

BMJ Best Practice

Transtornos factícios

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Critérios de diagnóstico	14
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	17
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	20
Diretrizes	21
Diretrizes de diagnóstico	21
Diretrizes de tratamento	21
Referências	22
Imagens	24
Aviso legal	25

Resumo

- ◇ Transtornos incomuns nos quais o paciente engana os profissionais da saúde.

- ◇ Os pacientes são motivados por um desejo de assumir o papel de doente em vez de esperar obter recompensas externas.

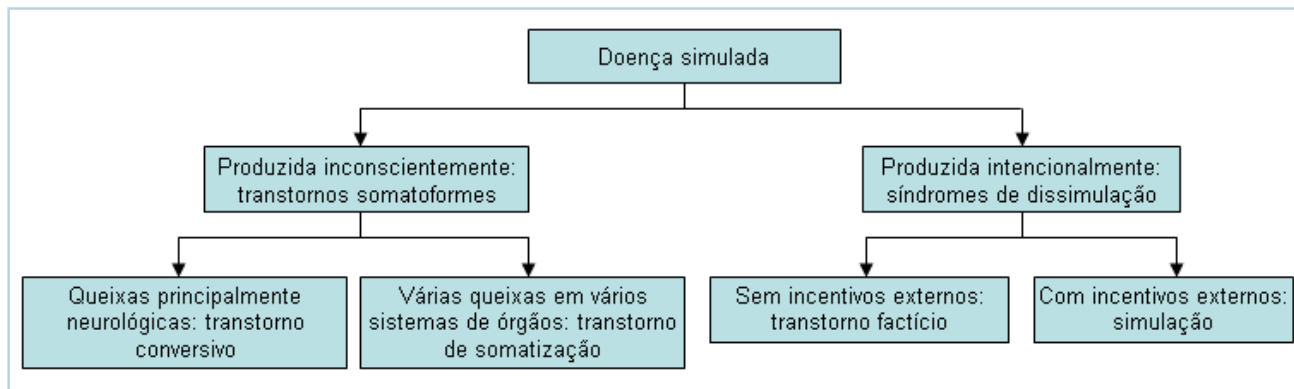
- ◇ A síndrome de Munchausen é uma forma extrema.

- ◇ O transtorno factício imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração) descreve o quadro clínico no qual o paciente forja sinais ou sintomas de doença em outra pessoa que está sob os cuidados do paciente, quando não existem incentivos externos claros. É uma forma grave de abuso.

- ◇ Não existem evidências sistemáticas para orientar o tratamento.

Definição

O transtorno factício é uma síndrome na qual os sinais e/ou sintomas da doença são forjados ou exagerados intencionalmente pelo paciente quando não existe nenhum incentivo externo claro para tal comportamento.[1] A nomenclatura psiquiátrica faz a diferenciação do transtorno factício dos diversos transtornos relacionados pela intencionalidade do comportamento e por sua motivação. Os sintomas produzidos sem intenção consciente são considerados um transtorno somatoforme. Os sintomas intencionalmente forjados ou criados para obter alguma recompensa externa, como sair da prisão ou receber um medicamento para dor desnecessário, são considerados como simulação.



Diferenciação do transtorno factício das condições relacionadas

Do acervo pessoal de Christopher P. Kogut, Virginia Commonwealth University, VA

Epidemiologia

Devido à ampla diversidade de manifestações e à dissimulação inerente no diagnóstico, é difícil estimar com precisão a prevalência deste diagnóstico. Desse modo, a maioria dos dados é proveniente de séries de casos, padrões de referência em condições especiais e extrapolação dos dados laboratoriais.[4] Uma revisão de consultas psiquiátricas em uma instituição de cuidados terciários constatou que cerca de 1% dos encaminhamentos receberam o diagnóstico de transtorno factício.[5] Usando uma abordagem totalmente diferente para estimar a frequência, os pesquisadores examinaram amostras enviadas pelos pacientes como nefrolitíase e constataram que 3.5% obviamente não eram fisiológicos.[6] As variedades comuns do transtorno factício parecem ser mais frequentes em mulheres, pessoas com transtornos de personalidade comórbidos, pessoas solteiras e em pessoas com uma exposição a áreas de cuidados médicos maior do que o normal, como por exemplo, prestar serviços na área da saúde ou ser filho(a) de um profissional da saúde. O subtipo da síndrome de Munchausen parece ser mais comum em homens solteiros.[4]

Etiologia

Não foi identificada nenhuma causa subjacente específica para o transtorno factício. Ele provavelmente tem uma etiologia multifatorial. Por definição, não existem motivadores externos para envolvimento no comportamento da doença factícia. As motivações internas talvez não sejam claras, nem para o paciente nem para o médico. As motivações propostas incluem:[3]

- A necessidade de ser o centro das atenções
- Um desejo de receber cuidados
- Uma resposta desadaptativa a uma perda ou separação

- Raiva dos médicos ou raiva descontada nos médicos
- Sentir prazer em enganar os outros (prazer de ludibriar).

Alguns pesquisadores têm sugerido a possibilidade de uma disfunção cognitiva subjacente,[7] e outros têm relatado alterações na neuroimagem.[8] No entanto, as evidências são limitadas.

Fisiopatologia

Não existe nenhuma fisiopatologia específica conhecida para os transtornos factícios.

Classificação

Subtipos de transtorno factício segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)[1]

Transtorno factício imposto em si mesmo

- Deturpação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução da lesão ou da doença, associada à dissimulação identificada.
- O indivíduo apresenta-se a outras pessoas como estando doente, debilitado ou machucado.
- O comportamento dissimulador fica evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- O comportamento não se explica por outro transtorno mental, como o transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Transtorno factício imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração)

- Deturpação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução da lesão ou da doença em outra pessoa, associada à dissimulação identificada.
- Um indivíduo apresenta outro indivíduo (vítima) para outras pessoas como se ele estivesse doente, debilitado ou machucado.
- O comportamento dissimulador fica evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- O comportamento não se explica por outro transtorno mental, como o transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 30 anos vai ao hospital se queixando de ter sentido dor no flanco esquerdo na semana passada sem nenhum outro sintoma associado. Ela descreve a dor como uma pontada lancinante, com gravidade 10 em uma escala de 1 a 10, embora tivesse uma aparência tranquila quando estava sentada na sala de espera. Ela conta que a irmã dela "acabou de receber alta na semana passada" e que sua mãe e seu irmão também tinham morrido recentemente. Seu exame físico, incluindo um exame pélvico, está normal. Uma assistente social é chamada para ajudar a incluir a paciente nos serviços da comunidade, mas a paciente se recusa a autorizar a assistente social a entrar em contato com a família para ajudar a coordenar os cuidados.

Caso clínico #2

Uma doadora voluntária de fígado parcial de 39 anos é hospitalizada com uma infecção por ferida bacteriana aeróbia mista 5 semanas depois da cirurgia de transplante. Nos meses seguintes, ela foi internada novamente 3 vezes com recorrências da infecção, cada vez com um crescimento de patógeno diferente na cultura. Depois de uma nova investigação e da análise de registros clínicos prévios, foi descoberto que essa paciente tem uma história pregressa de infecções por ferida com complicação depois de uma cirurgia no joelho e da remoção de um tumor.

Outras apresentações

Os relatos de caso da literatura demonstram a abrangência dos sintomas manifestos. A síndrome de Munchausen é um subtipo de transtorno factício descrito pela primeira vez por Richard Asher em 1951.^[2] Nessa forma extrema os pacientes podem apresentar histórias dramáticas de viagens e de doenças agudas, normalmente chamando muita atenção da equipe do hospital. Com o desenrolar da história, descobre-se que o paciente já passou por diversos hospitais com pseudônimos e com diversas queixas, normalmente não aceitando as recomendações médicas quando fica claro que os sintomas são forjados. O paciente pode ter várias cicatrizes de laparotomias desnecessárias, talvez até mesmo induzindo a complicações não intencionais, como obstruções intestinais. Embora a síndrome de Munchausen seja a manifestação mais drástica do transtorno factício, a maioria dos casos é menos grave, com os pacientes usando pseudônimos, consultando médicos em um sistema de saúde e passando por várias internações hospitalares pelo mesmo problema. Normalmente, esses pacientes recebem o diagnóstico de uma condição que, em algum momento, em retrospecto, foi forjada.^[3]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Um diagnóstico definitivo se baseia em uma combinação de suspeita clínica e descoberta de evidências. Devido à natureza extremamente variável das manifestações, não existe nenhuma estratégia de diagnóstico geral específica em todos os casos. A suspeita pode aparecer quando a história não condiz com as síndromes típicas ou é inconsistente ao longo do tempo. A suspeita também pode surgir devido a resultados laboratoriais que estejam fora do intervalo esperado para um determinado quadro clínico (por exemplo, espécie de bactéria incomum ou níveis elevados de insulina sérica). Às vezes, a primeira pista pode ser

a descoberta de medicamentos ou acessórios médicos em um local incomum no quarto do paciente. Isso seria uma descoberta accidental. Quando a equipe médica suspeita do diagnóstico e deseja fazer uma busca formal no quarto do paciente, deve-se recorrer à assessoria jurídica.

O diagnóstico definitivo de um transtorno factício deve ser confirmado com evidências. Podem existir evidências laboratoriais que apoiem a doença forjada ou evidências de testemunhas oculares que presenciaram o paciente manipulando os achados. Quando houver suspeita, novas evidências poderão ser obtidas no prontuário médico do paciente, nos relatórios laboratoriais ou, menos provável, em uma entrevista com o paciente.

Apresentação do paciente e subtipos

Os transtornos factícios existem em uma variedade de níveis de gravidade, desde casos leves até casos graves e com risco de vida. No nível leve dessa escala, o paciente pode fabricar aspectos de uma história para parecer mais incomum ou interessante. O paciente pode ir além e produzir achados falsos ou dissimuladores em um exame clínico (por exemplo, colocando uma gota de sangue em uma amostra de urina para simular hematuria). Ainda mais grave, o paciente pode induzir o exame físico real ou os achados laboratoriais, por exemplo, usando colírios anticolinérgicos para simular uma paralisia do terceiro nervo craniano ou tomando insulina com a intenção de produzir hipoglicemia. A doença factícia é mais grave quando o paciente induz a doença real (por exemplo, contaminando intencionalmente uma ferida com saliva para induzir infecção ou injetando fezes na corrente sanguínea para induzir febre ou sepse).

Os relatos de caso demonstram a abrangência dos sintomas, incluindo:

- Convulsão hipoglicêmica em uma mulher não diabética induzida pela autoadministração de insulina[10]
- Síndrome de Usher forjada (um transtorno genético de surdez e cegueira)[11]
- Infecção crônica autoinduzida de um local com ferida em um doador de fígado vivo[12]
- Distrofia simpático-reflexa forjada (usando torniquetes para induzir linfedema)[13]
- Obstrução intestinal forjada (usando xarope de ipeca)[14]
- Diarreia autoinduzida (usando laxantes)[15]
- Proteinúria simulada (injetando ovo na bexiga).[16]

Os subtipos do transtorno factício incluem aqueles com sinais e sintomas predominantemente psicológicos, predominantemente físicos ou mistos. No subtipo com sinais e sintomas predominantemente psicológicos, os pacientes:

- Forjam queixas de um transtorno mental percebido, estejam elas ou não em conformidade com as síndromes clínicas típicas
- Podem se queixar de sintomas comuns (por exemplo, depressão ou pensamentos suicidas) ou queixas mais incomuns (por exemplo, amnésia ou outros sintomas dissociativos)
- Podem exagerar os sintomas quando sabem que estão sendo observados, principalmente no hospital ou na clínica psiquiátrica.[17]

Transtorno factício com sinais e sintomas predominantemente físicos:

- Isso ocorre normalmente com todos os subtipos.
- Os pacientes criam sinais ou sintomas de um quadro clínico geral aparente.
- A síndrome de Munchausen é um subtipo dessa categoria.

A síndrome de Munchausen é uma forma extrema do transtorno factício. As pessoas com a síndrome de Munchausen podem apresentar histórias dramáticas de viagens e de doenças agudas, normalmente chamando muita atenção da equipe do hospital. Com o desenrolar da história, normalmente descobre-se que o paciente já esteve em muitos hospitais diferentes com pseudônimos e com diversas queixas, normalmente não aceitando as recomendações médicas quando fica claro que os sintomas são forjados. O paciente pode ter várias cicatrizes de laparotomias desnecessárias, talvez até mesmo induzindo a complicações não intencionais, como obstruções intestinais.

O transtorno factício com sinais e sintomas psicológicos e físicos combinados se manifesta com uma mistura de queixas físicas e psiquiátricas.[18]

O transtorno factício imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração) descreve o quadro clínico no qual o paciente forja sinais ou sintomas de doença em outra pessoa que está sob os cuidados do paciente, quando não existem incentivos externos claros.[1] Embora geralmente sejam casos de abuso infantil, adultos incapazes também podem ser abusados.[19] Os relatos de caso incluem:

- Insulinemia factícia que leva à pancreatectomia quando a mãe injeta várias vezes insulina no bebê[20]
- Convulsões induzidas em um bebê devido à amitriptilina administrada pela mãe[21]
- Apneia pediátrica causada pela mãe que sufoca o bebê.[22]

Os fatores de risco conhecidos que estão associados ao transtorno factício devem ser especificamente procurados durante a análise da história do paciente. As evidências para confirmar uma suspeita de transtorno factício devem ser procuradas por análise de prontuários médicos, consulta, observação do paciente, nova entrevista clínica e achados laboratoriais.

Prontuários médicos

Se o paciente esteve à procura de cuidados para doenças forjadas em vários hospitais ou clínicas, a coleta dos prontuários dessas diversas manifestações pode apoiar o diagnóstico de transtorno factício. Os profissionais da saúde devem procurar prontuários médicos em outros locais onde o paciente esteve para verificar se existe um padrão da doença não explicada. Devido ao papel central da dissimulação no transtorno factício, os pacientes talvez relutem em assinar formulários de liberação de informações. Os prontuários médicos eletrônicos integrados em alguns sistemas de saúde maiores (por exemplo, no US Veterans Health Administration) podem facilitar a definição de um padrão da doença não explicada, mais que os sistemas que usam prontuários de papel.

Consultoria

Quando a suspeita clínica de transtorno factício é alta, é recomendado procurar várias fontes de consulta. Os especialistas em psiquiatria podem estar mais familiarizados com a avaliação da doença factícia e com os diagnósticos diferenciais que podem ter manifestação semelhante, como transtornos somatoformes e simulações, e podem ajudar a orientar a avaliação. Juntas médicas e legais podem orientar os médicos a determinarem quando talvez seja apropriado obter os prontuários contra a vontade do paciente, ou fazer uma busca no quarto do paciente para estabelecer um diagnóstico. Isso talvez seja necessário quando o paciente não quer mais seguir os conselhos médicos, ou caso o profissional da saúde não queira mais prestar serviços quando não há uma doença real para ser tratada.

Entrevista clínica e achados laboratoriais

Como são motivados para enganar a equipe médica, os pacientes provavelmente não admitirão terem se envolvido na simulação dos sintomas ou na indução da doença. Para manifestações específicas nas quais o paciente esteja forjando os sinais ou autoinduzindo a doença real, os achados irregulares nos testes diagnósticos podem ser a evidência mais sólida que o médico tenha de que a doença é forjada. Os resultados que podem ser usados como evidência para o diagnóstico do transtorno factício incluem o seguinte:[23]

- As culturas (por exemplo, hemoculturas ou swabs de ferida) podem ser polimicrobianas ou demonstrar organismos atípicos quando os pacientes injetam saliva ou fezes para causar infecções no sangue ou nas feridas.
- O peptídeo C será baixo nos casos de hipoglicemia autoinduzida em decorrência de uma injeção de insulina exógena. Historicamente, os anticorpos da insulina eram úteis quando a hipoglicemia era induzida por insulina suína ou bovina. Atualmente, eles se tornaram menos úteis porque a insulina humana passou a ser mais usada. Também existem casos de anticorpos que ocorrem espontaneamente, o que complica a interpretação dos resultados.
- A sulfonilureia (por exemplo, gliburida) pode estar presente na urina quando o paciente ingere agentes hipoglicêmicos orais para induzir a hipoglicemia. É necessário realizar um ensaio apropriado. A hipoglicemia induzida por meglitinida (repaglinida) factícia tem sido relatada, em associação com uma hipoglicemia induzida por sulfonilureias.
- O potássio urinário talvez esteja elevado caso o paciente ingira diuréticos para induzir anormalidades eletrolíticas.
- A proteína poderá ser extremamente variável na urina se o paciente adicionar alguma proteína exógena, como clara de ovo à urina para simular uma proteinúria.
- A tireoglobulina sérica estará baixa quando o paciente estiver ingerindo hormônio tireoidiano para simular um hipertireoidismo.

Em geral, quando há uma forte suspeita de doença factícia, deve-se evitar a realização de testes diagnósticos invasivos e caros, a menos que sejam absolutamente necessários para estabelecer o diagnóstico ou para a segurança do paciente. Nenhum teste diagnóstico é amplamente indicado para confirmar ou excluir a doença factícia, somente exames para manifestações específicas.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino (transtorno factício de variedade comum)

- O transtorno factício de variedade comum com queixas físicas é mais comum em mulheres que em homens, ao passo que o subtipo da síndrome de Munchausen é mais comum em homens.[4] [9]

emprego relacionado à área da saúde (transtorno factício de variedade comum)

- Uma análise retrospectiva de 93 casos constatou que 65.7% das mulheres com diagnóstico de transtorno factício trabalhavam ou faziam treinamentos na área da saúde.[9]

características de personalidade do grupo B (transtorno factício de variedade comum)

- Incluem o transtorno de personalidade limítrofe, transtorno de personalidade antissocial, transtorno de personalidade narcisista e transtorno de personalidade histriônico.[1]
- As características que parecem ser mais comuns nas manifestações do transtorno factício incluem manifestação ou sintomas drásticos, super ou subvalorização dos profissionais da saúde e relações interpessoais tumultuadas.

sexo masculino (subtipo da síndrome de Munchausen)

- Mais provável nas pessoas que apresentam o subtipo da síndrome de Munchausen do transtorno factício.[3]

estado civil solteiro (subtipo da síndrome de Munchausen)

- Mais provável nas pessoas que apresentam o subtipo da síndrome de Munchausen do transtorno factício.[3]

idade de 40 a 50 anos (subtipo da síndrome de Munchausen)

- Mais provável nas pessoas que apresentam o subtipo da síndrome de Munchausen do transtorno factício.[3]

traços de personalidade antissocial (subtipo da síndrome de Munchausen)

- Mais provável nas pessoas que apresentam o subtipo da síndrome de Munchausen do transtorno factício.[3]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Para o transtorno factício de variedade comum: sexo feminino, empregado(a) na área da saúde e características de personalidade do grupo B.
- Para o subtipo Munchausen: sexo masculino, idade de 40 a 50 anos, estado civil solteiro e traços de personalidade antissociais.

história de queixas sem explicação ou inconsistência ao longo do tempo (comum)

- Uma história clínica longa e complicada pode ser descrita pelo paciente ou revelada pela coleta de prontuários de outros profissionais da saúde.
- Pode ter uma relação com o paciente ou uma pessoa sob seus cuidados (transtorno factício imposto a outra pessoa [anteriormente, transtorno factício por procuração]).

manifestação incomum com relação aos dados demográficos (comum)

- A suspeita pode surgir, por exemplo, quando o paciente com um sistema imunológico intacto desenvolve uma infecção incomum ou sintomas que estejam fora da idade de início esperada, como a demência no início da idade adulta.
- Pode ter uma relação com o paciente ou uma pessoa sob seus cuidados (transtorno factício imposto a outra pessoa [anteriormente, transtorno factício por procuração]).

Outros fatores de diagnóstico

sintomas mais exagerados quando a pessoa sabe que está sendo observada (comum)

- Normalmente observado no hospital ou na clínica psiquiátrica.[17]

comparecer em diversos hospitais a fim de receber cuidados (comum)

- Pode apoiar o diagnóstico de transtorno factício.
- Pode ter uma relação com o paciente ou uma pessoa sob seus cuidados (transtorno factício imposto a outra pessoa [anteriormente, transtorno factício por procuração]).

evidência de testemunhas oculares que observaram o paciente manipulando os achados (comum)

- Pode confirmar o diagnóstico.
- A manipulação pode ser feita nos achados do próprio paciente ou nos achados relacionados a uma pessoa sob seus cuidados (transtorno factício imposto a outra pessoa [anteriormente, transtorno factício por procuração]).

história dramática de viagem e doença aguda (subtipo da síndrome de Munchausen) (incomum)

- As pessoas com a síndrome de Munchausen (uma forma extrema de transtorno factício) podem se apresentar dessa maneira, normalmente chamando muita atenção da equipe do hospital.
- Pode ter uma relação com o paciente ou uma pessoa sob seus cuidados (transtorno factício imposto a outra pessoa [anteriormente, transtorno factício por procuração]).

várias cicatrizes abdominais (subtipo da síndrome de Munchausen) (incomum)

- Os pacientes, principalmente aqueles com o subtipo da síndrome de Munchausen, podem ter várias cicatrizes de laparotomias desnecessárias, talvez até mesmo induzindo a complicações não intencionais, como obstruções intestinais.
- Pode ter uma relação com o paciente ou uma pessoa sob seus cuidados (transtorno factício imposto a outra pessoa [anteriormente, transtorno factício por procuração]).

medicamentos ou acessórios médicos encontrados em um local incomum no quarto do paciente (incomum)

- Pode ser a primeira pista da existência de um transtorno factício.
- Isso seria uma descoberta acidental. Quando a equipe médica suspeita do diagnóstico e deseja fazer uma busca formal no quarto do paciente, deve-se recorrer à assessoria jurídica.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
história e exames clínicos <ul style="list-style-type: none"> Nenhum exame é amplamente indicado para o transtorno factício. Talvez seja necessário realizar alguns exames específicos, dependendo da manifestação específica. O achados irregulares nos testes diagnósticos podem ser a evidência mais sólida de que a doença seja forjada. Em geral, quando há uma forte suspeita de doença factícia, deve-se evitar a realização de testes diagnósticos invasivos e caros, a menos que sejam absolutamente necessários para estabelecer o diagnóstico ou para a segurança do paciente. 	o diagnóstico é clínico; os exames não podem ser indicados

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
culturas (por exemplo, hemocultura ou cultura da ferida) <ul style="list-style-type: none"> Indicadas somente para a manifestação específica de infecção suspeita. As culturas podem ser positivas quando os pacientes injetam saliva ou fezes para causar infecções no sangue ou nas feridas.^[23] 	possíveis culturas polimicrobianas ou organismos atípicos
peptídeo C sérico <ul style="list-style-type: none"> Indicado somente para a manifestação específica de hipoglicemia. O peptídeo C estará baixo nos casos de hipoglicemia autoinduzida por uma injeção de insulina exógena.^[23] Historicamente, os anticorpos da insulina eram úteis quando a hipoglicemia era induzida por insulina suína ou bovina. Atualmente, eles se tornaram menos úteis porque a insulina humana passou a ser mais usada. Também existem casos de anticorpos que ocorrem espontaneamente, o que complica a interpretação dos resultados. 	hipoglicemia autoinduzida por injeção de insulina exógena: nível baixo
sulfonilureias urinárias <ul style="list-style-type: none"> Indicado somente na manifestação específica de hipoglicemia. A sulfonilureia (por exemplo, gliburida) pode estar presente na urina quando o paciente ingere agentes hipoglicêmicos orais para induzir a hipoglicemia.^[23] É necessário realizar um ensaio apropriado. A hipoglicemia induzida por meglitinida (repaglinida) factícia tem sido relatada, em associação com uma hipoglicemia induzida por sulfonilureias. 	ingestão de agentes hipoglicêmicos orais: positivo
eletrólitos na urina <ul style="list-style-type: none"> Indicado somente na manifestação específica de anormalidade eletrolítica. O potássio urinário talvez esteja elevado caso o paciente ingira diuréticos para induzir anormalidades eletrolíticas.^[23] 	ingestão de diuréticos: potássio urinário elevado
proteína na urina <ul style="list-style-type: none"> A proteína poderá ser extremamente variável na urina se o paciente adicionar alguma proteína exógena, como clara de ovo à urina para simular uma proteinúria.^[23] 	adição de proteína exógena à urina: níveis variáveis

Exame	Resultado
tireoglobulina sérica <ul style="list-style-type: none"> Indicado somente na manifestação específica de hipertireoidismo. A tireoglobulina sérica estará baixa quando o paciente estiver ingerindo hormônio tireoidiano para simular um hipertireoidismo.[23] 	ingestão de hormônio tireoidiano: baixa

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Simulação	<ul style="list-style-type: none"> Presença de incentivos externos, como desejo de medicamentos (estimulantes, opiáceos), auxílio-invalidez e transferência da reclusão para um lugar mais desejável. No transtorno factício, os pacientes são motivados por um desejo de assumir o papel de doente em vez de pela esperança de atingir recompensas externas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação. O diagnóstico baseia-se na história.
Transtornos somatoformes	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas são produzidos inconscientemente nos transtornos somatoformes, enquanto que os sinais ou sintomas de doença são intencionalmente forjados no transtorno factício. Pode ser difícil fazer a diferenciação, pois o paciente provavelmente não divulgará sua motivação a princípio. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação. O diagnóstico baseia-se na história.
Doença orgânica	<ul style="list-style-type: none"> Quando o exame diagnóstico não determina a causa dos sinais ou sintomas, o paciente pode ter uma doença real rara ou difícil de diagnosticar. Pode ser difícil fazer a diferenciação, pois o paciente com o transtorno factício provavelmente não divulgará sua motivação a princípio. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação. O diagnóstico baseia-se na história.

Critérios de diagnóstico

Subtipos de transtorno factício segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)[1]

Transtorno factício imposto em si mesmo

- Deturpação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução da lesão ou da doença, associada à dissimulação identificada.
- O indivíduo apresenta-se a outras pessoas como estando doente, debilitado ou machucado.
- O comportamento dissimulador fica evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- O comportamento não se explica por outro transtorno mental, como o transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Transtorno factício imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração)

- Deturpação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução da lesão ou da doença em outra pessoa, associada à dissimulação identificada.
- Um indivíduo apresenta outro indivíduo (vítima) para outras pessoas como se ele estivesse doente, debilitado ou machucado.
- O comportamento dissimulador fica evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- O comportamento não se explica por outro transtorno mental, como o transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

Abordagem passo a passo do tratamento

Não existem pesquisas para determinar a eficácia de alguma técnica de tratamento específica para os transtornos factícios.[24] Os méritos relativos das abordagens confrontantes e não confrontantes têm sido debatidos, com um consenso geral de que as intervenções acusatórias diretas provavelmente resultam em mais resistência do paciente, pacientes que abandonam o hospital contra as recomendações médicas ou ameaças de processos legais.[3]

Quando há uma suspeita de transtorno factício, mas ainda sem confirmação, o primeiro princípio deve ser não causar danos. As intervenções ou os procedimentos diagnósticos arriscados, como as cirurgias, devem ser evitados, a menos que sejam absolutamente necessários. Na medida do possível, os tratamentos devem se basear em dados objetivos, não exclusivamente no relato do paciente. Substâncias com potencial de causar dependência devem ser evitadas ao tratar dor ou sintomas psiquiátricos. Embora seja melhor designar uma pessoa como profissional de saúde primário para o paciente, uma equipe multidisciplinar deve ser envolvida. Isso deve incluir uma consulta a uma comissão ética e jurídica desde o início.[24] Na maioria dos casos, é necessário realizar uma avaliação psiquiátrica quanto à presença de uma doença psiquiátrica comórbida e do risco de suicídio.

Tratamento de condições urgentes

Se o paciente tiver induzido achados objetivos, como uma infecção ou hipoglicemia, essas condições deverão ser tratadas de acordo com as indicações clínicas. Para impedir que o paciente sabote o tratamento, talvez seja necessário supervisioná-lo durante essa terapia inicial.

Como falar sobre o diagnóstico suspeito para o paciente

Ao esclarecer as dúvidas sobre o diagnóstico de transtorno factício com o paciente, a conversa não deve ser punitiva, mas agradável, respeitando a dignidade do paciente. Teoricamente, isso pode aumentar a probabilidade do paciente se envolver no tratamento com um especialista em saúde mental para solucionar o comportamento factício. O médico pode dizer ao paciente que existem algumas preocupações quanto à possibilidade de a doença ser factícia, mas que o tratamento adequado tem sido fornecido em qualquer caso.[3] Embora os pacientes com uma doença factícia provavelmente provoquem ira e frustração na equipe do tratamento, é importante manter a calma e dar apoio nas interações clínicas.

Encaminhamento para acompanhamento

Quando o diagnóstico de transtorno factício é discutido com o paciente, muitos abandonarão o hospital contra as recomendações médicas e não farão o acompanhamento. Para aqueles que admitirem uma dissimulação da doença ou estiverem abertos ao tratamento, a estratégia em longo prazo visará mudar o comportamento para que não volte a ocorrer. O acompanhamento com psicoterapia tem sido discutido em várias séries de casos e relatos de casos, mas não tem sido estudado de modo prospectivo.[24] As abordagens incluem a psicoterapia psicanalítica, terapia cognitivo-comportamental e terapia de suporte para pacientes hospitalizados e ambulatoriais, às vezes aumentadas com medicamentos apropriados para tratar qualquer doença psiquiátrica comórbida. Embora relatos de caso tenham documentado alguns tratamentos bem-sucedidos com a terapia, a maioria dos pacientes provavelmente não seguirá o tratamento.

Tratamento do transtorno factício imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração)

Quando houver suspeita de transtorno factício imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração), é fundamental lembrar que esses casos são situações de abuso e devem ser relatados para as autoridades apropriadas, como os serviços de proteção à criança, serviços de proteção ao adulto, ou a polícia.[25] O advogado ou o departamento responsável pelo manejo de riscos da instituição deve ser consultado para ajudar na preparação dos relatórios e da documentação. A principal preocupação é a segurança das pessoas envolvidas.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
suspeita de transtorno factício		
■ imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração)	1a	manejo através de uma equipe multidisciplinar
	mais	tratamento de achados objetivos
	adjunto	terapia psicológica
	mais	medidas de segurança + relato para as autoridades apropriadas

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

suspeita de transtorno factício

1a

manejo através de uma equipe multidisciplinar

» Embora seja melhor designar uma pessoa como profissional de saúde primário para o paciente, uma equipe multidisciplinar deve ser envolvida. Isso deve incluir uma consulta a uma comissão ética e jurídica desde o início.[24] Na maioria dos casos, é necessário realizar uma avaliação psiquiátrica quanto à presença de uma doença psiquiátrica comórbida e do risco de suicídio.

mais

tratamento de achados objetivos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os achados objetivos induzidos pelo paciente, como uma infecção ou hipoglicemia, devem ser tratados de acordo com as indicações clínicas. Para impedir que o paciente sabote o tratamento, talvez seja necessário supervisioná-lo durante essa terapia inicial.

» As intervenções ou os procedimentos diagnósticos arriscados, como as cirurgias, devem ser evitados, a menos que sejam absolutamente necessários. Na medida do possível, os tratamentos devem se basear em dados objetivos, não exclusivamente no relato do paciente.

adjunto

terapia psicológica

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Na maioria dos casos, é necessário realizar uma avaliação psiquiátrica quanto à presença de uma doença psiquiátrica comórbida e do risco de suicídio.

» Ao esclarecer as dúvidas sobre o diagnóstico de transtorno factício com o paciente, a conversa não deve ser punitiva, mas agradável, respeitando a dignidade do paciente. Muitos abandonarão o hospital contra as recomendações médicas e não farão o acompanhamento.

Agudo

■ imposto a outra pessoa (anteriormente, transtorno factício por procuração)

mais

» Para aqueles que admitirem uma dissimulação da doença ou estiverem abertos ao tratamento, a estratégia em longo prazo visará mudar o comportamento para que não volte a ocorrer.

» O acompanhamento com psicoterapia tem sido discutido em várias séries de casos e relatos de casos, mas não tem sido estudado de modo prospectivo.[24] As abordagens incluem a psicoterapia psicanalítica, terapia cognitivo-comportamental e terapia de suporte para pacientes hospitalizados e ambulatoriais, às vezes aumentadas com medicamentos. Embora relatos de caso tenham documentado alguns tratamentos bem-sucedidos com a terapia, a maioria dos pacientes provavelmente não seguirá o tratamento. Alguns autores sugeriram o estabelecimento de registros de prontuários centralizados para auxiliar no desenvolvimento de tratamentos baseados em evidências.[24]

medidas de segurança + relato para as autoridades apropriadas

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A principal preocupação é a segurança das pessoas envolvidas.

» É fundamental lembrar que esses casos são situações de abuso e devem ser relatados para as autoridades apropriadas, como os serviços de proteção à criança, serviços de proteção ao adulto, ou a polícia.[25] O advogado ou o departamento responsável pelo manejo de riscos da instituição deve ser consultado para ajudar na preparação dos relatórios e da documentação.

Recomendações

Monitoramento

O monitoramento de pacientes com transtorno factício é difícil devido ao engano e à relutância em admitir o comportamento factício. Sem um sistema integrado de prontuários médicos, é muito difícil detectar os pacientes que compareceram a diversas unidades de saúde. Para os poucos pacientes que estão dispostos a seguir o tratamento após o diagnóstico do transtorno factício, relatos de caso e séries de caso sugerem que a psicoterapia pode ser eficaz para evitar novos incidentes, embora não existam estudos sistemáticos que sugiram a eficácia de uma abordagem de psicoterapia em vez de outra.^[24] Os especialistas e assistentes devem se comunicar abertamente sobre os pacientes para proporcionar o melhor atendimento possível. As condições psiquiátricas comórbidas devem ser monitoradas e tratadas.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser acompanhados por um médico de atenção primária que coordenará os cuidados médicos. Eles devem evitar buscar tratamento com vários profissionais da saúde, especialmente em hospitais. Os profissionais da saúde devem falar claramente com o paciente, dizendo que se preocupam com o seu bem-estar e que continuarão proporcionando cuidados médicos, mas somente os cuidados que forem necessários.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
intervenções ou procedimentos diagnósticos desnecessários	variável	alta
<p>O risco de complicações aumenta com cada intervenção ou procedimento diagnóstico desnecessário. Por exemplo, várias laparotomias exploratórias podem levar a obstruções intestinais, infecções ou morte. Os medicamentos usados para tratar os sintomas forjados podem causar qualquer uma das complicações que são consideradas como riscos de intervenções farmacêuticas, mas sem necessidade terapêutica.</p> <p>Os pacientes podem receber substâncias desnecessárias, como opioides ou ansiolíticos, levando à dependência.</p>		
desconfiança do estabelecimento médico	variável	alta
<p>Os pacientes que apresentam uma doença forjada várias vezes provavelmente adquirem uma reputação de querer chamar a atenção quando não existe nenhuma necessidade significativa, distorcendo a relação médico-paciente.</p> <p>Essa síndrome de "Pedro e o lobo" expõe o paciente ao risco de que, quando houver uma doença legítima, as queixas do paciente talvez não sejam levadas a sério.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
lesão autoprovocada ou morte	variável	média
<p>Embora não existam dados de boa qualidade indicando a frequência de morbidade grave e mortalidade do transtorno factício, está claro que as complicações significativas ocorrem quando os pacientes induzem a doença, especialmente por meio de infecções.</p> <p>Os pacientes podem induzir acidentalmente coma ou morte ao tomar medicamentos para simular a doença.</p>		
consequências financeiras e/ou jurídicas	variável	média
<p>Os encargos financeiros referentes aos cuidados médicos desnecessários serão de responsabilidade dos pacientes e dos convênios médicos.</p> <p>Inadvertidamente, os pacientes podem exceder os limites de cobertura de seus convênios, ultrapassando seus limites de cobertura de tratamento anuais ou vitalícios. Quando isso acontece, os pacientes são sobrecarregados com despesas médicas que podem arruiná-lo financeiramente.</p> <p>Devido às características de personalidade de muitos pacientes com transtorno factício, eles podem reagir com raiva quando o comportamento é descoberto, abrindo processos contra os profissionais da saúde por erro médico.^[3]</p>		

Prognóstico

Os pacientes com transtorno factício podem reagir de diversas maneiras quando seu comportamento é descoberto. Alguns reagirão com violência, abandonando o hospital contra recomendações médicas ou ameaçando processar os profissionais da saúde. Outros poderão admitir seu comportamento e, com remorso, parar de simular a doença. Não existem evidências sistemáticas do prognóstico de pacientes com o transtorno factício após o diagnóstico.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

When to suspect child maltreatment

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2009

Fabricated or induced illness by carers (FII): a practical guide for paediatricians

Publicado por: Royal College of Paediatrics and Child Health

Última publicação em:
2009

Diretrizes de tratamento

Europa

Fabricated or induced illness by carers (FII): a practical guide for paediatricians

Publicado por: Royal College of Paediatrics and Child Health

Última publicação em:
2009

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet. 1951 Feb 10;1(6650):339-41. [Resumo](#)
- Ford CV. Deception syndromes: factitious disorders and malingering. In: Levenson JL, ed. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005:297-309.
- Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. Psychosomatics. 1990 Fall;31(4):392-9. [Resumo](#)

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet. 1951 Feb 10;1(6650):339-41. [Resumo](#)
- Ford CV. Deception syndromes: factitious disorders and malingering. In: Levenson JL, ed. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005:297-309.
- Wise MG, Ford CV. Factitious disorders. Prim Care. 1999 Jun;26(2):315-26. [Resumo](#)
- Sutherland AJ, Rodin GM. Factitious disorders in a general hospital setting: clinical features and a review of the literature. Psychosomatics. 1990 Fall;31(4):392-9. [Resumo](#)
- Gault MH, Campbell NR, Aksu AE. Spurious stones. Nephron. 1988;48(4):274-9. [Resumo](#)
- Pankratz L, Lezak MD. Cerebral dysfunction in the Munchausen syndrome. Hillside J Clin Psychiatry. 1987;9(2):195-206. [Resumo](#)
- Fenelon G, Mahieux F, Roulet E, et al. Munchausen's syndrome and abnormalities on magnetic resonance imaging of the brain. BMJ. 1991 Apr 27;302(6783):996-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Krahn LE, Li H, O'Connor MK. Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. Am J Psychiatry. 2003 Jun;160(6):1163-8. [Resumo](#)
- Ameh V, Speak N. Factitious hypoglycaemia in a nondiabetic patient. Eur J Emerg Med. 2008 Feb;15(1):59-60. [Resumo](#)
- Feldman MD, Miner ID. Factitious Usher syndrome: a new type of factitious disorder. Medscape J Med. 2008 Jun 30;10(6):153. [Texto completo](#) [Resumo](#)

12. Levenson JL, Valverde R, Olbrisch ME. Factitious wound infections in an altruistic living liver donor. *Prog Transplant*. 2008 Mar;18(1):22-4. [Resumo](#)
13. Nwaejike N, Archbold H, Wilson DS. Factitious lymphoedema as a psychiatric condition mimicking reflex sympathetic dystrophy: a case report. *J Med Case Reports*. 2008 Jun 24;2:216. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. Santangelo WC, Richey JE, Rivera L, et al. Surreptitious ipecac administration simulating intestinal pseudo-obstruction. *Ann Intern Med*. 1989 Jun 15;110(12):1031-2. [Resumo](#)
15. Shelton JH, Santa Ana CA, Thompson DR, et al. Factitious diarrhea induced by stimulant laxatives: accuracy of diagnosis by a clinical reference laboratory using thin layer chromatography. *Clin Chem*. 2007 Jan;53(1):85-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Tojo A, Nanba S, Kimura K, et al. Factitious proteinuria in a young girl. *Clin Nephrol*. 1990 Jun;33(6):299-302. [Resumo](#)
17. Gregory RJ, Jindal S. Factitious disorder on an inpatient psychiatry ward. *Am J Orthopsychiatry*. 2006 Jan;76(1):31-6. [Resumo](#)
18. Parker PE. A case report of Munchausen syndrome with mixed psychological features. *Psychosomatics*. 1993 Jul-Aug;34(4):360-4. [Resumo](#)
19. Sigal MD, Altmark D, Carmel I. Munchausen syndrome by adult proxy: a perpetrator abusing two adults. *J Nerv Ment Dis*. 1986 Nov;174(11):696-8. [Resumo](#)
20. Giurgea I, Ulinski T, Touati G, et al. Factitious hyperinsulinism leading to pancreatectomy: severe forms of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*. 2005 Jul;116(1):e145-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Astuto M, Minardi C, Rizzo G, et al. Unexplained seizures in an infant. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):94. [Resumo](#)
22. Meehan WP 3rd, Merschman KM, Chiang VW. An 18-month-old girl with recurrent apneic spells. *Pediatr Emerg Care*. 2008 Aug;24(8):546-9. [Resumo](#)
23. Wallach J. Laboratory diagnosis of factitious disorders. *Arch Intern Med*. 1994 Aug 8;154(15):1690-6. [Resumo](#)
24. Eastwood S, Bisson JI. Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):209-18. [Resumo](#)
25. Royal College of Paediatrics and Child Health. Fabricated or induced illness by carers (FII): a practical guide for paediatricians. October 2009. [internet publication]. [Texto completo](#)

Imagens

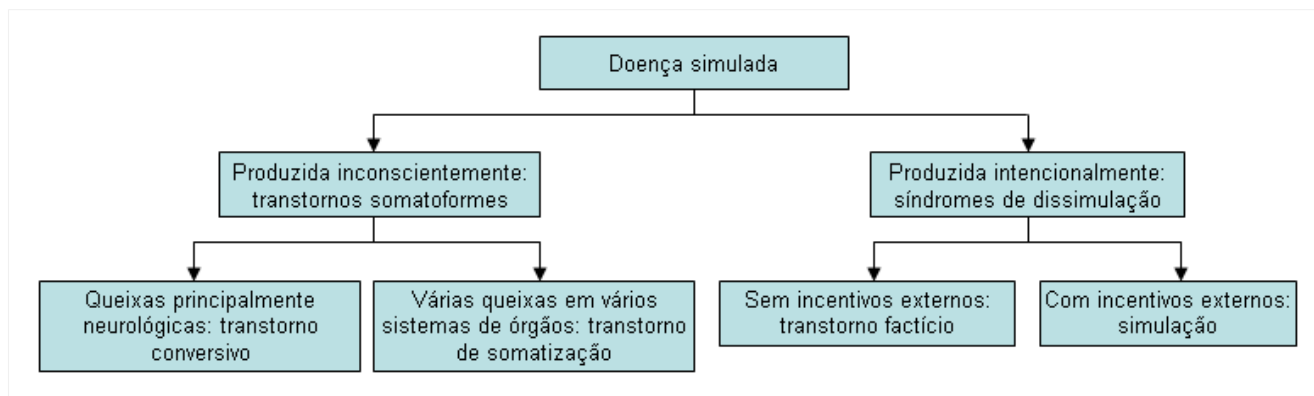


Figura 1: Diferenciação do transtorno factício das condições relacionadas

Do acervo pessoal de Christopher P. Kogut, Virginia Commonwealth University, VA

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Oct 05, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Christopher P. Kogut, MD, MSW

Assistant Professor

Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA

DIVULGAÇÕES: CPK declares that he has no competing interests.

James L. Levenson, MD

Professor of Psychiatry

Internal Medicine and Surgery, Vice-Chair, Department of Psychiatry, Chair, Division of Consultation/Liaison Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA

DIVULGAÇÕES: JLL is the author of a reference cited in this monograph.

// Colegas revisores:

Joel Yager, MD

Professor

Department of Psychiatry, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, NM

DIVULGAÇÕES: JY is an author of a reference cited in this topic.

Adrianne Reveley, MA, MB, BCh, FRCPsych

Consultant Psychiatrist

The London Medical Centre, London, UK

DIVULGAÇÕES: AR declares that she has no competing interests.