

SÍNDROME DE CAPGRAS E ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: RELATO DE CASO

CAPGRAS SYNDROME AND PARANOID SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

Fernanda de Castro Rodrigues¹

Laura Nagy Fritsch²

Camilla Nicolucci³

Luiz Fernando da Silva Paulin⁴

RESUMO: Esse artigo buscou relatar um caso da Síndrome de Capgras, uma condição psiquiátrica relativamente rara, identificada pela primeira vez em 1923, que se caracteriza por uma ilusão de identidade ou crença delirante. Nesse tipo de delírio, o indivíduo afetado acredita que uma pessoa próxima, geralmente um familiar ou amigo íntimo, tenha sido substituída por um impostor, que parece ser idêntico ou muito semelhante a pessoa original. O caso descrito neste estudo foi diagnosticado na ala de enfermagem psiquiátrica masculina do Hospital Universitário São Francisco (HUSF), situado em Bragança Paulista - SP. Além disso, o estudo incluiu uma revisão detalhada de prontuários médicos, entrevistas clínicas e a correlação dos achados clínicos com a literatura existente sobre o assunto. Destaca-se a importância de considerar cuidadosamente o diagnóstico e o tratamento adequado da Síndrome de Capgras, principalmente devido aos riscos que a ilusão de impostura representa para o indivíduo afetado e para outras pessoas ao seu redor.

Palavras-chave: Síndrome de Capgras. Esquizofrenia. Delírio de Identidade.

815

ABSTRACT: This article aimed to report a case of Capgras Syndrome, a relatively rare psychiatric condition first identified in 1923, characterized by an identity delusion or a delusional belief. In this type of delusion, the affected individual believes that a close person, usually a family member or a close friend, has been replaced by an impostor who appears to be identical or very similar to the original person. The case described in this study was diagnosed in the male psychiatric ward of São Francisco University Hospital (HUSF), located in Bragança Paulista, SP. Additionally, the study included a detailed review of medical records, clinical interviews, and a correlation of the clinical findings with the existing literature on the subject. It highlights the importance of carefully considering the diagnosis and appropriate treatment of Capgras Syndrome, mainly due to the risks that the impostor delusion poses to the affected individual and to others around them.

Keywords: Capgras syndrome. Schizophrenia. Identity delusion.

¹ Residente de Psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus (HUSF-SP). Médica pela Universidade Cidade de São Paulo (UNICID - SP).

² Residente de Psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco de Assis na Providência de Deus (HUSF-S). Médica pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

³ Mestre em Ciências da Saúde na Universidade São Francisco, docente nos cursos de medicina, psicologia e pós graduação *latu sensu* em Saúde Mental na Universidade São Francisco, docente e preceptora na residência médica de Psiquiatria no HUSF.

⁴ Coordenador do Programa de Residência Médica de Psiquiatria do HUSF, Professor Associado do curso de medicina da Universidade São Francisco - Bragança Paulista.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Capgras, uma condição psiquiátrica identificada inicialmente por Joseph Capgras em 1923, é caracterizada por uma ideia delirante em que o indivíduo mantém uma convicção inabalável de que alguém próximo a ele foi substituído por um impostor de aparência quase idêntica, persistindo nessa crença, independentemente das evidências contrárias (KARAKASI *et al.*, 2019).

Propõem-se um modelo explicativo fundamentado na categorização dos progenitores como objetos bons e maus, conforme a teoria de Melanie Klein. Estudos identificam três condições pré-existentes que conduzem ao delírio de Capgras, incluindo um estado psicótico e paranoia, a divisão de um objeto internalizado e alterações em relacionamentos significativos. Além disso, pode haver uma relação entre despersonalização/desrealização e a experiência de Capgras: esses fenômenos podem anteceder a identificação incorreta de Capgras, acompanhados por uma perda progressiva de insight por parte do paciente (VENTRIGLIO *et al.*, 2020).

O paciente, na maioria das vezes, mantém lucidez mental em outros aspectos de sua vida social. Normalmente, utiliza pequenas ou delirantes diferenças no comportamento, vestimenta e/ou aparência física do familiar e do suposto impostor para justificar a convicção delirante. Em situações raras, a síndrome de Capgras pode envolver objetos ou animais, contanto que estejam ligados a uma forte conexão afetiva por parte do paciente. (JEDIDI *et al.*, 2013).

A síndrome de Capgras envolve uma ou mais pessoas erroneamente identificadas, e, de fato, o número dessas pessoas tende a aumentar com o tempo, possivelmente evoluindo para incluir todas as relações do paciente. Além disso, os alvos erroneamente identificados são frequentemente substituídos por outros "impostores" em um processo delirante contínuo e diário, por vezes ocorrendo milhares de vezes. A ilusão de Capgras precisa ser diferenciada da prosopagnosia, um déficit no reconhecimento de rostos familiares frequentemente associado a danos no hemisfério direito (JEDIDI *et al.*, 2013).

A incapacidade de reconhecer um objeto ou uma pessoa conhecida, mesmo quando suas características físicas estão intactas, é denominada "agnosia visual". Essa condição surge devido a danos no cérebro, especialmente em áreas responsáveis pelo processamento visual. A agnosia visual pode se apresentar de várias maneiras, incluindo dificuldade em

reconhecer rostos (prosopagnosia), objetos (agnosia visual de objetos) ou palavras escritas (alexia). Apesar da incapacidade de reconhecimento, outras habilidades visuais, como acuidade visual, geralmente permanecem preservadas. Essa condição destaca a complexidade do processamento visual e como danos específicos podem resultar em déficits seletivos na percepção visual. (VENTRIGLIO *et al.*, 2020).

Os sintomas delirantes associados a esta síndrome podem originar-se de uma desconexão temporo-límbico-frontal, interferindo na capacidade de vincular memórias antigas a novas informações. Esse fenômeno resulta em uma identificação patológica equivocada, possivelmente ligada a uma resposta psicótica ou a alterações nos sentimentos afetivos e sensações de estranheza experimentadas pelo paciente (PEREIRA *et al.*, 2020).

O reconhecimento facial é dependente de duas vias. A via ventral, que se estende do córtex visual aos lóbulos temporais através do fascículo longitudinal inferior, constitui a principal rota para o reconhecimento consciente e explícito de rostos. Por sua vez, a via dorsal, que vai do córtex visual ao sistema límbico através do lóbulo parietal inferior, desempenha um papel na interpretação do significado emocional de um rosto. Na prosopagnosia, a via ventral é interrompida, enquanto a via dorsal permanece funcional. Em contraste, na síndrome de Capgras, a via dorsal é desconectada, mas a ventral permanece intacta, resultando em uma resposta afetiva inadequada ou insuficiente diante de um rosto. Em outras palavras, essa síndrome pode envolver a atribuição equivocada de mudanças no mundo interno do paciente a alterações no mundo externo. No nível cerebral, a síndrome de Capgras está mais frequentemente associada a lesões no hemisfério direito em comparação com o esquerdo, embora a maioria dos pacientes com a síndrome de Capgras apresente disfunção cerebral bilateral, afetando diversas regiões cerebrais, especialmente o córtex frontal e temporal. Exames de tomografia computadorizada (TC) e estudos eletroencefalográficos têm evidenciado que a síndrome de Capgras está associada à atrofia cerebral global na demência, combinada com um envolvimento mais acentuado do hemisfério direito em relação ao esquerdo (JEDIDI *et al.*, 2013).

Embora a síndrome de Capgras seja comumente associada a transtornos psicóticos, como a esquizofrenia e os transtornos esquizoafetivos, também é observada em condições neurológicas e médicas, incluindo a doença de Alzheimer, sendo uma das condições mais prevalentes de ocorrer a síndrome, onde estudos também evidenciam que a

manifestação da Síndrome de Capgras em pacientes com Doença de Alzheimer está associada a uma propensão a outros sintomas, incluindo depressão, anosognosia e outros tipos de delírios. (RODRIGUES *et al.*, 2023).

Em vista da importância de uma abordagem diagnóstica e terapêutica atenciosa para pacientes que apresentam a síndrome de Capgras e outras síndromes de identificação incorreta, em virtude dos possíveis distúrbios subjacentes sérios e dos comportamentos potencialmente perigosos associados, é imperativo destacar a necessidade de tratamento. Esses pacientes frequentemente exibem agressividade e pensamentos delirantes, especialmente em relação a membros da família, e apresentam um risco aumentado de automutilação (KARAKASI *et al.*, 2019).

Com o propósito de ampliar a compreensão científica desta temática relevante, este projeto tem como objetivo relatar um caso ocorrido na enfermaria masculina de psiquiatria do Hospital Universitário São Francisco (HUSF) em Bragança Paulista – SP. O paciente em questão recebeu o diagnóstico de esquizofrenia e, adicionalmente, foi identificado com a síndrome de Capgras. A análise detalhada desse caso visa contribuir para um entendimento mais abrangente e aprofundado dessa complexa síndrome e suas implicações clínicas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se refere ao relato de um caso sobre síndrome de Capgras em paciente esquizofrenico, e busca pela literatura sobre o assunto. A pesquisa foi realizada segundo os princípios éticos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 510/2016 e suas complementares e da Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil – CAAE 74983323.1.0000.5514.

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica, por meio de busca por artigos de língua inglesa na plataforma Pubmed com os descritores “(Capgras syndrome) & (Schizophrenia e Identity delusion)” e “(Capgras syndrome) & (Treatment)”. A pesquisa inicial foi feita, na qual foram encontrados 15 artigos no total, sendo onze deles publicado nos últimos 05 anos, dois publicados nos últimos dez anos, e o restante sem critério de data. Foram descartados artigos publicados onde não estava correlacionado ao tema proposto.

Foi também realizado pesquisa por artigos na plataforma Pubmed com os descritores (Capgras syndrome) & (Schizophrenia), e foram encontrados nos últimos 05 anos 18 artigos relacionados, dentre os quais nenhum foi revisão sistemática ou metanálise. Dos 18 artigos selecionados pelo critério data, 04 foram escolhidos para a confecção deste trabalho, sendo os demais descartados por não atingirem expectativa dentro do tema.

O presente estudo será realizado por meio de acesso ao prontuário médico disponível para os acadêmicos componentes da pesquisa em sistema para consulta médica utilizado na Psiquiatria, do Hospital Universitário São Francisco (HUSF). Posteriormente, houve correlação com a literatura. A escolha do caso se deu devido a escassez de dados em literatura consagrada sobre a Síndrome de Capgras.

Este artigo apresenta um relato de caso clínico de um paciente do sexo masculino, 20 anos de idade, solteiro, foi encaminhado ao nosso serviço de saúde mental pelo Hospital municipal de sua cidade.

Paciente inicialmente apresentou diminuição da necessidade do sono, diminuição de ingesta alimentar, heteroagressividade, desorganização do pensamento e risos imotivados, após cessar uso de medicação de uso contínuo. Ao longo de seis meses, apresentou alterações comportamentais, desorganização, heteroagressividade e agitação psicomotora com piora significativa nos dois dias antecedentes ao encaminhamento à nossa unidade.

Segundo relato de familiares, dois dias prévios à internação, paciente teve crise psicótica no qual houve tentativa de agressão à sua mãe com uso de arma branca enquanto a mesma cozinhava, por não acreditar que de fato ali estava a sua genitora. Dizia a todo momento que “o satanás estava possuindo o corpo de sua mãe”(SIC), não sabia o motivo de ocorrer isso em sua casa, e a partir daquele momento, ele exigiria exame de DNA que comprovasse que aquela era sua verdadeira mãe. A mesma chegou a trancar-se no banheiro até aguardar a chegada do SAMU, que o levou até a Unidade de Pronto Atendimento da cidade.

Paciente tinha histórico de quadro semelhante aos dezoito anos, após uso de substância psicoativa, iniciando com agitação psicomotora, auto e heteroagressividade, delírio autorreferente e comportamento desorganizado. No período, foi necessária uma internação por 14 dias no hospital municipal da cidade e, em seguida, iniciado o tratamento

em CAPS. Nesse período, realizou o tratamento de forma irregular com Haloperidol decanoato 1 ampola a cada 15 dias, e Biperideno 2mg a cada 8 horas. Família nega remissão entre os episódios e refere prejuízo funcional progressivo.

Atualmente, durante a admissão em nosso serviço, paciente apresentava-se colaborativo, com alteração de pensamento, apresentando delírio de identidade, roubo de pensamento, neologismos e estereotípias (movimentos semelhantes a espasmos de membro superior e inferior direito). Dizia que os movimentos funcionavam para “abrir seu terceiro olho e comunicá-lo às suas vidas passadas, tendo visões de cada uma delas em seus pensamentos de forma simultânea” (SIC). Reafirmava também diariamente que sua mãe não era sua mãe de fato: nas ligações não haveria como ter certeza que não era uma terceira pessoa na linha telefônica e, nas visitas, afirmava que era a sócia que comparecia, recusando-se a encontrá-la.

O tratamento inicial incluiu a suspensão do uso de Haloperidol e Biperideno, com o início de diazepam na dose de 10mg a cada 8 horas e Risperidona 2mg a cada 12 horas. Foram solicitados exames laboratoriais, como hemograma completo, função renal, função hepática, função tireoidiana, colesterol total e frações, triglicérides, sorologias para HIV, Sífilis e hepatite B, além de eletrocardiograma e exame de urina, na intenção de excluir possíveis causas orgânicas para a psicose apresentada. Exames de imagem recentes (TC de crânio sem alteração).

As hipóteses diagnósticas consistiram em esquizofrenia associada à Síndrome de Capgras. Paciente permaneceu estável, com melhora gradual dos sintomas. No sexto dia de internação, foi prescrito Haloperidol 5mg intramuscular e suspensa a Risperidona, uma vez que paciente se mostrou resistente em tomar medicação por via oral.

Com melhora gradual dos sintomas e visando melhor aderência do paciente ao tratamento, foram realizadas 02 ampolas de Haloperidol decanoato no décimo oitavo dia de internação. No dia seguinte à aplicação, paciente apresentou sinais de impregnação, sendo necessária a associação com Biperideno 2mg via oral, 01 vez ao dia.

Paciente apresentou melhora gradual do quadro de delírio persecutório, com pensamentos mais organizados, redução de estereotípias e dizia que talvez aquela fosse sua verdadeira mãe, nunca podendo ter certeza absoluta, porém reduzindo sua angústia. Mantendo-se então sem crítica com relação ao quadro, como esperado. O diagnóstico

psiquiátrico foi estabelecido através da evolução do paciente, e nesse contexto, houve a melhora clínica com o uso de medicamentos.

Paciente teve alta após 32^o dia de internação em uso de Biperideno e Haldol decanoato estando ativo, vigil, eutímico, eubúlico, com interpretação delirante de sua crise, mantendo-se sem crítica, porém sem angústia e sem alterações de psicomotricidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A esquizofrenia constitui uma importante fonte global de angústia, tanto para os indivíduos afetados quanto para suas famílias, e ainda permanece pouco compreendida, sujeita a um significativo estigma social. Sua ocorrência afeta aproximadamente 7,2 em cada 1000 australianos ao longo da vida, onde seu início precoce, geralmente em torno dos 20,5 anos em média, sua natureza crônica e seu impacto marcante na funcionalidade, embora variável, estão associados a níveis elevados de incapacidade. Esse impacto é particularmente acentuado em países altamente desenvolvidos, como a Austrália. A incidência da esquizofrenia varia consideravelmente, e esse índice está em crescimento, especialmente em nações como China e Índia. Além disso, a esquizofrenia é mais prevalente em homens, com uma razão homem:mulher de 1,40. [intervalo de confiança de 95%, 0,9-2,4]] (HARRIS *et al.*, 2023).

O diagnóstico da esquizofrenia é estabelecido por meio de uma avaliação clínica. São necessários a presença de 2 ou mais sintomas, como delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado ou catatônico, ou sintomas negativos, por pelo menos 1 mês, resultando em uma significativa disfunção social no indivíduo. Sintomas positivos, como delírios e alucinações, frequentemente são a razão pela qual o paciente procura assistência clínica. No entanto, o transtorno também está associado a sintomas negativos, como amotivação e retraimento social, e a sintomas cognitivos, incluindo déficits na memória de trabalho, função executiva e velocidade de processamento. Geralmente, o transtorno se manifesta na idade adulta jovem, e um período prodromático muitas vezes antecede o primeiro episódio psicótico (MCCUTCHEON *et al.*, 2020). Isto posto, o paciente fecha critérios para diagnóstico de esquizofrenia devido a essa presença de roubo de pensamento, neologismos, agitação psicomotora e a heteroagressividade secundária a questão delirante de identidade, sem alterações orgânicas ou uso de substância concomitante

e que justifique os sintomas, por mais de 6 meses e com prejuízo progressivo mesmo no período intercrise.

Já a síndrome de Capgras, foi descrita inicialmente por Joseph Capgras em 1923, caracterizada por ser um delírio em que o paciente acredita existir um impostor igual ou muito semelhante a uma pessoa de seu círculo social íntimo, por exemplo, seus pais (NG *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2023).

Elas se caracterizam como fenômenos psicopatológicos nos quais um paciente consistentemente faz identificações equivocadas de pessoas, lugares, objetos ou eventos. Diversos subtipos clínicos de Síndromes de Identificação Delirante existem, incluindo a síndrome de Capgras, paramnésia reduplicativa, delírio de Fregoli, síndrome de Cotard, intermetamorfose, reverso-intermetamorfose e identificação equivocada de reflexo. Apesar das distintas diferenças entre eles, esses fenômenos parecem compartilhar a característica central de uma alteração profunda na percepção da realidade e podem ter um substrato neurobiológico comum. (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Inicialmente observada em pacientes com esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos, a síndrome de Capgras está cada vez mais associada a condições médicas e neurológicas, incluindo doenças neurodegenerativas. Cerca de 56% dos casos têm origens psiquiátricas, 43% são de causas orgânicas, e 1% resulta de uma combinação de ambas. A esquizofrenia é a comorbidade mais prevalente (36%), seguida por psicoses orgânicas (19%) e demência (15%). Fatores precipitantes menos comuns incluem abuso de drogas, psicose pós-parto, transtorno obsessivo-compulsivo, uso de substâncias específicas (como cocaína, álcool e cannabis) e traumas cranioencefálicos (NG *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2023).

O uso indevido de substâncias é um fator desencadeante raro para a síndrome de Capgras; portanto, é crucial descartar inicialmente outras condições orgânicas e funcionais que possam desencadear a doença, como foi feito neste caso ao solicitar os testes de Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas (VDRL), HIV e ressonância magnética (MRI). (CASTRO *et al.*, 2022).

Modelos explicativos sugerem que a síndrome de Capgras pode surgir de uma conexão disfuncional entre o rosto percebido e a recuperação apropriada de memórias autobiográficas associadas a esse rosto, levando à falsa crença de que o rosto percebido é desconhecido e representa uma nova identidade desprovida de memórias vinculadas. Esta pode se manifestar quando um rosto percebido ativa representações semânticas, mas não

desencadeia a recuperação de memórias autobiográficas relacionadas a esse rosto. Isso implica a convicção de que o rosto percebido é "fisicamente" semelhante ao do parente, mas pertence a outra pessoa considerada como nova ou diferente. Essa identificação equivocada é então codificada como uma nova identidade com suas próprias memórias autobiográficas, resultando na persistência da ilusão. Também se esclarece o coexistir na mente do indivíduo do parente e do "sósia" (fenômeno de duplicação). Além disso, o modelo destaca por que a síndrome de Capgras envolve predominantemente parentes, uma vez que as representações autobiográficas relacionadas à prole são abundantes e ricas. Apesar de explicarem o fenômeno de duplicação na síndrome de Capgras, esses modelos ainda não conseguiram abordar a transição da duplicação para a multiplicação (VON SIEBENTHAL *et al.*, 2021).

Ela pode, portanto, se manifestar em vários distúrbios psiquiátricos, sendo que a esquizofrenia paranóide é uma das mais comuns. Apesar de representarem o sintoma mais distintivo da síndrome, as manifestações clínicas variam conforme a etiologia subjacente. Na síndrome induzida por alterações funcionais, destacam-se principalmente alucinações auditivas e agressividade, enquanto naquela induzida por alterações orgânicas, as alucinações visuais predominam. De maneira geral, as manifestações englobam alterações do afeto, delusões paranoides, agressividade, alucinações auditivas e visuais. A identidade do impostor frequentemente recai sobre um membro da família ou alguém próximo, refletindo a natureza da doença, que utiliza as experiências vividas pelo paciente, tornando a pessoa mais próxima alvo dos delírios. A síndrome de origem funcional, em sua grande maioria, tem como impostor um dos pais do paciente, enquanto a de origem orgânica tem o cônjuge como alvo, revelando a epidemiologia do início da afecção, com causas funcionais mais comuns em jovens e as orgânicas em adultos e idosos. (KARAKASI *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2023).

A epidemiologia da síndrome de Capgras e das síndromes de identificação delirante é caracterizada por uma variedade de condições e não apresenta predomínio de gênero, uma vez que não há comprometimento neurobiológico específico associado (KARAKASI *et al.*, 2019). Essas informações ressaltam a necessidade crucial de realizar uma avaliação minuciosa e ampla para pacientes que sofrem da Síndrome de Capgras. Isso visa alcançar

uma compreensão completa dos fatores subjacentes e proporcionar uma abordagem terapêutica específica e personalizada (KARAKASI *et al.*, 2019).

A investigação constante sobre a possível base orgânica das síndromes de identificação delirante, como o fenômeno de Capgras, tem sido uma busca contínua ao longo dos anos. Diversos mecanismos patogênicos têm sido suspeitos e investigados como potencialmente associados à manifestação do fenômeno de Capgras. Entre esses mecanismos, incluem-se a redução da função do hemisfério cerebral direito; deficiência de dopamina e dificuldade no controle das respostas emocionais; patologias na conectividade da via visual ventral e da amígdala; comprometimento do córtex pré-frontal dorsolateral e da memória de trabalho; anormalidades na conectividade entre o córtex de associação multimodal, córtex paralímbico e sistema límbico; patologias em estruturas límbicas, frontais e parietais; prejuízo bilateral na conectividade frontotemporal (KARAKASI *et al.*, 2019).

A importância de compreender a epidemiologia da síndrome, se deve a realização de diagnóstico e tratamentos adequados. Para estudar e identificar o local de comprometimento de uma possível “lesão cerebral”, é necessário incluir métodos de imagem no estudo, como a neuroimagem funcional, que desempenha um papel importante na distinção diagnóstica e na personalização do tratamento, com base na fisiopatologia específica do sistema cerebral do paciente. Técnicas como a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) cerebral e a Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT), têm o potencial de fornecer informações relevantes para uma compreensão mais aprofundada da fisiopatologia da doença subjacente. Elas também auxiliam na compreensão de como os sintomas do fenômeno de Capgras variam em diferentes estágios da doença (KARAKASI *et al.*, 2019). Há uma quantidade significativa de evidências que sugere que a relação entre violência e esquizofrenia é influenciada e direcionada por padrões específicos de sintomas psicóticos, principalmente aqueles classificados como sintomas positivos. Sintomas delirantes, tais como ideias persecutórias, sintomas de ameaça/controle, alucinações de comando e alucinações com conteúdo ameaçador, têm se revelado indicadores significativos de violência e agressão entre os pacientes (CARABELLESE *et al.*, 2014).

Alguns estudos sugerem que indivíduos que enfrentam síndromes de identificação equivocada delirante constituem uma subcategoria de pacientes psiquiátricos que podem

representar uma ameaça significativa para os outros, uma vez que eles podem se tornar verbalmente ameaçadores e agressivos como resultado de suas identificações equivocadas delirantes (CARABELLESE *et al.*, 2014).

Conforme indicado na literatura, não há um tratamento específico estabelecido para a síndrome de Capgras. O foco terapêutico nesses casos, é voltado para tratar a condição primária na qual a síndrome se manifesta, seja ela de manifestação psiquiátrica ou neurobiológica. Geralmente, a falsa identificação diminui à medida que a doença principal é tratada. No entanto, há relatos na literatura de casos nos quais pacientes com transtornos crônicos que apresentam manifestações psiquiátricas, como transtornos neurocognitivos ou transtornos do espectro da esquizofrenia, mantêm a crença delirante, mesmo após o tratamento de todos os outros sintomas psiquiátricos (KARAKASI *et al.*, 2019).

Os objetivos no tratamento da esquizofrenia compreendem a abordagem dos sintomas, a prevenção de recaídas e o aumento do funcionamento adaptativo para reintegrar o paciente à comunidade. Como os pacientes raramente conseguem retornar ao seu nível inicial de funcionamento adaptativo, é essencial utilizar tanto tratamentos não farmacológicos quanto farmacológicos para otimizar os resultados a longo prazo. Embora a farmacoterapia seja a principal estratégia no manejo da esquizofrenia, podem persistir sintomas residuais. Portanto, tratamentos não farmacológicos, como a psicoterapia, desempenham um papel crucial. Conforme a American Psychiatric Association, os antipsicóticos de segunda geração (atípicos) (ASAs), com exceção da clozapina, são preferenciais como tratamento de primeira linha para a esquizofrenia. A clozapina não é recomendada devido ao risco de agranulocitose. Em geral, os ASAs são preferidos em relação aos antipsicóticos de primeira geração (típicos) (AGAs), pois estão associados a menos sintomas extrapiramidais. No entanto, os ASAs podem apresentar efeitos colaterais metabólicos, como ganho de peso, hiperlipidemia e diabetes mellitus, contribuindo para o aumento do risco de mortalidade cardiovascular observado em pacientes com esquizofrenia (PATEL *et al.*, 2014).

Os medicamentos antipsicóticos são eficazes no tratamento dos sintomas positivos em grande parte dos pacientes, porém apresentam benefícios limitados para sintomas negativos e cognitivos. É importante destacar que esses medicamentos, em sua maioria, atuam por meio do bloqueio do receptor D₂. (MCCUTCHEON *et al.*, 2020).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma intervenção valiosa em tais casos, pois suas técnicas envolvem a reestruturação cognitiva e o teste da realidade. Isso pode auxiliar o paciente a superar a crença delirante na "substituição" como algo real. Por outro lado, a hipótese psicanalítica sugere que as emoções que o paciente vivencia em relação às pessoas com as quais ele interage (medo, raiva) são projetadas nos "impostores". (KARAKASI *et al.*, 2019).

A violência física é uma manifestação comum nos distúrbios mentais associados à síndrome de Capgras. Frequentemente, a raiva e a agressividade são direcionadas principalmente para membros próximos da família, especialmente os cuidadores, sobre os quais os pensamentos delirantes estão focados. Isso resulta em uma maior probabilidade de expressão física de agressão e violência nas interações interpessoais, como o ocorrido no caso relatado, onde houve tentativa de agressão física por parte do paciente contra sua genitora, com uso de arma branca (KARAKASI *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

O propósito desse artigo é de apresentar um caso de síndrome de Capgras associado a Esquizofrenia em um paciente jovem com histórico de heteroagressão contra sua mãe e elucidar informações na literatura a respeito da síndrome associada à esquizofrenia.

A Síndrome de Capgras é uma condição complexa que transcende os limites de um único diagnóstico psiquiátrico. Como descrita por Joseph Capgras em 1923, ela se manifesta através do delírio de que pessoas próximas são substituídas por impostores idênticos ou muito semelhantes.

Evidências atuais sugerem uma ampla gama de condições médicas e neurológicas associadas. A compreensão abrangente da epidemiologia, dos mecanismos subjacentes e das implicações clínicas da Síndrome de Capgras é crucial para fornecer um cuidado personalizado e eficaz.

A complexidade dos distúrbios mentais associados à Síndrome de Capgras é ilustrada também, pela presença frequente de violência física, especialmente direcionada para membros próximos da família e cuidadores, sobre os quais os pensamentos delirantes estão focados. A pesquisa contínua, juntamente com métodos de imagem funcional, tem sido

fundamental na identificação de possíveis alterações cerebrais subjacentes e no entendimento de como os sintomas variam em diferentes estágios da doença.

Por isso, são necessários maiores estudos para que possamos identificar a Síndrome de Capgras e abordá-la de forma multidisciplinar e personalizada, centrada na compreensão individualizada dos fatores subjacentes e na aplicação de estratégias terapêuticas adequadas para cada caso.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Diana Milena Bello *et al.* Capgras Syndrome Due to Cannabinoids Use: a case report with radiological findings. **Cureus**, [S.L.], p. 1-5, 19 jan. 2022. Cureus, Inc.. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.21412>.

CARABELLESE, Felice *et al.* Mental illness, violence and delusional misidentifications: the role of capgras' syndrome in matricide. **Journal Of Forensic And Legal Medicine**, [S.L.], v. 21, p. 9-13, jan. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.10.012>.

HARRIS, Anthony *et al.* Approach to schizophrenia. **Internal Medicine Journal**, [S.L.], v. 53, n. 4, p. 473-480, abr. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/imj.16068>.

JEDIDI, H. *et al.* Brain Metabolic Dysfunction in Capgras Delusion During Alzheimer's Disease. **American Journal Of Alzheimer'S Disease & Other Dementiasr**, [S.L.], v. 30, n. 7, p. 699-706, 30 jun. 2013. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1533317513495105>.

KARAKASI, Maria Valeria; MARKOPOULOU, Maria; ALEXANDRI, Maria; DOUZENIS, Athanasios; PAVLIDIS, Pavlos. In fear of the most loved ones. A comprehensive review on Capgras misidentification phenomenon and case report involving attempted murder under Capgras syndrome in a relapse of a schizophrenia spectrum disorder. **Journal Of Forensic And Legal Medicine**, [S.L.], v. 66, p. 8-24, ago. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2019.05.019>.

MCCUTCHEON, Robert A. *et al.* Schizophrenia—An Overview. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 77, n. 2, p. 201, 1 fev. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>.

NG, Kok Pin; WONG, Benjamin; XIE, Wanying; KANDIAH, Nagaendran. Capgras Syndrome in the Young. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 94-96, jan. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/wad.0000000000000360>.

OLIVEIRA, Laura Beatriz de *et al.* Suicídio na terceira idade: fatores de risco e de proteção / suicide in old age. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 8337-8349, 14 abr. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-358>.

PATEL, Krishna R et al. Schizophrenia: overview and treatment options. **Pharmacy & Therapeutics**, [S.L.], v. 9, n. 39, p. 638-645, set. 2014.

PEREIRA, G. C. M.; OLIVEIRA, G. C. DE .. Prevalence of Capgras syndrome in Alzheimer's patients: A systematic review and meta-analysis. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 13, n. 4, p. 463-468, out. 2019.

REVILLA, Joshep; ALIAGA, Stephanie; LOZANO-VARGAS, Antonio. Cotard and Capgras Syndrome in a Patient with Treatment-Resistant Schizophrenia. **Case Reports In Psychiatry**, [S.L.], v. 2021, p. 1-3, 23 jan. 2021. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2021/6652336>.

RODRIGUES, Eduardo Fernandes et al. Síndrome de Capgras: um estudo de caso abordando características, diagnóstico e evolução clínica. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 6, n. 5, p. 22198-22205, 19 set. 2023. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n5-255>.

SILVA, Arturo; LEONG, Gregory B.. The Capgras Syndrome in Paranoid Schizophrenia. **Psychopathology**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 147-153, 1992. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000284765>.

VENTRIGLIO, Antonio *et al.* Capgras and Fregoli syndromes: delusion and misidentification. **International Review Of Psychiatry**, [S.L.], v. 32, n. 5-6, p. 391-395, 7 maio 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2020.1756625>.

VON SIEBENTHAL, Aline *et al.* Evolution of Capgras syndrome in neurodegenerative disease: the multiplication phenomenon. **Neurocase**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 160-164, 4 mar. 2021. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/1355479>