

Relato de Caso

Relato de caso: avaliação do risco de suicídio no transtorno depressivo maior grave com sintomas psicóticos*Case report: evaluation of suicide risk in severe major depressive disorder with psychotic symptoms***Gabriela Fukuyama Barbosa¹, Cristiane Cacossi Picarelli²**

Barbosa GF, Picarelli CC. Relato de caso: avaliação do risco de suicídio no transtorno depressivo maior grave com sintomas psicóticos / *Case report: evaluation of suicide risk in severe major depressive disorder with psychotic symptoms*. Rev Med (São Paulo). 2022 mar.-abr.;101(2):e-184948.

RESUMO: Para além de sua sintomatologia clássica, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) pode cursar com episódios únicos ou recorrentes de quadros psicóticos, marcados pela presença de delírios e alucinações cujos conteúdos associam-se frequentemente a ideias negativas e depressivas de morte, ruína, culpa e punição merecida. Esta condição está fortemente conectada a alto risco suicida, motivo pelo qual deve-se diagnosticar e intervir de maneira positiva o mais precocemente possível, a fim de que a vida, o sentido e a qualidade de viver do indivíduo possam ser restaurados e preservados. O caso relatado refere-se a uma paciente com diagnóstico atual de TDM grave e recorrente com sintomas psicóticos e alta intencionalidade suicida. Apresenta o humor constantemente deprimido, choro fácil e frequente, hipobulia, distúrbios do sono e sentimentos de menos-valia. Ademais, seu quadro cursa com sonhos e sensações estranhas relacionados a entidades malignas, assim como com alucinações visuais persistentes e delírios religiosos de pecado, culpa exagerada e punição divina. Frente à resistência dos sintomas ao tratamento farmacológico inicial, foram discutidas outras possibilidades de abordagem, conduta e diagnósticos diferenciais paralelamente à avaliação constante do risco de suicídio.

Palavras-chave: Transtorno depressivo maior; Sintomas psicóticos; Risco de suicídio.

ABSTRACT: In addition to its classic symptomatology, Major Depressive Disorder (MDD) may go through single or recurring episodes of psychotic events marked by the presence of delusions and hallucinations, with contents which are frequently associated to negative and depressive ideas about death, ruin, guilt and deserved punishment. This condition is strongly linked to high suicide risks, constituting the main reason why it is necessary to diagnose and positively intervene as soon as possible in order to restore and preserve the person's life, meaning and quality of life. The case reported herein refers to a female patient with a current diagnosis of severe and recurrent MDD with psychotic episodes and high suicidal tendencies. This patient constantly presents depressed mood, frequent and easy crying, hypobulia, sleep disorders and devaluation of herself. Furthermore, her case occurs with strange dreams and sensations related to evil entities, along with persistent visual hallucinations and religious delusions of sin, excessive guilt and divine punishment. Due to the symptoms resistance to the initial pharmacological treatment, other possibilities of approach, conduct and differential diagnoses were discussed in parallel to a continual evaluation of the suicide risk.

Keywords: Major depressive disorder; Psychotic symptoms; Suicide risk.

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS – PUC/SP), Sorocaba, SP. <https://orcid.org/0000-0001-5015-8496>. E-mail: gabi.fukuyama@gmail.com.

2. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS – PUC/SP), Sorocaba, SP. <https://orcid.org/0000-0002-3422-8113>. E-mail: cristiane_picarelli@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência: Gabriela Fukuyama Barbosa. Rua Vicência Faria Verssagí, número 399, Apt. 51, bloco B, Jardim Emília, Sorocaba, SP. CEP: 18031-080. E-mail: gabi.fukuyama@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é a representação clássica dos grupos de transtornos depressivos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)¹. Estima-se que a prevalência global deste distúrbio seja, em média, 2,49%, o que representa cerca de 185.152.619 indivíduos afetados, segundo as informações apresentadas pela plataforma de dados Global Health Data Exchange (GHDx – IHME, Washington) no ano de 2019. No Brasil, a prevalência de TDM está ao redor de 3,33%, representando cerca de 6.950.788 pessoas acometidas por este distúrbio².

Conforme os critérios diagnósticos especificados pelo DSM-5, o TDM caracteriza-se pela alteração do funcionamento habitual por pelo menos duas semanas, notadamente marcada pela prevalência de (i) humor deprimido na maior parte do dia; (ii) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, inclusive nas que traziam prazer anteriormente; (iii) perda/ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou redução/aumento do apetite; (iv) insônia ou hipersonia; (v) agitação/retardo psicomotor; (vi) fadiga ou perda de energia na ausência de atividade física; (vii) sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; (viii) capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; (ix) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Estas apresentações, com exceção da alteração do peso e das ideias ou planejamento suicida, devem estar presentes todos ou quase todos os dias, representando sofrimento significativo ou comprometimento do funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes da vida do indivíduo. Por fim, este quadro não deve estar associado a efeitos fisiológicos de substâncias ou a outras condições médicas, seja de caráter orgânico ou psiquiátrico, tais como luto, transtornos do espectro da esquizofrenia ou transtorno bipolar (excluir possíveis episódios maníacos ou hipomaníacos anteriores). Para diagnóstico, o paciente deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas supracitados (i – ix), dentre os quais (i) ou (ii) devem necessariamente estar presentes¹.

Não raro, o TDM pode cursar com episódios únicos ou recorrentes de características psicóticas, sendo classificados, respectivamente, como F32.3 (Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos) e F33.3 (Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos) pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).³ Nestes casos, além dos sintomas descritos anteriormente, o indivíduo apresenta episódios de delírios e/ou alucinações com conteúdos negativos e depressivos frequentemente marcados por ideias de morte, ruína, culpa e punição merecida^{4,5}.

O presente relato de caso explora a necessidade de maior compreensão do TDM com características psicóticas devido à sua considerável relação com o aumento do risco de suicídio^{4,7}. Nesse sentido, é de extrema relevância ser capaz de identificar e distinguir este transtorno de seus possíveis diagnósticos diferenciais, já que episódios psicóticos podem também estar presentes em diversos outros quadros psiquiátricos, tais como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, determinados transtornos de personalidade e transtornos delirantes⁸.

O diagnóstico correto, portanto, viabiliza uma abordagem terapêutica mais adequada e específica para cada apresentação, assim como possibilita uma melhor exploração de possíveis ideias ou planejamentos suicidas em curso. Dessa forma, permite-se que a equipe de saúde e a rede de apoio do paciente consigam intervir positivamente o mais breve possível, a fim de que a vida, o sentido e a qualidade de viver possam ser restaurados e preservados tais como no período pré-mórbido.

Mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), houve autorização voluntária por parte da participante para que as informações registradas em prontuários fossem utilizadas nesse estudo. Ademais, esta produção foi submetida a apreciação ética e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica (CAAE 53665221.1.0000.5373).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 44 anos, casada, católica, natural de Sorocaba-SP, procedente e residente em Votorantim-SP, atualmente desempregada.

Refere início da sintomatologia há 8 meses (agosto/2020), após episódios conflitantes e desarmônicos no trabalho, do qual o marido pediu que se afastasse. Conforme relato do marido, durante os últimos meses que precederam a demissão da esposa deste trabalho, ela “aparentava estar perdida”, além de “não finalizar as tarefas que iniciava, tanto no serviço, quanto em casa”. A partir desse fato, ele relata que a esposa estava lentificada e que ocorreram diversos episódios em que a esposa “parava em frente à parede do banheiro e ficava olhando...”. A paciente relata a ocorrência de um sonho, que acredita ter sido de fato real, em que o Diabo dizia que ela seria a causa do fim do mundo, e que, por fim, ela se transformava no próprio Diabo. Desse episódio em diante, passou a sentir gosto e cheiro podre em sua casa, motivo pelo qual parou de se alimentar por 10 dias, com a intenção de tirar a própria vida. Devido a essa primeira tentativa de suicídio, por privação alimentar, foi levada ao atendimento médico pelo marido.

Na mesma semana, durante uma ida não consensual ao sítio da família, pois não queria sair do quarto e ver outras pessoas, o marido relata que ela sofreu algo caracterizado

como um “surto”, em que repetia muitas vezes a palavra *não* e falava para que as pessoas se afastassem. Quando questionada sobre esse episódio, a paciente relata que o Diabo havia se incorporado nela e que, dias depois, ainda ocupavam o mesmo corpo. Outros episódios semelhantes a este ocorreram posteriormente; a paciente os associa às notícias ruins relacionadas à pandemia e às idas ao sítio, especificamente quando vai ao banheiro, em que refere ver, através dos azulejos, o Diabo arrancando a sua alma.

O marido relata que, durante o dia, percebe a esposa muito quieta, sem se comunicar por longos períodos, com humor deprimido, choro frequente e aversão ao contato social. A paciente costumava praticar exercícios físicos anteriormente, mas, no momento atual, diz que não sente mais vontade de fazê-los, assim como outras atividades do dia-a-dia. O marido refere que ela teve uma perda significativa de peso desde o início dos sintomas, apesar de não saber estimar com precisão. A paciente refere distúrbios no sono, pesadelos, insônia e sono não reparador.

A paciente relata sentir uma profunda tristeza e angústia que se agravam à noite, período no qual refere ter visões de caveira nos olhos quando se olha no espelho, “como se visse a morte”. Também são bastante prevalentes pensamentos de culpa excessiva, relacionados à morte do pai, à pandemia, ao aumento recente do preço da gasolina, e a tudo que existe de mal e ruim no mundo. Acredita que as coisas ruins que ocorrem em sua família também sejam sua culpa. Associa esses acontecimentos ruins aos “pecados” que cometera durante a sua vida, tais como sentimentos de “ciúmes, inveja, falsidade e ingratidão”, de tal modo que a sua atual situação seja uma forma de pena ou castigo. Questionava-se com frequência o porquê das outras pessoas poderem ser felizes, e ela não - o que caracteriza como inveja. Diz que esse sentimento de culpa sempre a acompanhou, mas que atualmente está mais intenso.

Apresenta fortes sentimentos de menos-valia, sente-se inferior às outras pessoas, não é contente com a sua aparência ou com suas escolhas, o que por vezes já foi motivo de intrigas entre o casal, por sentir ciúmes do esposo com outras pessoas.

Há 4 meses, cometeu uma segunda tentativa de suicídio tentando se enforcar com uma corda no chuveiro, que cedeu com o peso. Ao que tudo indica, o ato havia sido programado, pois, anteriormente, durante as consultas, a paciente chegou a relatar que pensava em se enforcar, mas que algo, que ela não sabia dizer, a impedia. Este episódio contribuiu para reforçar seus sentimentos de remorso e culpa por não ter conseguido concretizar o ato.

Novamente, há pouco mais de um mês, teve sua terceira tentativa de suicídio durante à noite, desta vez, através da ingestão de veneno (chumbinho), sendo este episódio também planejado previamente. Aguardou que todos dormissem para a realização do ato, sendo socorrida pelo marido na manhã do dia seguinte e levada ao pronto atendimento.

Frente à ausência de melhora dos seus sintomas, há 15 dias, manifestou em consulta alta intencionalidade suicida, com ideação e planejamento bem estruturado da próxima tentativa: por afogamento, em um rio que corre através do sítio, para onde a família planejava ir durante o final de semana seguinte.

Quanto aos antecedentes mórbidos pessoais, refere episódios depressivos anteriores de menor gravidade há 10 anos, após falecimento do pai e puerpério do segundo filho.

Sempre foi ativa, comunicativa, mantinha bons relacionamentos interpessoais.

Compareceu ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) após período de tratamento com psiquiatras da rede particular, em uso de Venlafaxina 150 mg (1 cp), Aripiprazol 15 mg ($\frac{1}{2}$ cp) e Rivotril 2,5 mg/ml (10 gotas/noite), sem resposta. Foi realizado o ajuste medicamentoso com o aumento da Venlafaxina e do Aripiprazol, além de internação em leito psiquiátrico hospitalar como medida protetiva à alta intencionalidade suicida manifestada em consulta. Evoluiu com aparente melhora da ideação suicida, mas alegou não perceber melhora significativa de outros sintomas: os sentimentos de culpa, o choro fácil, o humor deprimido e introspectivo persistem, assim como os sintomas psicóticos relacionados às visões de caveira e à sua relação com o fim do mundo.

Ao exame do estado mental, paciente apresentava-se lúcida, ativa e colaborativa. Vestes adequadas para o atendimento, higiene preservada, cabelos descuidados. Cabisbaixa, hipomímica, olhar vazio e perdido no espaço. Atenção globalmente preservada. Orientação autopsíquica e alopsíquica preservadas. Sensopercepção sem alterações no momento da consulta. Memória globalmente preservada. Humor hipotímico, marcado por sentimentos de culpa e tristeza profunda. Adequação e normomodulação do afeto. Hipobulia e atos impulsivos autodestrutivos presentes (planejamento suicida). Lentificação psicomotora, sem demais alterações da psicomotricidade. Pensamento lentificado (aumento do hiato temporal entre perguntas e respostas), linear, com conteúdo depressivo de ruína e culpa. Presença de delírios de ruína, culpa e autoacusação. Linguagem sem alterações (bom vocabulário, tom de voz e velocidade da fala adequados). Fala pouco, responde apenas quando questionada. Valoração do eu diminuída (insegurança e baixa autoestima). Inteligência normal. Crítica parcial em relação aos seus sintomas.

DISCUSSÃO

No caso apresentado, além da apresentação clara de todos os critérios diagnósticos para TDM pelo DSM-5¹, chama a atenção a gravidade dos sintomas psicóticos manifestados pela paciente, destacadamente os sentimentos exagerados de culpa, vergonha, autoacusação e punição merecida. Um estudo realizado em 2019 analisou o impacto desses pensamentos delirantes na taxa de risco de

suicídio em indivíduos com depressão psicótica unipolar, e concluiu que pacientes com fortes delírios de culpa estão mais vulneráveis a ideias e tentativas de suicídio por não conseguirem pensar de forma lógica e controlar essas concepções⁵. Tais pensamentos, segundo o referido trabalho, estão intensamente relacionados a um sofrimento intolerável, autoestima fragilizada e fragmentação psíquica, condição esta também reconhecida pelo neologismo *psychache*, quando acrescida de uma vivência emocional turbulenta e aparentemente interminável, sensação angustiante de estar preso dentro de si e impressão de que a própria vida entrou em colapso⁹.

Dessa forma, entre pacientes com transtornos depressivos unipolares, os delírios são apontados como um dos mais importantes preditores de suicídio, o qual é visto como uma escapatória não apenas para os problemas da vida, mas também para as experiências psicóticas, para a dor psíquica e intensa ansiedade⁴.

No caso relatado, pode-se identificar, ainda, certo caráter altruístico do suicídio, tal como relatado por Fredriksen et al.⁴, no qual há a intenção de salvar aqueles que estão ao redor de um futuro desastroso ou livrá-los do fardo que o indivíduo sente ser para as outras pessoas, já que ele se culpa profundamente por experiências de perdas e pela sensação de machucar ou prejudicar constantemente a vida da família. A paciente apresentada tem convicção de que, colocando fim à sua vida, a pandemia, consequentemente, acaba, assim como as outras adversidades que sua família e o mundo vivenciam.

A prevalência de tentativas de suicídio durante episódios depressivos maiores com características psicóticas foi de 16.9%, e estima-se que estes indivíduos apresentem cerca de 5 vezes mais risco de tentarem e cometerem suicídio do que aqueles com TDM sem sintomas psicóticos^{5,10}. Ademais, o caso da paciente apresentada é de grande preocupação devido ao seu histórico prévio de diversas tentativas de suicídio, o que aumenta em 30 a 40 vezes o risco de que as futuras tentativas sejam completadas, quando comparado com o respectivo risco na população em geral⁵.

Até que não haja remissão do episódio depressivo e dos sintomas psicóticos relacionados, o risco de suicídio permanecerá alto nesses pacientes, tendo em vista que comportamentos suicidas são extremamente raros durante as fases de eutímia ou remissão⁷. Nesse sentido, deve-se manter atenção sobre pacientes com casos semelhantes ao apresentado quanto a uma possível omissão das ideias suicidas, possivelmente devido à experiência negativa da internação psiquiátrica prévia, posto que a referida melhora dos pensamentos suicidas é incongruente com a evolução dos seus sintomas depressivos e psicóticos, que não apresentaram melhora clara.

Analisando o conteúdo dos pensamentos delirantes, Hecker et al.¹¹ encontrou correlações significativas entre as crenças de possessão demoníaca e sintomas depressivos

graves, psicóticos, sentimentos de vergonha e culpa e, principalmente, transtorno de estresse pós-traumático. No referido trabalho, os sintomas mais frequentemente reportados por pacientes com esse tipo de pensamento foram: a sensação de que um espírito maligno havia entrado em seu corpo e substituído a sua alma (85%) e a ocorrência de sonhos estranhos com o espírito (80%), tal como descrito na história da paciente deste relato.

Pacientes com transtornos depressivos frequentemente apresentam distúrbios no sono, caracterizados por superficialidade, numerosas interrupções e envolvimento de pesadelos.¹² Akkaoui et al.¹³ apontam os pesadelos frequentes como importantes preditores de risco de suicídio em pacientes com TDM, com maiores taxas de ideiação e comportamento suicida quando comparados às pessoas com a mesma condição sem a ocorrência de pesadelos.

Apesar do diagnóstico atual de TDM unipolar, com episódios atuais graves com sintomas psicóticos, Dubovsky et al.⁸ aponta a bipolaridade como um forte preditor de psicose no curso de transtornos do humor. Foi relatado que sintomas psicóticos relacionados à depressão são mais frequentemente associados a episódios depressivos bipolares do que a unipolares, assim como a ocorrência de alucinações não auditivas, tais como as experienciadas pela paciente deste caso. Alucinações visuais tendem a ocorrer com maior frequência em depressões bipolares do que unipolares, assim como alucinações olfatórias e gustativas⁸. No caso apresentado, foi excluída a hipótese diagnóstica de Transtorno Afetivo Bipolar devido à aparente ausência de episódios de mania ou hipomania prévios, no entanto, cabe constante monitoração de sintomas associados a possível virada maníaca no futuro. Ainda com relação a este questionamento, é interessante investigar com maior profundidade os episódios depressivos anteriores desta paciente, principalmente a referida depressão pós-parto do segundo filho, já que transtornos afetivos não-psicóticos no pós-parto são frequentemente descritos como preditores importantes de transtorno do espectro bipolar¹⁴.

No caso descrito, tem-se um quadro depressivo e psicótico grave resistente à psicofarmacoterapia inicial, geralmente composta pela combinação de fármacos antidepressivos – p. ex. fluoxetina, venlafaxina, sertralina – e antipsicóticos – p.ex. olanzapina –, posto que a monoterapia com antidepressivos não está indicada por ser considerada insuficiente para a regressão efetiva dos sintomas. Caso a terapia combinada com antidepressivos ISRS não seja satisfatória, a troca para antidepressivos tricíclicos deve ser considerada⁸.

Para episódios depressivos graves com sintomas psicóticos, sobretudo em pacientes parcial ou totalmente não responsivos à medicação, a Eletroconvulsoterapia (ECT) é altamente recomendada como abordagem terapêutica, de forma com que esta possa poupar longos períodos de sofrimento desnecessários e reduzir a morbidade e o risco de suicídio associados ao transtorno.^{8,15}

No entanto, a não abrangência da ECT pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é um limitador importante para a recomendação do tratamento pelos profissionais da saúde, de forma com que a população que possui indicação para este recurso tenha que depender exclusivamente de serviços universitários, filantrópicos ou privados. A taxa de resposta à ECT nos transtornos de humor é estimada em cerca de 90%, sendo inclusive mais efetiva que o uso de fármacos antidepressivos¹⁵.

Frete à indisponibilidade imediata da ECT e à refratariedade desses casos à farmacoterapia, a terapia combinada em uso pode ser complementada com a introdução de carbonato de lítio⁸.

Por fim, cabe a discussão quanto aos impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental. O desemprego, a sensação de incerteza, as medidas de isolamento social, o número crescente de mortes e o sofrimento humano associados ao cenário pandêmico são reconhecidamente fardos potenciais para a saúde mental, podendo atuar como fatores estressores desencadeantes de episódios depressivos e ansiosos. A paciente descrita nesse relato de caso refere que as informações negativas relacionadas à pandemia são gatilhos para suas crises, e que recentemente tem sonhado com muitas pessoas morrendo, que compõem um quadro de extremo sofrimento psíquico. Dessa forma, faz-se preciso pensar de maneira crítica sobre a exposição possivelmente problemática e danosa aos recursos midiáticos no contexto atual^{16,17}.

Devido à ausência de resposta ao tratamento inicial proposto à paciente – antes do início do acompanhamento no

CAPS – e à dificuldade de recursos financeiros da família, decidiu-se pela troca gradual de medicações. No momento a paciente encontra-se em fase de ajuste medicamentoso, em uso de Amitriptilina 150mg e Olanzapina 20mg, com boa resposta. Apresenta melhora significativa do quadro depressivo, redução dos sintomas psicóticos e nega ideação ou planejamento suicida.

CONCLUSÃO

O conhecimento amplo do TDM com características psicóticas, atrelado a uma investigação clínica detalhada e atenciosa, é de extrema relevância para a realização de diagnóstico e intervenções precoces, sobretudo com o objetivo de conter a alta intencionalidade suicida associado ao quadro e prover a remissão dos sintomas depressivos e psicóticos determinantes de intenso sofrimento físico, mental e social. Nesse sentido, o profissional de saúde deve se manter constantemente atento em relação a recorrências, evoluções não promissoras da psicofarmacoterapia e/ou possíveis diagnósticos diferenciais, a fim de compreender, identificar e agir sobre as particularidades relacionadas a cada indivíduo. Por fim, é de grande valor que o atendimento por si só exerça um efeito terapêutico sobre o paciente mediante acolhimento e escuta compreensiva dos seus relatos, queixas e angústias que eventualmente possam trazer perturbações da sua qualidade de vida e inquietação existencial.

Contribuição dos autores: *Barbosa GF* – Responsável pela elaboração do texto escrito, introdução, relato do caso, discussão e conclusão. *Picarelli CC* – Psiquiatra, Orientadora do trabalho. Orientação, revisão e correção pré-submissão.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange. 2019 [cited 2021 Mar 28]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/ed4c3945cdb3652c4be2a0db79b1093c>.
3. Organização Mundial da Saúde. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2006 [citado 28 mar. 2021]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.
4. Fredriksen KJ, Schoeyen HK, Johannessen JO, Walby FA, Davidson L, Schaufel MA. Psychotic depression and suicidal behavior. *Psychiatry*. 2017;80(1):17-29. doi: 10.1080/00332747.2016.1208002.
5. Gournellis R, Efstathiou V, Yotsidi V, Tournikioti K, Papazahos C, Ferentinos P, Douzenis A, Michopoulos I. Guilt delusional beliefs increase the risk of suicidal attempt in elderly unipolar psychotic depressives. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(1):29-33. doi: 10.1097/NMD.0000000000000913.
6. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou PG, Christodoulou C, Papadopoulou A, Douzenis A. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(1):18-29. doi: 10.1111/acps.12826.
7. Zalpuri I, Rothschild AJ. Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;198:23-31. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.035.
8. Dubovsky SL, Ghosh BM, Serotte JC, Cranwell V. Psychotic depression: diagnosis, differential diagnosis, and treatment. *Psychother Psychosom*. 2021;90(3):160-177. doi: 10.1159/000511348.
9. Botega NJ. Crise suicida - avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. p.161-89.
10. Souery D, Zaninotto L, Calati R, Linotte S, Sentissi O, Amital D, Moser U, Kasper S, Zohar J, Mendlewicz J, Serretti

- A.. Phenomenology of psychotic mood disorders: lifetime and major depressive episode features. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):241-50. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.027.
11. Hecker T, Barnewitz E, Stenmark H, Iversen V. Pathological spirit possession as a cultural interpretation of trauma-related symptoms. *Psychol Trauma.* 2016;8(4):468-76. doi: 10.1037/tra0000117.
12. Fredriksen KJ, Schaufel MA, Johannessen JO, Walby FA, Davidson L, Schoeyen HK. Preventing suicide among psychiatric inpatients with psychotic depression. *Psychiatr Q.* 2020;91(1):223-36. doi: 10.1007/s11126-019-09677-6.
13. Akkaoui MA, Lejoyeux M, d'Ortho MP, Geoffroy PA. Nightmares in patients with major depressive disorder, bipolar disorder, and psychotic disorders: a systematic review. *J Clin Med.* 2020;9(12):3990. doi: 10.3390/jcm9123990.
14. Liu X, Agerbo E, Li J, Meltzer-Brody S, Bergink V, Munk-Olsen T. Depression and anxiety in the postpartum period and risk of bipolar disorder: a Danish Nationwide Register-Based Cohort Study. *J Clin Psychiatry.* 2017;78(5):e469-e476. doi: 10.4088/JCP.16m10970.
15. Shiozawa P, Netto G, Cordeiro Q, Ribeiro R. Eletroconvulsoterapia para o tratamento de depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ECT? *Rev Debates Psiquiatr.* 2014;6-10.
16. Bendau A, Petzold MB, Pyrkosch L, Mascarell Maricic L, Betzler F, Rogoll J, Große J, Ströhle A, Plag J. Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(2):283-91. doi: 10.1007/s00406-020-01171-6. Erratum in: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(7):1409.
17. Burhamah W, AlKhayyat A, Oroszlányová M, AlKenane A, Almansouri A, Behbehani M, Karimi N, Jafar H, AlSuwaidan M. The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants. *J Affect Disord.* 2020;277:977-985. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.014.
- Submetido: 27.04.2021
Aceito: 09.12.2021