REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

A SEXUALIDADE NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: ENTRE IMPULSIVIDADE E BUSCA DE VÍNCULO

SEXUALITY IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: BETWEEN IMPULSIVITY AND THE SEARCH FOR ATTACHMENT

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 11/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794203766

Gabriela dos Santos de Oliveira[1]

RESUMO

Este artigo discute a sexualidade no Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), a partir da tensão entre impulsividade e busca de vínculo afetivo. O objetivo geral é compreender essa relação, discutindo criticamente possíveis processos de patologização da sexualidade feminina. Metodologicamente, foi feita uma revisão bibliográfica narrativa de cunho teórico-clínico, com buscas em bases como SciELO, PePSIC e Portal de Periódicos CAPES, selecionando artigos publicados entre 2014 e 2025, em português e inglês. Os resultados indicam que impulsividade sexual e busca de vínculo coexistem no TPB, articuladas por apego ansioso, esquemas de desconexão/rejeição e mecanismos dissociativos. Em amostras clínicas, a gravidade dos sintomas borderline e a comorbidade com estresse pós-traumático explicam a dissociação sexual melhor do que o abuso sexual isolado; em amostras não clínicas, o padrão associado a traços borderline é a impulsividade combinada à ausência de vínculo comprometido. Conclui-se que compreender essa sexualidade exige cautela teórica e ética, evitando tanto a naturalização do sofrimento quanto a moralização do comportamento sexual.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Sexualidade; Impulsividade; Vínculo Afetivo; Patologização do Corpo Feminino.

ABSTRACT

This article discusses sexuality in Borderline Personality Disorder (BPD), starting from the tension between impulsivity and the search for affective attachment. The general aim is to understand this relationship, critically discussing possible processes of pathologization of female sexuality. Methodologically, a narrative theoretical-clinical literature review was carried out, searching

databases such as SciELO, PePSIC, and the CAPES Periodicals Portal, selecting articles published between 2014 and 2025, in Portuguese and English. Results indicate that sexual impulsivity and the search for attachment coexist in BPD, articulated by anxious attachment, disconnection/rejection schemas, and dissociative mechanisms. In clinical samples, the severity of borderline symptoms and comorbid post-traumatic stress explain sexual dissociation better than isolated sexual abuse; in non-clinical samples, the pattern associated with borderline traits is impulsivity combined with the absence of committed attachment. It is concluded that understanding this sexuality requires theoretical and ethical caution, avoiding both the naturalization of suffering and the moralization of sexual behavior.
Keywords: Borderline Personality Disorder; Sexuality; Impulsivity; Affective Attachment; Pathologization of the Female Body.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) é reconhecido clinicamente como uma condição marcada por instabilidade afetiva, impulsividade, medo intenso de abandono, relações interpessoais instáveis e dificuldades de regulação emocional (American Psychiatric Association, 2014). A sexualidade ocupa um lugar peculiar entre as manifestações associadas ao transtorno. Comportamentos sexuais impulsivos, relações afetivo-sexuais instáveis e dificuldade em sustentar vínculos comprometidos aparecem com frequência na literatura clínica. O que falta, na maior parte dessa literatura, é uma investigação mais sistemática dos mecanismos por trás desses comportamentos e, principalmente, do sentido que eles assumem para quem os vivencia.

O interesse por esse tema nasce da necessidade de entender como pessoas diagnosticadas com TPB vivenciam suas relações afetivas e sexuais, dadas as características emocionais e relacionais do próprio transtorno. Este trabalho não pretende deslegitimar o TPB como condição clínica nem negar os impactos reais que ele tem na vida de quem é diagnosticado. A proposta é investigar como impulsividade e busca de vínculo afetivo se articulam no comportamento sexual associado ao transtorno, sem reduzir esse comportamento a uma única leitura possível, puramente sintomática ou puramente relacional.

Este estudo também busca refletir de forma crítica sobre como a sexualidade, principalmente a feminina, foi historicamente regulada e moralizada. Vieira (2002) mostra que o corpo feminino foi, ao longo da história, tratado como ameaça à estabilidade moral e social, regulado por normas religiosas, médicas e culturais. O TPB é diagnosticado com frequência muito maior em mulheres nos contextos clínicos, o que torna relevante perguntar como certos comportamentos sexuais associados ao transtorno podem, em alguns casos, ser lidos a partir de discursos patologizantes que vão além dos critérios clínicos e dialogam com essas construções sociais mais amplas sobre o corpo e a sexualidade das mulheres.

De que maneira a literatura científica compreende a relação entre sexualidade, impulsividade, busca de vínculo afetivo e processos de patologização da sexualidade feminina no Transtorno de Personalidade Borderline?

O objetivo geral deste trabalho é compreender a relação entre sexualidade, impulsividade e busca por vínculos afetivos no transtorno de personalidade borderline, discutindo criticamente

possíveis processos de patologização da sexualidade feminina. Especificamente, pretende-se: (a) investigar como a literatura científica descreve a sexualidade no TPB; (b) analisar a relação entre impulsividade sexual e necessidade de vínculo afetivo em pessoas com TPB; (c) discutir aspectos históricos e sociais do controle e da normatização da sexualidade feminina; e (d) refletir sobre os limites entre manifestação clínica e patologização de comportamentos relacionados à sexualidade.

Justifica-se este trabalho pela importância de discutir a sexualidade no TPB para além de uma perspectiva exclusivamente biomédica, levando em conta também os atravessamentos históricos, sociais e de gênero que constroem os discursos sobre sexualidade. Para a Psicologia, este estudo contribui para uma compreensão mais crítica e humanizada do TPB, sem deixar de lado o sofrimento psíquico envolvido no transtorno. Ele também amplia o debate sobre como a sexualidade feminina, sobretudo quando associada a diagnósticos psiquiátricos, pode virar alvo de interpretações moralizantes que vão além dos critérios clínicos.

Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa de cunho teórico-clínico, cujos procedimentos são detalhados na seção 3. A seção 2 traz a fundamentação teórica sobre o TPB, os processos de apego e trauma associados ao transtorno, a sexualidade e a impulsividade sexual, além do debate histórico-social sobre a patologização da sexualidade feminina. A seção 4 apresenta o objeto de pesquisa, com os estudos empíricos selecionados sintetizados em quadro comparativo, a seção 5 apresenta a análise integrada dos achados da literatura revisada, e a seção 6 traz as considerações finais deste trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O Transtorno de Personalidade Borderline: Caracterização Clínica Geral

O TPB é classificado, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), como um transtorno de personalidade do Cluster B: um padrão persistente de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada, que começa no início da idade adulta e aparece em diversos contextos (American Psychiatric Association, 2014). Os critérios diagnósticos incluem esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos; perturbação de identidade; impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas, sendo o comportamento sexual uma delas; comportamento, gestos ou ameaças suicidas recorrentes, ou comportamento automutilante; instabilidade afetiva; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada; e ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos graves relacionados ao estresse.

Do ponto de vista psicodinâmico, Gabbard (2016) compreende o TPB a partir de falhas nos processos de constituição e integração do self, associadas a experiências relacionais precoces adversas, o que resultaria em dificuldades de mentalização e em uma tendência a clivar (splitting), isto é, manter separadas sem integração, representações de si e do outro entre polos idealizados e desvalorizados. Já a perspectiva cognitivo-comportamental de Beck, Davis e Freeman (2017) enfatiza o papel de esquemas disfuncionais precoces, sobretudo os ligados a abandono, desconfiança e instabilidade emocional, na manutenção dos padrões de

pensamento, sentimento e comportamento característicos do transtorno. As duas perspectivas partem de pressupostos diferentes, mas convergem num ponto: situam a instabilidade do vínculo afetivo como elemento nuclear do sofrimento borderline. Essa convergência já oferece uma primeira chave de leitura para entender por que a sexualidade se torna, no TPB, um domínio especialmente atravessado por impulsividade e busca de conexão.

Vale registrar, desde já, uma ressalva metodológica que atravessa toda a revisão apresentada neste artigo: boa parte dos estudos empíricos disponíveis sobre TPB usa amostras predominante ou exclusivamente femininas, o que reflete tanto a maior prevalência diagnóstica do transtorno entre mulheres nos contextos clínicos quanto possíveis vieses de recrutamento e a própria construção histórica do diagnóstico, ponto ao qual se volta na seção 2.4.

2.2. Apego, Trauma Infantil e Desregulação Emocional no TPB

A literatura empírica recente tem investigado com detalhe os mecanismos pelos quais experiências adversas na infância se traduzem nos sintomas centrais do TPB, com destaque para o papel mediador do apego. Erkoreka et al. (2022), em estudo com 60 pacientes ambulatoriais com diagnóstico confirmado de TPB, demonstraram que a ansiedade de apego medeia integralmente a relação entre abuso emocional na infância e desregulação emocional na vida adulta, e medeia parcialmente a relação entre abuso emocional e comportamento dissocial. Os autores encontraram algo que descrevem como inédito na literatura: a negligência física teve efeito ainda maior que o abuso emocional sobre a desregulação emocional por essa via. Já o abuso sexual, isoladamente, não se associou de forma significativa a nenhum

estilo de apego nem a outras dimensões de personalidade além da própria desregulação emocional. Esse resultado importa para o argumento deste trabalho, porque sugere que o trauma sexual em si não é o principal explicador da instabilidade emocional e relacional no TPB, o que abre espaço para uma leitura mais cuidadosa da sexualidade no transtorno, que não a trate como decorrência automática de vitimização.

Na mesma direção, Knapen et al. (2025) testaram, numa amostra combinada de 245 participantes (pacientes com transtornos de personalidade graves, pacientes de um centro de ansiedade e uma amostra comunitária), um modelo de mediação múltipla entre trauma infantil e sintomas de TPB, comparando o peso relativo do apego, da mentalização e da confiança epistêmica. A incerteza sobre os próprios estados mentais (hipomentalização) e a ansiedade de apego explicaram juntas a maior parte do efeito indireto do trauma sobre os sintomas borderline. A confiança epistêmica, apontada por teorias psicodinâmicas contemporâneas como mecanismo central, teve peso mais modesto do que se esperava. O achado reforça a ideia de que a dificuldade em compreender e regular os próprios estados afetivos, e não apenas uma desconfiança interpessoal genérica, é um elo importante entre trauma e sintomatologia borderline.

Askari et al. (2025), em estudo transversal com 89 pacientes com TPB no Irã, encontraram que a segurança psicológica e social percebida foi o preditor mais forte da gravidade dos sintomas borderline (β = 0,49 — coeficiente padronizado de regressão), seguida da sensibilidade à rejeição percebida (β = 0,41). O apego, embora correlacionado com o TPB na análise bivariada, perdeu peso significativo quando os demais fatores entraram na regressão, o que

sugere que seu efeito é parcialmente absorvido por essa sensação mais ampla de insegurança relacional. Os autores também relatam diferenças de gênero: mulheres com TPB tenderiam a manifestar mais impulsividade e comportamentos de risco diante da rejeição, enquanto homens apresentariam mais medo de ficar sozinhos. É uma distinção que ainda precisa de mais estudos, mas que já sugere caminhos para pensar como a resposta à rejeição pode variar conforme o gênero, inclusive no domínio sexual.

Frías et al. (2017) investigaram esquemas mal-adaptativos precoces (EMPs) em 102 pacientes ambulatoriais com TPB e identificaram que o domínio de desconexão/rejeição foi o preditor mais consistente de psicopatologia associada ao transtorno, incluindo ideação suicida, agressividade e comorbidade com transtornos alimentares, funcionando como núcleo esquemático da instabilidade afetiva e da busca de vínculo típicas do TPB. Thadani, Pérez-García e Bermúdez (2022) acrescentam que o suporte social percebido medeia parte do efeito dos traços patológicos sobre a incapacidade funcional em mulheres com TPB: o prejuízo funcional (WHODAS 2.0) encontrado foi comparável ou superior ao de condições como depressão maior e artrite reumatoide. Esses estudos sustentam uma leitura importante para este trabalho: a busca de vínculo afetivo no TPB não é um traço isolado, mas um déficit relacional real e mensurável, produzido por experiências precoces de desconexão e rejeição, matriz que também atravessa o domínio da sexualidade.

Esse padrão encontra respaldo em pesquisa nacional. Nunes et al. (2015) fizeram um levantamento on-line com 748 participantes brasileiros não clínicos (74,4% mulheres) para testar se impulsividade e histórico de eventos traumáticos na infância, incluindo abuso físico, emocional e sexual, predizem sintomas de TPB. Só o abuso

emocional e a impulsividade (medida pela Escala de Impulsividade de Barratt) tiveram poder preditivo independente e significativo; abuso físico e abuso sexual, isoladamente, não. É o mesmo padrão que Erkoreka et al. (2022) e Gholami Mazinan et al. (2024) encontraram em amostras clínicas europeias, agora replicado numa amostra brasileira e não clínica: o trauma sexual isolado não se firma como o principal explicador da desregulação característica do TPB, mesmo variando o contexto cultural, o desenho de pesquisa e o tipo de amostra.

Essa leitura, porém, não é consenso. A revisão integrativa de Freire et al. (2024) sintetizou 23 estudos internacionais sobre trauma infantil e TPB publicados entre 2011 e 2021, e o abuso sexual esteve associado ao TPB em todos os estudos que o investigaram, chegando a ser, em um deles (Sansone et al., 2011, apud Freire et al., 2024), o único preditor independente numa regressão múltipla. Freire et al. (2024) concluem que o abuso sexual na infância pode, sozinho, ser suficiente para o desenvolvimento do TPB na vida adulta. Existe, portanto, uma tensão real entre linhas de pesquisa: em amostras menores e mais controladas (Erkoreka et al., 2022; Gholami Mazinan et al., 2024; Nunes et al., 2015), o abuso sexual isolado perde peso diante de outras adversidades; na síntese de um volume muito maior de estudos internacionais (Freire et al., 2024), ele desponta como o trauma mais consistentemente associado ao TPB. Este trabalho não tenta resolver essa tensão, que permanece em aberto quanto às condições metodológicas e populacionais em que o abuso sexual aparece, ou não, como preditor independente diante de mecanismos como apego e dissociação, tensão teórica retomada na análise dos resultados.

2.3. Sexualidade, Impulsividade e Busca de Vínculo no TPB

Entre os estudos revisados, o que mais diretamente cruza TPB e sexualidade é o de Gholami Mazinan et al. (2024), que investigaram sintomas dissociativos em situações sexuais em duas etapas: um estudo retrospectivo com 114 mulheres com TPB e 114 controles saudáveis, e um experimento de laboratório com subamostras de 41 e 40 participantes expostas a uma narrativa erótica. Nos dois métodos, mulheres com TPB relataram níveis significativamente mais altos de dissociação sexual, sobretudo desrealização e despersonalização; restringindo a análise ao grupo com TPB, essa dissociação foi explicada principalmente pela gravidade dos sintomas borderline e pela comorbidade com transtorno de estresse pós-traumático, não pelo histórico de abuso sexual isolado. A desrealização predisse maior sexo impulsivo e maior envolvimento com parceiros sem vínculo; a conversão teve efeito inverso, funcionando como possível fator protetor. As autoras interpretam que esses mecanismos remetem a processos mais amplos de desregulação emocional, não apenas à experiência direta de abuso sexual, o que sustenta um ponto central deste trabalho: o comportamento sexual no TPB não deveria ser reduzido a decorrência automática de trauma sexual, nem moralizado.

Finkenstaedt et al. (2024) seguem linha parecida: usando uma tarefa experimental de desconto temporal, avaliaram a propensão de 40 mulheres com TPB e 40 controles saudáveis a dispensar proteção sexual imediatamente disponível. O grupo com TPB mostrou-se menos propenso a esperar por proteção, sobretudo diante de parceiros mais desejados, e apresentou mais sintomas de comportamento sexual compulsivo; mas, dentro do grupo, esse desconto não se correlacionou com a gravidade dos sintomas borderline nem com a compulsividade sexual. Os autores concluem que os mecanismos envolvidos são mais complexos do que uma

simples equação entre gravidade do transtorno e risco, levantando hipóteses alternativas: busca de prazer imediato, autoacalmento, desejo de agradar o parceiro e, o que mais interessa a este trabalho, a necessidade de conexão sexual imediata, hipótese que desloca a discussão de uma leitura puramente impulsiva para algo mais próximo da busca de vínculo e da regulação emocional.

Thompson et al. (2019) trabalharam com uma amostra clínica de 50 jovens australianas, de 15 a 24 anos, diagnosticadas com TPB por entrevista clínica estruturada (SCID), comparadas a 204 mulheres de uma amostra populacional representativa. O padrão de sexualidade precoce e de risco encontrado foi amplo e consistente: as jovens com TPB iniciaram a vida sexual mais cedo (idade média de 15,6 anos, contra 17,1 nos controles), relataram mais parceiros sexuais, usaram menos proteção na primeira relação sexual e estiveram mais frequentemente em relacionamentos casuais do que estáveis. As taxas de coerção sexual também foram muito mais altas entre elas: quase metade relatou já ter tido uma experiência sexual indesejada, e mais da metade relatou já ter sido forçada ou intimidada a fazer algo sexualmente, proporções bem menores no grupo controle. Some-se a isso maior incerteza quanto à identidade e à atração sexual, e piores indicadores de saúde física e psicológica. Não houve diferença significativa nas taxas de ISTs entre os grupos, o que as autoras atribuem à faixa etária mais jovem e à ausência, neste estudo, de medida biológica objetiva de rastreio. No conjunto, esses achados confirmam, já numa amostra clínica jovem, o padrão de sexualidade precoce, múltiplos parceiros e menor proteção documentado em adultos com TPB, mas acrescentam algo importante para a discussão sobre patologização: a prevalência alta de coerção sexual sofrida por essas jovens mostra que parte da sexualidade de risco no TPB também é expressão de maior

vulnerabilidade à vitimização sexual, ponto ao qual se volta na seção 5.3.

Um estudo brasileiro acrescenta a essa discussão uma camada qualitativa ausente nos levantamentos quantitativos revisados. Della Méa e Riva (2015) entrevistaram sete mulheres com diagnóstico de TPB para descrever como elas vivenciavam sua vida sexual. O quadro que emerge é bem diferente da impulsividade e busca de risco predominante nos estudos quantitativos: as participantes relataram sobretudo desinteresse sexual, dificuldade em atingir o orgasmo, parafilias como o masoquismo sexual, e insatisfação corporal ligada aos efeitos colaterais da medicação psiquiátrica; três das sete relataram histórico de abuso sexual na infância. O achado importa porque mostra que a sexualidade no TPB não se expressa de um jeito uniforme: para a mesma condição, coexistem, dependendo da pessoa e do momento, tanto padrões de busca sexual intensa e pouco protegida quanto padrões de inibição, disfunção e sofrimento corporal, o que reforça a necessidade de uma leitura clínica individualizada, atenta à experiência relatada em primeira pessoa.

Vale distinguir os estudos acima, com amostras clínicas diagnosticadas, de outros dois conduzidos com amostras comunitárias e traços borderline medidos dimensionalmente, sem diagnóstico formal de TPB. Jardin et al. (2017), em amostra de 1.326 universitárias estadunidenses, testaram um modelo em que traços borderline (medidos pelo PID-5) explicavam o número de parceiros sexuais por meio da compulsividade sexual: o efeito indireto foi significativo, mas o efeito direto, sem passar pela compulsividade, não foi; ou seja, é a compulsividade sexual, não o traço borderline isolado, o mecanismo explicativo central. Bégin et al. (2022), usando análise de perfil latente com 126 adolescentes e jovens adultos

sexualmente ativos no Canadá, chegaram a resultado parecido: só o perfil que combina impulsividade sexual e ausência de parceiros comprometidos se associou a traços borderline mais elevados, ao contrário do comportamento sexual de risco em geral ou do sexo desprotegido em relacionamentos estáveis. Os autores leem esse achado como possível expressão de dificuldade em integrar sexualidade, intimidade e vínculo estável.

Por isso, ao citar Jardin et al. (2017) e Bégin et al. (2022), este trabalho usa deliberadamente a expressão “traços borderline mais elevados”, em vez de “mulheres com TPB” ou “pessoas com TPB”: é uma forma de preservar o rigor conceitual e não generalizar achados sobre traços dimensionais, presentes em graus variados em toda a população, para a população clínica diagnosticada. Mesmo com essa ressalva, os cinco estudos desta seção convergem para um mesmo padrão: impulsividade sexual articulada à ausência de vínculo comprometido, atravessada com frequência por mecanismos dissociativos e de desregulação emocional, e não a sexualidade ou o risco sexual de modo genérico. Reduzir esse padrão a uma simples falta de controle simplifica demais o que os dados sustentam.

2.4. Sexualidade Feminina, Patologização e Regulação Histórico-Social do Corpo

A discussão sobre sexualidade e TPB não pode ignorar uma reflexão histórico-social sobre como a sexualidade feminina foi, ao longo do tempo, objeto de regulação e moralização. Vieira (2002) argumenta que o corpo feminino foi tratado, na história ocidental, como uma ameaça à estabilidade moral e social, disciplinado por instituições religiosas e médicas e por convenções culturais que buscavam enquadrar seu comportamento dentro de padrões de normalidade

aceitos. Um dos episódios mais documentados pela historiografia da medicina nesse sentido é a construção da histeria, no século XIX, como categoria diagnóstica associada quase exclusivamente a mulheres cujo comportamento, inclusive sexual, desviava das expectativas sociais vigentes. A psiquiatria contemporânea rompeu formalmente com esse tipo de diagnóstico, mas cabe perguntar até que ponto certos resquícios dessa lógica ainda operam na forma como o comportamento sexual associado ao TPB é descrito, pesquisado e, sobretudo, julgado, clínica e socialmente.

Essa continuidade entre controle médico e escrutínio da sexualidade feminina não termina com a superação histórica de práticas como a histerectomia curativa documentada por Vieira (2002). Freud e Breuer (2016 [1893-1895]) propuseram, ainda no final do século XIX, uma explicação psíquica para os sintomas histéricos, deslocando a etiologia do corpo para o psiquismo, mas a sexualidade da paciente permanece como o principal objeto a investigar, interpretar e administrar: os próprios autores reconhecem que a colaboração da paciente exige do médico lidar com sua possível dependência afetiva e sexual em relação a ele, sobretudo quando a análise envolve, em suas palavras, “sequências de pensamentos eróticos” (Freud; Breuer, 2016 [1893-1895]). Mesmo quando a explicação médica se sofistica e abandona intervenções corporais radicais, a sexualidade feminina segue como terreno privilegiado de vigilância e interpretação especializada, o que autoriza a pergunta retomada mais adiante: até que ponto leituras contemporâneas do comportamento sexual no TPB reproduzem, de forma atualizada, essa mesma lógica?

Esse ponto ganha relevância adicional porque o TPB é diagnosticado com frequência muito maior em mulheres nos

contextos clínicos, o que também aparece na composição das amostras da quase totalidade dos estudos revisados na seção anterior, majoritária ou exclusivamente femininas. Essa disparidade pode refletir diferenças reais na expressão do transtorno entre gêneros, mas também vieses de recrutamento, de busca por tratamento e, como sugerem autoras críticas da psiquiatria, vieses no próprio processo diagnóstico, em que comportamentos idênticos podem ser lidos de formas distintas conforme o gênero de quem os apresenta. Gholami Mazinan et al. (2024) e Finkenstaedt et al. (2024) não discutem isso diretamente, mas reconhecem a sensibilidade ética de pesquisar sexualidade em populações com TPB e descrevem cuidados metodológicos específicos para não expor as participantes a situações potencialmente retraumatizantes, o que indica uma preocupação crescente da própria literatura científica com os riscos de instrumentalização e exposição indevida desses corpos e dessas experiências.

Diante desse cenário, este trabalho sustenta que a leitura da sexualidade no TPB precisa navegar entre dois riscos opostos. De um lado, o risco de naturalizar o sofrimento psíquico envolvido no transtorno, tratando-o como mera curiosidade cultural e ignorando o impacto real da instabilidade emocional e relacional na vida de quem é diagnosticado. De outro, o risco de patologizar e moralizar comportamentos sexuais que podem ser, na verdade, expressões desadaptativas de busca de conexão afetiva, de autorregulação emocional ou de enfrentamento de experiências precoces de rejeição e desconexão, e não um simples “descontrole” a corrigir ou julgar. É nessa tensão entre impulsividade e busca de vínculo, lida à luz da evidência clínica e da crítica histórico-social, que se situa a proposta de análise deste artigo.

3. METODOLOGIA

Este trabalho é uma revisão bibliográfica narrativa, de cunho teórico-clínico, sobre a sexualidade no transtorno de personalidade borderline. Optou-se pela revisão narrativa, e não por uma revisão sistemática stricto sensu (em sentido estrito), por ela permitir articular literatura empírica quantitativa, fundamentação teórica clínica (psicodinâmica e cognitivo-comportamental) e discussão crítica histórico-social, combinação pouco compatível com protocolos sistemáticos voltados a sínteses estritamente quantitativas.

A busca foi feita nas bases SciELO, PePSIC, Google Acadêmico, BVS Psicologia e Portal de Periódicos CAPES, com os descritores “transtorno de personalidade borderline”, “borderline personality disorder”, “sexualidade”, “sexuality”, “impulsividade sexual”, “sexual impulsivity”, “apego” e “attachment”, combinados pelos operadores booleanos AND/OR. Foram incluídos artigos empíricos e teóricos publicados entre 2014 e 2025, em português ou inglês, disponíveis na íntegra, que tratassem do TPB (ou de traços borderline, quando sinalizado) em relação a apego, trauma, sexualidade ou comportamento sexual; foram excluídos estudos de caso único, resumos de congresso e trabalhos sem avaliação por pares.

Foram selecionados para leitura integral treze estudos: doze artigos empíricos primários e uma revisão integrativa da literatura, publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados, entre eles BMC Psychiatry, Clinical Psychology & Psychotherapy, Frontiers in Psychology, Aletheia e Jornal Brasileiro de Psiquiatria. A essa base soma-se a fundamentação teórica de referência sobre TPB (American Psychiatric Association, 2014; Gabbard, 2016; Beck; Davis;

Freeman, 2017) e sobre a história da patologização da sexualidade feminina, incluindo sua crítica contemporânea (Vieira, 2002; Freud; Breuer, 2016 [1893-1895]; Fellows, 2023; Green; MacLean; Charles, 2023; Özel et al., 2025).

Dos treze estudos, nove usaram amostras clínicas com diagnóstico de TPB confirmado por avaliação profissional (Askari et al., 2025; Knapen et al., 2025; Erkoreka et al., 2022; Frías et al., 2017; Thadani; Pérez-García; Bermúdez, 2022; Gholami Mazinan et al., 2024; Finkenstaedt et al., 2024; Della Méa; Riva, 2015; Thompson et al., 2019); três usaram amostras comunitárias ou não clínicas, com traços borderline medidos dimensionalmente (Jardin et al., 2017; Bégin et al., 2022; Nunes et al., 2015); e um (Freire et al., 2024) é uma revisão integrativa de outros 23 estudos, não um estudo primário com amostra própria. Dez dos treze foram conduzidos em contextos europeus, norte-americanos, do Oriente Médio ou da Oceania, e três em contexto brasileiro (Della Méa; Riva, 2015; Nunes et al., 2015; Freire et al., 2024). Essa presença de literatura nacional ajuda, mas não resolve, a lacuna de pesquisa brasileira e latino-americana sobre o tema: não foi localizado um estudo nacional de grande porte e amostra clínica voltado especificamente à sexualidade no TPB, nos moldes dos estudos alemães e espanhóis revisados, lacuna à qual se volta nas considerações finais. Essas distinções de amostra e desenho são sinalizadas sempre que os achados correspondentes são discutidos, para evitar generalizações indevidas.

4. OBJETO DE PESQUISA

Esta seção apresenta o objeto de pesquisa deste artigo: os treze estudos selecionados e descritos na Metodologia, cujas características centrais são sintetizadas no Quadro 1, organizado em

ordem alfabética de autoria, antes da análise desenvolvida na seção seguinte. O Quadro 1 sintetiza, de forma comparativa, as principais características metodológicas e os achados centrais dos treze estudos empíricos revisados.

Quadro 1. Síntese dos estudos empíricos revisados sobre apego, trauma, impulsividade e sexualidade no TPB

Autor(es)/ ano	País	Amostra	Tipo de estudo	Variáveis/t ema	Princip resulta
Askari et al. (2025)	Irã	89 pacientes com TPB (amostra clínica)	Transversal correlacion al	Apego, sensibilida de à rejeição, segurança psicológic a/social percebida, gravidade	A segurar psicoló a/social percebi foi o predito mais fo da

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/a-sexualidade-no-transtorno-de-personalidade-borderline-entre-impulsividade-e-busca-de-vinculo?noblockage

Fonte: *elaborado pela autora (2026), com base nos estudos revisados.*

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

5.1. Apego Inseguro e Trauma Como Matriz da Busca por Vínculo no TPB

A leitura conjunta dos estudos sobre apego, trauma e desregulação emocional no TPB (Erkoreka et al., 2022; Knapen et al., 2025; Askari et al., 2025; Frías et al., 2017; Thadani; Pérez-García; Bermúdez, 2022) responde ao primeiro objetivo específico deste trabalho: nenhum desses cinco estudos trata diretamente de sexualidade, mas todos, juntos, constroem a base explicativa sobre a qual a sexualidade impulsiva no TPB pode ser compreendida. O padrão que emerge é consistente: experiências precoces de abuso emocional, negligência e rejeição parecem produzir um estilo de apego ansioso e um esquema nuclear de desconexão/rejeição, que desregulam a vida afetiva e relacional na idade adulta, comprometendo a funcionalidade a ponto de o prejuízo no TPB rivalizar, em magnitude, com o de condições crônicas gravemente incapacitantes (Thadani; Pérez-García; Bermúdez, 2022).

Um achado atravessa vários desses estudos e merece destaque: em pelo menos dois deles (Erkoreka et al., 2022; Gholami Mazinan et al., 2024, esta discutida na próxima subseção), o abuso sexual isolado não apareceu como preditor central da desregulação emocional, da instabilidade de personalidade ou da dissociação sexual, quando comparado a outras formas de maus-tratos, como abuso emocional e negligência, ou à gravidade do próprio quadro borderline. Esse achado desafia uma leitura simplificada, e de certo modo confortável, segundo a qual o comportamento sexual impulsivo no TPB seria consequência direta e linear de trauma sexual prévio. Os dados sugerem outra coisa: que a via explicativa central passa por um comprometimento mais amplo da capacidade de regular afetos e de construir representações estáveis de si e do outro, comprometimento com raízes múltiplas (abuso emocional, negligência física, ansiedade de apego, hipomentalização), não uma causa única e sexualizada.

Esse padrão é corroborado por dados nacionais: Nunes et al. (2015), em amostra brasileira não clínica de 748 participantes, encontraram que só o abuso emocional e a impulsividade predisseram significativamente sintomas de TPB, sem efeito independente do abuso físico ou sexual, replicando, em outro contexto cultural, o mesmo padrão de Erkoreka et al. (2022) e Gholami Mazinan et al. (2024). Esse achado não é consenso: a revisão integrativa de Freire et al. (2024), ao sintetizar 23 estudos internacionais, verificou que o abuso sexual esteve associado ao diagnóstico de TPB em todos os estudos que o investigaram, sendo inclusive o único preditor independente em pelo menos um deles (Sansone et al., 2011, apud Freire et al., 2024). Há, portanto, uma tensão genuína entre linhas de pesquisa: em amostras menores e mais controladas (Erkoreka et al., 2022; Gholami Mazinan et al., 2024; Nunes et al., 2015), o abuso sexual isolado perde peso explicativo diante de outras adversidades e de mecanismos como apego e dissociação; já na síntese de um volume muito maior de estudos internacionais (Freire et al., 2024), ele desponta como o trauma mais consistentemente associado ao TPB. Este artigo assume essa tensão como um limite honesto da revisão disponível, postura que dialoga com a crítica deste trabalho a leituras simplificadoras da sexualidade e do sofrimento no TPB.

5.2. Sexualidade Impulsiva no TPB: Para Além do “Descontrole”

Quanto ao segundo objetivo específico, analisar a relação entre impulsividade sexual e necessidade de vínculo afetivo em pessoas com TPB, os seis estudos diretamente voltados à sexualidade (Gholami Mazinan et al., 2024; Finkenstaedt et al., 2024; Thompson et al., 2019; Della Méa; Riva, 2015; Jardin et al., 2017; Bégin et al., 2022) convergem para uma conclusão que estrutura o argumento central deste artigo. Impulsividade sexual e busca de vínculo não são, no

TPB, fenômenos opostos ou mutuamente excludentes. Elas coexistem com frequência e se explicam mutuamente, ainda que, como mostra o estudo qualitativo brasileiro, essa não seja a única forma pela qual a sexualidade se manifesta no transtorno.

Em amostras clínicas, essa articulação aparece mediada por mecanismos dissociativos. Gholami Mazinan et al. (2024) mostram que a desrealização prediz especificamente maior comportamento sexual impulsivo e maior envolvimento com parceiros sem vínculo, enquanto a conversão parece funcionar como fator protetor, inibindo o envolvimento sexual de risco por meio de desconforto físico, o que sugere que o comportamento sexual impulsivo com parceiros não comprometidos pode surgir justamente quando a pessoa está mais desconectada de si mesma, não necessariamente mais desejosa de vínculo consciente. Finkenstaedt et al. (2024) reforçam essa complexidade ao mostrar que nem a compulsividade sexual nem a gravidade do TPB, isoladamente, explicam por que mulheres com TPB descontam mais o sexo protegido: os autores apontam a necessidade de conexão sexual imediata e o autoacalmento como hipóteses tão ou mais plausíveis quanto a impulsividade pura.

A mesma articulação aparece de forma abrangente no estudo desenvolvimental de Thompson et al. (2019). Jovens com diagnóstico de TPB iniciaram a vida sexual mais cedo, tiveram mais parceiros e usaram menos proteção do que as jovens do grupo controle, mas o achado mais relevante para o argumento deste artigo é outro: essas mesmas jovens relataram, com frequência muito maior, terem sido coagidas ou forçadas a experiências sexuais indesejadas. Esse dado sugere que o padrão de risco sexual documentado nessa população não deve ser lido só como busca ativa, de prazer, de vínculo ou de

autoacalmento. Ele também pode ser expressão, ou consequência, de maior vulnerabilidade à vitimização sexual, o que acrescenta uma camada de complexidade à ideia de que a impulsividade sexual no TPB é puramente agenciada pela pessoa diagnosticada.

O estudo qualitativo brasileiro de Della Méa e Riva (2015) complexifica ainda mais esse quadro. Se Gholami Mazinan et al. (2024) e Finkenstaedt et al. (2024) documentam, por métodos quantitativos, um polo de impulsividade e busca de sexo sem proteção ou sem vínculo, as sete mulheres entrevistadas por Della Méa e Riva (2015) relataram, em sua maioria, o polo oposto: desinteresse sexual, disfunção orgásmica e insatisfação corporal. Esse contraste não invalida os achados quantitativos. Indica, sim, que a sexualidade no TPB não segue um único vetor de impulsividade, mas um espectro que também inclui inibição e sofrimento, talvez conforme o momento do quadro clínico, o uso de medicação ou a história pessoal de cada mulher. Para os objetivos deste artigo, esse achado reforça um ponto: reduzir a sexualidade no TPB a um estereótipo único, seja o da "hipersexualidade descontrolada", seja o da vitimização passiva, não faz justiça à diversidade de experiências relatadas pelas próprias pacientes.

Em amostras não clínicas, a articulação entre impulsividade e vínculo aparece de forma ainda mais específica. Bégin et al. (2022) mostram que a associação com traços borderline mais elevados aparece exclusivamente no perfil que combina impulsividade sexual e ausência de parceiros comprometidos, e não no comportamento sexual de risco em geral: jovens que têm sexo desprotegido dentro de relacionamentos estáveis não se diferenciam do grupo de baixo risco quanto a esses traços. Jardin et al. (2017) acrescentam que o efeito de traços borderline sobre o número de parceiros sexuais só se

sustenta quando mediado pela compulsividade sexual, não como efeito direto. Em outras palavras, o que parece estar associado ao TPB, ou a seus traços, é a dificuldade de sustentar a sexualidade dentro de um vínculo comprometido e estável, não a sexualidade em si nem o desejo, o que remete diretamente à desregulação relacional discutida na subseção anterior.

Tomados em conjunto, esses seis estudos permitem responder à pergunta de pesquisa deste trabalho de forma consistente. A sexualidade no TPB, na literatura revisada, não é bem descrita nem como impulsividade pura, nem como busca de vínculo pura. Ela aparece como um ponto de encontro entre as duas: a impulsividade sexual funciona, com frequência, como uma via desadaptativa, às vezes dissociada da consciência reflexiva, de buscar conexão, autoacalmento ou alívio do sofrimento psíquico diante de uma história relacional marcada por desconexão e rejeição. Essa não é, porém, como mostra o contraponto qualitativo de Della Méa e Riva (2015), a única forma pela qual o sofrimento borderline se expressa no domínio sexual. E não se pode ignorar, como evidencia Thompson et al. (2019), a parcela dessa sexualidade que se desenvolve sob maior exposição a coerção e vitimização sexual.

5.3. Patologização da Sexualidade Feminina: Uma Leitura Crítica à Luz dos Achados

Voltando ao terceiro e ao quarto objetivos específicos, discutir aspectos históricos e sociais do controle da sexualidade feminina e refletir sobre os limites entre manifestação clínica e patologização, a análise integrada dos achados empíricos oferece elementos concretos para essa discussão. O fato de estudos como o de Erkoreka et al. (2022) e de Gholami Mazinan et al. (2024) não

encontrarem o abuso sexual isolado como principal explicador da desregulação emocional ou da dissociação sexual desafia diretamente discursos que reduzem a sexualidade impulsiva no TPB a uma simples “sequela” de vitimização sexual. São discursos que partem de uma intenção compreensiva, mas correm o risco de infantilizar a sexualidade das mulheres diagnosticadas, tirando-lhes agência e reduzindo comportamentos complexos a sintomas de trauma.

Nessa mesma linha, o cuidado metodológico explícito de Gholami Mazinan et al. (2024) e Finkenstaedt et al. (2024) para não expor as participantes a situações potencialmente retraumatizantes, incluindo a escolha de uma narrativa erótica narrada em primeira pessoa por uma mulher, com iniciativa sexual feminina, justamente para reduzir o risco de reproduzir dinâmicas não consensuais, mostra que a própria comunidade científica reconhece a sensibilidade ética de pesquisar sexualidade nessa população. Esse cuidado pode ser lido, no contexto deste artigo, como um contraponto à história mais ampla de objetificação e exposição do corpo feminino em contextos médicos e científicos, da ginecologia do século XIX discutida por Vieira (2002) à própria tradição psicanalítica fundadora (Freud; Breuer, 2016 [1893-1895]). Sugere que é possível produzir conhecimento rigoroso sobre sexualidade no TPB sem reproduzir essa lógica histórica de vigilância e disciplinamento do corpo feminino.

O achado de Bégin et al. (2022) de que 77,7% dos jovens sexualmente ativos da amostra, independentemente do nível de traços borderline, não apresentaram comportamento sexual de risco significativo funciona como contraponto empírico importante a discursos que patologizam genericamente a sexualidade associada

a traços borderline, ou, mais amplamente, a sexualidade feminina fora de normas convencionais de monogamia e estabilidade. Esse dado lembra que, mesmo entre pessoas com traços borderline elevados, a maioria não corresponde ao estereótipo de hipersexualidade descontrolada frequentemente associado ao transtorno no imaginário leigo, e às vezes também no discurso clínico menos cuidadoso.

Esse achado não deve, porém, ser lido como negação da vulnerabilidade real enfrentada por essa população. Thompson et al. (2019) mostram que jovens com TPB relatam taxas significativamente mais altas de coerção sexual do que suas pares sem o transtorno. Reconhecer a agência das mulheres com TPB em sua vida sexual não é incompatível com reconhecer que parte dessa mesma sexualidade se desenvolve em contextos de maior exposição a violência e coerção. As duas coisas, agência e vulnerabilidade, precisam ser sustentadas ao mesmo tempo, para que a leitura clínica não caia nem na patologização generalizante, nem na romantização ingênua do risco.

Por fim, o modo como Thompson et al. (2019) tratam a diversidade de identidade e atração sexual entre as jovens com TPB de sua amostra oferece um contraponto teórico relevante. As autoras encontraram maior indefinição quanto à identidade e à atração sexual no grupo com TPB, mas evitam uma leitura causal simplista, afirmando explicitamente que “não se segue que pessoas que se identificam como não heterossexuais tenham mais probabilidade de ter TPB” (tradução livre). A hipótese alternativa que propõem é um modelo de estresse de minoria: pessoas com identidade sexual menos normativa estariam mais expostas à invalidação social, e seria essa exposição, não a identidade sexual em si, que contribuiria para

a desregulação emocional característica do TPB. Essa inversão do sentido causal habitual, de “a pessoa tem TPB e por isso sua sexualidade é instável” para “a exposição à invalidação social por sexualidade não normativa contribui para a desregulação emocional”, está entre as formulações mais alinhadas à proposta crítica deste trabalho: desloca a explicação de um déficit interno e individual para um mecanismo social e relacional, sem negar o sofrimento vivido por essas jovens.

Essa mesma coerção sexual documentada por Thompson et al. (2019) foi alvo de crítica mais radical por parte de Fellows (2023), numa análise de discurso foucaultiana. A autora argumenta que a sexualidade “borderline” é construída, no texto de Thompson et al., por um paradoxo de labilidade e responsabilização: a jovem diagnosticada é representada ao mesmo tempo como facilmente manipulável, sem agência genuína sobre a própria sexualidade, e como responsável pelos riscos dela decorrentes. Segundo Fellows (2023), ao descrever a coerção sexual sofrida por essas jovens como “um problema clínico que requer manejo”, o estudo desloca o foco de quem cometeu a violência para a condição psiquiátrica de quem a sofreu. É um alerta pertinente, ainda que a proposta de Fellows (2023) vá além do que aqui se sustenta: a autora conclui pela necessidade de contestar a própria validade do diagnóstico de TPB, posição mais radical do que a assumida neste artigo. Ainda assim, o alerta sobre o risco de individualizar a violência sexual como sintoma reforça a cautela já defendida aqui quanto à leitura da sexualidade impulsiva e de risco no TPB.

Essa preocupação com o peso do gênero no processo diagnóstico encontra sustentação empírica mais ampla do que o recorte sobre sexualidade no TPB. Özel et al. (2025), em estudo com 250

psiquiatras turcos que avaliaram vinhetas clínicas idênticas atribuídas a pacientes descritos como homens ou mulheres, encontraram que uma paciente com sintomas de transtorno de personalidade antissocial tinha 5,1 vezes mais chance de receber diagnóstico equivocado do que um paciente homem com o mesmo quadro (razão de chances = 5,14; $p < 0,001$), recebendo quase sempre, em vez do diagnóstico correto, o diagnóstico de TPB; não houve diferença significativa na taxa de erro diagnóstico entre homens e mulheres com sintomas de TPB propriamente dito. Os autores atribuem esse padrão ao peso de gênero dos próprios critérios diagnósticos do DSM: traços como agressividade tendem a ser lidos como mais tipicamente masculinos, e instabilidade afetiva e dependência relacional como mais tipicamente femininas, de modo que mulheres com sintomas antissociais acabam reclassificadas, na prática clínica, como portadoras de TPB. A crítica histórica de Kaplan (1983 apud Özel et al., 2025) é retomada pelos autores: a força-tarefa responsável pela terceira edição do DSM era majoritariamente masculina e codificou noções masculinas de comportamento saudável, de modo que mulheres cujo comportamento desviasse desses padrões tinham mais chance de receber um diagnóstico como o de TPB.

Resultado convergente aparece em Green, MacLean e Charles (2023). Ao apresentar a 108 clínicos vinhetas idênticas de narcisismo vulnerável (caracterizado por vergonha, baixa autoestima e hipersensibilidade, em contraste com a grandiosidade tipicamente associada ao diagnóstico de transtorno narcisista no DSM-5), os pesquisadores encontraram que os clínicos atribuíram o diagnóstico de TPB com frequência significativamente maior a pacientes mulheres do que a pacientes homens apresentando os mesmos sintomas ($p = 0,032$). Clínicos de orientação psicodinâmica e com

mais tempo de experiência clínica também foram significativamente mais propensos a reconhecer esses mesmos sintomas vulneráveis como narcisismo, em vez de os atribuir automaticamente ao TPB. As autoras argumentam que a sobreposição entre narcisismo vulnerável e sintomas tradicionalmente associados a diagnósticos tipicamente femininos, como o TPB, pode levar a uma leitura de gênero da patologia que não corresponde necessariamente à apresentação clínica real, e defendem a adoção de modelos dimensionais de personalidade, em vez de categorias diagnósticas discretas, como caminho para reduzir esse tipo de viés.

Em síntese, a análise integrada sustenta a tese central deste artigo: a sexualidade no TPB é mais bem compreendida como um fenômeno multideterminado, no qual impulsividade, desregulação emocional, dissociação e busca de vínculo afetivo se entrelaçam de formas específicas, nem sempre lineares. Sua leitura clínica e acadêmica precisa resistir tanto à tentação de reduzi-la a um sintoma isolado de trauma sexual quanto à tentação de moralizá-la a partir de expectativas normativas sobre como a sexualidade feminina "deveria" se expressar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender a relação entre sexualidade, impulsividade e busca por vínculos afetivos no transtorno de personalidade borderline, discutindo criticamente possíveis processos de patologização da sexualidade feminina. A revisão de literatura permite responder à pergunta que orientou este estudo: de que maneira a literatura científica compreende a relação entre sexualidade, impulsividade, busca de vínculo afetivo e

processos de patologização da sexualidade feminina no TPB? A resposta recusa a dicotomia inicialmente sugerida pelo próprio tema. Impulsividade e busca de vínculo não são polos opostos no comportamento sexual associado ao TPB. Elas coexistem com frequência, articuladas por mecanismos de apego ansioso, dissociação e desregulação emocional decorrentes de experiências precoces de desconexão e rejeição.

Os quatro objetivos específicos foram contemplados ao longo do trabalho. A literatura científica revisada descreve a sexualidade no TPB predominantemente por meio de estudos quantitativos que associam o transtorno, ou traços borderline, a padrões específicos de comportamento sexual de risco, sobretudo impulsividade e envolvimento com parceiros não comprometidos. A relação entre impulsividade sexual e necessidade de vínculo mostrou-se mediada por mecanismos dissociativos e por dificuldades de regulação emocional, não redutível a uma simples falta de controle. Os aspectos históricos e sociais do controle da sexualidade feminina, discutidos ao longo da fundamentação teórica, oferecem uma chave crítica para questionar leituras patologizantes que extrapolam os critérios clínicos. E a reflexão sobre os limites entre manifestação clínica e patologização apontou para a necessidade de uma escuta clínica sensível às experiências subjetivas de desejo e vínculo, que reconheça o sofrimento envolvido no TPB sem reduzir a sexualidade das pessoas diagnosticadas a um sintoma a corrigir ou julgar moralmente.

Entre as limitações desta revisão estão: a quase totalidade dos estudos empíricos analisados usa amostras exclusivamente ou predominantemente femininas, o que impede conclusões sobre como esses processos se manifestam em homens e pessoas de

outros gêneros diagnosticados com TPB; os desenhos são majoritariamente transversais, o que impede estabelecer relações causais entre trauma, apego, dissociação e comportamento sexual; e a dependência de instrumentos de autorrelato em praticamente todos os estudos introduz possíveis vieses de memória e de desejabilidade social. Além disso, embora esta revisão tenha localizado e incorporado três estudos brasileiros, como já apontado na metodologia, não foi localizado um estudo brasileiro ou latino-americano de grande porte e amostra clínica voltado especificamente à sexualidade no TPB. Essa ainda é uma lacuna relevante: a patologização histórica da sexualidade feminina discutida neste trabalho tem contornos culturais específicos no Brasil, atravessados também por marcadores de raça e classe social, que mereceriam investigação empírica própria.

Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se: (a) novos estudos empíricos com amostras clínicas brasileiras voltados especificamente à sexualidade no TPB, ampliando a iniciativa qualitativa já realizada no país, e permitindo dialogar com as especificidades socioculturais locais; (b) estudos longitudinais que investiguem a direção causal entre apego, dissociação e comportamento sexual ao longo do curso do transtorno; (c) mais estudos qualitativos que privilegiem a narrativa em primeira pessoa de pessoas diagnosticadas com TPB sobre sua própria sexualidade, na linha do que já foi feito no Brasil, complementando os dados quantitativos aqui revisados com a dimensão subjetiva do desejo e do vínculo; e (d) estudos que incluam homens e pessoas de gêneros diversos diagnosticados com TPB, para testar se os padrões aqui identificados são específicos de mulheres ou refletem o transtorno de forma mais ampla. Conclui-se, por fim, que compreender a sexualidade no TPB exige manter em tensão produtiva duas coisas:

o reconhecimento do sofrimento psíquico real vivido pelas pessoas diagnosticadas, e a recusa a discursos que, sob o verniz da linguagem clínica, reproduzem antigas formas de regulação e moralização do corpo e do desejo femininos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

ASKARI, S.; ZAKERI, H.; HERMIS, A. H.; XU, W.; WIDOWATI, R.; MOHAMMADMEHR, R. Is adults' borderline personality disorder associated with their attachment experiences, rejection and mental security? A cross-sectional study. BMC Psychiatry, v. 25, n. 490, 2025.

BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 440 p.

BÉGIN, M.; ENSINK, K.; BELLAVANCE, K.; CLARKIN, J. F.; NORMANDIN, L. Risky sexual behavior profiles in youth: associations with borderline personality features. Frontiers in Psychology, v. 12, n. 777046, 2022.

DELLA MÉA, C. P.; RIVA, F. Expressões da sexualidade feminina no transtorno de personalidade borderline. Aletheia, v. 46, p. 103-119, 2015.

ERKOREKA, L.; ZAMALLOA, I.; RODRIGUEZ, S.; MUÑOZ, P.; MENDIZABAL, I.; ZAMALLOA, M. I.; ARRUE, A.; ZUMARRAGA, M.; GONZALEZ-TORRES, M. A. Attachment anxiety as mediator of the

relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 29, n. 2, p. 501-511, 2022.

FELLOWS, N. K. The lability and liability of female “borderline” sexuality: a feminist Foucauldian discourse analysis of Thompson et al.’s (2017) “Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology”. Journal of Psychosocial Studies, v. 16, n. 2, p. 163-178, 2023.

FINKENSTAEDT, M.; BIEDERMANN, D.; SCHRÖDER, J.; GHOLAMI MAZINAN, R.; FUSS, J.; BIEDERMANN, S. V. Delay discounting of protected sex and compulsive sexual behavior in women with borderline personality disorder. Journal of Behavioral Addictions, v. 13, n. 1, p. 250-261, 2024.

FREIRE, J. V. C.; CERQUEIRA, A. C.; MOREIRA, B. S.; GLUSTAK, M. E.; CAL, S. F. L. M. Trauma infantil e Transtorno de Personalidade Borderline: uma revisão integrativa da literatura. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 73, n. 1, e20230021, 2024. DOI: 10.1590/0047-2085-2023-0021.

FREUD, S.; BREUER, J. Estudos sobre a histeria (1893-1895). Tradução: Laura Barreto. Obras completas, v. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FRÍAS, Á.; NAVARRO, S.; PALMA, C.; FARRIOLS, N.; ALIAGA, F.; SALVADOR, A.; ALUCO, E.; MARTÍNEZ, B.; SOLVES, L. Early maladaptive schemas associated with dimensional and categorical psychopathology in patients with borderline personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy, p. 1-12, 2017.

GABBARD, G. O. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 652 p.

GHOLAMI MAZINAN, R.; DUDEK, C.; WARKENTIN, H.; FINKENSTAEDT, M.; SCHRÖDER, J.; MUSIL, R.; KRATZER, L.; FUSS, J.; BIEDERMANN, S. V. Borderline personality disorder and sexuality: causes and consequences of dissociative symptoms. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, v. 11, n. 8, 2024.

GREEN, A.; MACLEAN, R.; CHARLES, K. Clinician perception of pathological narcissism in females: a vignette-based study. Frontiers in Psychology, v. 14, e1090746, 2023.

JARDIN, C.; SHARP, C.; GAREY, L.; VANWOERDEN, S.; CRIST, N.; ELHAI, J. D.; ZVOLENSKY, M. J. Compelled to risk: does sexual compulsivity explain the connection between borderline personality disorder features and number of sexual partners? Journal of Personality Disorders, v. 31, n. 6, p. 738-752, 2017.

KNAPEN, S.; MENSINK, W.; HOOGENDOORN, A.; SWILDENS, W.; DUITS, A.; HUTSEBAUT, J.; BEEKMAN, A. Associations between childhood trauma and epistemic trust, attachment, mentalizing, and symptoms of borderline personality disorder. Psychopathology, v. 58, n. 3, p. 187-198, 2025.

NUNES, F. L.; REZENDE, H. A.; SILVA, R. S.; ALVES, M. M. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 11, n. 2, 2015.

ÖZEL, B.; KARAKAYA, E.; KÖKSAL, F.; ALTINOZ, A. E.; YILMAZ-KARAMAN, I. G. Gender bias of antisocial and borderline personality

disorders among psychiatrists. Archives of Women's Mental Health, v. 28, n. 3, p. 563-571, 2025.

THADANI, B.; PÉREZ-GARCÍA, A. M.; BERMÚDEZ, J. Functional impairment in borderline personality disorder: the mediating role of perceived social support. Frontiers in Psychology, v. 13, n. 883833, 2022.

THOMPSON, K. N.; BETTS, J.; JOVEV, M.; NYATHI, Y.; MCDOUGALL, E.; CHANEN, A. M. Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. Early Intervention in Psychiatry, v. 13, n. 3, p. 502-508, 2019.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 84 p. (Coleção Antropologia e Saúde).

---

[1] Graduanda em Psicologia pela Faculdade Maria Thereza (FAMATH), Niterói, RJ. Endereço: Av. Visconde do Rio Branco, 869, São Domingos, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.