

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Processos Cognitivos na Anorexia Nervosa: Comparação entre adolescentes e adultas

Inês Sofia Alves dos Santos

M

2026



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**PROCESSOS COGNITIVOS NA ANOREXIA NERVOSA: COMPARAÇÃO
ENTRE ADOLESCENTES E ADULTAS**

Inês Sofia Alves dos Santos

Junho 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Filipa Mucha Vieira** (FPCEUP).

Avisos Legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, a autora declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho.

Em particular, utilizou-se o ChatGPT e o Gemini para efeitos de tradução e estruturação de textos, apoio na utilização do *software* SPSS e orientações estatísticas e escrita de resultados estatísticos. O recurso a estas ferramentas limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da Dissertação integralmente da responsabilidade da autora.

Agradecimentos

As primeiras palavras de agradecimento dedico-as à professora Filipa Vieira que sempre me transmitiu a calma e a segurança que eu precisava, aliando-as ao enorme conhecimento que possuí e não hesita em partilhar.

Quero também agradecer a todas as mulheres, que sem hesitar, deram o seu contributo para esta investigação. Sem elas este trabalho não se teria concretizado.

Ao meu orientador de estágio Dr. Rui Ramos ficarei eternamente grata por todo o conhecimento que me transmitiu e o apoio que me deu na dissertação. A humildade, a sabedoria e a humanidade que demonstrou diariamente guiarão sempre o meu caminho profissional.

À minha amiga de curso Rita quero agradecer o companheirismo, a ajuda e a compreensão que sempre teve para comigo. Foi um dos presentes mais bonitos que a Psicologia me deu.

Um obrigada à minha família, em particular aos meus pais e ao meu irmão, que viram este sonho crescer e deram o melhor de si para o tornar realidade, dando-me o colo e o apoio de que precisava.

O Vicente e a Matilde com a sua inocência e no meio de tantas brincadeiras deram-me toda a força de que precisei. Foram colo, afeto, reciprocidade e sinceridade. Espero nunca vos desiludir e conseguir retribuir-vos o amor que me dão todos os dias. Obrigada por fazerem de mim a tia mais feliz do mundo.

Ao Daniel devo tudo aquilo que tenho vindo a conquistar. Com ele aprendi a lutar, a acreditar e a amar. Aprendi que casa pode ser uma pessoa. Um obrigado nunca chegará.

À estrela que guiou todo este caminho fico eternamente agradecida por ter sido o combustível secreto desta longa viagem.

A conclusão desta dissertação representa dedicação, resiliência e o concretizar de um sonho de menina. Por isso, tenho de agradecer à Inês de há 14 anos, que sonhou com este dia e que nunca desistiu de si nem dos seus sonhos.

Resumo

O presente estudo integra o projeto internacional I-CAN, e tem como objetivo avaliar e comparar a forma como o pensamento perseverativo (ruminação), a flexibilidade cognitiva e o perfeccionismo clínico se manifestam em adolescentes e adultas com anorexia nervosa (AN), de forma a compreender o papel destes processos no curso e manutenção da doença. Participaram 42 mulheres com idades compreendidas entre os 14 e os 56 anos, das quais 16 integram o grupo de menores de idade e 26 o das adultas. Recorreu-se à análise de correlação entre as variáveis e à análise multivariada de variância para verificar a existência de diferenças entre os grupos. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas nos processos cognitivos, considerando o grupo etário. Na análise dessas diferenças, verificaram-se níveis mais elevados de ruminação nas participantes adultas comparativamente com as adolescentes. Contudo, na flexibilidade cognitiva e no perfeccionismo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A análise correlacional revelou que, no grupo das adolescentes, a idade se associa positivamente à ruminação, enquanto nas adultas este padrão não se observa. Adicionalmente, nas adultas, níveis mais elevados de ruminação correlacionaram-se com menor flexibilidade cognitiva. Em conjunto, estes resultados sugerem que, embora estes processos cognitivos estejam presentes desde a adolescência, a sua expressão tende a tornar-se mais estável ao longo da idade adulta. Na adolescência, a ruminação mostra maior variabilidade e sensibilidade ao desenvolvimento, enquanto na adultez surge como um padrão mais consolidado e associado a menor flexibilidade cognitiva. Estes dados reforçam a importância de intervenções precoces dirigidas ao funcionamento cognitivo na AN, de modo a prevenir a estabilização de estilos de pensamento desadaptativos.

Palavras-chave: pensamento perseverativo, flexibilidade cognitiva, perfeccionismo e anorexia nervosa

Abstract

Enrolled in the I-CAN international project, this study aims to evaluate and compare how perseverative thinking (rumination), cognitive flexibility and clinical perfectionism express in female adolescents and adult women with Anorexia Nervosa (AN). The main goal was to understand the role of these processes throughout the stages of the disease. Ranging between 14 and 56 years old, 42 participants took part in this study - from those, 16 were placed in the adolescent's group, while the remaining 26 formed the adult one. Both correlation analysis between the variables and multivariate analysis of variance were used to check for potential differences across the two groups. The results showed statistically significant differences in the analysed cognitive processes between the groups. Higher levels of rumination were observed in the adult group compared to the adolescents. For both cognitive flexibility and perfectionism, no statistically significant differences were found across the groups. The correlation analysis revealed that age was positively associated with rumination for the adolescent's group, whereas for the adult group this pattern was not present. Moreover, among adults, higher levels of rumination were linked with lower cognitive flexibility. These findings suggest that despite being present since adolescence, the expression of these cognitive processes tends to become more stable throughout adulthood. Rumination showed greater variability and developmental sensitivity in the younger group, while showing a more consolidated pattern and associated with reduced cognitive flexibility for the adults. Therefore, these results strengthen the importance of early targeted interventions addressing the cognitive function in AN, to prevent the consolidation of non-adaptive thinking styles.

Keywords: perseverative thinking, cognitive flexibility, perfectionism, Anorexia Nervosa

Índice

1. Introdução	1
2. Método	5
2.1. Apresentação do Projeto de Investigação	5
2.2. Participantes	6
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados	6
2.3.1 Questionário sociodemográfico e clínico	7
2.3.2 Ruminação	7
2.3.3 Perfeccionismo	7
2.3.4 Flexibilidade Cognitiva	8
2.4. Procedimento de Recolha de Dados	8
2.5. Procedimento de Análise de Dados	9
3. Resultados	10
3.1 Comparação entre grupos	10
3.2. Correlação entre as variáveis	11
4. Discussão	12
5. Referências	17

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Estatísticas descritivas das variáveis dependentes por grupo etário</i>	10
Tabela 2 <i>Resultados da MANOVA e testes de efeitos entre-sujeitos para o grupo etário</i>	11
Tabela 3 <i>Matriz de correlações de Pearson por grupo etário</i>	12

1. Introdução

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI), caracterizam-se por alterações persistentes no comportamento alimentar que comprometem o funcionamento físico e psicossocial dos indivíduos (American Psychiatric Association, 2013). Entre os diferentes tipos de PAI, destaca-se a anorexia nervosa (AN), que pode apresentar-se nas formas restritiva ou purgativa, caracterizada por ingestão calórica inferior ao adequado para a faixa etária, resultando num índice de massa corporal (IMC) inferior ao considerado saudável (American Psychiatric Association, 2013). Esta perturbação caracteriza-se por um medo exacerbado de engordar associado a comportamentos orientados para a perda de peso, mesmo já estando com um IMC baixo (American Psychiatric Association, 2013). A autoavaliação dos indivíduos é centrada na sua imagem corporal, observando-se uma distorção da mesma (American Psychiatric Association, 2013).

Dados sobre a prevalência da AN indicam que a faixa etária de maior prevalência encontra-se entre os 15 e os 24 anos (Shen et al., 2025). A nível global, verificou-se um aumento gradual da taxa de incidência desta doença entre 1990 e 2021, passando de 45,32 para 47,75 casos por 100.000 habitantes. Na Europa Ocidental, este incremento foi mais pronunciado, sugerindo que regiões de nível socioeconómico mais elevado continuam a concentrar uma maior carga epidemiológica da doença, fenómeno que poderá estar relacionado com a interação e influência de fatores socioculturais, maior sensibilização clínica, melhor acesso aos serviços de saúde e sistemas de vigilância epidemiológica mais robustos (Shen et al., 2025).

Tanto a adolescência (Bakalar et al., 2015; Ferrario et al., 2025; Ferreiro et al., 2011; Gander et al., 2015) como a transição para a vida adulta são períodos particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de AN (Bakalar et al., 2015; Ferrario et al., 2025). A puberdade caracteriza-se por um conjunto de alterações corporais normativas que ocorrem num contexto de crescente sensibilidade à avaliação social, constituindo um fator de risco adicional para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Ferreiro et al., 2011). Nas raparigas, por exemplo, o aumento da gordura corporal e o alargamento das ancas podem acentuar o afastamento face ao ideal de magreza socialmente valorizado (Walker et al., 2014). Nos rapazes, tem sido descrita uma crescente pressão sociocultural relacionada com ideais de muscularidade e baixo

teor de gordura corporal. A atratividade física parece fazer parte da construção da identidade pessoal dos adolescentes (Ferreiro et al., 2011), sendo colocado um peso adicional ao corpo e à sua forma. Estas transformações físicas são frequentemente acompanhadas pelo início dos relacionamentos amorosos e por uma maior importância atribuída à integração e aceitação no grupo de pares (Paxton et al., 2005). Os jovens adultos, por sua vez, tendem a enfrentar desafios desenvolvimentais adicionais, como a saída de casa dos pais, a entrada no mercado de trabalho, ou o estabelecimento de relações conjugais (Holland et al., 2013). Nestas fases têm sido descritas dificuldades na comunicação familiar que podem comprometer a identificação precoce de sinais de alerta associados à AN (Speciani et al., 2021). Esta interação entre mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, características deste período do ciclo vital, cria um contexto de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da perturbação. O início precoce da AN, comparativamente com inícios mais tardios, está associado a consequências clínicas mais severas, especificamente alterações neurodesenvolvimentais, cognitivas, e metabólicas mais graves, assim como uma duração mais prolongada da doença (Ferrario et al., 2025) e níveis mais elevados de distorção da imagem corporal (Jenkins et al., 2020).

A literatura tem amplamente documentado que o desenvolvimento da AN resulta da interação complexa de múltiplos fatores de risco, nomeadamente fatores biológicos (e.g., predisposição genética, alterações neurobiológicas) (Bakalar et al., 2015; Ferrario et al., 2025; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Morre & Bulik, 2007; Torres et al., 2011; Voderholzer et al., 2025) fatores psicológicos (e.g., perfeccionismo, rigidez cognitiva, baixa autoestima, dificuldades na regulação emocional) e ambientais (e.g., experiências precoces de crítica ou controlo parental, pressão sociocultural para a magreza) (Bakalar et al., 2015; Ferrario et al., 2025; Forman, M. & Davis, W. N., 2000; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Morre & Bulik, 2007; Torres et al., 2011; Voderholzer et al., 2025). Nas sociedades ocidentais, os fatores socioculturais parecem assumir um papel muito relevante (Striegel-Morre & Bulik, 2007), sobretudo quando a magreza é culturalmente valorizada, criando pressões acrescidas que intensificam as preocupações com a imagem corporal (Haynos & Fruzzetti, 2011; Polivy & Herman, 2002; Striegel-Morre & Bulik, 2007; Voderholzer et al., 2025). O género feminino é identificado como um fator de risco para a AN (Eden, et al., 2021), uma vez que tende a estar mais exposto e a ser mais vulnerável a estas pressões. Os homens são

frequentemente menos diagnosticados com AN ou esse diagnóstico dá-se mais tardiamente (Voderholzer et al., 2025).

Do ponto de vista emocional, pessoas com AN tendem a apresentar crenças negativas relativamente à expressão emocional, manifestando uma baixa percepção e pouca clareza das suas emoções (Oldershaw et al., 2015). Há dados que sugerem uma maior vulnerabilidade emocional e dificuldades significativas ao nível da regulação emocional, as quais se configuram como fatores relevantes na manutenção da perturbação (Haynos & Fruzzetti, 2011).

O surgimento de emoções negativas parece ser bastante frequente na AN (Oldershaw et al., 2011; Torres et al., 2011), dominando a experiência afetiva destas pessoas (Torres et al., 2011). Neste sentido, diversos autores sugerem que os comportamentos alimentares adotados na AN funcionam como estratégias de *coping*, permitindo deslocar a atenção da vivência emocional negativa para o corpo e para o controlo da alimentação (Becker-Stoll & Gerlinghoff, 2004; Gulliksen et al., 2017; Overton et al., 2005). A literatura aponta para uma associação positiva entre perturbações alimentares e a utilização de estratégias de regulação emocional desadaptativas, como o evitamento (Haynos & Fruzzetti, 2011; Overton et al., 2005), a supressão, a ruminação ou comportamentos autodestrutivos (Haynos & Fruzzetti, 2011). Estas estratégias são experienciadas como funcionais pelos indivíduos com AN, uma vez que proporcionam um alívio imediato do sofrimento emocional (Haynos & Fruzzetti, 2011; Hatch et al., 2010).

Perante esta desregulação emocional, a ruminação, isto é, os pensamentos repetitivos, não intencionais e difíceis de minimizar sobre a alimentação, o peso e a forma corporal (Martin & Tesser, 1996 citado por Miles et al., 2023; Startup et al., 2013), podem assumir um papel central na manutenção (Cowdrey & Park 2012; Dondzilo et al., 2016) ou agravamento da sintomatologia associada às PAI (Dondzilo et al., 2016). Os estudos indicam que indivíduos com AN apresentam níveis particularmente elevados de ruminação (Startup et al., 2013). Este pensar de forma repetitiva e circular amplifica as emoções negativas e reforça os comportamentos restritivos (Cowdrey & Park 2012; Dondzilo et al., 2016; Haynos & Fruzzetti, 2011; Torres et al., 2011). Os indivíduos podem ficar presos em comparações ou em modelos negativos acerca de si próprios, o que compromete a capacidade de formular pensamentos alternativos mais adaptativos (Startup et al., 2013).

O perfeccionismo surge também como uma característica central na manifestação (Egan et al., 2011; Halmi et al., 2000; Holland et al., 2013; Wade et al., 2016) e manutenção das PAI (Egan et al., 2011; Holland et al., 2013; Wade et al., 2016), apresentando valores mais elevados em indivíduos com AN do que em pessoas saudáveis (Dahlenburg et al., 2019; Moor et al., 2004; Sutandar-Pinnock et al., 2003). Por perfeccionismo entende-se um traço multidimensional caracterizado por padrões de desempenho excessivamente elevados e uma autoavaliação baseada no cumprimento desses padrões independentemente das consequências negativas que possam advir (Fairburn et al., 2003; Shafran et al., 2002; Miles et al., 2022). Os fracassos alimentam a visão negativa de si mesmos, por lhes ter sido dedicada especial atenção em detrimento dos sucessos (Shafran et al., 2002). Este traço contribui para a rigidez cognitiva, o autocontrolo extremo e os comportamentos restritivos presentes na AN, podendo ainda interferir nos estilos de pensamento e nas competências para a resolução de problemas (Buzzichelli et al., 2018). O perfeccionismo pode assumir um papel disfuncional, associando-se a estados de ansiedade, dificuldades de concentração, efeitos adversos na saúde e a um maior isolamento social (Shafran et al., 2000). Esta característica de personalidade pode também interferir na forma como os sujeitos percecionam a pressão externa para corresponder às expectativas da sociedade, manifestando-se em preocupações com a imagem corporal (Hicks et al., 2022). Perante objetivos elevados pode emergir e cristalizar-se um pensamento inflexível, tornando o perfeccionismo desadaptativo (Hicks et al., 2022). Esta inflexibilidade cognitiva é mais acentuada em casos de AN de início precoce comparativamente com início tardio (Jenkins et al., 2020).

Segundo algumas pesquisas, a reduzida flexibilidade cognitiva parece estar associada à manutenção e gravidade da sintomatologia da AN (Rodgers et al., 2023; Tchanturia et al., 2013), bem como à dificuldade na evolução psicoterapêutica (Tchanturia et al., 2013). A literatura aponta ainda que estádios mais prolongados de AN se associam a alterações neuropsicológicas mais persistentes, que podem deixar uma espécie de “cicatriz” cognitiva, mais duradoura, que contribui para dificuldades acrescidas na recuperação em casos de doença prolongada (Saure et al., 2020).

A combinação e interação dos múltiplos fatores etiológicos envolvidos nas PAI, nomeadamente na AN, tornam difícil isolar o contributo específico de cada variável, uma vez que estes fatores se manifestam de forma heterogénea e única em cada indivíduo (Anderluh et al., 2009; Polivy & Herman, 2000). Ainda assim, a literatura

tem vindo a identificar um conjunto de processos cognitivos, nomeadamente a ruminação, o perfeccionismo e a reduzida flexibilidade cognitiva, como elementos transversais e consistentes na AN, sugerindo que estes mecanismos podem interagir e reforçar-se mutuamente ao longo do curso da perturbação (Miles et al., 2023). A análise conjunta destes processos é, portanto, fundamental para compreender de que forma contribuem para a manutenção da doença e para a variabilidade clínica observada entre diferentes grupos etários.

A pertinência do presente estudo decorre da escassez de investigação que explore simultaneamente estes três processos cognitivos em amostras clínicas portuguesas, bem como da necessidade de compreender se a idade e a duração da doença influenciam a sua expressão, isto é, se determinados padrões cognitivos se intensificam, estabilizam ou diferem consoante a fase da vida e o tempo de evolução da doença. Embora o presente trabalho não tenha um desenho longitudinal, a comparação entre adolescentes e adultos com diagnóstico de AN permite uma análise preliminar das eventuais diferenças associadas ao desenvolvimento e ao curso da perturbação.

Assim, o objetivo geral deste estudo é analisar os processos cognitivos, numa amostra clínica de adolescentes e adultas com diagnóstico de AN. Para tal, definiram-se os seguintes objetivos específicos: (1) avaliar e comparar os níveis de pensamento perseverativo (ruminação), perfeccionismo clínico e flexibilidade cognitiva entre adolescentes e adultas com AN; (2) Explorar a relação entre os processos cognitivos avaliados, a idade e a duração da doença para cada grupo, de modo a compreender o papel destes processos no curso e manutenção da AN.

2. Método

2.1. Apresentação do Projeto de Investigação

O presente estudo integra o projeto de investigação internacional multicêntrico “Investigação dos fatores causais e de manutenção da anorexia nervosa (I-CAN)”, orientado pela Universidade de Melbourne, na Austrália, com a direção da Prof. Andrea Philipou. Em Portugal, o projeto está a ser implementado pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), sob a coordenação da Prof. Doutora Sandra Torres e da Prof. Filipa Vieira, contando com a colaboração de

várias instituições parceiras. O presente trabalho incide exclusivamente na análise quantitativa das amostras clínicas, não recorrendo à totalidade do material recolhido no âmbito do projeto. Serão apresentados apenas os instrumentos de avaliação utilizados para responder aos objetivos específicos definidos para este estudo.

2.2. Participantes

A amostra é constituída por 42 participantes do sexo feminino diagnosticadas com AN com idades compreendidas entre os 14 e os 56 anos, das quais 16 integram o grupo de menores de idade ($M = 16.13$; $SD = 0.89$) e 26 o grupo das adultas ($M = 29.23$; $SD = 10.96$). Quanto ao IMC, no grupo das participantes menores de idade este varia entre 16.60 e 25.40 ($M = 18.58$; $SD = 3.01$) e nas adultas entre 12.00 e 26.10 ($M = 16.98$; $SD = 3.49$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(40) = 1.52$, $p = .137$, 95% IC [-0.53, 3.73]). Na totalidade da amostra predomina o subtipo restritivo (83,3%). Para o grupo das adolescentes a média da idade de início da AN foi aproximadamente os 14 anos ($SD = .40$) e no grupo das adultas aproximadamente aos 22 anos ($SD = 2.07$). Quanto à duração da doença, esta varia entre 1 e 5 anos no grupo das participantes menores ($M = 2.19$; $SD = 1.33$), e entre 1 e 31 anos no grupo das adultas ($M = 10.38$; $SD = 8.65$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t(40) = -3.75$, $p < .001$, 95% IC [-12.62, -3.77], $d = -1.19$). Relativamente aos internamentos, enquanto indicador da gravidade clínica, verificou-se no histórico clínico que 37,5% das participantes menores de idade já tinham sido internadas, contrastando com 61,5% das adultas. No momento da recolha de dados, nenhuma participante do grupo das adolescentes encontrava-se internada, enquanto 50% das adultas estavam em regime de internamento. Relativamente ao nível de escolaridade, todas as participantes do grupo de menores de idade são estudantes do 3º ciclo ou ensino secundário. No grupo das adultas, 38,5% tem licenciatura e 30,8% são estudantes do ensino superior.

2.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de instrumentos de autorrelato preenchidos em papel.

2.3.1 Questionário sociodemográfico e clínico

O questionário sociodemográfico, construído no âmbito do projeto do qual este estudo faz parte, incluiu questões sociodemográficas relativas à idade, sexo, nacionalidade, nível de escolaridade, entre outras, bem como questões clínicas referentes à caracterização do diagnóstico, tratamentos e curso da doença.

2.3.2 Ruminação

O pensamento negativo perseverativo (ruminação) foi medido com recurso ao *Perseverative Thinking Questionnaire -15* (PTQ- 15; Ehrling et al., 2011; versão portuguesa de Chaves et al., 2013), um questionário de autorrelato, composto por 15 itens, respondidos numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos que variam entre 0 (*Nunca*) e 4 (*Quase sempre*). A pontuação total obtém-se com a soma dos valores de todos os itens, sendo que *scores* mais elevados são indicativos de maiores níveis de ruminação (Ehrling et al., 2011). Este instrumento foca-se em avaliar o pensamento negativo perseverativo (Ehrling et al., 2011).

Na versão original do estudo, os 15 itens foram subdivididos em três fatores: (1) características de pensamento negativo repetitivo (repetitivo, intrusivo e de difícil afastamento); (2) Improdutividade; (3) Consumo de capacidade mental (Ehrling et al., 2011). Para a versão portuguesa verificou-se mais eficaz uma estrutura bi-fatorial: (1) Pensamentos repetitivos; (2) Interferência cognitiva (Chaves et al., 2013). A versão portuguesa do instrumento apresentou uma consistência interna elevada ($\alpha = .93$; Chaves et al., 2013), bem como o presente estudo ($\alpha = .965$).

2.3.3 Perfeccionismo

O Perfeccionismo, foi avaliado através da *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS; Frost et al., 1990; versão portuguesa de Amaral et al., 2013). Este instrumento é de autorrelato, composto por 35 itens que se organizam em seis subescalas: (1) Padrões pessoais; (2) Preocupação com os erros; (3) Dúvida sobre as próprias ações; (4) Expectativas parentais; (5) Críticas parentais; (6) Organização (Frost et al., 1990). Todos os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* organizada em cinco pontos, variando entre 1 (*Discordo totalmente*) a 5 (*Concordo totalmente*). O *score* de cada subescala obtém-se através da soma de todos os itens correspondentes, sendo que valores maiores indicam níveis mais elevados de perfeccionismo nessa

dimensão. Na sua versão portuguesa destacou-se a existência de duas soluções fatoriais robustas de quatro e de seis fatores (Amaral et al., 2013).

O FMPS apresenta elevada consistência interna ($\alpha = .86$; Amaral et al., 2013), tanto na sua versão adaptada para a população portuguesa assim como na atual investigação ($\alpha = .828$).

2.3.4 Flexibilidade Cognitiva

O *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) permite avaliar a flexibilidade cognitiva (Dennis & Vander Wal, 2010; versão portuguesa de Soares & Correia, 2015). Este instrumento de autorrelato é composto por 20 itens, reportados numa escala de tipo *Likert* com 7 categorias, variando entre 1 (*Discordo totalmente*) e 7 (*Concordo totalmente*), sendo que a pontuação total se obtém com a soma dos valores de cada item (Dennis & Vander Wal, 2010). Valores mais elevados na escala global indicam níveis mais elevados de flexibilidade cognitiva.

Com base em análises fatoriais exploratórias foram destacados dois fatores, originando a subescala Controlo (perceção de controlo em situações difíceis) e Alternativas (capacidade de identificar explicações alternativas para acontecimentos do quotidiano e gerar múltiplas possibilidades de solução para um problema; Dennis & Vander Wal, 2010). Pontuações elevadas na subescala Controlo são indicativas de que existe uma sensação maior de controlo das situações enquanto valores elevados na subescala Alternativas significa que existe criatividade na formulação de soluções.

Este instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$) na sua versão original (Dennis & Vander Wal, 2010) e no presente estudo ($\alpha = .825$).

2.4. Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados na população clínica adulta decorreu na Unidade Local de Saúde de São João (ULSSJ), entre 2024 e 2025, e a recolha da população clínica pediátrica realizou-se no Hospital Magalhães Lemos (HML, EPE) que integra a Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA), no primeiro semestre de 2026.

Foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência, considerando a acessibilidade das participantes nos contextos clínicos que frequentam. A seleção dos sujeitos foi feita por referenciação médica dentro da instituição na qual são acompanhados. Após a explicação dos objetivos desta investigação e da obtenção dos consentimentos informados assinados pelas próprias ou pelos responsáveis nos

casos das menores de idade, procedeu-se à administração dos questionários. Todo este processo decorreu presencialmente em contexto hospitalar, num gabinete disponibilizado pela instituição, garantindo-se a confidencialidade das participantes.

2.5. Procedimento de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados através da versão 31 do IMB SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram realizadas análises preliminares descritivas para verificação da presença de eventuais violações de pressupostos estatísticos, especificamente, valores extremos e dados omissos, não tendo sido identificadas quaisquer situações que comprometessem a prossecução das análises. O pressuposto da normalidade foi avaliado recorrendo ao teste Shapiro-Wilk e aos valores de assimetria ($|sk| < 3$) e curtose ($|ku| < 7$) (Kline, 2016), confirmando o pressuposto em todas as variáveis do estudo. Deste modo, foram usados procedimentos da estatística paramétrica para dar resposta aos objetivos do estudo.

Para dar resposta ao objetivo de avaliar e comparar os níveis de pensamento perseverativo (ruminação), perfeccionismo clínico e flexibilidade cognitiva entre adolescentes e adultas com AN foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). A MANOVA foi utilizada por permitir a avaliação simultânea de múltiplas variáveis dependentes, controlando o aumento da probabilidade de erro do Tipo I associado à realização de múltiplas análises univariadas. O modelo em estudo integrou o grupo etário (menores de idade *VS* maiores de idade) como fator fixo e teve as três variáveis em estudo como variáveis dependentes. Previamente à realização da MANOVA, foram avaliados os respetivos pressupostos. A independência das observações foi assegurada pelo desenho do estudo. A análise da Distância de Mahalanobis não identificou *outliers* multivariados, e a análise gráfica das distribuições indicou normalidade multivariada adequada. A homogeneidade das matrizes de covariância foi confirmada pelo teste de Box (Box's $M = 6.912$, $p = .398$), enquanto o teste de Levene revelou homogeneidade das variâncias para a maioria das variáveis. Apesar de uma violação marginal na variável FMPS ($p = .064$), esta foi considerada aceitável tendo em conta a robustez da MANOVA. Por fim, a análise dos *scatterplots* e da matriz de correlações confirmou os pressupostos de linearidade e ausência de multicolinearidade. Em conjunto, os resultados indicaram que os pressupostos necessários para a realização da MANOVA se encontravam satisfeitos.

Com o objetivo de explorar a relação entre os processos cognitivos avaliados, a idade e a duração da doença em cada grupo, foram realizadas análises de correlação de Pearson.

3. Resultados

3.1 Comparação entre grupos

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis dependentes (ruminação, flexibilidade cognitiva e perfeccionismo) para os dois grupos etários. Uma observação preliminar dos dados aponta que as adultas apresentam valores médios mais elevados para a ruminação ($M = 41.86$, $SD = 13.13$) do que as adolescentes ($M = 31.67$, $SD = 13.74$), verificando-se o mesmo padrão nos níveis de flexibilidade cognitiva (adultas: $M = 94.64$, $SD = 14.78$; adolescentes: $M = 91.67$, $SD = 11.76$) e de perfeccionismo (adultas: $M = 117.59$, $SD = 13.01$; menores de idade: $M = 111.93$, $SD = 16.30$).

Tabela 1

Estatísticas descritivas das variáveis dependentes por grupo etário

	Menores	Adultas
PTQ		
<i>M</i>	31.67	41.86
<i>SD</i>	13.74	13.13
CFI		
<i>M</i>	91.67	94.64
<i>SD</i>	11.76	14.78
FMPS		
<i>M</i>	111.93	117.59
<i>SD</i>	16.30	13.01

Nota. PTQ = Perseverative Thinking Questionnaire; CFI = Cognitive Flexibility Inventory; FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; *M* = Média; *SD* = Desvio-Padrão

Com base nestas estatísticas descritivas, procedeu-se à análise inferencial para avaliar se as diferenças observadas entre os grupos eram estatisticamente significativas. Para tal, realizou-se uma MANOVA, permitindo testar simultaneamente o efeito do grupo etário sobre as três variáveis dependentes. O critério de Lambda de Wilks (ver Tabela 2) revelou um efeito multivariado significativo da idade $\lambda = .78$, $F(3, 33) = 3.06$, $p = .042$, $\eta^2_p = .22$. Este resultado indica que a idade influencia significativamente o

conjunto das variáveis cognitivas. Considerando o efeito global significativo, procedeu-se à análise dos resultados para cada variável individualmente. Verificou-se um efeito significativo para a ruminação ($F(1, 35) = 5.18, p = .029, \eta^2_p = .13$), indicando diferenças entre os grupos. As adultas apresentaram valores estatisticamente superiores ($M = 41.86, SD = 13.13$) em comparação com as adolescentes ($M = 31.67, SD = 13.74$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para a flexibilidade cognitiva ($F(1, 35) = .42, p = .520, \eta^2_p = .01$) nem para o perfeccionismo ($F(1, 35) = 1.37, p = .249, \eta^2_p = .04$).

Tabela 2

Resultados da MANOVA e testes de efeitos entre-sujeitos para o grupo etário

	λ	F	df_{efeito}	df_{erro}	p	η^2_p
Efeito Multivariado (Age Group)	.78	3.06	3	33	.042	.218
Efeitos Univariados						
PTQ		5.18	1	35	.03	.13
CFI		.42	1	35	.52	.01
FMPS		1.37	1	35	.25	.04

Nota. λ = Lambda de Wilks; F = Razão; df_{efeito} = Graus de liberdade do efeito; df_{erro} = Graus de liberdade do erro; p = Significado estatístico; η^2_p = Eta quadrado parcial.

3.2. Correlação entre as variáveis

Com o objetivo de explorar os padrões de associação entre os processos cognitivos, a idade e a duração da doença, foram realizadas correlações bivariadas de Pearson por grupo etário (ver Tabela 3). No grupo das menores de idade verificou-se uma correlação positiva de magnitude moderada e estatisticamente significativa entre a idade e a ruminação ($r = .53, p = .034$), sugerindo que, neste grupo, as participantes com idades mais avançadas apresentam níveis mais elevados de ruminação. Porém, a idade não apresentou associações estatisticamente significativas com a flexibilidade cognitiva ($r = -.03, p = .910$) nem com o perfeccionismo ($r = .21, p = .446$). A duração da doença também não se correlacionou significativamente com nenhum dos processos cognitivos em estudo para o grupo das adolescentes (ruminação: $r = .08, p = .757$; flexibilidade cognitiva: $r = -.10, p = .723$; perfeccionismo: $r = -.07, p = .799$). Nas adultas, registou-se uma correlação negativa de magnitude elevada e estatisticamente significativa entre a ruminação e a flexibilidade cognitiva ($r(21) = -.66, p < .001$), indicando que níveis mais elevados de ruminação estão associados a níveis mais

baixos de flexibilidade cognitiva. A idade e a duração da doença nas adultas, não apresentaram correlações estatisticamente significativas com os processos cognitivos em estudo.

Tabela 3

Matriz de correlações de Pearson por grupo etário

	PTQ	CFI	FMPS
Menores			
PTQ		-.14	.29
CFI			-.22
FMPS			
Duração da doença	.08	-.10	-.07
Idade	.53*	-.03	.21
Adultas			
PTQ		-.66***	.26
CFI			-.17
FMPS			
Duração da doença	-.03	-.25	.38
Idade	-.08	-.18	.13

Nota: PTQ = Perseverative Thinking Questionnaire; CFI = Cognitive Flexibility Inventory; FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; *** = $p < .001$; * = $p < .05$

4. Discussão

A presente investigação teve como objetivo geral analisar os processos cognitivos associados à AN, nomeadamente a ruminação, a flexibilidade cognitiva e o perfeccionismo clínico, comparando adolescentes e adultas com diagnóstico de AN, de modo a compreender de que forma estes processos se relacionam com o curso e manutenção da perturbação. Partindo deste enquadramento, os resultados obtidos permitem discutir diferenças etárias relevantes e possíveis implicações clínicas.

A análise multivariada evidenciou diferenças estatisticamente significativas nos processos cognitivos em função do grupo etário. Os resultados indicaram níveis de pensamento perseverativo (ruminação) mais elevados nas adultas em comparação com as adolescentes. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos na flexibilidade cognitiva e no perfeccionismo.

Tal como mencionado no enquadramento teórico subsequente, os níveis de ruminação são mais elevados em sujeitos com AN comparativamente com controlos saudáveis (Smith et al., 2018; Startup et al., 2013), o que evidencia a associação deste

processo cognitivo às perturbações alimentares. Do ponto de vista desenvolvimental, os resultados deste estudo sugerem que nas adultas com AN a ruminação surge como um processo particularmente predominante. Na adolescência observa-se um aumento progressivo da ruminação com a idade, indicando que pequenas diferenças etárias podem traduzir-se em variações significativas neste estilo cognitivo. Este padrão parece estabilizar na idade adulta, sugerindo um processo de cristalização da ruminação ao longo do desenvolvimento. Resultados semelhantes foram descritos por Bühren e colaboradores (2012), que também constataram que a maturação cerebral é acompanhada pela estabilização de processos cognitivos como a flexibilidade cognitiva. A literatura tem igualmente demonstrado que, défices na flexibilidade cognitiva se associam ao aumento dos níveis de ruminação (Smith et al., 2018), tal como se verificou neste estudo na correlação negativa entre ruminação e flexibilidade cognitiva no grupo das adultas. Um fator que poderá contribuir para esta maior rigidez cognitiva é o diagnóstico mais tardio observado nas participantes adultas (menores de idade: $M = 14$ anos; adultas: $M = 22$ anos). Com o avançar da idade, a personalidade tende a consolidar-se (Roberts & DelVecchio, 2000), reforçando estes padrões de funcionamento desadaptativos, que se tornam uma cicatriz reforçadora destes ciclos (Saure et al., 2020), frequentemente exigindo intervenções terapêuticas mais prolongadas. Apesar de, no presente estudo, as mulheres adultas com AN não apresentarem uma variação sistemática da ruminação em função da idade, a ruminação parece ser um processo estável que as acompanha ao longo do curso da doença, o que é consistente com a literatura que conceptualiza este processo cognitivo como importante na manutenção (Cowdrey & Park 2012; Dondzilo et al., 2016) e no agravamento da AN (Dondzilo et al., 2016).

Na adolescência, por contraste, a intensificação da ruminação pode ser compreendida à luz das múltiplas mudanças biológicas e sociais características desta fase, como o aumento da gordura corporal e o alargamento das ancas (Walker et al., 2014) ou a maior suscetibilidade à avaliação social (Ferreiro et al., 2011). Esta conjectura pode propiciar um ambiente promotor do pensamento perseverativo. Estes dados corroboram a literatura, sugerindo que as adolescentes tendem a ser alvo de intervenção em estágios mais iniciais da AN, quando os padrões cognitivos e comportamentais ainda se encontram menos consolidados (Fisher et al., 2001). Neste sentido, uma menor duração da doença parece estar associada a maior plasticidade cognitiva, melhor

resposta ao tratamento e menor resistência clínica (Fisher et al., 2001; Treasure et al., 2015).

Apesar de neste estudo, a duração da doença não se associar de forma significativa com a variação nos processos cognitivos, encontramos nesta amostra um perfil clínico caracterizado por um historial de internamentos mais severo para as adultas, assim como IMCs em média mais baixos, consistente com um quadro de cronicidade e gravidade da AN em idades mais avançadas (Fisher et al., 2001). As mulheres adultas frequentemente apresentam quadros mais prolongados, com maior cronicidade e rigidez cognitiva, o que contribui para padrões de funcionamento mais resistentes à mudança. A literatura tem documentado que a AN, quando persiste ao longo dos anos, tende a consolidar traços como ruminação, inflexibilidade cognitiva e perfeccionismo clínico, que se tornam progressivamente mais estáveis e difíceis de modificar (Miles et al., 2022).

Ainda assim, os dados deste estudo também sugerem que a rigidez cognitiva e o perfeccionismo são características que emergem precocemente no curso da doença, dado que o grupo das adolescentes não apresenta diferenças estatisticamente significativas, apesar de apresentarem uma duração média da doença inferior, quando comparadas com o grupo das adultas. Estudos prévios indicam que as adolescentes com AN tendem a apresentar tempos de reação mais lentos e procuram maior precisão na execução de tarefas, o que pode evidenciar a manifestação precoce de padrões perfeccionistas (Bühren et al., 2012). A manutenção prolongada deste modo de funcionamento cognitivo, associada a valores de IMC mais baixos, pode contribuir para a rigidificação progressiva destes processos ao longo do desenvolvimento, favorecendo a sua cristalização na adultez. O estudo de Miles et al. (2023), que compara indivíduos com AN aguda, em recuperação e controlos saudáveis demonstrou que a inflexibilidade cognitiva se mantém presente independentemente do estado clínico, sugerindo tratar-se de um traço característico da perturbação e não apenas de um sintoma da fase aguda. Esta estabilidade indica que o défice é relativamente independente da idade e pode contribuir para o aumento da ruminação, exacerbando a sintomatologia e perpetuando o quadro clínico. Estes resultados convergem com o padrão observado no presente estudo, segundo o qual os processos cognitivos na AN tendem a estabilizar-se ao longo do desenvolvimento, tornando-se mais resistentes à mudança.

Neste sentido, intervenções que não se limitem à recuperação ponderal e à redução dos comportamentos alimentares desadaptativos, mas que integrem o trabalho

direto sobre os domínios cognitivos, poderão revelar-se mais eficazes na modificação dos processos que sustentam a manutenção da perturbação (Miles et al., 2023). Intervenções psicoterapêuticas precoces focadas na ruminação, flexibilidade cognitiva e perfeccionismo podem evitar a cristalização destes processos e, eventualmente, reduzir a duração da AN e evitar quadros clínicos mais severos. Intervir em idades precoces, considerando a fase desenvolvimental e as diferenças de género (Micali et al., 2015), constitui uma estratégia fundamental para a prevenção da AN. A promoção de ideais de beleza mais realistas e da satisfação corporal antes do aparecimento dos primeiros sinais clínicos pode funcionar como um mecanismo preventivo eficaz, reduzindo a vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações alimentares (Ferreiro et al., 2011). Uma revisão sistemática recente salienta ainda a importância da psicoeducação durante o tratamento das PAI, produzindo melhorias ao nível do conhecimento, competências e comportamentos em relação à saúde (Ladrón-Arana et al., 2023).

O presente trabalho apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra ($N = 42$) limita o poder estatístico das análises e a robustez das conclusões. Embora se trate de uma amostra clínica e, por isso, naturalmente limitada pela disponibilidade de participantes em contexto hospitalar, a dimensão amostral condiciona a generalização dos resultados para a população mais ampla de pessoas com AN. A utilização exclusiva de instrumentos de autorrelato constitui outra limitação relevante, uma vez que estes podem ser influenciados por enviesamentos como a desejabilidade social. Adicionalmente, o delineamento transversal não permite estabelecer relações causais entre idade, duração da doença e processos cognitivos. Assim, não é possível determinar se as diferenças observadas se devem exclusivamente ao fator etário ou se refletem outros elementos associados ao curso clínico, como a cronicidade, a severidade sintomática ou a exposição prolongada a determinados padrões cognitivos. Por fim, importa reconhecer que os dois grupos foram recrutados em contextos hospitalares distintos, ainda que ambos especializados e adequados à faixa etária correspondente. Esta diferença institucional pode introduzir variabilidade associada às práticas clínicas, embora também garanta que cada grupo se encontra num ambiente terapêutico ajustado ao seu estágio desenvolvimental, reduzindo inferências entre grupos. Apesar destas limitações, o estudo oferece um contributo relevante para a compreensão da forma como a ruminação, a flexibilidade cognitiva e o perfeccionismo se articulam na AN, reforçando a necessidade de investigações futuras com amostras mais alargadas e metodologias complementares.

Estudos longitudinais, bem como a inclusão de participantes em fase de recuperação, poderão aprofundar o conhecimento sobre a evolução destes processos ao longo do tempo e sobre os fatores que persistem mesmo após a remissão sintomática.

De salientar ainda que a integração deste trabalho num projeto internacional salienta a importância de processos colaborativos na investigação podendo, assim, gerar mais contributos e reforçar especificidades culturais na AN, promovendo intervenções contextualizadas. Compreender a articulação destes processos cognitivos e dos perfis que deles advêm para a população clínica portuguesa, revela-se uma ferramenta crucial na prática clínica para delinear intervenções idiossincráticas que gerem resultados mais rápidos e duradouros, de forma a evitar e minimizar prejuízos nestes indivíduos. Este estudo salienta ainda a importância do delineamento de programas de promoção de saúde mental focados na prevenção.

5. Referências

- Amaral, A. P. M., Soares, M. J., Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2013). Frost multidimensional perfectionism scale: The Portuguese version. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(4), 144–149.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2023, fevereiro). *What are eating disorders?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D., & Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological medicine*, 39(1), 105–114. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003292>
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current psychiatry reports*, 17(6), 42. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0585-x>
- Becker-Stoll, F., & Gerlinghoff, M. (2004). The impact of a four-month day treatment programme on alexithymia in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 159–163. <https://doi.org/10.1002/erv.566>
- Beilharz, F., Phillipou, A., Castle, D., Jenkins, Z., Cistullo, L., & Rossell, S. (2019). Dysmorphic concern in anorexia nervosa: Implications for recovery. *Psychiatry research*, 273, 657–661. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.102>

- Bühren, K., Mainz, V., Herpertz-Dahlmann, B., Schäfer, K., Kahraman-Lanzerath, B., Lente, C., & Konrad, K. (2012). Cognitive flexibility in juvenile anorexia nervosa patients before and after weight recovery. *Journal of Neural Transmission*, 119(9), 1047–1057. <https://doi.org/10.1007/s00702-012-0821-z>
- Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2018). Perfectionism and cognitive rigidity in anorexia nervosa: Is there an association?. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 26(4), 360–366. <https://doi.org/10.1002/erv.2591>
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating behaviors*, 13(2), 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.01.001>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 52(3), 219–229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 241-253. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Råstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 216(2), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.113>
- Dondzilo, L., Rieger, E., Palermo, R., Byrne, S., & Bell, J. (2016). Association between rumination factors and eating disorder behaviours in young women. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 4(1), 84–98. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1118642>

- Eeden, A. E., Oldehinkel, A. J., Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Risk factors in preadolescent boys and girls for the development of eating pathology in young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7). <https://doi.org/10.1002/eat.23496>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Ferrario, L., Costantino, A., Affaticati, L. M., Clerici, M., Dakanalis, A., Capuzzi, E., & Buoli, M. (2025). The Role of Age at Onset on the Clinical Course and Biochemical Parameters of Anorexia Nervosa. *Journal of personalized medicine*, 15(9), 442. <https://doi.org/10.3390/jpm15090442>
- Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2011). Gender-related Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms and Disordered Eating in Adolescence: A 4-year Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 607–622. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9718-7>
- Fisher, M., Schneider, M., Burns, J., Symons, H., & Mandel, F. S. (2001). Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *Journal of Adolescent Health*, 28(3), 222–227. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00182-8](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00182-8)

- Forman, M., & Davis, W. N. (2005). Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment for eating disorders. *Eating disorders*, 13(3), 231–243. <https://doi.org/10.1080/10640260590932841>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2017). Four Pathways to Anorexia Nervosa: Patients' Perspective on the Emergence of AN. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(4), 846–858. <https://doi.org/10.1002/cpp.2050>
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American journal of psychiatry*, 157(11), 1799–1805. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1799>
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia nervosa: towards an integrative neuroscience model. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 18(3), 165–179. <https://doi.org/10.1002/erv.974>
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>

- Hicks, R. E., Kenny, B., Stevenson, S., & Vanstone, D. M. (2022). Risk factors in body image dissatisfaction: gender, maladaptive perfectionism, and psychological wellbeing. *Heliyon*, 8(6), e09745. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09745>
- Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 405–410. <https://doi.org/10.1002/erv.2241>
- Jenkins, Z. M., Chait, L. M., Cistullo, L., & Castle, D. J. (2020). A comparison of eating disorder symptomatology, psychological distress and psychosocial function between early, typical and later onset anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 8(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00337-w>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kline, R. B. (2016). Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.). 34, New York, NY: Guilford.
- Ladrón-Arana, S., Orzanco-Garralda, R., Escalada-Hernández, P., Aguilera-Serrano, C., Gutiérrez-Valencia, M., & Jordi Urbiola-Castillo. (2023). Efficacy of educational interventions in adolescent population with feeding and eating disorders: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 28(1). <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01594-9>
- Micali, N., De Stavola, B., Ploubidis, G., Simonoff, E., Treasure, J., & Field, A. E. (2015). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: Gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 207(4), 320–327. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152371>

- Miles, S., Nedeljkovic, M., & Phillipou, A. (2022). Can Cognitive Flexibility and Clinical Perfectionism Be Used to Identify People with Anorexia Nervosa? *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1954. <https://doi.org/10.3390/jcm11071954>
- Miles, S., Nedeljkovic, M., & Phillipou, A. (2023). Investigating differences in cognitive flexibility, clinical perfectionism, and eating disorder-specific rumination across anorexia nervosa illness states. *Eating disorders*, 31(6), 610–631. <https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2206751>
- Moor, S., Vartanian, L. R., Touyz, S. W., & Beaumont, P. J. V. (2004). Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? *Clinical Psychologist*, 8(2), 70–75. <https://doi.org/10.1080/1328420041233130436>
- Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, 1, 21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(3), 970–988. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.001>
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical psychology review*, 39, 83–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating disorders—The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>

- Paxton, S. J., Norris, M., Wertheim, E. H., Durkin, S. J., & Anderson, J. (2005). Body dissatisfaction, dating, and importance of thinness to attractiveness in adolescent girls. *Sex Roles*, 53(9–10), 663–673. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-7732-5>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>
- Rodgers, R. F., Smith, K., & Murray, S. B. (2023). Cognitive rigidity and restrictive eating disorders: Delineating the impact of low weight, low fat, weight suppression, acute negative energy balance, and chronic restriction. *The International journal of eating disorders*, 56(7), 1323–1328. <https://doi.org/10.1002/eat.23937>
- Saure, E., Laasonen, M., Lepistö-Paisley, T., Mikkola, K., Ålgars, M., & Raevuori, A. (2020). Characteristics of autism spectrum disorders are associated with longer duration of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 53(7), 1056–1079. <https://doi.org/10.1002/eat.23259>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773–791. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6)
- Shen, Y., Chen, B., Zhang, H., Shen, W., Wu, C., & Jiang, L. (2025). Global, regional, and national burden of eating disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Journal of eating disorders*, 13(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01492-8>

- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 9–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
- Soares, M. E., & Correia, A. D. (2015). Cognitive Flexibility, perception of integrity, and risk propensity as antecedents of willingness to engage in integrative negotiation. *Portuguese Journal of Management Studies*, 20(2), 73-94.
- Speciani, M., Barak, Y., Damanhuri, H., De Ronchi, D., Panariello, F., & Atti, A. R. (2021). A Perspective on Chronic and Long-Lasting Anorexia Nervosa. *Frontiers in psychiatry*, 12, 756669. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.756669>
- Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(03), 301-316. doi:10.1017/S1352465812000847
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *The American psychologist*, 62(3), 181–198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24-month follow-up study. *The International journal of eating disorders*, 33(2), 225–229. <https://doi.org/10.1002/eat.10127>
- Tchanturia, K., Lloyd, S., & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 492–495. <https://doi.org/10.1002/eat.22106>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Roma-Torres, A., Brandão, I., Queirós, C., & Vieira, F. (2011). Cognitive processing of emotions in anorexia nervosa.

- European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 19(2), 100–111. <https://doi.org/10.1002/erv.1046>
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M., & Wentz, E. (2015). Anorexia Nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
- Voderholzer, U., Naab, S., Cuntz, U., & Schlegl, S. (2025). Anorexia nervosa-an update. Anorexia nervosa – ein Update. Englische Version. *Der Nervenarzt*, 10.1007/s00115-025-01820-y. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01820-y>
- Wade, T. D., O'Shea, A., & Shafran, R. (2016). Perfectionism and eating disorders. In F. M. Sirois & D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 205–222). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_9
- Weider, S., Indredavik, M. S., Lydersen, S., & Hestad, K. (2014). Intellectual function in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 22(1), 15–24. <https://doi.org/10.1002/erv.2260>
- Walker, T., Watson, H. J., Leach, D. J., McCormack, J., Tobias, K., Hamilton, M. J., & Forbes, D. A. (2014). Comparative study of children and adolescents referred for eating disorder treatment at a specialist tertiary setting. *The International journal of eating disorders*, 47(1), 47–53. <https://doi.org/10.1002/eat.22201>
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of psychosomatic research*, 99, 66–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

