

Síndrome de Münchausen: Relato de dois Casos

ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR*
PATRÍCIA FABRÍCIO LAGO**
AIRTON MINOTTO***
ANDRÉ LUIS BECKER***
LORENA CALEFFI****

SINOPSE

Os autores relatam dois casos de pacientes com síndrome de Münchausen que estiveram internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, atendidos por equipe de Medicina Interna e Consultoria Psiquiátrica. Além da revisão bibliográfica sobre o tema, os autores descrevem as características dos casos, alguns aspectos psicodinâmicos, objetivando principalmente abordar o diagnóstico, assim como as dificuldades encontradas no manejo destes pacientes.

UNITERMOS: Transtorno factício crônico, Patomímia

INTRODUÇÃO

Asher⁷, em 1951, descreveu a síndrome inspirando-se no Barão de Münchausen, um alemão que ganhou fama por suas extensas viagens e narrativas exageradas⁸. Asher notou que o paciente com essa síndrome também viaja grandes distâncias e chega aos hospitais com estórias dramáticas e plausíveis, no entanto falsas, que convencem os médicos de que ele está sofrendo uma doença aguda. Um quadro clínico

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para separatas: Dr. Airton Minotto — Rua Jacinto Gomes, 163/33 — CEP 90040, Bairro Bonfim, Porto Alegre, RS.

* Professor Assistente do Dep. de Psiquiatria da UFRGS.

** Aluna do Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria do HCPA.

*** Residentes do Serviço de Medicina Interna do HCPA.

**** Médica Residente do Dep. de Psiquiatria do HCPA.

Recebido em: 01/09/89

Para modificação do autor em: 11/12/89

Recebido da última modificação em: 19/04/90

Aceito para publicação em: 11/06/90

ABSTRACT

The authors report the clinical cases of two patients from nonpsychiatric wards of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, which had been treated by internal medicine staff and psychiatric liaison consultation.

They review the literature concerning this subject and discuss it along with the clinical cases, with the main purpose to discuss the diagnosis as well as the approach to these patients and some difficulties of handling them.

UNITERMS: Chronic factitious illnesses, Pathomimia

semelhante foi descrito já em 1911, com o nome de "patomímia"⁹. Desde então, diversas denominações têm sido sugeridas. Entretanto, apesar de apresentarem doenças factícias, estes pacientes são verdadeiramente doentes, requerendo cuidados médicos^{10, 2}.

A síndrome de Münchausen é uma patologia psiquiátrica muito incapacitante e de prevalência desconhecida. Alguns acreditam que o transtorno seja raro, mas que um mesmo paciente é relatado mais de uma vez por diferentes médicos, com nomes diferentes. Outros sugerem que é freqüente, mas raramente diagnosticado^{1, 2, 3}. Esta é a impressão dos autores. Num estudo multicêntrico sobre prevalência de distúrbios mentais realizado nos Estados Unidos, o programa NIMH-ECA, Regier et alii⁴ encontraram a taxa de 0,1% de prevalência de distúrbios de somatização, onde poderiam estar incluídas desordens factícias, já que os cálculos foram baseados em dados obtidos de questionário. Escobar et alii⁵ identificaram 4,4% dos pacientes atendidos a nível ambulatorial como portadores de sintomas conversivos, enquanto apenas 0,03% preenchem os critérios diagnósticos do distúrbio de somatização do DSM III-R. Reich et alii⁶ analisaram 41 casos de desordem factícia diagnosti-

cados em período de 10 anos no Hospital Escola de Harvard. De acordo com esses autores, nenhum destes pacientes teria a Síndrome de Münchhausen, que seria uma das formas de desordem factícia. Uma das motivações para escrever este trabalho surgiu do fato de que, a partir de um caso diagnosticado por consultor psiquiátrico, um clínico identificou três outros pacientes com a síndrome. Isso estimulou os autores, com a impressão de que maior conhecimento por parte dos clínicos proporcionará maior diagnóstico. Somente assim haverá condições de abordar adequadamente o paciente e, principalmente, através da pesquisa, obter conhecimento que permita terapêutica mais eficaz.

RELATO DOS CASOS

CASO 1

NM, masculino, branco, 53 anos, desquitado, jornalista, foi internado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) queixando-se de intensa dor lombar, febre, vômitos e mal-estar há três dias. Referia "litíase urinária" e infecções prévias, tendo estado internado no CTI de outro hospital por "septicemia", recebendo alta há uma semana. Vinha usando diazepam, flunitrazepam, carbamazepina, meperidina e clonidina. Tabagismo (40 cigarros/dia), com história de uso abusivo e irregular de álcool. Ao exame físico, apresentava várias cicatrizes cirúrgicas na região cervical e lombar, com paresia e atrofia muscular nos membros inferiores e lesões em áreas relacionadas com injeções intramusculares. O restante do exame era inespecífico, exceto por intensa dor a punho-percussão lombar bilateralmente. A avaliação laboratorial revelou: uréia 61 mg/dl, creatinina 1,7 mg/dl, hematócrito 31%, hemoglobina 9,5 g/dl, proteinúria e piúria moderadas. Na urocultura, posteriormente, foi identificado *Escherichia coli*, mais de 100.000 germes/mm³, instituindo-se tratamento para infecção urinária. Passou a apresentar-se como paciente de difícil manejo: queixoso, ansioso, muito solicitante, manipulativo, não aceitando as rotinas do hospital. Por vezes agressivo e agitado, exigia atenção constante da equipe, criava atritos entre médicos e enfermeiros. Solicitava com frequência o uso de meperidina e cobrava a realização de exames e procedimentos, geralmente invasivos, que resolvessem seu problema. Desejava realizar "biópsia testicular" para investigação de câncer, eletrocardiograma por suspeita de "taquiarritmia sinusal", além de diversos procedimentos cirúrgicos, indiferente aos seus riscos.

A história de litíase urinária foi afastada por urografia excretora normal e, desde então, a dor passou a ser referida na região anal e escrotal. Apresentava febre, mas quando a temperatura passou a ser vigiada, normalizou-se. Relatava enterorragia enquanto suas fezes eram normais. Dizendo-se constipado; submetia-se a enemas de limpeza com frequência. Pelas queixas, era seguidamente examinado e manipulado. Empregava terminologia médica sofisticada e demons-

trava surpreendente conhecimento de rotinas hospitalares, dizia-se "rato de hospital". Apresentava-se às vezes deprimido, com ideação suicida e homicida; em outros momentos era sedutor. Cantarolava e recitava poemas. Foi então solicitada consultoria psiquiátrica. Após o levantamento da história do paciente, difícil de sumarizar aqui, a natureza de sua doença começou a ser esclarecida.

Nos últimos 7 anos, NM já havia sido internado 6 vezes no hospital. Em cada internação, referia dados diferentes e conflitantes, não tendo sido possível confirmá-los. Seus problemas teriam iniciado em 1976, quando passou a apresentar dor lombossacral decorrente de "três hérnias discais". Seguiram-se, então, entre 1977 e 1983, inúmeros procedimentos terapêuticos: "aplicação intratecal de xilocaína", "neurólise" e "alcalinização de raízes nervosas", além de 6 cirurgias lombossacrais realizadas em diferentes hospitais, incluindo o Hospital Sarah Kubischek, em Brasília, e o Houston Memorial Hospital, nos EUA. O paciente desenvolveu uma lesão iatrogênica irreversível a nível L5, confirmada por avaliação neurológica. Ficou paraparético, com bexiga neurogênica e incontinência esfinteriana. Passou a apresentar dores nos membros inferiores e infecções urinárias, além da dor lombossacral que se mantinha inalterada. Assim, permanecia constantemente internado em diversos hospitais, muitas vezes saindo de um diretamente para outro. Começou a usar antiinflamatórios, analgésicos e tranqüilizantes cronicamente. Dependente de propoxifeno e meperidina, teve uma internação psiquiátrica por essa causa. Apresentava períodos de depressão, tendo feito 2 tentativas de suicídio. Refere ainda suborno de funcionário de um hospital e envolvimento amoroso com uma atendente, em outro, com a finalidade de obter drogas e informações do seu prontuário.

Em todas as internações no HCPA, com duração média de 33 dias, manteve padrão de comportamento semelhante ao já descrito. Neste hospital, realizou 2 esfinterotomias, infiltrações peridurais com corticóides e sondagens vesicais freqüentes. Sempre insatisfeito, recorreu à direção do hospital e ao sindicato dos jornalistas para denunciar o mau atendimento. Ameaçava processar médicos e o hospital, solicitava alta. No entanto, o momento da alta sempre era muito difícil, tanto pela atitude do paciente, pressionando com novos sintomas, quanto por sua situação social: sem residência fixa, má condição financeira e econômica, não mantendo vínculo com familiares nem amigos. Conforme o que o paciente relata, é filho único. Aos 9 anos surpreendeu a mãe mantendo relações sexuais extraconjugais, e 3 anos após presenciou seu suicídio. Coursou jornalismo e casou-se aos 21 anos, tendo 5 filhos. A separação ocorreu 15 anos após. Acusava os filhos de o terem abandonado. Há aproximadamente 12 anos perdeu o pai, desfazendo-se progressivamente de tudo que herdou. Contava histórias impressionantes sobre suas atividades como repórter, mas todos os vínculos profissionais que foram conferidos mostraram-se falsos. Descrevia-se como um jor-

nalista no auge da carreira, atuando a nível internacional e com muito prestígio, até a ocorrência do erro médico, que pôs fim a tudo isto. Desde então passou a viver em função de seus problemas de saúde.

CASO 2

JFF, masculino, branco, 26 anos, solteiro, em benefício pelo INAMPS, internou-se pela nona vez no HCPA com queixa de "dor epigástrica" há 7 meses, "hematêmese" e "melena" há 2 dias. Referia ter "câncer gástrico diagnosticado por cintilografia". Por alergia à hioscina, solicitava o uso de meperidina ou codeína. Ao exame, não apresentava alterações hemodinâmicas ou outras, exceto cinco cicatrizes cirúrgicas abdominais e hérnia incisional. Fezes normais ao toque retal. Os exames laboratoriais eram todos normais. Fez endoscopia digestiva alta na qual não se evidenciaram sinais de sangramento. Poucos dias após, o paciente foi identificado como simulador por um médico que o conhecia de internações prévias, e fugiu do hospital.

Destas internações, seis haviam sido motivadas por queixas de hemorragia digestiva alta e duas por infecção urinária. As manifestações eram de tal intensidade que, uma vez, foi internado em CTI e, em outra ocasião, levado às pressas ao bloco cirúrgico. Em ambas as situações, a gravidade do quadro não se confirmou. Os sangramentos digestivos nunca foram identificados clinicamente. Todos os exames laboratoriais eram repetidamente normais, assim como as seis endoscopias realizadas, que apenas mostravam evidências de cirurgia gástrica prévia. Quando referia hematêmese, o que se observava era vômito com saliva e raia de sangue, juntamente com evidências de traumatismo e sangramento oral. Forçava vômitos. Queixava-se constantemente de dor abdominal intensa, fazendo uso de opióides.

Nas internações em que apresentou infecção urinária, necessitava sondagens vesicais de alívio. Havia evidências de contaminação nas uroculturas (flora mista) e, quando positivas, os germes não eram os habituais causadores desta infecção. Exames de urina revelavam hematúria importante, com ausência de piúria. As queixas conduziam a extensas investigações, muitas das quais dificultadas pela falta de colaboração do paciente, por vezes levando a novas suspeitas diagnósticas. Foi evidenciada lesão uretral auto-induzida.

A suspeita de simulação ocorria sempre, motivando alta após períodos de, em média, dez dias. Em duas ocasiões foi reinternado no mesmo hospital 24 a 48 horas após a alta. Fazia consultas ambulatoriais com frequência, onde, além dos quadros já referidos, solicitava medicação para crises convulsivas. Embasava suas queixas com exames realizados em outros serviços.

Em todas as internações, era descrito como paciente difícil: muito solicitante, queixoso, não seguia orientações. Insatisfeito com a equipe, pressionava pe-

la realização de procedimentos, particularmente cirurgias. Não demonstrava preocupação com os riscos decorrentes. Impressionava pelo conhecimento de termos médicos ("y de Roux", "Billroth II"). A história médica era relatada de forma diferente a cada internação. Nunca recebia visitas. Deprimido e ansioso, era sempre solicitada consultoria psiquiátrica. Por vezes, apresentava melhora clínica com o uso de neurolépticos em baixas doses. Os diagnósticos psiquiátricos associados aos de oligofrenia e simulação eram variados: psicose atípica e transtornos de personalidade.

Quanto a sua história, é o menor entre seis filhos. Família pobre, conflituada, mãe alcoolista. O desenvolvimento neuropsicomotor foi alterado, com início tardio da fala e deambulação. O pai e a mãe do paciente morreram de câncer ainda quando era criança. Após a morte da mãe, passou a viver com a irmã mais velha, iniciando tratamento psiquiátrico após ter feito uma tentativa de suicídio. Nesta época iniciaram também a indução de vômitos e as queixas de dor abdominal e sangramento digestivo. A dificuldade de aprendizagem era agravada pelas freqüentes internações hospitalares. Abandonou a escola na 6ª série. Dos diversos empregos, destaca o de "enfermeiro". Aos 21 anos fez nova tentativa de suicídio.

Não tem residência fixa nem relações interpessoais duradouras. Viaja constantemente, tendo diversas hospitalizações em outros estados. Foi submetido a cinco cirurgias abdominais: três por úlcera péptica, uma por hérnia hiatal e uma colecistectomia. A busca de atendimento médico constante e hospitalizações parece constituir a principal ocupação na vida do paciente.

DISCUSSÃO

Os dois pacientes apresentam claramente o quadro clínico conhecido como síndrome de Münchhausen.

Com a denominação de transtorno factício crônico com sintomas físicos, este diagnóstico foi incluído pela primeira vez na classificação americana em 1980 (DSM-III), constando na última revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID 10).

Os critérios diagnósticos do DSM-III-R¹ incluem:

A - Produção ou simulação intencional de sintomas físicos (mas não psicológicos);

B - Necessidade psicológica de assumir o papel de doente, como evidenciado pela ausência de incentivos externos para o comportamento, tais como ganho econômico, melhores cuidados ou bem-estar físico;

C - Ocorrência não exclusivamente durante o curso de outro transtorno do Eixo I, como esquizofrenia.

A característica essencial deste transtorno é, portanto, a repetida simulação de uma doença física como a única finalidade de obter tratamento médico imediato. Geralmente não há outro motivo reconhecível^{1, 2}. Os sintomas podem ser totalmente inventados pelo paciente, podem ter base somática inicial que é, no entanto, exageradamente intensificada, ampliada e

prolongada, ou podem derivar de automutilações^{1, 11}. Há também casos em que o paciente interfere em algum procedimento diagnóstico, como, por exemplo, a adição de sangue e proteína exógena à amostra de urina para simular síndrome nefrótica¹².

Asher descreveu três variantes da síndrome de Münchhausen: abdominal, hemorrágica e neurológica. Posteriormente, outros autores incluíram as formas cardíaca e renal^{13, 14}.

Quadros clínicos típicos incluem: dor abdominal associada a náuseas e vômitos, tonturas e desmaios, "rashes" e abscessos generalizados, febres de origem indeterminada, sangramentos associados ou não a síndromes "Lupus-Like"^{1, 12}; todos os órgãos podem ser envolvidos e os sintomas são limitados somente pela imaginação, sofisticação e conhecimento médico do paciente¹.

Também está descrito o transtorno factício com sintomas psicológicos¹. Recentemente foi acrescentado o termo "Münchhausen by proxy", referindo-se ao quadro no qual as mães fabricam falsos sinais e sintomas nos filhos por longos períodos, submetendo-os, assim, a inúmeras investigações, tratamentos e outros procedimentos nocivos^{14, 15}.

Numa revisão da literatura de língua inglesa de 1951 a 1985, foi encontrado o total de 385 casos publicados¹⁶. A idade média do início dos sintomas foi de 21 anos, com o diagnóstico sendo feito aos 32 anos. Estes dados concordam com a maioria dos autores^{1, 14, 17}. Dos 142 casos relatados nos últimos 5 anos (42% do total), 94 (66%) eram mulheres. Este achado é conflitante com os demais autores, que sugerem que o transtorno é mais freqüente em homens^{12, 13}.

O aparecimento dos sintomas pode seguir-se a doença real, perda, rejeição ou abandono. Nos casos relatados, o início da doença está temporalmente associado à perda da mãe, em um, e do pai, no outro.

Elementos comuns na vida destes pacientes sugerem certos fatores predisponentes, tais como: negligência, privação, rejeição, maus tratos, doença crônica e confinamento em instituições na infância, ocupação profissional relacionada à área da saúde, relação importante e ambivalente com um médico no passado^{1, 2, 14, 18}.

Os demais componentes da síndrome caracterizam-se por:

- sofisticação médica: possuem raro conhecimento de termos, síndromes e rotinas médicas e hospitalares;

- extensas viagens: a busca de atendimento e hospitalizações freqüentemente leva-os a numerosas cidades, estados, países e até continentes;

- pseudologia fantástica: a distorção da verdade não é limitada à história da doença e sintomas, também abrange outras áreas da vida;

- impostura: os pacientes podem assumir a identidade ou se apresentarem como tendo ligações com alguém de grande prestígio;

- equanimidade à dor e perigo: há uma disposição para submeter-se a procedimentos médicos do-

lorosos ou arriscados, sem ansiedade ou preocupações esperadas;

- abuso de drogas: em torno de 50% dos casos, os pacientes exigem tratamento com medicações específicas, em geral analgésicos; não costumam apresentar sintomas de abstinência;

- isolamento social: tipicamente há uma história de dificuldade para manter laços de amizade e vínculos com familiares; as hospitalizações caracterizam-se pela falta de visitas;

- mudanças de queixas: à medida que são descartadas as doenças suspeitas, surgem novos sintomas;

- evidências de tratamentos prévios: são freqüentes inúmeras cicatrizes e seqüelas clínicas;

- intensa raiva e hostilidade: costumam ser indisciplinados, rebeldes, causando problemas por seu comportamento exigente e manipulador; criam conflitos entre médicos e enfermeiros;

- alta hospitalar contra a indicação médica: ocorre com freqüência, seja pela queixa de que o atendimento foi inadequado ou seguindo-se à confrontação.

Raramente, na medicina, a história médica passada é tão importante para o estabelecimento do diagnóstico. No entanto, os pacientes minimizam e distorcem sua história prévia, exagerando a apresentação do quadro atual¹⁹. Além disso, freqüentemente não se dispõe, como nestes casos, de familiares ou conhecidos que possam dar informações confiáveis. Portanto, as próprias características deste transtorno dificultam sua identificação.

Quanto ao diagnóstico diferencial, em primeiro lugar deve-se descartar a presença de doença orgânica real que justifique o quadro. Entretanto, cabe salientar que pode haver patologia orgânica concomitante, anterior ou decorrente do tratamento^{1, 2}. É importante, também, diferenciar a síndrome de Münchhausen de outras desordens psiquiátricas. Os transtornos somatoformes distinguem-se por não haver produção consciente dos sintomas, tendência à auto-mutilação ou submissão a procedimentos invasivos. Também não inclui conhecimentos médicos sofisticados. Os hipocôndricos, além disso, são mais velhos e demonstram ansiedade quanto às implicações de suas doenças^{2, 20}. Na simulação há ganhos secundários evidentes, que justificam o quadro. Estes pacientes, por suas características, freqüentemente são considerados como tendo transtornos de personalidade histriônica, antisocial ou "borderline". No entanto, nenhum destes transtornos inclui submissão repetida a procedimentos invasivos ou hospitalização crônica. Pelo estilo bizarro de vida destes pacientes, às vezes é feito o diagnóstico de esquizofrenia. Entretanto, eles não apresentam os sintomas característicos dessa doença. Quanto ao abuso de drogas, não podem ser considerados como meramente aditos².

As tentativas de compreensão das raízes psicológicas do transtorno abordam principalmente a intensa tendência autodestrutiva destes pacientes, considerados como "suicidas parciais". Dentro da compreensão do suicídio, entende-se a tendência auto-des-

trutiva como um ato inconsciente de agressão a figuras parentais rechaçantes, que são transferidas para a figura do médico. Essa idéia é, até certo ponto, apoiada pela observação de que muitos destes pacientes vivenciaram intensas situações de rejeição ou abandono parental na infância^{2, 11, 15}. Também é enfatizado seu aspecto de compulsão à repetição, buscando a atenção dos médicos (figuras parentais) através de doença por eles fabricada.

Esses pacientes, pelo seu modo característico de agir, tendem a provocar no médico intensos sentimentos de impotência, frustração, desafio e raiva. É pressionado por tais sentimentos que o médico é levado a participar deste conluio com a parte doente dos pacientes. Pode-se dizer que projetam no médico uma figura parental má, mutiladora, e conseguem acioná-lo a desempenhar de forma concreta esse papel, restabelecendo assim o mesmo relacionamento que vivenciaram quando criança. Estabelecem uma relação sadomasoquista que tem a singularidade de ter o médico como parceiro¹⁴.

O tratamento deste transtorno não está bem estabelecido, não havendo nenhuma forma de terapia considerada eficaz. Além disso, é dificultado pela virtual certeza de que o paciente irá abandonar o tratamento quando descoberto, pela fragilidade do vínculo terapêutico, que limita a intervenção médica¹. Considerando-se que os sintomas factícios podem ser uma defesa contra suicídio ou psicose, torna-se arriscado confrontá-los². Mesmo assim, alguns apontam e relatam a confrontação, em meio suportivo, como fator de cura⁹. Outros sugerem a internação psiquiátrica

como ponto de partida para o tratamento. É característica a má aceitação de acompanhamento psiquiátrico; no entanto, a intervenção direta ou indireta de um consultor psiquiátrico é muitas vezes necessária^{1, 11, 14}. O tratamento psicoterápico de longa duração pode trazer marcada melhora, mas raramente é exequível. Tratamentos biológicos, como eletroconvulsoterapia ou psicofármacos, não têm sido eficazes¹.

JFF fugiu do hospital ao perceber-se identificado como simulador. NM não chegou a ser propriamente confrontado, mas o acompanhamento psicoterápico suportivo procurou abordar e entender sua necessidade de atenção (médica) como causa dos sintomas e hospitalizações, e a raiva e agressão decorrentes da frustração de seus desejos de dependência e cuidados permanentes. Foram usados neurolépticos em baixas doses, visando diminuir a ansiedade. Procurou-se, principalmente, promover a atitude de aceitação e tolerância na equipe que o atendia.

Em ambos, tomaram-se medidas, também sugeridas na literatura, como colocar claramente o diagnóstico no prontuário, orientando quanto à restrição de hospitalizações, investigações e uso de drogas que causam dependência^{1, 11, 14}.

Essas medidas não alteram significativamente o curso da doença, mas protegem o paciente. Por outro lado, constituem o mínimo que se espera do médico: não participar do conluio inconsciente, assumindo o papel mutilador que o paciente busca induzir. O prognóstico, com ou sem tratamento, é reservado, podendo melhorar com o diagnóstico precoce^{2, 11, 19, 20}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition, revised (DSM-III-R) Washington DC, 1987: 315-8.
- 2 Sussman N, Hyler SE. Factitious disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985: 1242-6.
- 3 London M, Graffari K. Münchhausen's syndrome and drug dependence. Br J Psychiatry. 1986; 651-4.
- 4 Regier DA, Jeffrey HB, Jack DB Jr et al. One month prevalence of mental disorders in The United States: based on Five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry, 1988; 45: 977-86.
- 5 Escobar JI, Burman MA, Karno M et al. Somatization in the community. Arch Gen Psychiatry, 1987; 44: 713-8.
- 6 Reich P, Hotfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. Annals of Internal Medicine, 1983; 99: 240-7.
- 7 Asher R. Münchhausen's syndrome. Lancet 1951; 1: 339-41.
- 8 Ludwig J, Mann RJ. Münchhausen versus Münchhausen. Mayo Clin Proc. 1983; 58: 767-9.
- 9 Dielafoy G. Patomímia, a história de um patomímico. Trad. Paulo Fasolo. Rev Psiq RS. 1980; 1 (3-4): 62-7.
- 10 Scully R, Mark EJ, Mc Neely B. Case records of Massachusetts General Hospital. N Engl J Med 1984; JU1 311 (2): 108-15.
- 11 Hartke R. Transtorno factício, síndrome de Münchhausen ou patomímia: relato de um caso. Rev Psiq RS 1981; 3 (3): 226-33
- 12 Mitas JA. Exogenous protein as the cause of nephrotic-range proteinuria. Am J Med 1985; 79: 115-9.
- 13 Manolis AS, Sanjana VM. Cardiopathia fantastica and arteriofactitia as manifestations of Münchhausen syndrome. Crit Care Med 1987; 15 (5): 526-9.
- 14 Nicol AR, Eccles M. Psychoterapy for Münchhausen syndrome by proxy. Arch Dis Child 1985; 60: 344-8.
- 15 Meadow R. Management of Münchhausen syndrome by proxy. Arch Dis Child 1985; 60: 385-93.
- 16 Raymond CA. Münchhausen's may occur in younger persons. Jama 1987; 257 (24): 3332-3.
- 17 Evans DL, Hsiao JK, Nemeroff CB. Münchhausen syndrome, depression and dexametazona supression test. Am J Psychiatry 1984; 141 (4): 570-2.
- 18 Amegavie L, Marzouk O, Mullen J. Münchhausen's syndrome by proxy: a warning for health professionals. Br Med J 1986; 293: 855-6.
- 19 Sinanah K, Houghton H. Evolution of variants of the Münchhausen syndrome. Br J Psychiatry 1986; 148: 465-7.
- 20 Reid WH. Factitious disorders. In: Treatment of the DSM-III psychiatric disorders. Brunner & Mazel, 1983: 173-4.