo independente, com episódios documentados, diagnóstico bipolar mantido em seguimento e tratamento estabilizador. O TEA amplia a formulação sem invalidar o transtorno do humor.

Diante de demandas, a mulher mobiliza recursos intensamente e aparenta elevada capacidade, mas depois apresenta irritabilidade, exaustão e retraimento. Essa sequência representa custo funcional quando não há mudança sindrômica. Em outro momento, contato associado a trauma infantil reativa culpa e memória, evoluindo para ideação suicida. A situação requer segurança e coordenação psiquiátrica; o desencadeante e o conteúdo traumático, porém, impedem atribuição automática a fase bipolar.

A matriz distingue traços autísticos basais, episódios bipolares com trajetória própria, trauma como contexto capaz de gerar crise e custo posterior às demandas. Comorbidade não significa que cada crise seja explicada pelo diagnóstico comórbido.

10.3 O QUE A COMPARAÇÃO DAS DUAS TRAJETÓRIAS ENSINA

As duas trajetórias compartilham sofrimento, funcionalidade variável, desregulação, risco e necessidade de apoio, mas diferem na arquitetura temporal. Na primeira, TPB possui organização própria



e a hipótese bipolar se enfraquece; na segunda, TEA e bipolaridade coexistem, embora determinadas crises sejam mais bem explicadas por trauma e sobrecarga. Em ambas, TEA é sustentado por história anterior aos estados psiquiátricos. A tarefa não é escolher entre três rótulos, mas distinguir camadas que podem coexistir.

11 RECONSTRUÇÃO DE PROVENIÊNCIA DIAGNÓSTICA: UM PROCEDIMENTO CLÍNICO, NÃO UM INSTRUMENTO

Em trajetórias extensas, propõe-se registrar quando cada hipótese surgiu, qual era sua fonte e seu estatuto, quais fenômenos a sustentavam e como foi confirmada, reformulada ou abandonada. Esse registro descritivo explicita o raciocínio e as incertezas, mas não constitui escala, algoritmo ou instrumento validado.

Quatro movimentos organizam a reconstrução: localizar cronologicamente a formulação e a fonte; recuperar somente os fenômenos documentados; confrontá-la com desenvolvimento, curso, resposta terapêutica e avaliações posteriores; e declarar seu estatuto atual — confirmado, comórbido, histórico, enfraquecido ou incerto. Mudança diagnóstica não é sinônimo de erro: boa prática exige tornar explícita a lógica da revisão, especialmente quando o reconhecimento tardio do TEA recontextualiza sintomas sem invalidar comorbidades.

12 IMPLICAÇÕES PARA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA

A avaliação deve ser longitudinal antes de categorial. A entrevista organiza desenvolvimento, adolescência, primeiros contatos com saúde mental, diagnósticos e tratamentos, crises, mudanças funcionais, entrada da hipótese de TEA e curso posterior. Para TEA, investigam-se precocemente reciprocidade, comunicação pragmática, amizade, sensorialidade, mesmidade, interesses, repetição e estratégias de adaptação; linguagem sofisticada ou escolaridade não eliminam essa necessidade.

Para TPB, reconstrói-se o padrão relacional e identitário, incluindo abandono, idealização/desvalorização, vazio, raiva, impulsividade e função da autolesão. Para transtorno bipolar, cada possível episódio deve ser descrito quanto a início, duração, sono, energia, fala, pensamento, atividade, sociabilidade, sexualidade, impulsividade, risco, prejuízo e recuperação. O dado decisivo é a mudança do basal, confrontada com critérios DSM-5-TR/CID-11, sem usar rastreadores como adjudicadores diagnósticos (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2026).

Informantes, registros e avaliação neuropsicológica podem aumentar a precisão, mas nenhuma fonte é infalível ou substitui história desenvolvimental, exame clínico e entrevista. Escalas de autismo, personalidade ou humor devem integrar processo amplo, sobretudo em apresentações sutis ou atípicas (Carroll; Thom; McDougale, 2025). A Psicologia pode detalhar funções, contexto, cognição, regulação e



custo; a Psiquiatria deve integrar curso sindrômico, condições médicas, substâncias, farmacoterapia e risco. A formulação final é mais robusta quando ambas registram concordâncias, divergências e grau de certeza.

13 RISCO, PLANO DE SEGURANÇA E INTERVENÇÃO ORIENTADA POR MECANISMO

Autolesão ou ideação suicida exigem avaliação paralela à formulação diagnóstica: ideação, intenção, planejamento, acesso a meios, preparação, tentativas, intoxicação, uso de substâncias, precipitantes, capacidade de pedir ajuda e fatores protetivos. Comunicação organizada não exclui alto risco, e solicitar companhia ou redução de acesso a meios pode representar repertório protetivo adquirido.

A intervenção segue o mecanismo: sobrecarga requer redução de estímulos, previsibilidade e recuperação; crise borderline pode demandar validação, regulação e análise de cadeia; episódio bipolar exige coordenação psiquiátrica, proteção do sono, revisão medicamentosa e monitoramento do curso; trauma requer segurança e abordagem apropriada. Técnicas não confirmam diagnósticos: os ensaios de Huntjens et al. (2024) e Bemmouna et al. (2025) mostram que DBT pode ser útil a adultos autistas com suicidabilidade ou desregulação sem que TPB seja o eixo explicativo.

14 DISCUSSÃO

A dificuldade de diferenciar TEA, TEA com TPB e TEA com transtorno bipolar decorre menos de 'sintomas parecidos' do que do uso de unidades inadequadas. Irritabilidade, autolesão, isolamento, ansiedade e hiperprodutividade são transdiagnósticos; a discriminação melhora quando se examinam início, basal, duração, gatilho, função, recuperação e custo.

Essa mudança explicita a contribuição interdisciplinar. A Psicologia qualifica desenvolvimento, função, contexto, subjetividade, cognição, camuflagem e custo; a Psiquiatria, síndrome, episodicidade, diferencial médico, farmacoterapia, comorbidade, risco e curso. Em cronologia comum, cada profissão testa hipóteses com seus métodos e confronta achados com critérios, fontes colaterais e evolução. Um diagnóstico anterior pode ser válido, provisório ou enfraquecido; seu estatuto depende da proveniência e do curso, não da simples descoberta do TEA (Kentrou et al., 2024). A literatura bipolar especificamente feminina permanece pequena: coexistência e desafios clínicos não autorizam generalizações de gênero (Varcin et al., 2022; Vasconcelos-Moreno et al., 2025; Barbuti et al., 2026).

A matriz não compete com DSM-5-TR ou CID-11; melhora os dados levados à decisão categorial e a comunicação entre profissionais (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2026). Sua contribuição é deslocar a competição de rótulos para camadas coexistentes e preservar graus de certeza: diagnóstico formal, hipótese histórica, sinais compatíveis, relato anterior e interpretação atual não são sinônimos.



15 LIMITAÇÕES

Esta síntese narrativa não segue protocolo sistemático e está sujeita a viés de seleção. Evidências específicas sobre mulheres autistas adultas com transtorno bipolar são escassas; vários estudos usam amostras selecionadas, diagnósticos autorreferidos, desenho transversal e contextos ocidentais. Sexo atribuído, identidade de gênero e categoria 'mulheres' são operacionalizados de modo heterogêneo. A matriz e o procedimento de proveniência são heurísticos, sem validade, confiabilidade ou utilidade incremental estabelecidas; orientam perguntas, não regras diagnósticas.

Raça, classe, sexualidade, cultura, acesso a serviços, maternidade, trabalho e dor crônica não foram examinados exaustivamente. Também não foi possível desenvolver com igual profundidade TDAH, depressão unipolar, transtornos ansiosos, dissociação, uso de substâncias, efeitos de medicamentos, condições médicas e transtornos do sono. Em situações complexas, texto e instrumentos não substituem acompanhamento longitudinal, reavaliação, coordenação profissional e revisão responsável das formulações.

16 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico tardio de TEA em mulheres adultas obriga a reler, não apagar, a história psiquiátrica. Na interface com TPB, investiga-se se existe padrão relacional e identitário persistente além do TEA; na bipolaridade, se há episódios inequívocos de mudança do basal em humor, energia, sono, atividade e curso. Desregulação, irritabilidade, autolesão, suicidabilidade e retraimento são clinicamente relevantes, mas pouco específicos quando isolados.

Duas mulheres podem compartilhar dor, crises e funcionamento irregular, porém possuir arquiteturas distintas: TEA com TPB e hipótese bipolar enfraquecida; ou TEA e bipolaridade coexistentes, com crises organizadas por trauma e sobrecarga. A formulação mais segura começa pela cronologia. Traço, estado, contexto, custo funcional e proveniência diagnóstica estruturam perguntas sem substituir critérios, avaliação de risco, exame clínico ou seguimento. A interdisciplinaridade amplia o dado, reduz vieses de especialidade e permite correção mútua entre diagnóstico categorial e formulação funcional.

DECLARAÇÕES EDITORIAIS

Aspectos éticos: trata-se de síntese narrativa e reflexão clínica sem recrutamento, intervenção, acesso a prontuários ou análise de dados individuais; os cenários são hipotéticos e não reproduzem trajetória identificável.

Uso de inteligência artificial: ferramenta de IA generativa apoiou organização bibliográfica, estrutura editorial, revisão linguística e formatação. O autor revisou criticamente o conteúdo e permanece responsável pela exatidão, integridade e versão final.



REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BARBUTI, M.; AMADORI, S.; DE ROSA, U.; PERUGI, G. Clinical characterization of bipolar disorder in adults with autism without intellectual disability: a cross-sectional study. **Journal of Affective Disorders**, v. 405, art. 121527, 2026. DOI: 10.1016/j.jad.2026.121527. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121527>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BARNICOT, K.; THOMPSON, E.; TURNER, S.; MANDY, W.; MCCABE, R.; STARK, E.; PARKER, J. Overlapping and differentiating clinical features of autism and borderline personality disorder in women and people assigned female at birth: a cross-sectional study. **Autism**, v. 30, n. 5, p. 1292-1304, 2026. DOI: 10.1177/13623613261431309. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/13623613261431309>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BECK, K. B.; MACKENZIE, K. T.; KUMAR, T.; BREITENFELDT, K. E.; CHANG, J. C.; CONNER, C. M.; MANDELL, D. L.; WHITE, S. W.; MAZEFSKY, C. A. “The world’s really not set up for the neurodivergent person”: understanding emotion dysregulation from the perspective of autistic adults. **Autism in Adulthood**, v. 8, n. 1, p. 68-78, 2026. DOI: 10.1089/aut.2023.0214. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/aut.2023.0214>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BEMMOUNA, D.; LAGZOULI, A.; WEINER, L. The biosocial correlates and predictors of emotion dysregulation in autistic adults compared to borderline personality disorder and nonclinical controls. **Molecular Autism**, v. 14, art. 47, 2023. DOI: 10.1186/s13229-023-00580-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00580-3>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BEMMOUNA, D.; RABOT, E.; COUTELLE, R.; LEFEBVRE, F.; WEIBEL, S.; WEINER, L. Dialectical behaviour therapy to treat emotion dysregulation in autistic adults without intellectual disability: a randomised controlled trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 94, n. 4, p. 247-262, 2025. DOI: 10.1159/000544717. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000544717>. Acesso em: 29 ago. 2026.

CARROLL, H. M.; THOM, R. P.; MCDOUGLE, C. J. The differential diagnosis of autism spectrum disorder in adults. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 25, n. 6, p. 635-648, 2025. DOI: 10.1080/14737175.2025.2490533. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14737175.2025.2490533>. Acesso em: 29 ago. 2026.

DELL’OSSO, L.; CREMONE, I. M.; NARDI, B.; TOGNINI, V.; CASTELLANI, L.; PERRONE, P.; AMATORI, G.; CARPITA, B. Comorbidity and overlaps between autism spectrum and borderline personality disorder: state of the art. **Brain Sciences**, v. 13, n. 6, art. 862, 2023. DOI: 10.3390/brainsci13060862. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/brainsci13060862>. Acesso em: 29 ago. 2026.

FAYENA, E.; HORESH, D.; HARUVI-LAMDAN, N.; GOLAN, O. Suicidal ideation among autistic and non-autistic adults: the role of emotion regulation difficulties. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, publicação antecipada online, 2025. DOI: 10.1007/s10803-025-07056-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-025-07056-8>. Acesso em: 29 ago. 2026.



FIGUEIREDO, T.; CAIXETA, L. Autism spectrum disorder and personality disorders: differential diagnosis or comorbidity? **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 48, e20251104, 2026. DOI: 10.47626/2237-6089-2025-1104. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2025-1104>. Acesso em: 29 ago. 2026.

HARUVI-LAMDAN, N.; HORESH, D.; ZOHAR, S.; KRAUS, M.; GOLAN, O. Autism spectrum disorder and post-traumatic stress disorder: an unexplored co-occurrence of conditions. **Autism**, v. 24, n. 4, p. 884-898, 2020. DOI: 10.1177/1362361320912143. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1362361320912143>. Acesso em: 30 ago. 2026.

HULL, L.; LEVY, L.; LAI, M.-C.; PETRIDES, K. V.; BARON-COHEN, S.; ALLISON, C.; SMITH, P.; MANDY, W. Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults? **Molecular Autism**, v. 12, art. 13, 2021. DOI: 10.1186/s13229-021-00421-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00421-1>. Acesso em: 30 ago. 2026.

HUNTJENS, A.; VAN DEN BOSCH, L. M. C. W.; SIZOO, B.; KERKHOF, A.; SMIT, F.; VAN DER GAAG, M. The effectiveness and safety of dialectical behavior therapy for suicidal ideation and behavior in autistic adults: a pragmatic randomized controlled trial. **Psychological Medicine**, v. 54, n. 10, p. 2707-2718, 2024. DOI: 10.1017/S0033291724000825. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291724000825>. Acesso em: 29 ago. 2026.

KENTROU, V.; LIVINGSTON, L. A.; GROVE, R.; HOEKSTRA, R. A.; BEGEER, S. Perceived misdiagnosis of psychiatric conditions in autistic adults. **eClinicalMedicine**, v. 71, art. 102586, 2024. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102586. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102586>. Acesso em: 30 ago. 2026.

KERAMATIAN, K.; CHITHRA, N. K.; YATHAM, L. N. The CANMAT and ISBD guidelines for the treatment of bipolar disorder: summary and a 2023 update of evidence. **Focus**, v. 21, n. 4, p. 344-353, 2023. DOI: 10.1176/appi.focus.20230009. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230009>. Acesso em: 29 ago. 2026.

KIM, J. H.; LEE, J.; SHIM, S.; CHEON, K.-A. Association of self-harm and suicidality with psychiatric co-occurring conditions in autistic individuals: a systematic review and pooled analysis. **eClinicalMedicine**, v. 77, art. 102863, 2024. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102863. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102863>. Acesso em: 29 ago. 2026.

MAY, T.; PILKINGTON, P. D.; YOUNAN, R.; WILLIAMS, K. Overlap of autism spectrum disorder and borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. **Autism Research**, v. 14, n. 12, p. 2688-2710, 2021. DOI: 10.1002/aur.2619. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aur.2619>. Acesso em: 29 ago. 2026.

MCQUAID, G. A.; LEE, N. R.; WALLACE, G. L. Camouflaging in autism spectrum disorder: examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. **Autism**, v. 26, n. 2, p. 552-559, 2022. DOI: 10.1177/13623613211042131. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/13623613211042131>. Acesso em: 30 ago. 2026.

MCQUAID, G. A.; STRANG, J. F.; JACK, A. Borderline personality as a factor in late, missed, and misdiagnosis in autistic girls and women: a conceptual analysis. **Autism in Adulthood**, v. 6, n. 4, p. 401-427, 2024. DOI: 10.1089/aut.2023.0034. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/aut.2023.0034>. Acesso em: 30 ago. 2026.



MORGAN, B.; NAGEYE, F.; MASI, G.; CORTESE, S. Sleep in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. **Sleep Medicine**, v. 65, p. 113-120, 2020. DOI: 10.1016/j.sleep.2019.07.019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.07.019>. Acesso em: 29 ago. 2026.

NEWELL, V.; PHILLIPS, L.; JONES, C.; TOWNSEND, E.; RICHARDS, C.; CASSIDY, S. A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic and possibly autistic people without co-occurring intellectual disability. **Molecular Autism**, v. 14, art. 12, 2023. DOI: 10.1186/s13229-023-00544-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13229-023-00544-7>. Acesso em: 29 ago. 2026.

RUMBALL, F.; HAPPÉ, F.; GREY, N. Experience of trauma and PTSD symptoms in autistic adults: risk of PTSD development following DSM-5 and non-DSM-5 traumatic life events. **Autism Research**, v. 13, n. 12, p. 2122-2132, 2020. DOI: 10.1002/aur.2306. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aur.2306>. Acesso em: 30 ago. 2026.

SARR, R.; SPAIN, D.; QUINTON, A. M. G.; HAPPÉ, F.; BREWIN, C. R.; RADCLIFFE, J.; JOWETT, S.; MILES, S.; GONZÁLEZ, R. A.; ALBERT, I.; SCHOLWIN, A.; STIRLING, M.; MARKHAM, S.; STRANGE, S.; RUMBALL, F. Differential diagnosis of autism, attachment disorders, complex post-traumatic stress disorder and emotionally unstable personality disorder: a Delphi study. **British Journal of Psychology**, v. 116, n. 1, p. 1-33, 2025. DOI: 10.1111/bjop.12731. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjop.12731>. Acesso em: 29 ago. 2026.

TAMILSON, B.; ECCLES, J. A.; SHAW, S. C. K. The experiences of autistic adults who were previously diagnosed with borderline or emotionally unstable personality disorder: a phenomenological study. **Autism**, v. 29, n. 2, p. 504-517, 2025. DOI: 10.1177/13623613241276073. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/13623613241276073>. Acesso em: 29 ago. 2026.

TURNER, S. A.; JOSSELIN, D.; BARNICOT, K. What triggers emotional distress and dysregulation amongst autistic females and could these help to differentiate autism from borderline personality disorder? An exploratory study with inductive content analysis. **Advances in Neurodevelopmental Disorders**, publicação antecipada online, 2026. DOI: 10.1007/s41252-026-00499-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41252-026-00499-9>. Acesso em: 29 ago. 2026.

VARCIN, K. J.; HERNIMAN, S. E.; LIN, A.; CHEN, Y.; PERRY, Y.; PUGH, C.; CHISHOLM, K.; WHITEHOUSE, A. J. O.; WOOD, S. J. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in adults with autism: a systematic review and meta-analysis. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 134, art. 104543, 2022. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104543. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104543>. Acesso em: 29 ago. 2026.

VASCONCELOS-MORENO, M. P.; PRATES-BALDEZ, D.; SANTOS-TERRA, J.; DECKMANN, I.; DI GESU, I. N.; LEMANN, R. S.; RIESGO, R.; GOTTFRIED, C.; KAPCZINSKI, F. Clinical interplay between autism spectrum disorder and bipolar disorder: a narrative review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 47, e20240939, 2025. DOI: 10.47626/2237-6089-2024-0939. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2024-0939>. Acesso em: 29 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. Geneva: World Health Organization, 2026. Release 2026-01. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en>. Acesso em: 29 ago. 2026.