



REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



Comunicação breve

Caracterização dos padrões de dor, sono e alexitimia em pacientes com fibromialgia atendidos em um centro terciário brasileiro



Lazslo A. Avila, Gerardo M. de Araujo Filho*, Estefano F.U. Guimarães,
Lauro C.S. Gonçalves, Paola N. Paschoalin e Fabia B. Aleixo

Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 20 de dezembro

de 2013

Aceito em 26 de março de 2014

Palavras-chave:

Fibromialgia

Queixas de sono

Qualidade de vida

Alexitimia

Pittsburgh Sleep Quality Index

Toronto Alexithymia Scale

R E S U M O

Objetivos: Fibromialgia (FM) é uma síndrome complexa, caracterizada por uma dor musculoesquelética crônica duradoura e difusa, derivada de causas não inflamatórias e classicamente associada à presença de pontos sensíveis específicos. No entanto, estudos destacaram outros sintomas importantes associados à má qualidade de vida (QDV) em pacientes com FM, por exemplo, distúrbios do sono e alexitimia. Esse estudo teve por objetivo investigar os padrões de dor, sono e alexitimia de pacientes com FM em um centro terciário brasileiro.

Métodos: 20 pacientes com FM acompanhados na clínica ambulatorial de reumatologia de um centro terciário brasileiro (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São Paulo, Brasil) e 20 pacientes sem FM provenientes de outros serviços ambulatoriais da FAMERP completaram um questionário clínico e sociodemográfico, o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), o *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) e o SF-36 (WHOQOL).

Resultados: Os pacientes com FM tiveram desempenhos piores em todas as dimensões de QDV do SF-36 e escores mais altos no PSQI ($P=0,01$) e no TAS-20 ($P=0,02$). Pacientes com FM também tiveram escores significativamente mais altos em todos os domínios específicos do PSQI e TAS-20.

Discussão: Os presentes dados concordavam com a literatura, evidenciando pior desempenho de pacientes com FM no impacto da dor, queixas de sono e maior presença de alexitimia.

Conclusão: Estudos evidenciaram, além das queixas de dor, a presença de sintomas importantes e frequentemente subdiagnosticados, em pacientes com FM, como queixas relativas ao sono e alexitimia. Um conhecimento mais aprofundado desses distúrbios poderia melhorar a abordagem e o tratamento dos pacientes com FM.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: filho.gerardo@gmail.com (G.M. de Araujo Filho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.017>

0482-5004/© 2014 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Characterization of the pain, sleep and alexithymia patterns of patients with fibromyalgia treated in a Brazilian tertiary center

A B S T R A C T

Keywords:

Fibromyalgia
Sleep complaints
Quality of life
Alexithymia
Pittsburgh Sleep Quality Index
Toronto Alexithymia Scale

Objectives: Fibromyalgia (FM) is a complex syndrome that is characterized by lasting and diffuse chronic musculoskeletal pain, derived from non-inflammatory causes and classically associated with the presence of specific tender points. However, studies have highlighted other important symptoms associated with a lower quality of life (QOL) in FM, such as sleep disturbances and alexithymia. This study aimed to investigate the pain, sleep and alexithymia patterns of FM patients treated in a Brazilian tertiary center.

Methods: 20 patients with FM who were followed-up in the Rheumatology outpatient clinic of a Brazilian tertiary center (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São Paulo, Brazil) and 20 patients without FM from other outpatient services of the FAMERP completed a clinical and socio-demographic questionnaire, the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the SF-36 (WHOQOL).

Results: The patients with FM presented worse performances in all QOL dimensions of the SF-36 and higher scores on the PSQI ($p=0.01$), and the TAS-20 ($p=0.02$). Patients with FM also scored significantly higher in all specific domains of PSQI and TAS-20.

Discussion: The present data were in accordance with literature, disclosing a worse performance of patients with FM on pain impact, sleep complains and more presence of alexithymia.

Conclusion: Studies have disclosed the presence of important and frequently underdiagnosed symptoms beyond pain complaints in FM, such as sleep complaints and alexithymia, and a better knowledge of such disturbances might improve FM patients' approach and treatment.

© 2014 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Fibromialgia (FM) é uma síndrome complexa, caracterizada por dores musculoesqueléticas crônicas duradouras e difusas, derivadas de causas não inflamatórias e classicamente associadas à presença de pontos sensíveis específicos.¹⁻⁵ Trata-se da segunda doença reumatológica mais comum, com prevalência mundial de 0,5%-5%. A síndrome afeta predominantemente mulheres entre 40 e 55 anos, com prevalência aproximadamente sete vezes mais alta do que em homens.^{1,4,5} Essencialmente, o diagnóstico de FM é clínico, embora o uso de exames subsidiários possa ter utilidade para diagnósticos associados.⁵⁻⁷

Estudos recentemente publicados destacaram outros sintomas importantes em associação com a má qualidade de vida (QDV) em pacientes com FM, como perturbações do sono e alexitimia.⁸⁻¹⁰ As principais queixas de sono informadas pelos pacientes são insônia, sensação de cansaço ao andar, redução das horas de sono e aumento no número de interrupções do sono por noite. Além disso, a alta prevalência de distúrbios do sono em pacientes com FM compromete sua QDV de duas maneiras: dificuldade em obter um sono restaurador e aumento da sonolência durante o dia, caracterizada por dificuldade em manter a vigília.⁸⁻¹⁰

Concordando com a definição de Campbell (1996), "alexitimia" se caracteriza pela dificuldade em identificar o próprio estado emocional, com incapacidade de enfoque em interesses externos e somáticos e de devanear produtivamente.¹¹⁻¹⁵ Estudos informam que pacientes com

FM têm dificuldade específica em identificar suas próprias emoções, em associação com maior número de queixas de aumento da dor e da fadiga e redução da função física.¹⁴⁻¹⁶ Além da alexitimia, os pacientes exibem "amplificação sensitiva", consistindo de maiores sensibilidade e reatividade a diferentes estímulos sensitivos, inclusive a dor.¹⁷ Com base nessas definições e em estudos precedentes de FM, o presente estudo teve por objetivo investigar mais detalhadamente os padrões de dor, sono e alexitimia de pacientes com FM tratados em um centro terciário brasileiro.

Pacientes e métodos

Participantes

Os pacientes incluídos no estudo foram acompanhados na clínica ambulatorial de reumatologia de um centro terciário brasileiro (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, Brasil) e todos os pacientes estavam sendo tratados por ocasião do estudo. Depois da aprovação do Comitê de Ética, os participantes receberam explicações sobre as vantagens e riscos da participação, tendo sido obtido o consentimento informado. Os critérios de inclusão para o grupo de pacientes foram: idade entre 18 e 65 anos, presença de um diagnóstico vigente de FM de acordo com os critérios do American College of Rheumatology (ACR) e tratamento em nossa unidade durante um tempo mínimo de seis meses. Foram excluídos pacientes com menos de 18 e mais de 65 anos, pacientes com síndromes dolorosas não

diagnosticadas como FM e com qualquer outra doença reumatológica, além da FM. A amostra em estudo consistiu de 40 indivíduos divididos em dois grupos: 20 pacientes com FM (grupo de pacientes – GP) e 20 pacientes oriundos de outros serviços ambulatoriais da FAMERP (grupo de controle – GC). Esses grupos foram criados com o objetivo de incluir pacientes expostos a níveis similares de estresse hospitalar nos dois grupos, eliminando esse possível viés.

Procedimentos

Foi aplicado um questionário clínico e sociodemográfico com inclusão de idade, gênero, escolaridade, história familiar psiquiátrica e tratamento farmacológico. Em seguida, os pacientes com FM foram apresentados a questionários específicos:

- a) *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) – Questionário de Impacto na Fibromialgia; analisa aspectos específicos das queixas de dor. Esse instrumento possui 10 domínios (capacidade funcional, bem-estar, absenteísmo no trabalho, capacidade de trabalho, dor, fadiga, sono, rigidez matinal, ansiedade e depressão) e a pontuação geral pode variar de 0 a 80. Pacientes com maior impacto da dor apresentam escores mais altos;
- b) *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; analisa aspectos associados ao sono. Esse instrumento possui sete domínios (qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e distúrbios durante o dia). O escore total máximo é de 21 pontos; quanto mais alto esse valor, pior a qualidade do sono evidenciada. Pontuações totais superiores a 5 são indicativas de má qualidade do sono;
- c) *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) – Escala de Alexitimia de Toronto; avalia a presença de sintomas associados à alexitimia. Esse instrumento examina três domínios principais: capacidade de identificar e descrever sentimentos e de diferenciar sentimentos de sensações corporais, capacidade de devanear e preferência em focar eventos externos, e não em experiências internas. O escore indicado pelo instrumento varia de 26 a 130. Valores inferiores a 62 não indicam sintomas de alexitimia, e valores superiores a 74 são indicativos da presença desses sintomas. Valores entre 63 e 73 são considerados inconclusivos;
- d) SF-36 (WHOQOL) – analisa a QDV em oito domínios: funcional, limitações decorrentes de aspectos físicos, dor corpórea, saúde em geral, vitalidade, função social, saúde emocional e saúde mental. Quanto mais baixo o escore, pior a QDV.

Análise estatística

Os dados demográficos estão apresentados na forma de média $\pm$ desvio padrão. A compatibilização da idade e do gênero entre pacientes e controles foi avaliada utilizando o teste t e o teste exato de Fisher para duas amostras independentes, respectivamente. Os dados oriundos dos questionários foram analisados com o uso de testes não paramétricos (teste t não pareado, teste de Mann-Whitney e

correlação de Spearman). O nível de significância estatística ficou estabelecido em 5%.

Resultados

Trinta e sete mulheres (19 do GP e 18 do GC) e três homens (um do GP e dois do GC) foram recrutados no estudo. Os grupos estavam equiparados para gênero ($p=0,85$), idade ($p=0,82$) e anos de escolaridade ($p=0,12$) (tabela 1).

No que diz respeito ao impacto da FM na avaliação pelo FIQ, foram observadas diferenças significativas entre GP e GC. O escore geral médio foi $52,0 \pm 13,54$ para GP e $26,0 \pm 16,06$ para GC ($p<0,0001$). Em todos os 10 domínios foram observados escores mais altos no GP. SF-36 também demonstrou diferenças significativas entre os dois grupos: GP apresentou escores médios significativamente mais baixos em todos os oito domínios, em comparação com GC. Com relação aos aspectos do sono avaliados pelo PSQI, foi observada diferença significativa entre os escores totais do GC ($6,65 \pm 4,46$) e GP ($11,65 \pm 4,48$) ($p=0,01$). GP teve pontuação mais alta em todos os sete domínios do PSQI. Quanto aos sintomas de alexitimia avaliados pelo TAS-20, o escore total médio foi $67,10 \pm 9,34$ para GP e $59,15 \pm 8,70$ para GC ($p=0,03$). A tabela 2 mostra comparações entre os dois grupos para os domínios de todos os instrumentos utilizados.

Discussão

FM é uma doença complexa, com prevalência significativa na população geral, caracterizando-se por queixas de dor frequentemente subdiagnosticadas. Além disso, a literatura contemporânea enfatiza a existência de outros sintomas importantes e subdiagnosticados, como as perturbações do sono e a alexitimia, que podem estar associados com pior QDV entre pacientes com FM. Assim, faz-se necessária uma investigação desses aspectos e a busca por instrumentos que avaliem tais queixas.⁶⁻¹⁸

No presente estudo, FIQ diferenciou o impacto da dor entre GP e GC, revelando maior impacto no GP versus GC em todos os 10 campos, conforme originalmente esperávamos. Outros estudos confirmaram esse achado, tendo informado deficiências nas mesmas habilidades em pacientes com FM.^{6-10,18,19} Ademais, os resultados da aplicação do SF-36 relativos à QDV revelaram redução geral em todos os domínios do questionário no GP versus GC. Essa observação também foi descrita em outros estudos, demonstrando o impacto negativo da FM nos pacientes, com redução da QDV e afetando tanto a saúde física como a saúde mental.^{6,8,18-21}

Os resultados do PSQI demonstraram queixas mais frequentes com relação ao sono entre pacientes com FM. Esses resultados concordam com os estudos mais recentes, que destacaram a importância dos distúrbios do sono nessa condição clínica e na QDV de pacientes com FM.^{15-18,22,23} Entre os aspectos estudados, o domínio “uso de medicação para dormir” sugere que os pacientes com FM dependem de medicações que os ajudem a dormir e não alcançam “eficiência habitual do sono” e “qualidade subjetiva do sono”. Além disso, os domínios de “distúrbios durante o dia” e “regeneração do sono” sugerem a persistência de um sono não restaurador,

Tabela 1 – Dados demográficos de pacientes com fibromialgia e o grupo de controle

Dados demográficos	GP	GC	P
Número de indivíduos	20	20	-
Idade em anos (média ± DP)	32,7 ± 9,1	32,2 ± 7,1	0,82
Número de mulheres (%)	19 (95)	18 (90)	0,85
Anos de escolaridade (média ± DP)	9,2 ± 6,3	12,8 ± 5,1	0,12

GC, grupo de controle; FM, grupo com fibromialgia; DP, desvio-padrão.

resultando em considerável déficit na capacidade de executar atividades do dia a dia.^{15-18,22,23}

No entanto, mesmo diante de diferenças significativas nos escores entre GP e GC com a aplicação do PSQI, os dois grupos demonstraram má qualidade do sono (escores acima de 5). Esse achado pode ser explicado pelo estresse causado tanto pela doença como pelo tratamento em um centro terciário, aos quais os dois grupos estavam expostos por ocasião do estudo. Outros estudos também observaram tais efeitos, quando pacientes com FM foram comparados com pacientes portadores de outros transtornos crônicos e incapacitantes, por exemplo, artrite reumatoide e depressão.^{20,21}

Com relação à presença de sintomas de alexitimia medidos com o instrumento TAS, GP apresentou escores significativamente mais altos versus GC. Mas os dois grupos tiveram

pontuações muito próximas à média, com valores adjacentes ao “intervalo inconclusivo” do instrumento. Esse achado pode ser uma consequência do pequeno número de participantes, o que é limitação importante do presente estudo.^{15,23,24}

Lane e Sechrest (1998) administraram o TAS-20 a 380 indivíduos estratificados por idade, gênero, nível socioeconômico e anos de escolaridade e também observaram que esse instrumento demonstra uma tendência de informar resultados piores para pacientes com idade avançada, do gênero masculino, com baixo nível socioeconômico e menor número de anos de escolaridade.²³ Portanto, pode-se inferir que nossos resultados também foram afetados pelo baixo nível socioeconômico e pelo menor número de anos de escolaridade, que estavam presentes nos dois grupos, estreitando com isso a esperada diferença entre GP e GC.

Tabela 2 – Comparações dos domínios de todos os instrumentos testados entre os grupos de pacientes com fibromialgia e de controle

Instrumento	Domínio	GP (média ± DP)	GC (média ± DP)	p
Questionário de Impacto na Fibromialgia (FIQ)	Capacidade funcional	3,0 ± 2,59	1,0 ± 0,39	0,001 ^a
	Bem-estar	6,0 ± 3,52	4,0 ± 3,85	0,09
	Absenteísmo no trabalho	3,0 ± 2,12	1,0 ± 0,84	0,004 ^a
	Capacidade de trabalhar	6,0 ± 2,95	1,0 ± 1,50	< 0,001 ^a
	Fadiga	7,0 ± 2,85	2,0 ± 1,49	< 0,001 ^a
	Sono	8,0 ± 2,62	5,0 ± 3,56	0,004 ^a
	Rigidez matinal	7,0 ± 3,07	1,0 ± 0,86	< 0,001 ^a
	Ansiedade	7,0 ± 3,23	5,0 ± 3,07	0,04 ^a
	Depressão	7,0 ± 3,57	4,0 ± 3,15	0,007 ^a
	Habilidades funcionais	41,75 ± 25,89	80,0 ± 28,35	< 0,001 ^a
SF-36 (WHOQOL)	Aspectos físicos	17,50 ± 28,67	76,0 ± 30,87	< 0,001 ^a
	Dor corpórea	32,65 ± 19,03	67,0 ± 28,46	< 0,001 ^a
	Saúde em geral	36,55 ± 21,91	57,85 ± 14,89	0,009 ^a
	Vitalidade	28,0 ± 21,16	50,25 ± 22,75	0,002 ^a
	Função social	45,0 ± 34,45	70,62 ± 30,58	0,01 ^a
	Aspectos emocionais	34,95 ± 41,38	74,32 ± 38,24	0,003 ^a
	Saúde mental	41,20 ± 32,27	66,40 ± 21,71	0,006 ^a
	Qualidade subjetiva do sono	1,70	1,20	0,12
	Latência do sono	2,10	1,25	0,01 ^a
	Duração do sono	1,40	0,85	0,01 ^a
Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)	Eficiência habitual do sono	1,15	0,45	0,11
	Distúrbios do sono	1,95	1,30	0,002 ^a
	Uso de medicamentos para dormir	1,65	0,70	0,02 ^a
	Disfunção diurna	1,80	0,90	0,001 ^a
	Capacidade de identificar/descrever sentimentos	36,85 ± 10,64	31,95 ± 7,92	0,01 ^a
	Capacidade de devanear	17,70 ± 5,47	16,60 ± 3,41	0,45
	Preferência por se focar em eventos externos	12,55 ± 2,91	10,60 ± 2,78	0,03 ^a
Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)				

GC, grupo de controle; GP, grupo de pacientes; DP, desvio-padrão.

^a p < 0,05.

Concluindo, o presente estudo demonstrou que pacientes com FM tiveram desempenhos piores no SF-36 para todas as dimensões da QDV, além de terem alcançado escores gerais mais altos nos instrumentos PSQI e TAS-20. Assim, avaliações mais amplas, com o uso de questionários acessíveis e adequados, são meios importantes para a caracterização do impacto da FM nos pacientes. Considerando que FM tem etiologia multifatorial e apresentações clínicas variáveis, deve ser enfaticamente incentivada uma investigação mais cuidadosa de outros sintomas importantes e frequentemente subdiagnosticados nessa população, como as queixas de sono e a alexitimia, ocorrentes além das queixas de dor.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Os autores agradecem José Antônio Cordeiro por sua ajuda com a análise estatística.

REFERÊNCIAS

1. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Res & Man.* 2013;18:119-26.
2. Heymarn RE, Paiva ES, Helfenstein Jr M, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Brazilian consensus on Fibromyalgia treatment. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50:56-66.
3. Campos RP, Rodriguez MIV. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clin Rheumatol.* 2012;31:347-55.
4. Lachaine JC, Beauchemin C, Landry PA. Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain.* 2010;26:284-90.
5. Walitt B, Fitzcharles M, Hassett A, Katz R, Hauser W, Wolfe F. The longitudinal Outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *J Rheumatol.* 2011;38:2238-46.
6. Rivera J, Rejas-Gutierrez J, Vallejo MA, Esteve-Vives J, De Salas-Cansado M. Prospective study of the use of healthcare resources and economic costs in patients with fibromyalgia after treatment in routine medical practice. *Clin Experim Rheumatol.* 2012;30:S31-8.
7. Hamilton NA, Atchley RA, Karlson CW, Taylor D, McCurdy D. The Role of Sleep and Attention in the Etiology and Maintenance of Fibromyalgia. *Cogn Therapy Res.* 2012;36:81-93.
8. Wagner JS, DiBonaventura MD, Chandran AB, Cappelleri JC. The association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia. *BMC Musc Dis.* 2012;13:199.
9. Consoli G, Marazziti D, Ciapparelli A, Bazzichi L, Massimetti G, Giacomelli C, et al. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Compr Psychiatry.* 2012;53:962-7.
10. Martins MRI, Polvero L, Rocha CE, Foss MH, Dos Santos Jr R. Uso de questionários para avaliar a multidimensionalidade e a qualidade de vida do fibromiálgico. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:21-6.
11. Choy E, Perrot S, Leon T, Kaplan J, Petersel D, Ginovker A, et al. A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:102.
12. Martinez JE. Fibromyalgia: the pitfall of the correct diagnosis. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46:2.
13. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalence of depression and its association with Fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol.* 2005;45:47-54.
14. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
15. Sobrinho DGR, Roinzenblatt S, Lopes AC, Teixeira RCA, Tufik S. Estudo da capacidade de manter o alerta em pacientes com fibromialgia por meio do teste da manutenção da vigília. *Rev Bras Reumatol.* 2008;48:12-6.
16. Jacomini LCL, da Silva NA. Disautonomy: na emerging concept in fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47:354-61.
17. Susan M, Chandran A, Zografos L, Zlateva G. Evaluations of the impact of fibromyalgia on patients' sleep and the content validity of two sleep scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:64.
18. Geisser ME, Strader Donell C, Gracely RH, Claw DJ, Williams DA. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics.* 2008;49:235-42.
19. Yoshikawa GT, Heyman RE, Helfenstein MJr, Pollack DF. A Comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression. *Rheumatol Int.* 2010;30:473-8.
20. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanly I, Canbaz S, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Reumatol Int.* 2008;28:859-65.
21. Leite ACS, Sales NC, Oliveira RM. Evidências de alterações no padrão de sono em mulheres com fibromialgia. *Nursing (São Paulo).* 2009;12:166-70.
22. Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Rheum.* 2008;59:961-7.
23. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1998;39:377-85.
24. Pedrosa Gil F, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A. Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics.* 2008;49:115-22.