

CASOS CLÍNICOS

Síndrome de Munchausen y gestación

A. Tejerizo-García^a, A. Henríquez-Linares^b, L. Hernández-Hernández^b, S.P. González-Rodríguez^b, R. Alcántara^b, M.A. Ruiz^b, A. Villalba^b, M. Belloso^b, M. de Marino^b, J.L. Lanchares^b y L.C. Tejerizo-López^b

^aDepartamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

^bDepartamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Salamanca. España.

ABSTRACT

Metrorrhagia during the third trimester of pregnancy, simulating placenta previa, may be a sign of the patient calling for help to the doctor. This clinical situation is one where the woman mimics an illness, in order to play the role of sick patient. The risk is that this may lead to unnecessary surgical procedures, in this case caesarean section. The main difficulty in caring for these patients is to make the diagnosis. Treatment is based on psychotherapy, which can contribute to an improved mother-infant relationship and perhaps prevent acts of self-mutilation.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos facticios se caracterizan por signos o síntomas patológicos elaborados o autoinducidos intencionadamente por una persona para que se la considere “enfermo” o “paciente”. Tales pacientes han sido descritos en la bibliografía médica a lo largo de la historia y en todo el mundo¹⁻⁸. El concepto quedó firmemente establecido en el pensamiento médico moderno en 1951, cuando Asher⁹ describió lo que desde entonces se ha clasificado como un subtipo del trastorno facticio: el síndrome de Munchausen, en referencia al barón Friedrich Munchausen por sus viajes y sus historias fantásticas. En este síndrome, en principio, quedan asociadas alteraciones facticias y síndromes psíquicos. En muchos pacientes, los trastornos facticios quedan sin diagnosticar, e incluso cuando se reconoce el proceso quedan a menudo sin tratamiento¹⁰⁻¹³. Sin embargo, los trastornos facticios causan un grado significativo de morbilidad y mortalidad¹⁴⁻¹⁶, requieren una gran demanda asisten-

cial^{14,17-21} y causan un importante malestar emocional en los propios pacientes, en las personas que los atienden y en las que están relacionadas con ellas²². Durante la última década se ha producido un continuo incremento de la bibliografía médica sobre los trastornos facticios, con la publicación de libros legos y profesionales sobre el tema^{3,23} y con la creación de un sitio web dedicado a los trastornos facticios (<http://munchausen.com>; Feldman, 2001).

Los pacientes que tienen estas alteraciones facticias violan de entrada los principios médicos, mienten buscando la enfermedad, se automutilan y pueden llegar hasta provocar su propia destrucción. No son conscientes de las motivaciones que les llevan a mutilarse, pero tienen conciencia de su automutilación.

Hemos sido engañados durante cerca de un mes por una enfermera hospitalizada por metrorragias del tercer trimestre de la gestación. Se trataba, de hecho, de una alteración facticia con automutilación genital.

CASO CLÍNICO

Paciente, casada, enfermera de profesión, de 31 años de edad, madre de una niña de 4 años, que consulta en nuestro servicio, derivada por su médico de cabecera por sospecha de placenta previa, asociada a una alteración importante de ansiedad. La primera gestación se había desarrollado sin particularidades, pero después del parto fue tratada por un síndrome depresivo.

Por otra parte, la paciente tenía entre sus antecedentes varias hospitalizaciones por trastornos depresivos, asociados en algunas ocasiones con tentativas de suicidio. En el curso de esta gestación, en su inicio, tuvo vómitos frecuentes asociados a un cuadro de ansiedad importante, preocupada por el desarrollo de su embarazo y del futuro niño. En la semana 30 de amenorrea, la paciente fue hospitalizada por metrorragias aisladas, indoloras, de sangre roja, con localización,

—
 Aceptado para su publicación el 1 de marzo de 2005.

por ecografía abdominal, de una placenta inserta en el segmento inferior del útero (no marginal, ni obstructiva total o parcialmente). Numerosos diagnósticos fueron tenidos en cuenta: placenta previa, ectropión gravídico y pólipo de cuello uterino.

La entrevista con un psiquiatra, en razón de su cuadro de ansiedad asociado, permitió encontrar discordancias entre la ansiedad frente a la gestación y las sonrisas frecuentes y sin motivo en el curso de la entrevista. Las relaciones con el equipo médico se movieron en el terreno de la ambigüedad. La paciente hacía demasiadas llamadas y pedidos al equipo de guardia, que fue aportando diagnósticos erróneos en relación con los síntomas que ella presentaba y relataba, lo cual exigía que estos diagnósticos fueran confirmados y validados por el médico responsable, que no podía reexaminarla por el riesgo de hemorragia que el examen ginecológico podía provocar.

En el curso de la semana 32 de amenorrea descubrimos, durante un nuevo y cuidadoso examen, lesiones traumáticas vaginales en el fondo de saco de la vagina. Tras 48 h de la aparición de estas recidivas, se decidió revelar nuestro descubrimiento a la paciente y el origen de estas lesiones. Su reacción inicial ha sido depresiva, y este comportamiento ha predominado con una cierta indiferencia, para evolucionar después hacia un período de mejoría del estado mental, con reaparición de la comunicación con el entorno y las sonrisas. Se tomó en consideración la alteración facticia con síntomas psíquicos, puesto que se asocia la presencia de síntomas psíquicos con el deseo de la paciente de actuar el papel de enferma. Esta alteración es considerada, por el equipo médico, como una forma clínica del síndrome de Munchausen.

A las 34 semanas de amenorrea, la paciente salió de la maternidad, y su médico de cabecera, la psiquiatra y un obstetra siguieron su curso clínico. A las 39 semanas de amenorrea, la mujer dio a luz a una niña normal. En el posparto, la lactancia se desarrolló normalmente y recibió el alta al octavo día del parto. Desgraciadamente, su médico de cabecera, escéptico, no está convencido del diagnóstico y nosotros hemos perdido de vista a la paciente.

DISCUSIÓN

En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association; 2000) se requieren 3 criterios para el diagnóstico del trastorno facticio²⁴. El primero, la elaboración intencionada o el fingimiento de signos o síntomas físicos o psicológicos, sirve para diferenciar el trastorno facticio de los trastornos somatomorfos, cuyos síntomas físicos se producen inconscientemente. El segun-

do y el tercer criterio, es decir, que la motivación para la conducta sea asumir el papel de enfermo y que no existan incentivos externos para la conducta, sirven para distinguir el trastorno facticio de la simulación.

En el DSM-IV-TR se clasifica el trastorno basándose en el tipo predominante de síntoma facticio que está presente: físico o psicológico. Las historias de casos individuales²⁵⁻²⁸ indican que esta clasificación por categorías puede ser algo arbitraria, dado que el mismo paciente puede exhibir diferentes presentaciones con el correr del tiempo. En un episodio se puede fingir síntomas predominantemente físicos y en otro, predominantemente psicológicos. Rogers et al²⁹ y Rogers y Shuman³⁰ han presentado también objeciones epistemológicas a esta división en subtipos, al argüir en parte que el trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos atribuye un trastorno psiquiátrico a alguien que, por definición, sólo finge tenerlo. El cuarto subtipo es el trastorno facticio no especificado²⁴. Este código debe usarse en los trastornos facticios que no cumplen los criterios de ninguno de los otros subtipos. Un ejemplo es el trastorno facticio por poderes, introducido por Meadow³¹, al describir observaciones sobre cierto número de casos en los que la madre había inducido la enfermedad en su hijo lactante, no en sí misma. Las madres parecían muy solícitas y preocupadas en sus visitas al pediatra, y a pesar de esta falsa apariencia, seguían fabricando todo tipo de enfermedades en su hijo. Meadow acuñó el término de síndrome de Munchausen por poderes para describir esta situación²⁴.

Para clasificar los trastornos facticios y la simulación, se ha establecido muchos criterios. En este caso nos inclinamos por la clasificación de Nadelson³². Este autor distinguió entre trastornos facticios de tipo Munchausen y de tipo no Munchausen. Esta tipología puede tener implicaciones pronósticas y terapéuticas. El síndrome de Munchausen, como sabemos un término acuñado por Asher⁹ en 1951, comprende a cerca del 10% de los pacientes con trastornos facticios³³. El epónimo sigue utilizándose profusamente y describe una variante del trastorno facticio descrito en el DSM-IV-TR con signos y síntomas predominantemente físicos. En este tipo especial de trastorno facticio destacan las múltiples hospitalizaciones con presentaciones espectaculares que a menudo ponen en peligro la vida del paciente y que ocasionan la peregrinación de un hospital a otro, así como la abundancia de mentiras patológicas (seudología fantástica: narración de historias sensacionales que mezclan verdades y falsedades, y que el oyente encuentra inicialmente interesantes y fascinantes). El paciente con síndrome de Munchausen finge enfermedades en las

urgencias de numerosos hospitales, a menudo en ciudades diferentes; consigue la hospitalización y a veces es sometido a procedimientos cruentos; se pelea y discute con el personal sanitario; y suele solicitar el alta contra el consejo médico, o simplemente desaparece cuando se descubre la superchería. Asher⁹, empleando la grafía anglosajona, como ya hemos comentado, extrajo el término de la obra de Rudolf Erich Raspe, publicada en 1784, *Baron Munchausen's Narrative of His Marvelous Travels and Compaings in Russia*, donde se detallan los exagerados relatos de las aventuras deportivas y militares, así como las peregrinaciones de un auténtico oficial de caballería alemán en el ejército ruso, el barón Friedrich Hieronymus von Munchausen (1720-1757).

Otras expresiones relativas a este tipo de pacientes han sido bastante pintorescas, pero a menudo despectivas: “pacientes con problemas de peregrinación”³⁴; “vagabundos de hospital”³⁵ y “adictos al hospital”³⁶. Otros términos adicionales han sido los de “enfermedad facticia crónica”³⁷, “síndrome de Kopenickades” o “síndrome de Ahasnerus”³⁸ y, para un subtipo de pacientes de cirugía plástica, “síndrome SHAFT”³⁹.

Tal y como se ha descrito, la gran mayoría de los pacientes con trastorno facticio son del tipo de no Munchausen. Definido por varios autores⁴⁰⁻⁴⁵, estos pacientes suelen ser mujeres jóvenes con estilos de vida conformistas y más apoyo e intervención de la familia que los pacientes con el síndrome de Munchausen. Se han descrito como pasivas e inmaduras, y una proporción importante desempeña profesiones sanitarias. La mayoría no presenta conducta errabunda, tiene síntomas relacionados con un solo sistema y se hospitalizan con menos frecuencia que los pacientes con síndrome de Munchausen, aunque la gravedad y la morbilidad global de su proceso pueden ser de un grado equivalente⁴⁶.

Centrándonos en el síndrome de Munchausen, señalemos que la prevalencia de este síndrome es desconocida y probablemente, según algún autor, menos excepcional de lo que aparece publicado⁴⁷.

Es un proceso más frecuente en varones con una profesión, a menudo, relacionada con la sanidad^{47,48}.

En el caso de la mujer, cualquiera que sea la localización de la autoagresión, ella cuida la integridad de su cuerpo; puede tratarse de una herida, de una ablación parcial de un órgano o de un miembro, maniobras que conllevan la posibilidad de una minusvalía o incluso la muerte, sin que estas maniobras hayan sido llevadas a cabo con el fin de provocarla.

Ciertas formas más específicas de la gestación han sido documentadas: “gestación extrauterina”, simulado por un cuadro abdominal y por bajas concentraciones de hCG, tras una inyección de hCG⁴⁹; “enferme-

dad trofoblástica” simulada por la presencia de cantidades apreciables de hCG en la orina⁵⁰; “parto prematuro” conducente a un edema agudo de pulmón por toxicidad de los betamiméticos, o amenaza de parto prematuro que conduce a la implantación de los movimientos activos del feto⁵¹, y casos como el presentado en este trabajo, simulando una placenta previa o un hematoma retroplacentario.

En ciertas observaciones, una mujer puede llegar a repetir los síntomas en el curso de las 3 gestaciones sucesivas. Puede existir una simulación por inyección de un producto colorante, por ejemplo, o provocación de lesiones, como ocurre en nuestra observación⁵²⁻⁵⁷. En el caso que presentamos, el objeto traumatizante utilizado para producir la lesión fue unas agujas de tricotar, descubiertas entre sus enseres de aseo.

El comportamiento de estos pacientes hace difícil su diagnóstico: tienen tendencia a evitar o eludir los medicamentos, que suelen conocer bien, y con ello se comienza a dudar del origen orgánico de su enfermedad. En nuestro caso, el retraso en el diagnóstico quizá se deba al hecho de que el médico que llevaba a la paciente no se encontraba presente cada vez que la paciente era hospitalizada. El examen no era de nuevo revisado o practicado en razón del diagnóstico previo, ya establecido, de placenta previa. En numerosas publicaciones, se encuentra un cierto desconcierto o duda que explica el retraso, a veces es largo, en establecer el diagnóstico⁵⁰.

El paciente con frecuencia está familiarizado o cercano al mundo médico y hospitalario; posee un vocabulario técnico que contrasta con las descripciones vagas e inconsistentes de sus molestias y síntomas. El cuadro clínico puede ser característico al principio pues, una vez que la duda de los médicos aparece, los síntomas cambian y se hacen más complejos.

No es infrecuente que estos pacientes se quejen de sus síntomas, insistiendo que con su propia colaboración pueden ser mitigados, sobre todo cuando se trata de verificar las manifestaciones de importancia diagnóstica.

Faltan con frecuencia el respeto a los especialistas y provocan a veces escándalos en torno a los exámenes que los verifican. Su comportamiento, a menudo, es reivindicador. Conocen bien los problemas de un servicio médico hospitalario y son muy hábiles en conocer al personal, enfrentando a unos profesionales con otros. En la observación que se documenta, la paciente mantuvo la confusión en torno a su diagnóstico.

Son poco cuidadosos de su salud y no dudan en tomar riesgos para llegar a conseguir su fin, es decir, que se las considere enfermas.

Pueden recurrir a la automutilación para simular signos objetivos, como en nuestra observación. Su enfermedad es lo “suficientemente importante” para que se ocupen de ellas.

La DSM-IV-TR, señala 5 factores predisponentes⁴⁷:

- Alteraciones psíquicas que han conducido a tratamientos prolongados.
- Un engaño del paciente al cuerpo médico puede explicar el antecedente de un error médico.
- Empleo abusivo de la sanidad.
- Se trata de personas muy dependientes y fatalistas.
- Tiene conexiones particulares con el cuerpo médico.

El diagnóstico es difícil. Descansa en la asociación de una simulación de alteraciones psíquicas o su producción, con planteamientos exagerados o autoinducidos, asociados a una necesidad de la consideración de enfermo⁴⁷.

En el caso que hemos presentado, el diagnóstico se sospechó ante la asociación de una automutilación (no fácil de descubrir) vaginal, asociada a un cuadro de ansiedad grave.

La toma de decisiones terapéuticas no es una tarea fácil. Afrontar el diagnóstico se considera una intervención delicada, habitualmente contraindicada para las personalidades *borderline*. La confrontación con el problema necesita una buena alianza con el paciente, informarle con calma de las conclusiones a las que se ha llegado, pero no rechazarlo, ni culpabilizarlo, ni exigir una confesión oficial. Mejor interpretar su problema como un signo de estrés, asegurando al enfermo el mantenimiento de la relación médico-paciente, haciéndole comprender que el síntoma no es tan grave y que no es necesario para justificar una decisión médica decisiva y ofrecerle, de la mejor manera posible, un tratamiento apropiado (psicoterapia). Es importante adoptar la misma actitud con la familia y ofrecerles las mismas explicaciones. El éxito radica en ofrecer al paciente una salida “elegante” de su problema. Las hospitalizaciones deben ser evitadas, ya que no es terapéutico prolongar su papel de enfermo por una nosología que no existe. Es importante reforzar sus comportamientos más maduros y adaptados, e ignorar los comportamientos negativos, en particular los síntomas facticios. El fin de estos síntomas puede ser sólo un medio para establecer una relación positiva, lo que revela una identidad frágil, adoptando un papel de enfermo, de un equilibrio narcisista, de una necesidad de ponerse en manos de figuras familiares posiblemente idealizadas del médico, o de tendencias autopunitivas y autodestructivas^{16,47,58}.

Nosotros tomamos la decisión de prevenir a la paciente de nuestros descubrimientos y de nuestras conclusiones, lo que desencadenó una fase transitoria de depresión, puesto que la ocultación de estas revelaciones, sin consecuencias para la paciente, no las tendrá en la medida en que el contacto médico-enfermo se haya obtenido y sobre todo preservado.

No existen tratamientos medicamentosos realmente eficaces. Los antidepresivos pueden ser utilizados en caso de disforia y los neurolépticos, a fin de disminuir la voluntad de autodestrucción⁴⁷.

Una vez sospechado el diagnóstico, es esencial examinar la presencia de reacciones de cotransferencias en el equipo de tratamiento. Plassmann⁴⁵ consideró que el núcleo de trastorno es la capacidad del paciente para inducir una identificación de cotransferencia en el médico, y diversos autores^{43,59,60} señalaron que los sentimientos de cotransferencia del médico sirven en parte para diagnosticar el trastorno. En el ámbito de la medicina general, y especialidades, el riesgo de la presencia de reacciones de cotransferencia no terapéuticas requiere habitualmente realizar una consulta psiquiátrica⁶¹, que supone trabajar con todo el equipo de tratamiento: médicos, comités de ética y de tratamiento de riesgo y otros⁶². En el ámbito psiquiátrico; el examen puede tener como consecuencia alguna reflexión sobre el caso, una reunión para planificar el tratamiento si el paciente está hospitalizado, o una entrevista con un consultor clínico u otros colegas.

Aunque se considera poco probable que el paciente con síndrome de Munchausen colabore en el tratamiento^{61,63} y el paciente con trastorno facticio general sea más asequible en este sentido, existen publicaciones del síndrome de Munchausen que respondieron favorablemente al tratamiento⁶⁴⁻⁶⁶.

La evolución está marcada por las recidivas con alteraciones diferentes en su intensidad y en su localización. El pronóstico depende principalmente de la gravedad de las alteraciones de la personalidad¹⁶. Se han realizado un número insuficiente de estudios concluyentes sobre los factores pronósticos del trastorno facticio, pero los niños, los pacientes con depresión mayor y los pacientes sin trastornos de la personalidad pueden tener mejor pronóstico^{16,67}. La bibliografía sobre este trastorno es sin duda amplia, y ello conlleva que el paciente con trastorno facticio, aunque requiere una considerable pericia terapéutica, puede ser abordado con la esperanza –cautelosa– de que mejore^{68,69}.

Nosotros no hemos vuelto a revisar a este paciente. Esperamos que, si entra en el cuadro de otra recidiva, otro médico sepa enfocar bien su proceso.

CONCLUSIÓN

En el curso de la gestación, los trastornos facticios representan un desafío para el clínico. Este diagnóstico es difícil en el curso de la gestación, en razón del comportamiento ambiguo de las pacientes, mayor por su frecuente pertenencia al cuerpo médico y de la existencia de ciertas patologías gravídicas de diagnóstico de certidumbre difícil (amenaza de parto prematuro esencialmente). En esta observación, el cuadro clínico presenta dos particularidades: una dificultad diagnóstica ligada al cuadro de placenta previa y una gravedad unida a los riesgos para el feto, pudiendo corresponder a una forma de síndrome de Munchausen "por poderes".

RESUMEN

Las metrorragias en el tercer trimestre de la gestación que parecen un cuadro de placenta previa pueden corresponder a una llamada de atención del paciente hacia el médico. Esta situación clínica nace de alteraciones facticias que permiten al paciente adoptar el papel de enfermo. Ello puede conducir a una intervención quirúrgica inútil: cesárea por metrorragias, por ejemplo. La principal dificultad de la situación es diagnóstica. El tratamiento está basado en la psicoterapia, dirigida a mejorar la relación ulterior madre-hijo y puede prevenir actos de automutilación.

BIBLIOGRAFÍA

- Gavin E. On Feigned and Factitious Diseases, Chiefly of Soldiers and Seamen, on the Means Use to Stimulate or Produce Term, and on the Best Mode of Discovering Imposters: Being the Prize Essay in the Class of Military Surgery, in the University of Edinburgh, Session, 1835-6. With Additions, London: John Churchill; 1843.
- Seersholm NJ, Frolich S, Jeusen NH, Eriksen J. Factitious disorder: an iatrogenic disease? *Ugeskr Laeger*. 1991;153:2133-5.
- Feldman MD, Ford CV, Reinhold T. Patient or pretender: inside the strange world of factitious disorders. New York: Wiley; 1994.
- Cizza G, Nieman L, Doppman J, Passgro MD, Czerwiea FS, Chrousos GP, et al. Factitious cushing syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81:2573-7.
- Linde P. A bewitching of factitious disorder in Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18:440-3.
- Feldman MD. Munchausen by Internet: detecting factitious illness and crisis on the Internet. *South Med*. 2000;93:669-72.
- Mizuta I, Fukunaga T, Sato H, Ogasamara M, Takedo M, Inoue Y. A case report of comorbid eating disorder and factitious disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;54:603-6.
- Bappal B, George M, Nair R, Khusaiby SA, De Silva V. Factitious hypoglycemia a tale from the Arab World. *Pediatrics*. 2001;107:180-1.
- Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet*. 1951;1:339-41.
- Bayliss RI. The deceivers. *Br Med J*. 1984;288:583-4.
- Cheng L, Hummel L. The Munchausen syndrome as a psychiatric condition. *Brit J Psychiatry*. 1978;133:20-1.
- Eisendrath SJ. Factitious illness: a classification. *Psychosomatics*. 1984;25:110-7.
- Toth EL, Baggaley A. Coexistence of Munchausen's syndrome and multiple personality disorder: delatied report of a case and theoretical discussion. *Psychiatry*. 1991;54:176-86.
- Higgins PM. Temporary Munchausen syndrome. *Br J Psychiatry*. 1990;157:163-6.
- Baker CE, Major E. Munchausen's syndrome: a case presenting as asthma requiring ventilation. *Anaesthesia*. 1994;49:1050-1.
- Folks DG. Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurol Clin*. 1995;13:267-81.
- Frumkin LR, Victoroff JJ. Chronic factitious disorder with symptoms of AIDS. *Am J Med*. 1990;88:694-6.
- Powell R, Boast N. Resource implications of Munchausen's syndrome [carta]. *Br J Psychiatry*. 1993;162:848.
- Schwarz K, Harding R, Harrington D, Farr B. Hospital management of a patient with intractable factitious disorder. *Psychosomatics*. 1993;34:265-7.
- Feldman MD. Denial in Munchausen syndrome by proxy: the consulting psychiatrist's dilemma. *Int J Psychiatry Med*. 1994;24:121-8.
- Feldman MD. The costs of factitious disorders. *Psychosomatics*. 1994;24:121-8.
- Feldman MD, Smith R. Personal and interpersonal toll of factitious disorders. En: Feldman MD, Eisendrath SJ, editors. *The spectrum of factitious disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 175-94.
- Feldman MD, Eisendrath SJ, editors. *The spectrum of factitious disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
- Leamon MH, Feldman MD, Scott CL. Trastornos facticios y simulación. En: Hales RE, Yudofsky SC, editores. *Tratado de Psiquiatría Clínica*. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 691-707.
- Craddock N, Brown N. Munchausen syndrome presenting as a mental handicap. *Mental Handicap Research*. 1993;6:184-90.
- Bauer M, Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:281-8.
- Miner I, Feldman MD. Factitious deafblindness: an imperceptible variant of factitious disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20:48-51.
- Benassoulli P, Philippe HJ. Métrorragies au cours du 3^{ème} trimestre révélatrices d'un syndrome de Munchausen. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2001;30:473-5.
- Rogers R, Harrell EH, Liff CD. Feigning neuropsychological impairment: a critical review of methodological and clinical considerations. *Clin Psychol Rev*. 1993;13:255-74.
- Rogers R, Shuman DW. *Conducting Insanity Evaluations*. 2nd ed. New York: Guilford; 2000.
- Meadow R. Munchausen by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;2:343-5.
- Nadelson T. The Munchausen spectrum: borderline character features. *Gen Hosp Psychiatry*. 1979;1:11-7.
- Eisendrath SJ. Factitious physical disorders. *West J Med*. 1994;160:177-9.
- Chapman JS. Peregrinating problem patients: Munchausen's syndrome. *JAMA*. 1957;165:927-33.
- Clarke E, Melnick SC. The Munchausen syndrome or the problem of hospital hoboos. *Am J Med*. 1958;25:6-12.

36. Barker JC. The syndrome of hospital addition (Munchausen syndrome): a report on the investigation of seven cases. *J Mental Sci.* 1962;108:167-82.
37. Spiro HR. Chronic factitious illness: Munchausen's syndrome. *Arch Gen Psychiatry.* 1968;18:569-79.
38. Clinical Case Conference: Case records of the Massachusetts General Hospital: Weekly clinicopathological exercises. Case 28-1984: a 39-year-old man with gas in the soft tissues of the left forearm. *N Engl J Med.* 1984;311:108-15.
39. Kasdan ML, Soergel TM, Johnson AL, Lewis W, White WL. Expanded profile of the SHAFT syndrome. *J Hand Surg (Am).* 1998;23:26-31.
40. Carney MW. Artefactual illness to attract medical attention. *Br J Psychiatry.* 1980;136:542-7.
41. Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med.* 1983;99:240-7.
42. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics.* 1986;27:327-31, 335-7.
43. Freyberger H, Nordmeyer JP, Freyberger HJ, Nordmeyer J. Patients suffering from factitious disorders in the clinicopsychosomatic consultation liaison service: psychodynamic processes, psychotherapeutic initial care and clinico-interdisciplinary cooperation. *Psychother Psychosom.* 1994;62:108-12.
44. Guzic J, Lazarus A, Harding JJ. Case of a 29-year-old nurse with factitious disorder: the utility of psychiatric intervention on a general medical floor. *Gen Hosp Psychiatry.* 1994;16:47-53.
45. Plassmann R. Munchausen syndromes and factitious diseases. *Psychother Psychosom.* 1994;62:91-5.
46. Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. *Bull Menninger Clin.* 1996;60:229-37.
47. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV). Washington: APA; 1994.
48. Folks DG. Munchausen's syndrome and other factitious disorders. *Neurol Clin.* 1995;13:267-81.
49. Swartz JG, Xenakis AMJ. Munchausen's syndrome and the laboratory: self injection of human chorionic gonadotropin. *Arch Pathol Lab Med.* 1995;119:85-8.
50. Board JA, Hammond CD. Factitious trophoblastic disease: Munchausen's syndrome. *South Med J.* 1980;73:831-2.
51. Goodlin RC. Pregnant women with Munchausen's syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153:207-10.
52. Petersdorf RG, Bennet IL. Factitious fever. *Ann Intern Med.* 1957;46:1039-44.
53. Gerstle M, Gutmacher A, Brown F. A case of recurrent malingered placenta previa. *J Mt Sinai Hosp.* 1957;24:641-5.
54. Jureidini J. Obstetric factitious disorder and Munchausen's syndrome by proxy. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181:135-7.
55. Lee C, Lan M. Manipulation of external tachodynamometer by the patient: case report. *Henry Ford Hosp Med J.* 1983;31:170-5.
56. Hamilton JD. The manipulative patient. *Am Psychotherapy.* 1986;15:189-90.
57. Hay GG. Frequent psychosis: a review on the stimulation mental illness. *Brit J Psychiatry.* 1983;143:8-10.
58. Leland DG. Munchausen's syndrome: a brief review. *SDJ Med.* 1983;46:109-12.
59. Amirault C. Pseudological fantastica and other tall tales: the contagious of literature of Munchausen syndrome. *Lit Med.* 1995;14:169-90.
60. Kalivas J. Malingering versus factitious disorder [carta]. *Am J Psychiatry.* 1996;15:1108.
61. Stotland NL. Munchausen syndrome [carta]. *JAMA.* 1989;447.
62. Eisendrath SJ, Feder A. Management of factitious disorders. En: Feldman MD, Eisendrath SJ, editors. *Spectrum of factitious disorders.* Washington: American Psychiatric Press; 1996. p. 195-213.
63. Eisendrath SJ. Factitious physical disorder: treatment without confrontation. *Psychosomatics.* 1989;30:383-7.
64. Parker PE. A case report of Munchausen syndrome with mixed psychological features. *Psychosomatics.* 1993;34:360-4.
65. Rothchild E. Factitious twins, factitious illness. *Psychiatry.* 1994;57:326-32.
66. Spivak H, Rodin G, Sutherland A. The psychology of factitious disorders: a reconsideration. *Psychosomatics.* 1994;35:25-34.
67. Libow JA. Child and adolescents illness falsifications. *Pediatrics.* 2000;105:336-42.
68. Mayo JP Jr, Hagqerty J Jr. Long-term psychotherapy of Munchausen syndrome. *Am J Psychoter.* 1984;38:571-8.
69. Feldman MD. Factitious Munchausen's syndrome: a confession. *N Engl J Med.* 1992;327:438-9.