

Self-perception of quality of life and identification of alexithymia in failed back surgery syndrome patients

Autopercepção da qualidade de vida e identificação da alexitimia em pacientes com síndrome da falha cirúrgica

Marielza Regina Ismael Martins¹, Ana Marcia Rodrigues da Cunha², Jose Eduardo Nogueira Forni³, Randolpho dos Santos Junior⁴, Lilian Chessa Dias⁵, Gerardo Maria de Araujo Filho⁶

DOI 10.5935/1806-0013.20170006

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Failed back surgery syndrome is one of the most frequent nosological entities in a Pain Clinic and is characterized by the persistent maintenance of lumbar and/or lower limbs pain complaints in individuals already submitted to lumbar vertebral surgery. This study aimed at evaluating quality of life and at investigating the presence of alexithymia in a sample of individuals with failed back surgery syndrome, in addition to analyzing correlations between pain intensity and symptoms of anxiety and depression.

METHODS: This is a descriptive, exploratory, comparative, cross-sectional study with quantitative approach in a sample of individuals with failed back surgery syndrome (G1) (n=38) and a group with low back pain without surgical intervention (G2) (n=42) of a Teaching Hospital Pain Clinic. Participants were evaluated by the Brief Pain Inventory and the Toronto Alexithymia scale. Emotional factors, such as anxiety and depression, were evaluated by Beck scales and quality of life by the generic WHOQOL-BREF questionnaire.

RESULTS: There were mean alexithymia, anxiety and depression scores significantly higher for G1 and poorer quality of life in all domains as compared to G2. There were significant corre-

lations between alexithymia and depression ($p < 0.01$) and quality of life (except for the environment domain) and anxiety/depression ($p < 0.001$).

CONCLUSION: Results have highlighted the negative impact of frequently under-diagnosed psychological variables on quality of life. A better understanding of these emotional reactions may promote a more effective participation of health professionals.

Keywords: Alexithymia, Low back pain, Post-laminectomy syndrome, Quality of life, Reoperation.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A síndrome da falha cirúrgica é uma das mais frequentes entidades nosológicas em uma Clínica de Dor e caracteriza-se pela manutenção persistente de queixas algólicas lombares e/ou nos membros inferiores em indivíduos já submetidos a cirurgia vertebral lombar. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e investigar a presença de alexitimia em uma amostra de indivíduos com síndrome da falha cirúrgica, e analisar as correlações entre intensidade de dor e presença de sintomas de ansiedade e depressão.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, comparativo, de corte transversal com abordagem quantitativa em uma amostra composta de indivíduos com diagnóstico de síndrome da falha cirúrgica (G1) (n=38) e um grupo com dor lombar e sem intervenção cirúrgica (G2) (n=42) pertencentes a uma Clínica da Dor de um hospital escola. Os participantes foram avaliados pelo Inventário Breve de Dor e a escala de Alexitimia de Toronto. Fatores emocionais como ansiedade e depressão foram avaliados pelas escalas Beck e, a qualidade de vida pelo questionário genérico WHOQOL-BREF.

RESULTADOS: Apontaram escores médios significativamente mais elevados de alexitimia, ansiedade e depressão no G1 e pior qualidade de vida em todos os domínios, se comparado ao G2. Correlações significativas entre alexitimia e depressão ($p < 0,01$) e qualidade de vida (exceto no domínio ambiente) e ansiedade/depressão ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO: Os resultados destacam o impacto negativo que as variáveis psicológicas, frequentemente subdiagnosticadas, têm na qualidade vida. A melhor compreensão dessas reações emocionais pode promover uma atuação mais eficaz do profissional de saúde.

Descritores: Alexitimia, Dor lombar, Qualidade de vida, Reoperação, Síndrome pós-laminectomia.

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Ciências Neurológicas, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

2. Fundação Regional de Medicina de São José do Rio Preto, Hospital de Base, Departamento de Anestesiologia, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

3. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

4. Fundação Regional de Medicina, Serviço de Psicologia, Hospital de Base, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

5. Fundação Regional de Medicina, Serviço Social, Hospital de Base, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

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

Apresentado em 20 de abril de 2016.

Aceito para publicação em 19 de janeiro de 2017.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Departamento de Ciências Neurológicas
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Bairro São Pedro
15090-000 São Jose do Rio Preto, SP, Brasil.
E-mail: marielzamartins@famcrp.br

INTRODUÇÃO

A síndrome dolorosa pós-laminectomia (SDPL), também conhecida por síndrome da falha cirúrgica (SFC) inclui um grupo heterogêneo de pacientes com dor lombar crônica residual incapacitante após tratamento cirúrgico da coluna vertebral¹.

Essa síndrome se refere especificamente à dor associada com sintomas não aliviados pós-laminectomia, no entanto, o termo frequentemente é usado para descrever maus resultados após qualquer tipo de cirurgia da coluna vertebral².

A alta incidência de insucessos nas cirurgias da coluna vertebral tem estimulado a busca por fatores de risco que justifiquem o resultado dessa cirurgia em determinado paciente. No entanto, a literatura mostra que são poucos os preditores inequívocos e esses explicam a relativa baixa proporção da variação dos resultados³.

Durante a última década muitos estudos têm buscado identificar os fatores de risco para maus resultados cirúrgicos devido à sua alta incidência, porém com enfoque nas variáveis biológicas, demográficas e relacionadas ao trabalho². Com relação aos fatores psicológicos e sociológicos os estudos apresentaram diversos problemas psicométricos e práticos durante a escolha e o uso de instrumentos de triagem³.

Assim poucos trabalhos^{4,5} sugerem como estratégia identificar os pacientes com sintomas duradouros e com alto nível de sofrimento que possam se beneficiar de um tratamento psicológico adicional antes e/ou durante o tratamento cirúrgico.

Pacientes com baixo funcionamento social (medido com instrumentos de qualidade de vida) possuem um prognóstico negativo quando reoperados^{5,6}, além de muita dificuldade em expressar suas emoções. Referenciam suas queixas usando termos como tensão, nervosismo, dor e irritação^{5,7}.

Fatores familiares e sociais devem ser abordados, esclarecendo assim a diversidade de expressões clínicas e vivências pessoais⁶. Além disso, ressalta-se que a SDPL não pode ser vista apenas por seu impacto no funcionamento físico, mas pela interação deste com outros fatores pessoais como atividade profissional, crenças, ansiedade, depressão e alexitimia^{5,7}.

A alexitimia é um conceito multidimensional que se refere a um déficit cognitivo-afetivo relacionado à expressão de emoções⁷. Alguns pesquisadores têm considerado que o componente alexitímico seria um dos correlatos psicológicos nas disfunções cujo sintoma principal é a dor crônica⁸. A utilidade da aplicação desse conceito está diretamente ligada à abordagem terapêutica mais adequada ao paciente, uma vez que sua utilização pode levar a uma maior compreensão de pacientes com múltiplas queixas somáticas que tantas vezes confundem os médicos, levando-os a consultas e avaliações extensivas e desnecessárias^{6,8}.

Assim o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e investigar dificuldades que pacientes com SFC têm para identificar e descrever seus sentimentos (alexitimia).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, comparativo, de corte transversal com abordagem quantitativa. Utilizou-se uma amostra de conveniência de casos consecutivos. Foram incluídos

indivíduos de ambos os sexos divididos em dois grupos, originários da demanda em 10 meses de atendimento ambulatorial. O grupo 1 (G1) (n=38) com diagnóstico de SDPL (média de 2,2 cirurgias) e o grupo 2 (G2) (n=42) composto de pacientes com dor lombar, sem nenhuma intervenção cirúrgica, pertencentes a uma Clínica da Dor de um hospital escola. Todos com nível cognitivo suficiente para entender as perguntas, consentir em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pacientes com ausência de acompanhamento clínico na Clínica de Dor do Hospital de Base, doenças metabólicas, inflamatórias, oncológicas ou com quadro de instabilidade segmentar radiológica foram excluídos.

As avaliações foram aplicadas por um pesquisador previamente treinado e, dada a dificuldade de leitura por parte de alguns participantes, as questões foram lidas e assinaladas pelo pesquisador de acordo com as respostas fornecidas pelos participantes, evitando erros de preenchimento ou de interpretação das questões.

A dor foi avaliada por meio do Inventário Breve de Dor (IBD)⁹. Esse instrumento inclui 15 itens, subdivididos em duas partes: a primeira avalia a intensidade da dor (8 itens), e a segunda avalia a interferência da dor em aspectos da vida (7 itens): habilidade para caminhar, sono, trabalho, relacionamento com outras pessoas e aproveitamento da vida em uma escala numérica de zero (sem dor) a 10 (pior dor possível).

Para avaliar a qualidade de vida (QV) aplicou-se o questionário genérico de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF¹⁰. Trata-se de um instrumento composto por 26 questões que abrangem um domínio geral e quatro domínios específicos (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Os escores de QV dos domínios do WHOQOL-BREF têm valor de zero a 100, sendo que quanto maior for o valor para cada domínio, melhor será a QV.

Com relação à dificuldade para identificar e descrever os sentimentos, foi aplicada a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS)¹¹. Esse instrumento mensura o grau de alexitimia segundo quatro fatores: F1- habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2 - habilidade para fantasiar ou “sonhar acordado”; F3 - preferência por focalizar eventos externos ao invés de experiências internas; F4 - habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas. Possui 26 itens, respondidos em escala Likert de cinco pontos, desde discordo inteiramente (1) até concordo plenamente (5). Os escores totais variam entre 26 e 130 e, de acordo com estudos realizados com a versão original, quando acima de 74 (incluindo) são interpretados como presença de alexitimia, enquanto abaixo de 62 (incluindo), ausência de alexitimia. E escores entre 63 e 73 não permitem avaliações conclusivas. As pesquisas com a versão original sugerem boa consistência interna com coeficientes alfa variando entre 0,75 e 0,79. Com a versão brasileira obteve-se valores dentro desse espectro¹².

Fatores emocionais como ansiedade e depressão foram avaliados pela escala Beck. Nesta pesquisa foi utilizado o inventário de ansiedade (BAI)¹³ e o de depressão (BDI)¹³. O BAI foi proposto para mensurar os sintomas comuns de ansiedade. É composto por 21 itens, com alternativas de respostas variando de nada a um pouco, moderada e grave. A classificação recomendada para o nível de ansiedade mínima (0-7), leve (8-15), moderada (16-25) e grave (26-63). O BDI compreende 21 categorias de sintomas e atividades,

contendo quatro alternativas em cada uma, em ordem crescente do nível de depressão. Os 21 itens referem-se a tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, punição, autoaversão, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite e peso, preocupações somáticas e perda de libido. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão, que varia entre depressão mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) e grave (30-63), possuindo estudos psicométricos brasileiros.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição sob número 2384/2012.

Análise estatística

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, sendo que, inicialmente, realizou-se análise exploratória dos dados. O coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado para se estabelecer a correlação entre as variáveis de interesse.

RESULTADOS

A amostra de ambos os grupos foi de maioria do sexo feminino (67%), casado (43%) e média de idade de 42,3±5,8 anos. Em relação à classificação socioeconômica notou-se o predomínio da categoria baixa (½ a 2 salários mínimos). Mais da metade encontrava-se nesse nível socioeconômico (55,7%). Quanto à ocupação atual, 47% (n=18) dos pacientes do G1 estão inativos (auxílio doença), enquanto no G2 38% (n=16). Outros dados em relação ao perfil sócio-demográfico e clínico são apresentados na tabela 1.

Os resultados da avaliação de dor, ansiedade, depressão e alexitimia comparando os dois grupos são apresentados na tabela 2. Em todos os parâmetros avaliados obtiveram-se elevadas pontuações no G1 nos questionários de Beck e uma percepção intensa de dor e da interferência dela no cotidiano dos pacientes. Quanto à QV, os escores médios mais baixos, em ambos os grupos, correspondem aos domínios físico e psicológico e são apresentados na figura 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas (média±desvio padrão ou número de porcentagem) da amostra (n=38)

Variáveis	Grupos	n	Media±DP	%
Escolaridade (anos)	G1	38	7±4,5	
	G2	42	8±3,8	
Tempo de dor (meses)	G1	38	8±6,8	
	G2	42	9±8,7	
Situação trabalhista				
Trabalho formal			10,5(n=4)	
Auxílio doença			47(n=18)	
Aposentado			28 (n=11)	
Trabalho informal	G1	38	14,5 (n=5)	
Trabalho formal	G2	42	30,9(n=13)	
Auxílio doença			11,9(n=5)	
Aposentado			19,1(n=8)	
Trabalho informal			38,1(n=16)	

G1 = com diagnóstico de síndrome da falha cirúrgica; G2 = dor lombar e sem intervenção cirúrgica.

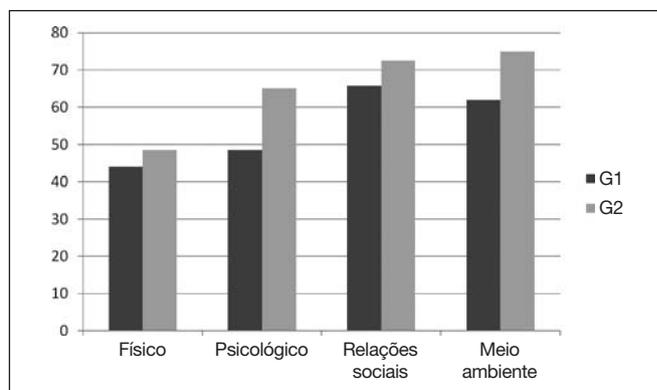


Figura 1. Medidas de tendência central e dispersão dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF em pacientes avaliados

G1 = com diagnóstico de síndrome da falha cirúrgica; G2 = dor lombar e sem intervenção cirúrgica.

Tabela 2. Escores obtidos na avaliação de dor, ansiedade, depressão e alexitimia das amostras avaliadas

Instrumentos	G1 (n=38) Média ± DP	GII (n=42) Média ± DP	Valor de p
IBD			
Intensidade da dor	9,04±2,3	8,50±3,2	0,054
Interferência da dor em atividades em geral			
Humor	8,35±3,04	6,48±3,5	0,048*
Habilidade para caminhar	7,32±2,50	4,50±1,7	0,036*
No sono	9,35±1,98	5,80±2,8	0,045*
No trabalho	8,50±2,35	5,60±2,5	0,048*
No relacionamento pessoal	5,65±3,25	4,75±1,5	0,065
No aproveitamento da vida	6,50±3,50	4,50±2,5	0,045*
BDI	24,9±12,6	18,6±5,4	0,045*
BAI	17,8±3,4	8,2±4,6	0,028*
TAS			
F1 (identificar sentimento)	36,5±7,0	28,5±8,5	0,036*
F2 (fantasiar)	10,9±4,0	5,4±3,8	0,045*
F3 (comunicar sentimento)	14,8±3,2	9,6±5,4	0,038*
F4 (foco no trabalho)	13,2±2,8	10,8±2,5	0,034*
Total	75,4±6,3	60,5±1,2	0,035*

*Nível de significância – p<0,05; G1 = com diagnóstico de síndrome da falha cirúrgica; G2 = dor lombar e sem intervenção cirúrgica IBD = inventário breve de dor; BDI = inventário de depressão; BAI = inventário de ansiedade; TAS = escala de alexitimia de Toronto.

De acordo com os escores médios da TAS verificou-se prevalência de alexitimia (<74), levando em conta os valores de corte estabelecidos por Yoshida¹⁰.

Tabela 3. Valores de média e desvio padrão (±) da escala de alexitimia de Toronto nos pacientes avaliados (n=38)

TAS	Média±DP	Mínimo	Máximo
F1	36,5±7,0	19	45
F2	10,9±4,0	6	17
F3	14,8±3,2	11	21
F4	13,2±2,8	9	20
Total	75,4±6,3	59	90

TAS = escala de Alexitimia de Toronto; F1 = habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F2 = habilidade para fantasiar ou "sonhar acordado"; F3 = preferência por focalizar eventos externos ao invés de experiências internas; F4 = habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos pode-se constatar média de cirurgias deste estudo similares a outros trabalhos^{14,15}. Também foi encontrada na amostra a média de idade de 42,3 anos e alta incidência de incapacidade para o trabalho, revelada em uma maioria com auxílio doença, corroborando o trabalho de Steenstra et al.¹⁶. Em relação ao sexo observou-se que os homens foram a maioria, sendo concordante com o estudo de Teixeira et al.¹⁷. Houve discordância com o trabalho de Heyer et al.¹⁸. No presente estudo, o peso corporal estava acima dos parâmetros antropométricos. Vários trabalhos identificam o peso aumentado como fator de risco importante para potencializar a dor, antes ou após a cirurgia^{14,16}.

Em relação à depressão, 39,4% da amostra estudada apresentaram grau moderado. Algumas pesquisas revelam que indivíduos com dor crônica que estão deprimidos tem maior índice de incapacidade do que os não deprimidos; e isso interfere negativamente na QV¹⁸. A QV comprometida nos domínios físico e psicológico assemelha-se a dados do estudo de Beigin et al.¹⁹ que revela que essas dimensões podem prever a ocorrência e expressão do sintoma álgico pós-cirurgia. A ansiedade também moderada na maioria dos pacientes deste estudo foi seguida de ansiedade grave e, como exemplo dessa interferência negativa, tem-se a amplificação dos sintomas físicos e da incapacidade funcional associada à dor e a baixa adesão a dieta ou a fármaco^{17,20}.

Quanto à alexitimia, essa se revelou prevalente neste estudo. É característico das pessoas alexitímicas um estilo de pensamento literal, isto é, a falta de consciência dos próprios sentimentos em situações geradoras de estresse, facilitando a somatização^{21,22}.

No trabalho de Lane, Sechrest e Riedel²³ foi administrado o TAS-20 em 380 indivíduos estratificados por idade, sexo, nível socioeconômico e anos de escolaridade. Foi observado que esse instrumento demonstra uma tendência de informar piores resultados para pacientes com idade avançada, do sexo masculino, com baixo nível socioeconômico e menor escolaridade. Portanto, pode-se deduzir que os presentes resultados também foram afetados pelo baixo nível socioeconômico e pelo menor número de anos de escolaridade presentes na amostra.

Saariaho et al.²⁴ acompanharam por 8 anos pacientes com dor crônica e investigaram o impacto da alexitimia e depressão. Verificaram que os alexitímicos tiveram pior quadro de dor e depressão tanto no início quanto durante o seguimento clínico, relacionando-se com o sexo masculino e alexitimia no início do estudo, mas não com depressão. Alexitimia e depressão estavam intimamente relacionadas entre si e a ligação foi reforçada durante o período de acompanhamento.

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de programas de intervenção elaborados por equipes multidisciplinares a fim de contribuir nas dificuldades de processamento emocional e, consequentemente melhorar a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

De forma geral a síndrome da falha cirúrgica tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes facilitando a prevalência de alexitimia, depressão e ansiedade.

REFERÊNCIAS

- Matias AC, Antunes F. Qualidade de vida na síndrome de cirurgia lombar falhada. *Rev Soc Port Med Fis Rehabil.* 2012;21(1):32-6.
- Boonstra AM, Reneman MF, Waaksma BR, Schiphorst Preuper HR, Stewart RE. Predictors of multidisciplinary treatment outcome in patients with chronic musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil.* 2015;37(14):1242-50.
- Mannion AF, Elfering A. Preditores do resultado cirúrgico e suas avaliações. *Coluna.* 2006;5(4):267-79.
- Hussain A, Erdek M. Interventional pain management for failed back surgery syndrome. *Pain Pract.* 2014;14(1):64-78.
- Vaisy M, Gizzi L, Petzke F, Consmüller T, Pfingsten M, Falla D. Measurement of lumbar spine functional movement in low back pain. *Clin J Pain.* 2015;31(10):876-85.
- García RJ, Gastaldo AS, Campos TI, Sousa CV, Hornero MC, Tirado JA, et al. Fatores relacionados con la cirugía fallida de hernia discal lombar. *Neurocirugía.* 2005;16:507-17.
- Manca A, Eldabe S, Buchser E, Kumar K, Taylor RS. Relationship between health-related quality of life, pain, and functional disability in neuropathic pain patients with failed back surgery syndrome. *Value Health.* 2010 ;13(1):95-102.
- Di Tella M, Castelli L. Alexithymia in chronic pain disorders. *Curr Rheumatol Rep.* 2016;18(7):41.
- Cleeland C, Ryan K. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Academy Med Singapore.* 1994;23(2):129-38.
- Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHO-QOL-bref]. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83. Portuguese.
- Yoshida EM. Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. *Psicol. Reflex Crit.* 2007;20(3):389-96.
- Prazeres, N. Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Rev Port Psicossom.* 2000;2(1):109-21.
- Cunha JA. Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Son BC, Kim DR, Lee SW, Chough CK. Factors associated with the success of trial spinal cord stimulation in patients with chronic pain from failed back surgery syndrome. *J Korean Neurosurg Soc.* 2013;54(6):501-6.
- Gerrits MM, van Oppen P, van Marwijk HW, Penninx BW, van der Horst HE. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain.* 2014;155(1):53-9.
- Steenstra IA, Verbeek JH, Prinsze FJ, Knol DL. Changes in the incidence of occupational disability as a result of back and neck pain in the Netherlands. *BMC Public Health.* 2006;18(6):190-3.
- Teixeira MJ, Yeng LT, Garcia OG, Fonoff ET, Wellington SP, Araujo JO. Síndrome dolorosa pós-laminectomia: estudo descritivo da abordagem terapêutica em 56 pacientes. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(3):286-91.
- Heyer EJ, Sharma R, Winfree CJ, Mocco J, McMahan DJ, McCormick PA, et al. Severe pain confounds neuropsychological test performance. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2008;22(5):633-9.
- Beigin GA, Martins MRI Souza AV, Forni JEN. Impacto psicossocial e na qualidade de vida de pacientes com síndrome dolorosa após laminectomia. *Rev Dor.* 2015;16(1):32-6.
- Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2006;20(4):444-58.
- Celestin J, Edwards RR, Jamison RN. Pretreatment psychosocial variables as predictors of outcomes following lumbar surgery and spinal cord stimulation: a systematic review and literature synthesis. *Pain Med.* 2009;10(4):639-53.
- Maciel MJ, Yoshida EM. Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Aval Psicol.* 2006;5(1):43-54.
- Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry.* 1998;39(6):377-85.
- Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, Joukamaa MI, Karukivi M. The role of alexithymia: an 8-year follow-up study of chronic pain patients. *Compr Psychiatry.* 2016;69:145-54.