

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Adaptação ao português brasileiro e aplicação do Índice Prototípico de Melancolia
de Sydney (SMPI) em amostra de pacientes deprimidos ambulatoriais**

Mateus Frizzo Messinger

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Porto Alegre, Brasil.

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Adaptação ao português brasileiro e aplicação do Índice Prototípico de Melancolia
de Sydney (SMPI) em amostra de pacientes deprimidos ambulatoriais**

Mateus Frizzo Messinger

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psiquiatria e Ciências do Comportamento como requisito
parcial para obtenção do grau de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Messinger, Mateus Frizzo

Adaptação ao português brasileiro e aplicação do Índice Prototípico de Melancolia de Sydney (SMPI) em amostra de pacientes deprimidos ambulatoriais / Mateus Frizzo Messinger. -- 2019.

75 f.

Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. melancolia. 2. transtornos depressivos. 3. escalas para depressão. 4. psicometria. I. Fleck, Marcelo Pio de Almeida, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

“Tem mais presença em mim o que me falta.”

Manoel de Barros

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Ao Professor Marcelo Fleck, pela orientação precisa e atenta, pela oportunidade de aprendizado e crescimento acadêmico e pelos modelos de orientador, professor e médico.

Aos colegas do PROTHUM, Marco Caldieraro, Bruno Mosqueiro, Felipe Costa, Felipe Schuch e Fernanda Monteiro pelo trabalho conjunto e pela amizade que tornaram esta tarefa mais leve.

Aos bolsistas de iniciação científica pelo trabalho dedicado e a energia que trouxeram ao grupo, Mariana Ribeiro, Gabriela Possebon e William Barcelos.

Ao Professor Gordon Parker, pela ajuda e incentivo fornecido a distância ao nosso grupo.

Aos pacientes, que encontraram em meio ao seu sofrimento disposição para colaborar com todos os procedimentos de pesquisa.

À minha família, em especial minha esposa Letícia e meu filho Tomás, meus pais Suzana e Nelson e meus irmãos Gustavo, Eduardo e Caroline, pelo apoio e inspiração ao longo desta jornada.

Ao FIPE-HCPA pelo suporte financeiro que permitiu a execução do projeto de pesquisa.

SUMÁRIO

Abreviaturas e siglas	7
Resumo	8
Abstract	9
1.Apresentação	10
2.Introdução	11
2.1 História da melancolia	11
2.2 Bases biológicas e distúrbio psicomotor na melancolia	14
2.3 Visões unitária e binária da depressão	16
2.4 O método prototípico	19
2.4.1 SMPI, uma escala prototípica	20
2.5 Conceitos básicos em psicometria	22
2.5.1 Teoria clássica dos testes	24
2.5.2 Teoria de resposta ao item	25
3. Objetivos	27
3.1 Objetivos gerais	27
3.2 Objetivos específicos	27
4. Hipóteses	28
5. Métodos	29
5.1 Tradução e adaptação transcultural do SMPI	29
2.3 Validação do SMPI	29
5. Artigo 1	31
6. Artigo 2	57
7. Conclusões e considerações finais	68
8. Referências bibliográficas	71
Anexos	74

ABREVIATURAS E SIGLAS

CORE	Instrumento elaborado por Parker e Hadzi-Pavlovic para avaliação e quantificação de sintomas psicomotores, considerados nucleares (em inglês, “core”), da melancolia.
DM	Depressão Maior.
DPM	Distúrbio Psicomotor.
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , quarta edição.
GEE	<i>Generalized Estimated Equations.</i>
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton (<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>).
HAM-D6	Subescala da <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> composta por 6 itens: humor deprimido, culpa, trabalho e atividades, retardo psicomotor, ansiedade psíquica e sintomas somáticos gerais.
HAM-D17	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i> composta por 17 itens, uma das versões integrais do instrumento.
ISPOR	<i>International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.</i>
M/NM	Melancólico/Não-melancólico.
SMPI	<i>Sydney Melancholia Prototype Index.</i>
SMPI-SR	<i>Sydney Melancholia Prototype Index – Self Report.</i>
SMPI-CR	<i>Sydney Melancholia Prototype Index – Clinician Report.</i>

RESUMO

Introdução: A Depressão Maior (DM) agrupa apresentações clínicas heterogêneas. A hipótese binária propõe que melancolia seria melhor caracterizada como um transtorno afetivo distinto da depressão não-melancólica. Novas medidas surgiram nas últimas décadas para auxiliar nessa distinção. O *Sydney Melancholia Prototype Index* (SMPI) é um instrumento que utiliza uma estratégia prototípica para avaliar a melancolia. O SMPI possui duas versões, uma auto-aplicável pelo paciente (SMPI-SR) e outra aplicada pelo avaliador (SMPI-CR). Esta dissertação tem por objetivo realizar a tradução, adaptação transcultural e estudar o desempenho do SMPI em comparação com outras abordagens tradicionais de avaliar melancolia. **Métodos:** A dissertação é composta por dois artigos. O primeiro descreveu os processos de tradução e adaptação transcultural conforme proposto pela *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR). O segundo artigo descreveu a aplicação do SMPI em pacientes depressivos ambulatoriais do Programa de Transtornos de Humor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo os resultados analisados quanto a concordância por kappa entre as duas versões de SMPI entre si e com DSM-IV e $CORE \geq 8$, quanto a correlação por teste-t com HAM-D17, HAM-D6 e CORE e avaliação de concordância teste-reteste por kappa. **Resultados:** As versões traduzidas e adaptadas do SMPI foram bem recebidas pelos respondentes. O instrumento SMPI-CR mostrou concordâncias significativas, mas baixa com SMPI-SR (kappa 0,21), baixa-moderada $CORE \geq 8$ (kappa 0,33) e moderadas com DSM-IV (kappa 0,44). Pacientes melancólicos de acordo com o SMPI-CR apresentaram escores significativamente maiores no CORE (Tamanho do Efeito [ES]: (0,83 $p \leq 0,001$), HAM-D17 (0,46 $p = 0,049$) e HAM-D6 (0,65 $p = 0,002$) A análise do SMPI-SR mostra diferença significativa apenas para o HAM-D6 (ES: 0,53 $p = 0,035$). Prevalências de melancolia foram DSM = 56,6%, $CORE \geq 8$ 31,4%, SMPI-CR 31,1% e SMPI-SR 19,8%. As respostas do processo de pontuação da SMPI pelos avaliadores tiveram distribuição semelhante às encontradas no instrumento original. A avaliação teste-reteste mostrou concordâncias significativas de 0.393 ($p=0.003$) para SMMPI-CR e 0.267 ($p=0.045$) para SMPI-SR. **Discussão:** A versão brasileira do SMPI apresentou equivalência semântica com a versão original em inglês. A avaliação concorrente do SMPI com outros instrumentos mostrou desempenho adequado, maior com a SMPI-CR, com capacidade de distinção de pacientes com protótipo melancólico.

ABSTRACT

Introduction: Major Depression (DM) groups heterogeneous clinical presentations. The binary hypothesis proposes that melancholia would be better characterized as an affective disorder distinct from non-melancholic depression. New measures have emerged in recent decades to assist in this distinction. Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI) is an instrument that uses a prototypical strategy to assess melancholia. SMPI has two versions, one self-rated (SMPI-SR) and the other one is clinician-rated (SMPI-CR). This dissertation aims to perform translation, cross-cultural adaptation and study the performance of SMPI in comparison to other traditional approaches to assess melancholia. **Methods:** The dissertation is composed by two articles. The first described the processes of translation and cross-cultural adaptation as proposed by the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). The second article described the application of SMPI in outpatient depressive patients of Programa de Transtornos de Humor of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, and the results were analyzed for concurrent validity with kappa coefficient agreement between both versions of SMPI themselves and with DSM-IV and CORE \geq 8, correlation analysis using t-test with HAM-D17, HAM-D6 and CORE and for test-retest reliability with kappa coefficient. **Results:** Translated and adapted versions of the SMPI were well received by the respondents. SMPI-CR instrument showed significant but low agreement with SMPI-SR (kappa 0.21), low-moderate CORE \geq 8 (kappa 0.33) and moderate with DSM-IV (kappa 0.44). Patients with melanoma according to SMPI-CR presented significantly higher scores in CORE (Effect Size [ES]: (0.83 $p \leq 0.001$), HAM-D17 (0.46 $p = 0.049$) and HAM-D6 (0, The prevalence of melancholia was DSM = 56.6%, CORE = 8%, 31.4% ($p = 0.003$), SMPI-CR 31.1%, and SMPI-SR 19.8%. The responses of the SMPI scoring process by the evaluators had a similar distribution to those found in the original instrument. The test-retest reliability was evaluated by kappa, with agreement of 0.393 ($p=0.003$) for SMPI-CR and of 0.267 ($p=0.045$) for SMPI-SR. **Discussion:** Brazilian version of the SMPI presented semantic equivalence with the original version in English and showed adequate performance when compared with other methods of evaluating melancholia.

1. Apresentação

A presente dissertação de mestrado está dividida em sete partes:

- (1) introdução, base conceitual e revisão de literatura;
- (2) objetivos;
- (3) hipóteses;
- (4) metodologia;
- (5) artigo 1;
- (6) artigo 2;
- (7) considerações finais.

2. Introdução

2.1 História da melancolia

O conceito original de melancolia, chamada de “bile negra” em sua primeira descrição no Corpus Hippocraticum (470-360AC), atravessou os séculos sem uma descrição homogênea entre os diversos autores. Existem registros de uma “dor que dilacerava a alma” há muitos séculos, com descrições alusivas marcantes na história do rei Saul na Torá judaica, na mitologia grega como a história de Belerofonte, atormentado pela ira de Zeus¹. Nas tragédias gregas o suicídio aparece repetidas vezes associado a castigos e tormentas provenientes dos deuses, o que também aparece nas descrições do Livro de Jó. No entanto, o significado atribuído à palavra melancolia na antiguidade clássica tem pouca relação com seu significado atual².

Hipócrates formulou a primeira classificação das doenças mentais, distinguindo a melancolia, a mania e a paranoia¹. O termo “melancolia” (*melan*, negro, e *cholis*, bÍlis) deriva da teoria dos quatro humores, a partir do conceito pré-socrático dos quatro fluidos essenciais (bile, fleuma, sangue e bile negra) que em proporções corretas estavam associados à saúde, mas seu desequilíbrio ocasionaria a doença. Os quatro humores regulariam as emoções e o caráter, dividindo os indivíduos em coléricos, fleumáticos, sanguíneos e melancólicos¹. Na descrição hipocrática, a melancolia teria como elementos principais a tristeza e o medo, associados a sintomas somáticos, psicomotores e perturbações do pensamento e afeto. A doença melancolia (*melancholia*) foi então distinguida da personalidade melancólica (*Typus melancholicus*), separando os indivíduos que tinham a depressão como uma característica de personalidade daqueles que a tinham como uma doença.

O desenvolvimento da medicina no Império Romano teve a contribuição de expoentes das ciências médicas de várias regiões. Asclepíades de Bitínia (120-30 a.C), foi o primeiro a descrever alucinações (percepções sem objeto). Areteus da Capadócia (século I d.C) fez uma descrição de melancolia baseada em um estado afetivo de angústia e de idéias fixas, sendo o primeiro a sugerir a existência de dois pólos da mesma doença – mania e melancolia. Galeno. (129-201 d.C), é por muitos considerado o mais arguto e inteligente mestre da medicina antiga de Roma. Deu seguimento à teoria dos humores de Hipócrates e também procurou fazer uma distinção entre melancolia, a

doença (melancolia de bile negra) do temperamento melancólico (melancolia de bile amarela). Para ele, todos os melancólicos sofriam de medo e de tristeza sem uma causa real¹. Além disso, dividiu a melancolia em geral, cerebral e hipocondríaca. A distinção de Galeno de bile negra e bile amarela seria depois elaborada por Alexandre de Trales (século VI), que caracterizou pacientes com melancolia de bile negra como tristes e medrosos, e os pacientes com bile amarela, irritados e agitados³.

O período da Idade Média (476-1453 d.C) manteve o legado dos primeiros filósofos e médicos, com interpretações adicionais de cunho religioso. Nesse período surge o termo “acídia” como pecado capital (derivado do grego “falta de cuidado”), cunhado pelo monge Ioannes Cassianus, que agrupava de modo impreciso estados variados como preguiça, indolência, apatia, negligência, desatenção, torpor e perda de força moral. As escrituras sagradas estão repletas de exemplos desse estado misto de preguiça, tristeza e inveja, mas se pode dizer que no período o termo acídia designava três estados distintos: preguiça e indolência em relação as obrigações religiosas, falta de devoção e adoração a Deus e a melancolia, considerado um estado doentio¹. A teoria galênica dos quatro humores foi aceita e aplicada na medicina árabe, sobretudo a partir da expansão do islamismo no século VII.

O Renascimento, a partir de 1454, trouxe novas contribuições sobre o estudo da melancolia e da depressão, derivadas do humanismo. Robert Burton (1557-1640) em *Anatomia da Melancolia* (1621), abre um extenso leque de opções como causas para a melancolia, incluindo idade avançada, temperamento, e mesmo afecções cerebrais, mas manteve a perspectiva de causas sobrenaturais. Propôs que o tratamento viesse de um dualismo entre clérigo e médico. O autor descreveu ainda uma forma curiosa de melancolia, a licantropia (*lycos*, lobo, e *anthropos*, homem). O termo, já citado pelos gregos e incluído no texto de Galeno, define uma forma de loucura em que o indivíduo padece de uma delírio de ter-se tornado lobo, passando a comportar-se como tal¹.

No século XVIII, acentuadas mudanças tomaram lugar no pensamento médico por influência do Iluminismo. Pesquisas mais aprofundadas em anatomia, como a de Malpighi e Boerhaave levaram a uma compreensão do “homem mecânico”, um corpo que opera por meio de um sistema integrado de válvulas, com um modelo explicativo baseado em princípios hidráulicos e mecânicos que substituiria o modelo hipocrático dos humores¹. Na segunda metade do século XVIII, William Cullen (1710-1790) foi o

primeiro a empregar o termo “neurose”, a que se aplicava o entendimento de mais de 700 afecções médicas. Para Cullen, a melancolia se devia a uma alteração na função nervosa com a ocorrência de estados desiguais de “excitação e colapso” no cérebro.

Philippe Pinel (1745-1826) definiu a melancolia como doença caracterizada por ocorrer um ou poucos delírios, em oposição ao delírio generalizado ou a mania, que afetariam todas as faculdades de mente, em seu *Traité Médico Philosophique sur L'aliénation Mentale ou la Manie*. Nesta obra, Pinel se referiu à melancolia como “delírio parcial” ou “delírio exclusivo sobre um objeto”, destacou a predisposição que esses pacientes teriam para o suicídio e introduziu a idéia do polo maníaco e do polo depressivo. Seu discípulo Esquirol (1772-1840), em seu livro *Des Maladies Mentales* (1838) modifica o conceito heterogêneo de melancolia de Pinel, propondo o conceito de lipemania (*lipe*, do grego estar triste) uma espécie de monomania (*mono*, única), com predomínio de abatimento ou foco excessivo em uma única idéia, assunto ou emoção. Falret (1794-1870), com a “*folie circulaire*” e Baillarger (1809-1890), propondo a “*folie à double forme*” deram novas versões à caracterização das condições afetivas¹.

No século XIX surge, então, o conceito de “depressão” e de “psicose maníaco-depressiva” a partir da depuração do conceito de melancolia². Durante este período, o termo “depressão” tornou-se cada vez mais aceito, enquanto o termo “melancolia” foi progressivamente restringido¹. A escola psiquiátrica alemã foi ganhando importância. Wilhelm Griesinger (1817-1868) propôs a teoria da psicose única, em que melancolia seria o estágio inicial de uma só doença progressiva, que levava à insanidade. Emil Kraepelin (1856-1926), em seu *Tratado de psiquiatria* (1899) propõe a célebre dicotomia entre loucura maníaco-depressiva e demência precoce. Karl Wernicke (1848-1905), entretanto, opondo-se às teorias de Kraepelin afirmava que a melancolia poderia ser distinguida em cinco tipos diferentes (afetiva, agitada, depressiva, atônita e hipocondríaca) e que seria uma entidade diversa da psicose maníaco-depressiva. Seu discípulo, Karl Kleist (1879-1960), ainda proporia a divisão dos quadros afetivos em unipolar e bipolar¹.

Sigmund Freud (1857-1939) publicou em 1917 sua obra *Luto e melancolia*⁴, em que discute semelhanças e diferenças entre o luto normal e a melancolia. Em ambos existe perda de interesse no mundo externo. No entanto, no luto existe a perda real do

objeto, enquanto que na melancolia existe a perda do objeto “enquanto objeto de amor”^{1,5}.

O advento dos psicofármacos, seguindo a eletroconvulsoterapia (ECT), impulsionou durante o século XX a formulação de critérios diagnósticos mais precisos. A CID-6 (1948) trouxe apenas três categorias reconhecidas, a reação maníaco-depressiva, melancolia involutiva e depressão neurótica, o que persistiu na edição seguinte. Na CID-8 (1968), a depressão psicótica foi acrescentada. Na CID-9 (1979) e na CID-10 (1993), esse número cresceu, chegando a 25 tipos e subtipos depressivos. Foi no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* em 3ª edição (DSM-III, 1980), que a dicotomia de depressão neurótica versus endógena foi abolida. Nessa classificação, a melancolia ficou com um espaço menor, confinada a descrição de um subtipo de depressão correspondente a uma forma grave da depressão maior acompanhada de sintomas físicos. No DSM-5, foi incluída a possibilidade de ocorrência simultânea de luto e depressão, até então não prevista¹.

2.2 Bases biológicas e distúrbio psicomotor na melancolia

Nas últimas décadas o distúrbio psicomotor (DPM) ganhou maior relevância, mas esteve associado à melancolia desde Hipócrates, a ponto de com frequência ela ser reconhecida como um transtorno do movimento⁶. Os sintomas psicomotores comumente descritos são o movimento lentificado, o andar arrastado, a postura curvada, o baixo tom de voz, o discurso monotonal, os movimentos repetitivos de tronco e membros e a falta de expressividade facial. A expressão “psicomotor” ficou consagrada devido à associação entre sintomas de pensamento e motricidade, sendo um elemento cardinal nos principais sistemas de classificação psiquiátrica em depressão. Sintomas de humor aparecem com grande prevalência em transtornos neurológicos com DPM, como doença de Parkinson, síndrome de Meige, doença de Huntington e doença de Wilson. Assim, estas doenças são condições clínicas úteis para investigar a fisiopatologia dos transtornos de humor com DPM⁷.

Em artigo de 2010, na proposta de inclusão da melancolia como uma categoria diagnóstica do DSM-5, Parker e colaboradores apresentaram uma descrição do quadro com elementos clínicos e biológicos que são transcritos a seguir⁸:

- a) Distúrbios do afeto, com reações afetivas desproporcionais a estressores, estados mórbidos e de apreensão duradouros, respostas emocionais embotadas, humor não reativo e anedonia pervasiva, com tais sintomas permanecendo mesmo com circunstâncias favoráveis, além de alto risco de haver recorrência e de ocorrer suicídio;
- b) Distúrbio psicomotor, percebido como retardo acentuado (lentificação do pensamento, do movimento e da fala, e anergia) ou uma agitação espontânea (inquietação, fala e movimentos estereotipados);
- c) Prejuízo cognitivo, com redução de concentração e memória de trabalho;
- d) Disfunção vegetativa, manifestada como insônia, perda de apetite e peso, libido reduzida e variação ao longo do dia, sendo o período da manhã pior em termos de energia;
- e) Alterações psicóticas, embora não ocorram necessariamente, são frequentes. Convicções niilistas de temas como desesperança, culpa, pecado, ou doença são comuns.

Existem evidências de que alterações em alguns correlatos biológicos ocorrem com mais frequência na melancolia que em outras formas de transtornos depressivos. Embora mais frequentes na década de 1980, diversos estudos mostraram resultados diferenciados no teste de supressão da dexametasona para pacientes melancólicos. Arana et al. (1985) afirmaram que o teste de supressão da dexametasona teria potencial para distinguir depressão melancólica severa, mania ou psicose aguda de psicose crônica (87% de especificidade) ou distímia (77% de especificidade), e que a verificação pelo teste adiciona aproximadamente 11% à predição de resposta a ao tratamento com antidepressivos no curto prazo⁹. Joyce et cols. (2002) avaliaram relação entre cortisol vespertino, resposta de TSH ao uso de TRH e os constructos de melancolia pelo DSM e pelo CORE. A resposta de TSH ao uso de TRH foi baixa em toda a amostra de pacientes melancólicos pelo CORE. De modo semelhante, no eixo adrenal-hipotálamo-hipófise, uma definição mais ampla de melancolia pelo CORE identificou pacientes com maiores níveis vespertinos de cortisol¹⁰. Também é relativamente comum o achado de hipercortisolemia na melancolia e relativamente incomum em transtornos afetivos não melancólicos⁸. Distúrbios característicos na arquitetura do sono são observados na melancolia com redução do tempo de latência REM, aumento do período REM e redução no sono profundo⁸.

Dentre os resultados de estudos de neuroimagem na depressão, somente o retardo psicomotor medido clinicamente foi associado à redução de perfusão no córtex pré-frontal dorsolateral e giro angular esquerdo⁷. Além disso, o aumento do fluxo sanguíneo no córtex cingulado e no lobo parietal inferior correlacionou-se com agitação psicomotora. Tais achados sugerem que anormalidades no circuito gânglio-talamocortical podem modular DPM⁷ e que em pacientes melancólicos observa-se prejuízo de função insular e desconectividade no córtex cingulado sub-genuar anterior e caudado¹¹.

Existem evidências de que os pacientes com melancolia teriam uma resposta a tratamento distinta. Pacientes melancólicos respondem melhor a antidepressivos tricíclicos que a antidepressivos de ação mais restrita como os ISRS. Apresentam também boa resposta a ECT e raramente respondem a placebo, psicoterapia ou intervenções sociais^{11,12}. Outro elemento que sugere a ocorrência de processos biológicos específicos na melancolia são os dados de história familiar, que mostram maiores taxas de depressão e suicídio em parentes de primeiro e segundo graus¹¹.

No ano de 2010, 17 autores influentes na Psiquiatria internacional (como Gordon Parker, Max Fink, Hagop Akiskal, Robert Spitzer) escreveram um editorial para o *American Journal of Psychiatry*, (2010)⁸ propondo que o diagnóstico de melancolia fosse incluindo como categoria independente no DSM-5.

2.3 Visões unitária e binária da depressão

A abordagem diagnóstica da depressão nas últimas décadas pode ser agrupada em dois diferentes polos: a visão unitária e a binária^{13,14}. Na visão unitária, haveria um só tipo de depressão com diferentes intensidades, e a “depressão melancólica” corresponderia ao seu subtipo mais severo¹⁵. Já na visão binária, haveriam dois grandes tipos de depressão, de um lado a depressão “reativa”, “neurótica” ou não-melancólica, e de outro a depressão “endógena”, psicótica ou melancólica¹³. Existe um valor heurístico na perspectiva binária que, ao propor diferentes tipos de depressão com características fenotípicas específicas, permite que o conceito seja validado a partir de medidas concorrentes como curso, marcadores biológicos ou resposta terapêutica¹¹.

O sistema DSM assume a perspectiva unitária, centralizado no conceito de Depressão Maior em que os sintomas melancólicos são incluídos apenas como um

“especificador” dentro do diagnóstico. O modelo do DSM, entretanto, tem sido alvo de críticas porque o especificador de melancolia seria inespecífico e redundante em relação ao conceito mais amplo de Depressão Maior⁸. Nas últimas décadas, foram desenvolvidas escalas específicas para a avaliação da melancolia, dentre as quais se destacam:

- a) *Bech-Rafaelsen Melancholia Scale* (MES): publicada em 1980¹⁶, é uma escala unidimensional, que mostrou-se adequada em depressão unipolar e bipolar, com validade externa, confiabilidade entre avaliadores, alta responsividade e sensibilidade¹⁷; Avalia humor deprimido, ansiedade psíquica, culpa, prejuízo no sono e concentração, pensamentos suicidas, retardo psicomotor, fadiga, perda de interesse em trabalho e passatempos, e diminuição em reações emocionais.
- b) *CORE System* (1993): desenhada para avaliar as características de distúrbio psicomotor na depressão, consideradas nucleares (em inglês, “core”) e capazes de distinguir um grupo mais próximo do perfil melancólico dentre os pacientes deprimidos. Foi formulada inicialmente 15 itens e posteriormente ampliada para 18 itens a fim de aprimorar certas limitações da versão original¹⁸.
- c) *The Salpêtrière Retardation Rating Scale* (1998) é uma escala específica para avaliação de retardo psicomotor composta por 14 itens, sendo os itens 1-3 relacionados a motricidade, 4-6 a fluência verbal, 7-8 a atividades cognitivas objetivas e os últimos 6 itens a atividades cognitivas subjetivas. Sua pontuação varia entre 0 a 4 em intensidade, com resultados considerados capazes de demonstrar de maneira a relação entre retardo motor e psicológico/cognitivo^{19,20}.
- d) A *Hamilton Depression Rating Scale* de 6 itens (HAM-D6), de 1981, que avalia os itens considerados centrais na depressão²¹ se mostrou útil para avaliação de melancolia²². Uma comparação da HAM-D6 e HAM-D17 mostrou um melhor desempenho da escala de 6 itens para distinguir pacientes com o diagnóstico de depressão melancólica segundo o CORE²².

O acúmulo de experiência clínica e de análise de dados com escalas que medem melancolia fez com que fossem identificadas algumas limitações nas escalas em geral e com o CORE em particular¹⁴ : (a) no momento da avaliação, nem todos os pacientes

podem estar no nadir (pior momento) de seu episódio depressivo, o que pode determinar falsos-negativos, (b) foi observado que pacientes jovens tem sinais motores de melancolia menos perceptíveis ou severos e (c) há dificuldades para o estabelecimento de um ponto de corte para o CORE¹⁴.

Parker et al (2013) defenderam uma padronização clínica prototípica para discriminar melancolia a partir dos chamados “sintomas endógenos” e sinais observáveis de distúrbio psicomotor, em oposição a medir exclusivamente severidade dos sintomas¹³. Baseou-se nos seguintes argumentos:

- a) Limitação do instrumento por avaliar somente um sintoma isolado (alteração psicomotora);
- b) Necessidade de utilizar perfis prototípicos estáveis ao longo do tempo que representassem o conceito de melancolia;
- c) Necessidade de uso de antecedentes e fatores de curso da doença (à semelhança do diagnóstico de Parkinson);
- d) Experiência demonstrada de que combinar curso e contexto da doença a descrição de sintomas melhora a distinção de melancolia¹⁴.

2.4 O método prototípico

Os princípios de elaboração de instrumentos prototípicos remetem a aproximadamente 50 anos de desenvolvimentos teóricos²⁵. O método prototípico de avaliação mostrou utilidade como um método de pesquisa baseado na avaliação de observadores. Tal método tem a propriedade de organizar uma imagem (perfil) que avaliadores profissionais e treinados fazem de determinado assunto ou paciente e que posteriormente permitirá a comparação entre os observadores²⁵.

Este método é particularmente útil quando não existe uma teoria sistemática ou perfeitamente aceitável capaz de abranger a totalidade do fenômeno em estudo ou o que os experts considerariam importante. Assim, a partir de um protótipo fica assegurada a possibilidade de comparação entre observadores. Na prática, uma lista de itens é escolhida para representar o objeto em estudo. A seguir estes itens são avaliados por um conjunto de juízes quanto a sua representatividade, ou significância, recebendo pontuações e conseqüentemente sendo ordenados dos mais representativos para os menos. São os chamados *itens-Q*, que são dispostos em cartões convencionalmente, a

fim de se poder arranjá-los até obter a ordem desejada. Essa classificação (“sorting”) foi responsável pelo nome do método *Q-sort*. Quando à letra *Q*, não teria especial significância, sendo um termo atribuído ao acaso pelo desenvolvedor, Stephenson (1936)²⁵.

Originalmente utilizado em estudos de pedagogia, o método foi adaptado a ciências da saúde para correlacionar dados escalares oriundos de diferentes avaliadores^{25,26}. Parker (2009) considerou que uma importante fonte de confusão é o fato de sintomas depressivos serem imprecisos a ponto de não alcançarem critérios para permitir uma definição categorial. Além disso, muitos sintomas variam em severidade e podem estar sujeitos a vieses na forma como são relatados pelos pacientes²⁷. Esses problemas limitam a capacidade de uma medida para delinear e medir a melancolia.

Usualmente um instrumento para mensurar uma síndrome prioriza a descrição dos sintomas excluindo indicadores de curso e resposta a tratamento. Parker e colaboradores decidiram incluir neste protótipo não apenas sintomas, mas também outros elementos clínicos característicos de melancolia e estabeleceram também algumas diretrizes:

- 1- Aprimorar instrumentos prévios que continham sintomas melancólicos específicos como por exemplo o distúrbio psicomotor.
- 2- Incluir sintomas de ”endogeneidade” normalmente incluídos como parte da melancolia;
- 3- Testar a utilidade de incluir sintomas presentes em quadros não melancólicos, como irritabilidade para descrever protótipo de uma depressão não-melancólica;
- 4- Superar limitações de outros instrumentos respondidos pelos pacientes, que podem refletir apenas uma resposta individual e não captar “severidade”.

2.4.1 SMPI, uma escala prototípica

Em 2013, Parker e colaboradores desenvolveram o *Sydney Melancholia Prototype Index* (SMPI), um instrumento original para avaliar melancolia de maneira prototípica¹³. O SMPI foi elaborado a partir do SERDEX (*Self-Report of Depressive Experiences*)²⁷, utilizando uma combinação de dados oriundos da avaliação de cognição, retardo psicomotor, comportamento e personalidade prévia. O modelo prototípico utilizado difere de outras escalas classicamente focadas na intensidade de

sintomas, propondo uma avaliação de um perfil de características tendo como base o pior momento do episódio depressivo. Baseia-se não apenas em sintomas de melancolia, mas em correlatos clínicos como antecedentes e fatores de curso da doença, estratégia semelhante a utilizada para o estabelecimento do diagnóstico da Doença de Parkinson¹³.

O termo “protótipo” pode ser definido como “o que traduz perfeitamente uma classe de coisas ou pessoas”²⁸. O uso de uma escala prototípica em pesquisa na área da saúde não é corrente, havendo poucos exemplos na literatura médica com uso de escala semelhante. A ideia, entretanto, mostrou-se promissora na prática: no estudo de validação da sua versão original, tendo como padrão-ouro a entrevista clínica realizada por clínicos experientes, o instrumento demonstrou sensibilidade de 84% e especificidade de 92%, e valores preditivos positivo e negativo de 90% e 88%, respectivamente, sugerindo bom potencial discriminante de melancolia em pacientes depressivos quando haviam 4 ou mais itens na descrição de prototípica de melancolia que na descrição de não-melancolia^{13,14}.

No SMPI, uma coluna de 12 itens à esquerda descreve um protótipo de paciente melancólico (descrição A) e é contrastado com uma coluna à direita de outros 12 itens com protótipo de paciente não melancólico (descrição B). Nos 12 itens de descrição de melancolia, 4 são sintomas e 8 são correlatos não-sintomas, enquanto que nos 12 itens da descrição de indivíduos não melancólicos, 6 são sintomas e 6 são correlatos não-sintomas. O instrumento SMPI foi elaborado em duas versões contendo os mesmos itens descritivos, uma para o paciente chamada SMPI-SR (*Self-Report*) e outra para avaliadores chamada SMPI-CR (*Clinician-Report*), adaptando a linguagem para 1ª e 3ª pessoa do singular, respectivamente.

Após responder livremente quais dos 24 itens são considerados válidos para o indivíduo avaliado, chega-se a um quadro de pontuação. Nele, o próprio paciente na SMPI-SR ou o avaliador na SMPI-CR escolhem somente uma alternativa de 1 a 5. Nessas opções é apresentada uma proporção de itens marcados em ambas descrições, conforme tabela 1.

Tabela 1: itens de pontuação do SMPI-SR e SMPI-CR na versão traduzida ao português brasileiro (artigo 1)

Versão de auto-avaliação (SMPI-SR)	Versão de avaliação pelo clínico (SMPI-CR)
Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):	Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):
Agora, avalie em que grau você acredita que uma das categorias acima melhor representa o seu perfil geral.	Agora, avalie em que grau você acredita que uma das categorias acima melhor representa o perfil geral do paciente.
1- A descrição “A” é a que melhor representa o meu perfil geral.	1- A descrição “A” é a que melhor representa o perfil geral.
2- A descrição “A” é um pouco mais parecida com meu perfil geral do que a descrição “B”.	2- A descrição “A” é um pouco mais parecida com o perfil geral que a descrição “B”.
3- O meu perfil geral tem características das descrições de “A” e “B” na mesma proporção.	3- O perfil geral tem características das descrições de “A” e “B” na mesma proporção.
4- A descrição “B” é um pouco mais parecida com o meu perfil geral do que a descrição “A”.	4- A descrição “B” é um pouco mais parecida com o perfil geral do que a descrição “A”.
5- A descrição “B” é a que melhor representa o meu perfil geral.	5- A descrição “B” é a que melhor representa o perfil geral.

Nota: Apesar de o uso da pontuação de 1-5 ser objeto de estudo psicométrico, o autor do instrumento indica utilizar o critério de a descrição A (melancólicos) ter 4 itens ou mais marcados que a descrição B. SMPI-SR, Self-rated Sydney Melancholia Prototype Index; SMPI-CR, Clinician-rated Melancholia Prototype Index.

2.5 Conceitos básicos em psicometria

Psicometria significa “medida da mente”, e instrumentos psicométricos destinam-se a medir as características intrínsecas de uma pessoa, em especial aquelas que não são de simples mensuração²⁹. Os dois parâmetros mais importantes para avaliar a legitimidade de um instrumento são validade e precisão.

A psicometria representa, etimologicamente, a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, e se ocupa explicar o sentido que tem as respostas dadas pelos indivíduos a diversas tarefas, tipicamente chamadas de itens³⁰. Os instrumentos são utilizados para acessar os chamados traços latentes da questão em estudo, que não podem ser observados diretamente³¹. Historicamente, a psicometria refere-se a psicofísica de Fechner e Weber, contando com as importantes contribuições de Galton, mas Thurstone conseguiu separar a psicometria da psicofísica. Existe uma distinção importante a respeito de diferentes nomes utilizados em psicometria. Muitas vezes os termos *medida*, *teste* ou *escala* são usados de forma indistinta. No entanto, é

interessante buscar uma distinção no conceito de cada um destes termos. *Medida* é um termo genérico usado para se referir a qualquer procedimento visando a obter dados que permitam graduar, seja por propriedades quantitativas ou qualitativas, a intensidade de um fenômeno. *Escala de avaliação* em saúde mental é um instrumento padronizado composto por um conjunto de itens que permite quantificar características psíquicas, psicológicas ou comportamentais que nem sempre são observáveis³². Diferentemente, o *teste* deve ser um instrumento baseado em competência, ou seja, reflete a capacidade de apresentar uma resposta correta para um item ou um desafio específico.

O uso de testes psicométricos na pesquisa em psicologia tornou-se popular por serem capazes de, com relativa facilidade, medir um conjunto amplo de características mentais, incluindo aptidões, competências, traços de personalidade, estados de humor, psicopatologia, autoconceito, atitudes, motivos e sintomatologia psicossomática.

Existem quatro grandes grupos de testes psicométricos²⁹:

a) testes projetivos: são mensurações indiretas do estado mental, em que o indivíduo é convidado a fornecer uma resposta não estruturada a algum estímulo ou tarefa, com a finalidade de identificar características de personalidade relacionadas ao funcionamento psicológico anormal. Fornecem uma descrição categorial, operando no nível nominal de mensuração - por exemplo, solicitando que a partir de uma imagem o entrevistado componha uma história. São mais utilizados na clínica que em pesquisa. O mais conhecido é o teste de Roscharch;

b) inventários de autodescrição: também chamados questionários de auto-avaliação, em geral se propõem a medir traços de personalidade e atitudes através de questões diretas. Uma crítica comum a esse modelo como ferramenta de pesquisa se refere ao viés de resposta, em que os indivíduos por diferentes motivos fracassam em responder às questões de modo preciso;

c) testes objetivos: buscam discriminar entre os entrevistados a partir de testes de raciocínio aritmético ou verbal, podendo verificar elementos pontuais como conhecimento, desempenho, rapidez e capacidade. Usualmente requer adaptação ao grupo particular ao qual pretendemos aplicar.

d) medidas idiográficas: diferente dos três grupos anteriores, neste caso não é utilizada uma “norma” ou critério específico. O foco pode estar sobre o indivíduo,

sendo acompanhado por exemplo em curso de psicoterapia, em que as questões podem ser formuladas especificamente para aquele indivíduo. Uma das formas mais populares de aplicação é a grade de repertório, em que o entrevistado geraria os constructos a partir da relevância atribuída pessoalmente. É difícil realizar comparações de material entre os examinados, mas o instrumento mostra valor quando se avaliam processos dinâmicos internos, por exemplo, pesquisa de avaliação terapêutica.

Ao efetuarmos uma medida alguns princípios em Psicometria precisam ser respeitados. A medida precisa ser confiável, válida e apropriada ao estudo em que está sendo utilizada²⁹. Outra questão se refere a interpretação de resultados obtidos. Com exceção referida da mensuração ideográfica, a maioria dos testes realizados hoje é normativo, com dados de escore e variação esperadas, através de médias e desvios-padrão. Um exemplo disso são os testes de inteligência. É possível, entretanto, usar outros critérios que não as normas, mas sim critérios especificados por antecipação, comuns no contexto educacional²⁹.

A Psicometria moderna tem dois grandes referenciais na abordagem das medidas: A Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI), que serão explicadas com mais detalhes a seguir.

2.5.2 Teoria clássica dos testes

A teoria clássica dos testes (TCT), teoria mais antiga da mensuração psicométrica, vem de Charles Spearman²⁹ e permanece amplamente utilizada até hoje. É também chamada de teoria do escore verdadeiro ou teoria da confiabilidade. Tem como premissa que a mensuração psicométrica depende da estimativa, e não da mensuração direta, o que faz com que o autor de um teste tenha em vista a maior precisão possível e forneça ao entrevistado dados referentes ao grau de precisão buscado. Sua base é o chamado modelo de escore verdadeiro, que supõe que o escore do teste é influenciado pela extensão real da característica estudada e pelo erro aleatório. Ou seja, na fórmula o escore empírico é igual à soma do escore verdadeiro e do erro (figura 1).

Figura 1: Modelo da TCT elaborado por Spearman e detalhado por Gulliksen³⁰

$$\mathbf{T} = \mathbf{V} + \mathbf{E}$$

Nota: TCT, Teoria Clássica dos Testes; T, escore bruto ou empírico do sujeito, ou soma dos resultados obtidos no teste; V, considerado escore verdadeiro, a magnitude real daquilo que o teste quer medir no sujeito; E, erro cometido nesta medida.

Como a variação devida ao erro pode ser positiva ou negativa, o escore obtido pode ser uma superestimativa ou subestimativa do valor verdadeiro. Minimizar o erro é um desafio para os autores de testes psicométricos. Há dois tipos de erros:

- a) Sistemáticos: aspectos do erro embutidos no próprio teste, produzindo viés em determinada direção, consistentemente. Pode se dever a itens ambíguos ou presença de outra variável não considerada; e
- b) Não sistemático: externo ao próprio teste, supostamente aleatório, podendo gerar igualmente uma estimativa equivocada.

Na TCT, há um pressuposto de que o teste foi construído com suficiente cuidado de modo a ocorrer um erro sistemático insignificante, sendo existente apenas o erro não sistemático. Considera-se então como premissa na TCT que a variância do erro é aleatória, sendo normalmente distribuída com média de zero, que é completamente independente dos escores “verdadeiros” e que a variância de diferentes testes não se correlaciona. A confiabilidade é a indicação de que o teste mede efetivamente algo. Parte de uma correlação entre o escore “real” e o “observado”, ou a razão entre a variância “real” pela variância total do teste. Essa correlação é chamada de coeficiente de confiabilidade. Este conceito se refere à consistência de um teste, e abrange a consistência entre testes paralelos, a consistência interna (coeficiente alfa ou alfa de Cronbach, avaliando homogeneidade entre os itens), a confiabilidade ou fidedignidade teste-reteste (visto como um índice de estabilidade) e a consistência entre avaliadores²⁹.

A confiabilidade de um teste, porém, não é suficiente. Se por um lado um teste se mostra confiável, por outro ele pode não estar medindo aquilo a que se propôs, o que coloca o problema da validade. A validade divide-se em três abordagens principais^{31,29}:

- 1- Validação de conteúdo: A validação de conteúdo é em grande parte um processo qualitativo e depende de o aplicador do teste saber claramente o que pretende medir. Pode ser expressa através da validade aparente ou validade de face, medida de forma subjetiva a partir da verificação pelos entrevistados e avaliadores da relevância dos itens para medir o construto em questão.
- 2- Validação de critério: é um processo mais quantitativo que a validação de conteúdo, e consiste na avaliação da relação hipotética do teste com critérios externos. Divide-se em validade preditiva (se prediz comportamento posterior) e validade concorrente (relação entre o teste e outros critérios medidos simultaneamente), que também mede especificidade na medida em que seja comparado não somente com testes correlacionados mas com outros com os quais não se espera correlação.
- 3- Validação de constructo: importante para testes de múltiplos itens, se propõe a avaliar a homogeneidade entre os itens (usualmente pelo coeficiente alfa de Cronbach). A unidimensionalidade é também hipotetizada, refletindo que os itens do teste tenham um padrão de correlação que reflète sua ordem ao longo de um único traço latente²⁹. É avaliada por análise multivariada de dados. Por vezes, o teste tem estrutura multidimensional para fins de distinção de outras dimensões subjacentes. Nesse caso, a mensuração é feita por análise fatorial.

2.5.2 Teoria de resposta ao item

A teoria de resposta ao item (TRI) é uma área importante e em rápido desenvolvimento na disciplina de psicometria. É considerada um afastamento radical da TCT, por se concentrar na probabilidade de resposta a um item, ou a probabilidade de que um indivíduo com certa habilidade ou intensidade de traço terá certa resposta a um item particular do teste²⁹. Na TRI, o parâmetro de pessoa é utilizado para designar habilidade, e parâmetro de item se refere à dificuldade de cada item e à sua aptidão para discriminar os diferentes entrevistados quanto a habilidade. Os modelos matemáticos utilizados no TRI estão baseados no número de parâmetros que estão livres para variar: modelos de um parâmetro, ou modelos de Rasch, em que só o parâmetro dificuldade é

mantido livre, enquanto os outros são fixados; modelos de dois parâmetros, em que se avalia parâmetro de dificuldade e de discriminação de item, fixando os demais, e modelo de três parâmetros, mantendo variáveis os parâmetros de dificuldade, discriminação e de resposta aleatória, mas que exige modelos estatísticos muito complexos.

A TRI está sendo adotada como uma alternativa aos modelos clássicos de mensuração, por ser capaz de oferecer resolução de alguns de seus problemas, como a individualização das estimativas²⁹ e a estabilidade dos parâmetros de dificuldade em diferentes amostras, diferente do que ocorre com a TCT³¹.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Traduzir, adaptar e analisar algumas propriedades psicométricas do Índice Prototípico de Melancolia de Sydney (SMPI).

3.2 Objetivos específicos

Traduzir as duas versões do SMPI para o português brasileiro.

Adaptar culturalmente as duas versões do SMPI para o contexto brasileiro.

Analisar algumas propriedades psicométricas do SMPI no contexto brasileiro.

4. Hipóteses

O SMPI traduzido para o português brasileiro será consistente e compreensível.

O SMPI apresentará boas evidências de confiabilidade.

O SMPI apresentará boas evidências de validade de construto e de critério.

5. Métodos

5.1 Validação do SMPI

O processo de validação da versão brasileira do SMPI seguiu critérios da Teoria Clássica dos Testes (TCT) adaptado às particularidades de uma escala prototípica. O processo iniciou, porém, pela adaptação transcultural do SMPI ao português brasileiro a partir de sua versão original em inglês. A esse respeito, conforme Hutz, Bandeira e Trentini (2015), os instrumentos são construídos a partir de exaustivo exame de literatura em busca de conteúdos que expressem o traço latente, seguindo-se a isso elaboração de itens, avaliação destes por juízes, realização de grupos focais, etc³¹. Sua comparação transcultural é valiosa para ampliar o uso em diferentes culturas, mas o processo necessita de adequada adaptação dos itens, sobretudo em relação ao conteúdo que remete a diferentes culturas, podendo deixar de fazer sentido. Além disso, um traço latente pode variar de uma cultura para outra, exigindo às vezes que novos itens sejam adicionados para representá-lo³¹. O processo de validação do SMPI, descrito no artigo 2, abrange:

- a) Validade de conteúdo: Por ser uma escala prototípica a forma mais adequada de avaliar a validade de conteúdo foi através da validade de face. O protótipo de melancolia apresentado na SMPI foi elaborado pelo grupo australiano da Universidade de New South Wales, coordenado pelo Professor Gordon Parker, uma referência internacional no estudo e na definição do conceito de melancolia. O protótipo proposto de melancolia reúne de forma concisa a tradição em psicopatologia, a experiência clínica e os dados oriundos da pesquisa psicométrica da área.
- b) Validade de critério: A validade concorrente foi verificada com os outros instrumentos, que avaliam melancolia tanto como categoria como dimensão. Como referências categóricas foram utilizadas a definição do especificador do DSM-IV para melancolia e a escala CORE, utilizando como ponto de corte o escore 8 proposto pelos criadores do instrumento¹⁸, Como referências dimensionais para estudar validade critério de melancolia foram utilizadas a escala CORE de melancolia³³ e a escala de Hamilton para depressão de 6 itens²². A escala de Hamilton de 17 itens (HAMD-17)²¹, foi utilizada como uma medida de validade de critério de uma medida geral de depressão (não

específica para melancolia). Para testar o grau de concordância entre os diferentes critérios da melancolia como categoria, utilizou-se o coeficiente *kappa*, conforme o estudo original. O *kappa* pode ser definido como medida de associação para testar grau de concordância na classificação e seu uso se justifica para avaliação de concordância de variáveis categóricas entre técnicas ou avaliadores³⁴. Seu valor deve ser grande o suficiente para permitir que decisões corretas sejam tomadas pelo pesquisador no contexto em que o teste for utilizado³¹. As faixas para valores *kappa*, segundo grau de concordância sugerido: valores acima de 0,75 indicam excelente concordância, abaixo de 0,40 baixa e entre 0,40 e 0,75 moderada concordância³⁴.

- c) Utilizou-se escalas dimensionais de melancolia disponíveis (CORE e HAMD-6) comparando os escores médios nos tipos melancólicos e não-melancólicos caracterizados pelo SMPI, utilizando teste-t *student*, com teste de normalidade Komolgorov-Smirnov. A hipótese é que o tipo melancólico deveria ter escores mais altos tanto nas escalas CORE como HAMD-6.
- d) Confiabilidade teste-reteste: para este estudo uma amostra de pacientes e clínicos responderam inicialmente o SMPI-SR e SMPI-CR respectivamente e repetiram o preenchimento entre 1 a 3 semanas após. A confiabilidade teste-reteste foi apurada com concordância kappa entre os resultados nos dois tempos.

6. Artigo 1

Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI): translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese

Mateus Frizzo Messinger, Marco Antonio Caldieraro, Bruno Paz Mosqueiro, Felipe Bauer Pinto da Costa, Gabriela Maria Pereira Possebon, Pedro Victor de Lima Nascimento Santos, Gordon Parker, Marcelo Pio de Almeida Fleck

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil.

Artigo submetido ao *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* (TRENDS-2019-0045).

Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI): Translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese

Mateus Frizzo Messinger,^{1,2} Marco Antonio Caldieraro,^{1,2} Bruno Paz Mosqueiro,^{1,2} Felipe Bauer Pinto da Costa,² Gabriela Maria Pereira Possebon,^{1,2,3} Pedro Victor de Lima Nascimento Santos,^{1,2} Gordon Parker,⁴ Marcelo Pio de Almeida Fleck^{1,2}

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento. Porto Alegre, Brazil.

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria, Porto Alegre, Brazil.

³Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

⁴School of Psychiatry, University of New South Wales, Black Dog Institute, Sydney, NSW, Australia.

Corresponding author:

Mateus Frizzo Messinger

Tel/fax 55 (51) 3359-8294

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos 2350/ sala 400N

90035-903 Porto Alegre, RS, Brazil

E-mail: mateusfm@gmail.com

Funding Acknowledgements

This research received specific grant funding from Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos, Hospital Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA).

Declaration of Conflicting Interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Word count: 3217

Figures: 2

Tables: total of 4 (2 are for supplementary online material)

Last literature review: Mar 10th, 2019

ABSTRACT

Background: Depression is possibly not a single syndrome but rather comprises several subtypes. DSM-5 proposes a Melancholia specifier with phenotypic characteristics that could be associated with clinical progression, biological markers or therapeutic response. Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI) is a prototypic scale aimed to improve melancholia diagnose. So far, there is only an English version of the instrument. The aim of this study is to translate and adapt the English version of SMPI into Brazilian Portuguese.

Methods: Translation and cross-cultural adaptation of self-report (SMPI-SR) and clinician-rated (SMPI-CR) versions into Brazilian Portuguese were done following recommendations of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). This guideline includes the following steps: preparation, forward translation, reconciliation, back translation, back translation review, harmonization, cognitive debriefing, debriefing results review, proofreading and final report.

Results: The Brazilian Portuguese versions of SMPI were well-accepted by respondents. Changes in about two-thirds of the items in order to obtain a Brazilian Portuguese version of SMPI were necessary.

Conclusions: Both versions of SMPI are now available in Brazilian Portuguese. SMPI could be an important option to enhance studies on melancholia in Portuguese speaking samples.

Keywords: depression, depression scales, melancholia, translation, adaptation

RESUMO

Contexto: A depressão não é possivelmente uma síndrome única, mas compreende vários subtipos. O DSM-5 propõe um especificador melancólico com características fenotípicas que poderia estar associado à progressão clínica, marcadores biológicos ou resposta terapêutica. O *Sydney Melancholia Prototype Index* (SMPI) é uma escala prototípica destinada a melhorar o diagnóstico da melancolia. Até agora, há apenas uma versão em inglês do instrumento. O objetivo deste estudo é traduzir e adaptar a versão em inglês do SMPI para o português brasileiro.

Métodos: A tradução e adaptação transcultural de versões da versão respondida pelo próprio paciente (SMPI-SR) e avaliação respondida pelo clínico (SMPI-CR) para o português brasileiro foram feitas seguindo as recomendações da International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Esta diretriz inclui as seguintes etapas: preparação, tradução

direta, reconciliação, retrotradução, revisão retroativa de tradução, harmonização, debriefing cognitivo, revisão de resultados de debriefing, revisão e relatório final.

Resultados: As versões em português do Brasil do SMPI foram bem aceitas pelos entrevistados. Foram necessárias mudanças em cerca de dois terços dos itens para obter uma versão em português do Brasil do SMPI.

Conclusões: Ambas as versões do SMPI estão agora disponíveis em português brasileiro. O SMPI pode ser uma opção importante para melhorar os estudos sobre melancolia em amostras de língua portuguesa.

Palavras-chave: depressão, escalas, melancolia, tradução, adaptação

INTRODUCTION

The idea that depression is not a single syndrome but rather one that comprises several subtypes has been widely debated over the past few decades. Various views in this regard might be clustered around two main poles, namely, the unitary and the binary perspectives.^{1,2,3} According to the former, there is one single type of depression with variable intensity, with “melancholic depression” being the most severe.⁴ The latter, i.e., the binary perspective, describes two main types of depression: “reactive,” “neurotic” or nonmelancholic and endogenous, psychotic or melancholic.¹

Current issues on a melancholia “specifier” for major depression

The notion of major depressive disorder as described in the DSM essentially corresponds to the unitary perspective. The symptoms of melancholia are seen through a “specifier” for major depression. However, the items described in the DSM have been called into question for being unspecific and redundant vis-à-vis the larger notion of major depression.⁵ Also, DSM criteria is based on number of symptoms rather than their intensity or quality, following the psychometric model instead of the clinimetric approach in which major and minor symptoms of depression should be differentiated aspects.^{6,7}

Several authors have formulated specific scales to measure melancholia, the most significant of which are the *Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES)*,^{8,9} *Salpêtrière Retardation Rating Scale (Dantchev and Widlocher, 1998)*¹⁰ and the *CORE System (Parker, 1993)*.¹¹ The six-item *Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D6)*, developed by Bech and colleagues,¹² has also been used to assess melancholia through a focus on the depression-centered items. Caldieraro et al. (2014) found that the HAM-D6 was better than the 17-item version at identifying patients with melancholic depression according to the CORE.¹³

SMPI and the prototypical approach on melancholia

Parker et al. and Joyce et al. observed that the CORE and other traditional melancholia scales have some limitations:^{1,14,15} PMD signs are not so prevalent in younger patients and in those not at the nadir of episode, besides an imprecise cutoff point. Thus, Parker and colleagues (2013) developed a new measure for assessment of melancholia based on a prototypical scale, named the *Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI)*.¹ This instrument combines psychomotor symptoms and clinical correlates,¹ such as previous history and factors associated with clinical progression (as in the approach to the diagnosis of Parkinson’s disease).

SMPI, an adaptation of the SERDEX (Self Report of Depressive Experiences), was formulated as a practical and all-encompassing inventory of depressive symptoms, including information on cognition, psychomotor retardation, previous personality and behavior. It is based on a prototypical model, thus differing from the classic scales (based on the intensity of symptoms), and is divided into two parts. Part one comprises two lists, each containing 12 features of depression, arranged in two columns. Column A, on the left, includes 12 features of melancholic depression, and column B, on the right, 12 features of non-melancholic depression.¹ Patients (self-report version) and psychiatrists (clinician-rated version) are requested to mark in both columns those items that best describe the experience of depression (whether current or historically). Some patients select items from the list of melancholic features only, others from the list of non-melancholic symptoms, and still others from both melancholic (column A) and non-melancholic (column B) symptoms. After this part, the instrument includes a generic question that requires patients (self-report version) and psychiatrists (clinician-rated version) to indicate on a five-point scale which clinical description (column A or B) best matches the patient's symptoms.

The aim of the present study was to perform the cross-cultural adaptation of the SMPI by means of methods known to be efficient for this purpose.

METHODS

There are many methods to perform the cross-cultural adaptation of health assessment instruments. Based on a review of methods commonly used for translating and adapting instruments, in 2005 the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation formulated a guideline with the steps required for self-report instruments.¹⁶

Translation of the SMPI to the Portuguese Brazilian language was based on the report Principles of Good Practice, published by ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (Wild et al., 2005), which includes 10 steps as follows:

- 1- **Preparation:** comprises the following procedures: (a) obtainment of direct permission from the instrument developer for use and adaptation; (b) invitation to the instrument developer to be involved in the process; (c) formation of a research group to work in the target language, with the support of an external translator and the instrument developer. Requirements for the key in-country person are the following: be a native speaker of the target language and fluent in English, reside in the target country, and have knowledge and experience in this field and research involving patients.
- 2- **Forward translation:** selection of translators who should be native speakers of the target language and fluent in the source instrument language. Three translations are independently obtained in compliance with these criteria, which are then compared. The research group discusses the conceptual basis of the items and their context to avoid mistranslation and unclear terms.
- 3- **Reconciliation:** discrepancies between the three independent translations are synthesized, resulting in a fourth version. Reconciliation might be performed by (a) an independent native speaker, (b) a group including the project manager and the forward translators, or c) the investigator charged with cognitive debriefing.
- 4- **Back translation:** this step provides quality control of the translated version. It is carried out by an external translator without previous contact with the original instrument or the forward translators.

- 5- **Back translation review:** this is one of the most important steps. The in-country project manager compares the back translated and source versions to check the equivalence of terms and solve discrepancies. The instrument developer is called to review the terms used to ensure the conceptual validity of the translated version.
- 6- **Harmonization:** comparison of the back translation with back translations from other languages within the context of multicenter studies (not applicable to SMPI).
- 7- **Cognitive debriefing:** The harmonized version in the target language is presented to a sample of in-country native speakers of the target language. A spreadsheet is used for each participant to assess each statement in the instrument. This step allows for (a) assessment of the level of comprehensibility and cognitive equivalence of the translation, (b) testing translation alternatives suggested by the participants, (c) highlighting any terms that might be inappropriate at a conceptual level, and (d) identifying any other issues that cause confusion.
- 8- **Review of cognitive debriefing results:** discussion between the project manager and the research group to incorporate findings (more familiar terms or terms commonly used by respondents) of the debriefing process to improve the performance of the translation.
- 9- **Proofreading:** final review, the aim of which is to check for minor errors that have been missed in the translation process.
- 10- **Final report:** the full process is described, including clear explanations of the reasons for all translation/wording choices made. This report is written by the project manager and should include a full description of the methods used and an item-by-item representation of all changes made.

This project was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre under number 16-0540. All participants signed an informed consent form.

RESULTS

Application of the ISPOR translation methodology

For the three first steps, permission for use and translation of the SMPI was directly obtained in the source country from its developer (Gordon Parker) by the project manager in Brazil. The research group charged with translating and adapting it to the Portuguese language was formed next, and Professor Gordon Parker was invited to participate in the process. Then, three native Portuguese speakers fluent in English were selected to perform the forward translation and three translations of the SMPI were independently obtained. The three independent forward translations were synthesized, resulting in a fourth version. Reconciliation was performed by a fourth translator, who is a native Portuguese speaker and had not participated in the step of forward translation. The colloquial style was preferred in all of these steps.

Next, an external and experienced translator performed the back translation of the SMPI into English. The selected translator did not have previous contact with the source instrument or the forward translators. The research group compared the back translation to the SMPI source version (in English) to check the equivalence of terms and solve discrepancies. The instrument developer reviewed the back translated terms to ensure their conceptual validity. For the cognitive debriefing, the clinician-rated version (SMPI-CR) was presented to five physicians with experience in psychiatry (2nd- and 3rd-year residents) and the self-report (SMPI-SR) version to five patients with depression under care at the psychiatric outpatient clinic and ward at the

Hospital de Clínicas de Porto Alegre. An ad hoc spreadsheet was used to assess the participants' understanding of each statement in the scale. Procedures included: a) evaluation of the level of comprehensibility and cognitive equivalence of the translation, (b) suggested translation alternatives, (c) identification and recording of all items rated inappropriate at the conceptual level, and (d) identification of items that caused confusion.

Finally, the research group discussed the results obtained in the cognitive debriefing step. The aim of this review was to incorporate findings (more familiar terms or terms commonly used by respondents) of the debriefing process while keeping the meaning intended by the instrument developer. The final version was reviewed to check for minor errors that had been missed in the translation process, typos, grammatical errors and diacritical marks, among others, then a detailed report of the full process was prepared to facilitate the adaptation of the SMPI to different cultures.

Final SMPI versions in Portuguese of both self-rated and clinician rated instruments are shown in **figures 1 and 2**. Overall, cross-cultural adaptation of the SPMI required changes in about two-thirds of the items, including modifications in the internal order of statements and the incorporation of terms and expressions that were commonly used or colloquial in the Portuguese Brazilian language.

Relevant changes made in specific items

Overall, the version presented was well-understood and accepted by the tested patients and physicians, with the exceptions being five items in Description A and nine items in both descriptions (A and B). Item #5 in Description A (Can't look forward to anything in life) contains the phrasal verb "look forward," which lacks a semantic equivalent in the Portuguese language. The instrument developer was thus consulted to develop an adequate translation. According to him, the core aspect of this item is to investigate "anhedonia relative to the future." Therefore, the final version reads "*acho que nada vai me fazer sentir prazer*" in the self-report version (I think nothing will make me feel pleasure) and "*acha que nada vai lhe fazer sentir prazer*" in the clinician-rated version (The patient thinks nothing will make him or her feel pleasure). **Tables 1 and 2** summarize the relevant changes made in specific items during the process of translation. **Tables 3 and 4** displaying full description of the process are available at supplementary online material.

Item #9 in Description B, formulated in the clinician-rated version as "The severity of depressive episodes can be explained by the type of stressful events that precede them and their impact with personality style" was rated as too complex by both physicians and patients because it involved interpreting the relationship between the intensity of depressive episodes and potential triggers in addition to requiring temporal reasoning. Therefore, the final wording of item #9 in the clinician-rated version was changed to "The severity of depressive episodes can be explained by the type of stressful events that precede them, considering the personality style in the assessment of such events". In the self-report version "my way of being" was used as a more colloquial expression for the term "personality," which was kept, however, between brackets.

In the case of Description B item #6, formulated in the self-report version as "I often get (nonmedication related) food cravings and/or increased appetite when I'm depressed," and in the clinician-rated version as "Often gets (nonmedication related) food cravings and/or increased appetite when depressed," the order of the sentence was inverted, because that is more natural in the Portuguese language. The term "compulsion" was added between brackets to make the colloquial term "fissure" (craving) clearer. The term "compulsion" was added between brackets to make the colloquial term "fissure" (craving) clearer.

In Description A item #10—which, in the self-report version, reads, “I don’t think that my early years were any more difficult—when compared to most people—in terms of having any major difficulties with parents or bullying,” and, in the clinician-rated version, “Early years were no more difficult—when compared to most people—in terms of having any major difficulties with parents or bullying”—the Anglicism “bullying” was kept because it is a commonly used word. Synonyms were added between brackets to make the meaning of this word clear.

After the part devoted to the prototypical characteristics of melancholic and non-melancholic depression, the SMPI includes a generic question to establish which prototypical set of clinical features best matches the patient’s condition. A single five-point response defines how well patients match the melancholic or non-melancholic prototype. Subtle changes were made to items #1 and 5 to improve their understanding among Portuguese speakers.

DISCUSSION

The present article describes the translation and adaptation of the SMPI to the Brazilian Portuguese language in compliance with the guidelines formulated by the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation.

This resource that is the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation guidelines allowed us to solve problems detected during the process of translation and cross-cultural adaptation of the SMPI. The review of the back translation by the instrument developer (Professor Gordon Parker) contributed to us making the necessary changes to keep the translation faithful to his original intention in formulating each item in the scale. Cognitive debriefing, in turn, enabled the respondents (patients and professionals) to contribute to improving the translation.

Some problems inherent to translations from English to Latin languages were evident. For instance, the phrasal verb “look forward” has no exact equivalent in the Portuguese language. Therefore, careful selection was needed each time this expression appeared to maintain the meaning intended in the source version. Another aspect that deserves mention is use of the expressions “depressive symptoms” and “depressions” also to maintain the meaning intended by the instrument developer.

Overall, the Brazilian Portuguese version of the SMPI was accepted by the Brazilian patients. As a prototypical scale, patients can find in one of the two columns, each corresponding to a prototype, the symptoms that best match the description of their clinical features. As an additional apparent advantage, the SMPI requires patients to describe the features of the worst stage of depressive experiences, which might not necessarily be the representative of the present when responding to the instrument, a condition particularly relevant in the case of melancholia.

The SMPI has some limitations. Its original (prototypical) format may require additional explanations to those provided in the instructions. Additionally, the fact that the SMPI is not a quantitative, but rather a prototypical, instrument hinders its use for evaluating response to treatment, thus only allowing one to establish diagnostic categories (melancholic vs. non-melancholic depression).

Future studies are needed to evaluate not only SMPI's Brazilian Portuguese version psychometric properties but specially its clinical validity, which is an emerging concept in the clinimetric approach.¹⁷⁻¹⁹ This innovative clinically-based evaluation method combines the clinical judgment of experienced clinicians with item response theory (IRT) models, for the assessment of measurement properties not restricted to the traditional psychometric model. Further researches to test the accuracy and concurrent validation of the SMPI are encouraged.

CONCLUSION

The present study made the Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI) available in the Brazilian Portuguese language. This is one of the few instruments developed specifically for assessing melancholia. It comprises a clinician-rated and a patient self-report version, both of them available in Portuguese.

REFERENCES

1. Parker G, Mccraw S, Blanch B, Hadzi-pavlovic D, Synnott H, Rees A. Discriminating melancholic and non-melancholic depression by prototypic clinical features. *J Affect Disord.* 2013;144(3):199–207.
2. Parker G, Mccraw S, Fletcher K, Friend P, Futeran S. Validation of a new prototypic measure of melancholia. *Compr Psychiatry* . 2013;54(7):835–41.
3. Parker G. Retrospective : Pursuing melancholia – The Australian contribution. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017;51(1):10–1.
4. Parker G, Roussos J, Austin M, Hadzi-pavlovic D, Wilhelm K, Mitchell P. Disordered personality style : higher rates in non-melancholic compared to melancholic depression. *J Affect Disord.* 1998;47:131–40.
5. Swartz C, Shorter E, Parker G, Rubin RT, Bolwig T, Berrios G, et al. Issues for DSM-5: Whither Melancholia? The Case for Its Classification as a Distinct Mood Disorder. *Am J Psychiatry.* 2010;167(7):745–7.
6. Tomba E, Bech P. Clinimetrics and clinical psychometrics: Macro-and micro-analysis. *Psychother Psychosom.* 2012;81(36):333-43.
7. Fava GA, Carrozzino D, Lindberg L, Tomba E. Reply to the letter to the editor: Is a single-item measure of self-rated mental health useful from a clinimetric perspective?". *Psychother Psychosom.* 2019;88(3):179.
8. Bech P, Rafaelsen OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1980;62:128-132.
9. Bech P. The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) in clinical trials of therapies in depressive disorders: A 20-year review of its use as outcome measure. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(4):252-64.

10. Dantchev N, Widlöcher DJ. The measurement of retardation in depression. *J Clin Psychiatry*. 1998;14:19-25.
11. Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, Brodaty H, Boyce P, Mitchell P, Wilhelm K, et al. Inter-rater reliability of a refined index of melancholia: the CORE system. *J Affect Disord*. 1993;27(3):155-62.
12. Bech P, Allerup P, Gram LF, Reisby N, Rosenberg R, Jacobsen O, et al. The Hamilton Depression Scale: Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand*. 1981;63(3):290-9.
13. Caldieraro MA, Vares EA, Spanemberg L, Radtke Becker F, Fleck MP. Association between core-assigned melancholia and the melancholia subscale of the HAM-D. *J Affect Disord*. 2014;172:175-8.
14. Hickie I, Mason C, Parker G. Comparative validity of two measures of psychomotor function in patients with severe depression. *J Affect Disord*. 1996;37(2-3):143-9.
15. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Abbott RM, et al. Melancholia: Definitions, risk factors, personality, neuroendocrine markers and differential antidepressant response. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(3):376-83.
16. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, Mcelroy S, Verjee-lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures : Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94–104.
17. Bech P. Modern psychometrics in clinimetrics: Impact on clinical trials of antidepressants. *Psychother Psychosom*. 2004;73(3):134-8.
18. Carrozzino D. Clinimetric approach to rating scales for the assessment of apathy in Parkinson's disease: A systematic review. *Prog in Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019.94:109641.
19. Fava GA, Carrozzino D, Lindberg L, Tomba E. The clinimetric approach to psychological assessment: A tribute to per Bech, MD (1942-2018). *Psychother Psychosom*. 2018;87(6):321-326.

Figure 1: Brazilian Portuguese SMPI-CR final version.

SMPI – Versão de avaliação pelo clínico (SMPI-CR)

Abaixo existem duas descrições para depressão (A e B). Leia cada uma das afirmações cuidadosamente e assinale as que caracterizam a experiência de depressão do paciente (tome como base o pior momento de depressão na vida). Você deve selecionar **todas** as afirmações que considerar características e apropriadas a partir das descrições abaixo.

Descrição A	Descrição B
<input type="checkbox"/> Muito pouca energia, achando extremamente difícil sair da cama e seguir em frente. <input type="checkbox"/> O humor deprimido impede completamente de sentir qualquer prazer real na vida, e as coisas normalmente prazerosas ou agradáveis não elevam o humor – ou, na melhor das hipóteses, apenas superficialmente. <input type="checkbox"/> O humor e o nível de energia são piores de manhã. <input type="checkbox"/> Perdeu completamente o interesse pelas coisas, incluindo passatempos e atividades que normalmente apreciaria se não estivesse deprimido. <input type="checkbox"/> Acha que nada vai lhe fazer sentir prazer. <input type="checkbox"/> Quando anda ou fala, está claramente lentificado fisicamente; algumas vezes sente-se quase paralisado ou como se estivesse se arrastando. <input type="checkbox"/> A concentração está claramente afetada e diminuída. <input type="checkbox"/> Tende a perder peso quando está deprimido (antes de ter iniciado qualquer antidepressivo ou outra medicação). <input type="checkbox"/> A gravidade dos episódios depressivos parece muito pior do que seria esperado dadas as circunstâncias que eventualmente o precederam ou que o pareciam causar. <input type="checkbox"/> Sua infância não foi mais difícil – quando comparado com a maioria das pessoas – em relação a ter tido qualquer problema importante com seus pais ou ter passado por "bullying" (intimidação ou maus tratos). <input type="checkbox"/> Quando não está deprimido, o seu desempenho nos relacionamentos e no trabalho geralmente é bom. <input type="checkbox"/> Depressões podem às vezes aparecer "do nada", sem qualquer motivo aparente.	<input type="checkbox"/> Mesmo quando a depressão é grave, o paciente geralmente consegue ter uma expectativa de que algo realmente bom vai acontecer. <input type="checkbox"/> Fica claramente mais irritável e/ou com raiva quando está deprimido. <input type="checkbox"/> Mesmo quando a depressão é grave, o paciente geralmente consegue se animar quando as pessoas o apoiam. <input type="checkbox"/> O humor melhora (mesmo que temporariamente) e consegue ter um alívio temporário quando algo de bom acontece. <input type="checkbox"/> Se a concentração é afetada durante um episódio depressivo, geralmente é porque está muito preocupado e tem muitos pensamentos passando pela cabeça e lhe distraindo. <input type="checkbox"/> Frequentemente tem "fissura" (compulsão) por alimento e/ou aumento do apetite quando está deprimido (não-associado ao uso de medicações). <input type="checkbox"/> Considera-se, no geral, mais emotivo com as coisas do que as outras pessoas (independentemente de estar deprimido ou não). <input type="checkbox"/> Cada vez que a depressão vem alguma causa que explique a depressão fica aparente. <input type="checkbox"/> A gravidade das depressões pode ser explicada pelo tipo de evento estressante que as antecede, considerando o estilo de personalidade para avaliar o impacto destes eventos. <input type="checkbox"/> Mesmo quando não está deprimido, tende a ter algumas dificuldades em lidar com o seu parceiro, sua família e outros relacionamentos. <input type="checkbox"/> Mesmo quando não está deprimido, tende a se preocupar mais do que a maioria das pessoas, especialmente quando sob estresse. <input type="checkbox"/> Na infância e adolescência passou por mais eventos estressantes e grandes dificuldades com os seus pais e outras pessoas do que a maioria dos indivíduos passa.

Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):

Agora, avalie em que grau você acredita que uma das categorias acima melhor representa o perfil geral do paciente.

1	2	3	4	5
A descrição "A" é a que melhor representa o perfil geral	A descrição "A" é um pouco mais parecida com o perfil geral que a descrição "B"	O perfil geral tem características das descrições de A e B na mesma proporção	A descrição "B" é um pouco mais parecida com o perfil geral do que a descrição "A"	A descrição "B" é a que melhor representa o perfil geral

Figure 2: Brazilian Portuguese SMPI-SR final version.

SMPI - Versão de auto-avaliação pelo paciente (SMPI-SR)

Abaixo existem duas descrições para depressão (A e B). Leia cada uma das afirmações cuidadosamente e assinale as afirmações que caracterizam a sua experiência de depressão. Você deve assinalar **todas** as afirmações que considerar características e apropriadas a partir das descrições abaixo (**tome como base o pior momento de depressão na vida**).

Descrição A	Descrição B
<input type="checkbox"/> Eu tenho muito pouca energia, sendo extremamente difícil sair da cama e seguir em frente.	<input type="checkbox"/> Mesmo quando minha depressão é grave, eu geralmente consigo ter uma expectativa de que algo realmente bom vai acontecer.
<input type="checkbox"/> Meu humor deprimido me impede completamente de sentir qualquer prazer real na vida, e as coisas normalmente prazerosas ou agradáveis não elevam o meu humor – ou, na melhor das hipóteses, apenas superficialmente.	<input type="checkbox"/> Eu noto que fico claramente mais irritável e/ou com raiva quando estou deprimido.
<input type="checkbox"/> O meu humor e o meu nível de energia são piores de manhã.	<input type="checkbox"/> Mesmo quando a minha depressão é grave, geralmente eu consigo me animar quando as pessoas realmente me apoiam.
<input type="checkbox"/> Eu perdi completamente o interesse pelas coisas, incluindo passatempos e atividades que normalmente eu apreciaria se não estivesse deprimido.	<input type="checkbox"/> O meu humor melhora (mesmo que temporariamente) e eu consigo ter um alívio temporário quando algo de bom me acontece.
<input type="checkbox"/> Acho que nada vai me fazer sentir prazer.	<input type="checkbox"/> Se a minha concentração é afetada durante um episódio depressivo, geralmente é porque estou muito preocupado e tenho muitos pensamentos passando pela minha cabeça e me distraindo.
<input type="checkbox"/> Quando ando ou falo, sinto-me claramente lentificado (lento) fisicamente; algumas vezes me sinto quase paralisado ou como se estivesse me arrastando.	<input type="checkbox"/> Eu geralmente tenho “fissura” (compulsão) por alimento e/ou aumento do apetite quando estou deprimido (não-associados ao uso de medicações).
<input type="checkbox"/> Minha concentração está claramente afetada e diminuída.	<input type="checkbox"/> Em geral eu tenho uma tendência a ser mais emotivo com as coisas do que as outras pessoas (independentemente de estar deprimido ou não).
<input type="checkbox"/> Tenho tendência a perder peso quando estou deprimido (mesmo antes de ter iniciado qualquer antidepressivo ou outra medicação).	<input type="checkbox"/> Sempre que fico deprimido consigo achar alguma causa que explique a depressão para mim.
<input type="checkbox"/> A gravidade das minhas depressões é muito pior do que o esperado pelas coisas que aconteceram antes e poderiam ter causado as depressões.	<input type="checkbox"/> A gravidade das minhas depressões pode ser explicada pelo tipo de eventos estressantes que aconteceram antes e seu impacto, considerando o meu jeito de ser (minha personalidade).
<input type="checkbox"/> Quando comparado com a maioria das pessoas, eu acho que a minha infância não foi mais difícil levando em conta problemas importantes com meus pais ou “bullying” (intimidação ou maus tratos).	<input type="checkbox"/> Mesmo quando não estou deprimido, costumo ter algumas dificuldades em lidar com o meu parceiro(a), minha família e outros relacionamentos.
<input type="checkbox"/> Quando eu não estou deprimido, o meu desempenho nos relacionamentos e no trabalho geralmente é bom.	<input type="checkbox"/> Mesmo quando eu não estou deprimido eu tendo a me preocupar mais do que a maioria das pessoas, especialmente quando sob estresse.
<input type="checkbox"/> Minhas depressões podem às vezes aparecer “do nada”, sem qualquer motivo claro.	<input type="checkbox"/> Na minha infância e adolescência eu passei por mais eventos estressantes e grandes dificuldades com os meus pais e outras pessoas do que a maioria das pessoas passa.

Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):

Agora, avalie em que grau você acredita que uma das categorias acima melhor representa o seu perfil geral.

1	2	3	4	5
A descrição “A” é a que melhor representa o meu perfil geral	A descrição “A” é um pouco mais parecida com meu perfil geral do que a descrição “B”	O meu perfil geral tem características das descrições de “A” e “B” na mesma proporção.	A descrição “B” é um pouco mais parecida com meu perfil geral do que a descrição “A”	A descrição “B” é a que melhor representa o meu perfil geral

Table 1. Summary of results of translation and adaptation of SMPI items A5, A10, R1, R5, B6 and B9 – Self-Report Questionnaire (SMPI-SR) into Brazilian Portuguese according to ISPOR´s recommendations

Original	Reconciliation and discussion results – changes when applied	Debriefing and discussion results – changes when applied	Final Brazilian Portuguese Version
Description A	-	-	Descrição A
5- I find that I can't look forward to anything in life.	I see that I cannot have any major expectations in life.	I think nothing will make me feel pleasure.	Acho que nada vai me fazer sentir prazer.
10- I don't think that my early years were any more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying.	-	I don't think my childhood was more difficult – when compared to most people – regarding any major problems with parents or bullying (intimidation or mistreatment).	Quando comparado com a maioria das pessoas, eu acho que a minha infância <u>não</u> foi mais difícil levando em conta problemas importantes com meus pais ou "bullying" (intimidação ou maus tratos).
RATING (please tick or circle one):	-	Punctuation (please check or circle one alternative):	Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):
1- Description A best matches my overall profile.	-	Description "A" best represents my general profile.	A descrição "A" é a que melhor representa o meu perfil geral.
5- Description B best matches my overall profile.	-	Description "B" best represents my general profile.	A descrição "B" é a que melhor representa o meu perfil geral.
Description B	-	Description B	Descrição B
6- I often get (non-medication related) food cravings and/or increased appetite when I'm depressed.	I often have (non-drug related) food "cravings" (compulsive eating) and/or increased appetite when depressed.	I often have (non-drug related) food "cravings" (compulsion) and/or increased appetite when depressed.	Eu geralmente tenho "fissura" (compulsão) por alimento e/ou aumento do apetite quando estou deprimido (não-associados ao uso de medicações).

9- The severity of my depressions can be explained by the type of stressful events that precede them and the impact that these events have on me given my type of personality.	-	The severity of my depressions can be explained by the kind of stressful events that precede them and their impact given my personal style (my personality).	A gravidade das minhas depressões pode ser explicada pelo tipo de eventos estressantes que aconteceram antes e seu impacto, considerando o meu jeito de ser (minha personalidade).
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SMPI, Sydney Melancholia Prototype Index; ISPOR, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; V. Version

Table 2: Summary of results of translation and adaptation of SMPI items A5, A10, R1, R5, B6 and B9 – Clinician-Rated version (SMPI-CR) into Brazilian Portuguese according to ISPOR’s recommendations

Original	Reconciliation and discussion results – changes when applied	Debriefing and discussion results – changes when applied	Final Brazilian Portuguese Version
Description A	-	Description A	Descrição A
5- Can’t look forward to anything in life.	Has no major expectations in life.	The patient thinks nothing will make him or her feel pleasure.	Acha que nada vai lhe fazer sentir prazer.
10- Early years were no more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying.	-	Early years were no more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying (intimidation or mistreatment).	Sua infância não foi mais difícil - quando comparado com a maioria das pessoas - em relação a ter tido qualquer problema importante com seus pais ou ter passado por "bullying" (intimidação ou maus tratos).
RATING (please tick or circle one):	-	Punctuation (please check or circle one alternative):	Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):
1- Description A best matches the	-	Description ‘A’ is the one that best	A descrição “A” é a que melhor

overall profile.

5- Description B best matches the overall profile.

Description B

6- Often gets (non-medication related) food cravings and/or increased appetite when depressed.

9- The severity of depressions can be explained by the type of stressful events that precede them and their impact with personality style.

-

-

Often has (non-drug related) food "cravings" (compulsive eating) and/or increased appetite when depressed.

-

depicts the overall profile.

Description 'B' best depicts the overall profile.

Description B

Oftentimes has food 'cravings' (compulsion) and/or increased appetite when depressed (these events are non-drug-related).

The severity of the depressions can be explained by the kind of stressful events that precede them, considering the personality style to evaluate the impact of these events.

representa o perfil geral.

A descrição "B" é a que melhor representa o perfil geral.

Descrição B

Frequentemente tem "fissura" (compulsão) por alimento e/ou aumento do apetite quando está deprimido (não-associado ao uso de medicações).

A gravidade das depressões pode ser explicada pelo tipo de evento estressante que as antecede, considerando o estilo de personalidade para avaliar o impacto destes eventos.

SMPI, Sydney Melancholia Prototype Index; ISPOR, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; V. Version

SUPPLEMENTARY ONLINE MATERIAL

Table 3: Summary of results of translation and adaptation of SMPI – Self-Report Questionnaire (SMPI-SR) into Brazilian Portuguese according to ISPOR’s recommendations

Original	Reconciliation and discussion results – changes when applied	Debriefing and discussion results – changes when applied	Final Brazilian Portuguese version
SMPI – Self-Report Questionnaire (SMPI-SR)	-	SMPI – Self-Administered Questionnaire (SMPI-SR)	SMPI – Versão de auto-avaliação pelo paciente (SMPI-SR)
PATIENT ID	-	Patient Identification	Identificação do Paciente
Below are two descriptions of depression (A and B). Read each carefully and select any statement that characterizes your experience of depression (when feeling at your worst). You should select all appropriate and characteristic statements from the descriptions below.	-	There are two descriptions of depression below (A and B). Read each statement carefully and choose the ones that best describe your experience of depression. You must select all the statements that you consider typical and suitable from the descriptions below (consider the <u>worst moment of depression in life</u>).	Abaixo existem duas descrições para depressão (A e B). Leia cada uma das afirmações cuidadosamente e assinale as afirmações que caracterizam a sua experiência de depressão. Você deve assinalar todas as afirmações que considerar características e apropriadas a partir das descrições abaixo (tome como base o <u>pior momento de depressão na vida</u>).
Description A	-	-	Descrição A
1- I have very low energy and find it extremely hard to get out of bed and get going.	I have very low energy and find extremely difficulty in getting out of bed and starting the day.	I have very low energy and find extremely difficult getting out of bed and starting the day.	Eu tenho muito pouca energia, sendo extremamente difícil sair da cama e seguir em frente.
2- My depressed mood completely	-	-	Meu humor deprimido me impede

prevents me from getting any real pleasure in life, and normally pleasing or humorous things won't lift my mood – or, at best, only superficially.

3- My mood and energy levels are worse in the mornings.

4- I completely lose interest in things, including hobbies and activities that I would usually enjoy when not depressed.

5- I find that I can't look forward to anything in life.

6- In walking and talking, I'm distinctly physically slowed, at times almost feeling 'paralysed' or as if I'm walking through sand.

7- My concentration is distinctly affected and slowed.

8- I tend to lose weight when I'm depressed (and before any antidepressant or other drugs are commenced).

9- The severity of my depressive episodes appears far worse than

-

I completely lost interest in things, including hobbies and activities that I would usually value if not depressed.

I see that I cannot have any major expectations in life.

-

-

-

-

-

-

I think nothing will make me feel pleasure.

When walking or talking, I am clearly physically slowed; sometimes, I feel almost paralysed or as if dragging a weight.

My concentration is clearly affected and diminished.

I tend to lose weight when depressed (and before starting any treatment with antidepressants or other medication).

The severity of my depressive episodes seems much worse than

completamente de sentir qualquer prazer real na vida, e as coisas normalmente prazerosas ou agradáveis não elevam o meu humor – ou, na melhor das hipóteses, apenas superficialmente.

O meu humor e o meu nível de energia são piores de manhã.

Eu perdi completamente o interesse pelas coisas, incluindo passatempos e atividades que normalmente eu apreciaria se não estivesse deprimido.

Acho que nada vai me fazer sentir prazer.

Quando ando ou falo, sinto-me claramente lentificado (lento) fisicamente; algumas vezes me sinto quase paralisado ou como se estivesse me arrastando.

Minha concentração está claramente afetada e diminuída.

Tenho tendência a perder peso quando estou deprimido (mesmo antes de ter iniciado qualquer antidepressivo ou outra medicação).

A gravidade das minhas depressões é muito pior do que o esperado pelas

would be expected given the circumstances that may precede them or appear to cause them.

10- I don't think that my early years were any more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying. -

11- When I'm not depressed my relationships and work performance are generally good. -

12- My depressions can sometimes come 'out of the blue' without any particularly clear reason. -

RATING: (please tick or circle one): -

Now, rate the degree to which you believe one of the categories above best matches your overall profile. -

1- Description A best matches my -

would be expected considering the circumstances that might have preceded them or that seem to have caused them.

I don't think my childhood was more difficult – when compared to most people – regarding any major problems with parents or bullying (intimidation or mistreatment).

When I am not depressed, I show a generally good performance in relationships and work.

My depressive symptoms can sometimes appear "out of the blue", for no apparent reason.

Punctuation (please check or circle one alternative):

Now, evaluate to what extent you believe that one of the categories above best represents your general profile.

Description "A" best represents my

coisas que aconteceram antes e poderiam ter causado as depressões.

Quando comparado com a maioria das pessoas, eu acho que a minha infância não foi mais difícil levando em conta problemas importantes com meus pais ou "bullying" (intimidação ou maus tratos).

Quando eu não estou deprimido, o meu desempenho nos relacionamentos e no trabalho geralmente é bom.

Minhas depressões podem às vezes aparecer "do nada", sem qualquer motivo claro.

Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):

Agora, avalie em que grau você acredita que uma das categorias acima melhor representa o seu perfil geral.

A descrição "A" é a que melhor

overall profile.

2- Description A is somewhat closer to my overall profile than Description B. -

3- My overall profile has equal features of Descriptions A and B. -

4- Description B is somewhat closer to my overall profile than Description A. -

5- Description B best matches my overall profile. -

Description B -

1- Even when my depression is severe, I can generally look forward to something really nice coming up. -

2- I find that I become distinctly more irritable and/or angry when I'm depressed. -

3- Even when my depression is severe, I can generally be cheered up when people are really supportive. -

4- My mood lifts (even if -

general profile.

Description "A" is somewhat closer to my general profile than description "B".

My general profile has characteristics of descriptions A and B on the same proportion.

Description "B" is somewhat closer to my general profile than description "A".

Description "B" best represents my general profile.

-

Even when depression is severe, I can generally expect that something really nice might happen.

I clearly notice that I become more irritable and/or angry when depressed.

Even when my depression is severe, I can generally be cheered up when people really support me.

My mood lifts (even if temporarily)

representa o meu perfil geral.

A descrição "A" é um pouco mais parecida com meu perfil geral do que a descrição "B".

O meu perfil geral tem características das descrições de "A" e "B" na mesma proporção.

A descrição "B" é um pouco mais parecida com o meu perfil geral do que a descrição "A".

A descrição "B" é a que melhor representa o meu perfil geral.

Descrição B

Mesmo quando minha depressão é grave, eu geralmente consigo ter uma expectativa de que algo realmente bom vai acontecer.

Eu noto que fico claramente mais irritável e/ou com raiva quando estou deprimido.

Mesmo quando a minha depressão é grave, geralmente eu consigo me animar quando as pessoas realmente me apoiam.

O meu humor melhora (mesmo que

temporarily) and I can obtain some temporary relief when something nice happens.

5- If my concentration is affected during a depressive episode, it is usually because I am worrying too much and have lots of thoughts going through my head distracting me.

6- I often get (non-medication related) food cravings and/or increased appetite when I'm depressed.

7- I view myself as generally more inclined than most people to become emotional about things (regardless of whether I'm depressed or not).

8- Every time I get depressed, I can find some cause that explains the depression to me.

9- The severity of my depressions can be explained by the type of stressful events that precede them and the impact that these events have on me given my type of personality.

10- Even when I'm not depressed, I

-

I often have (non-drug related) food "cravings" (compulsive eating) and/or increased appetite when depressed.

I consider myself more likely to feel emotional about things (regardless of being depressed or not) in general.

-

-

-

and I can feel a temporary relief when something good happens.

If my concentration is affected during a depressive episode, it is usually because I am too worried and have lot of distracting thoughts going through my head.

I often have (non-drug related) food "cravings" (compulsion) and/or increased appetite when depressed.

I consider myself more likely to feel emotional about things (regardless of being depressed or not).

Whenever I become depressed I can pinpoint some cause that explains depression.

The severity of my depressions can be explained by the kind of stressful events that precede them and their impact given my personality style (my personality).

Even when I am not depressed, I tend

temporariamente) e eu consigo ter um alívio temporário quando algo de bom me acontece.

Se a minha concentração é afetada durante um episódio depressivo, geralmente é porque estou muito preocupado e tenho muitos pensamentos passando pela minha cabeça e me distraindo.

Eu geralmente tenho "fissura" (compulsão) por alimento e/ou aumento do apetite quando estou deprimido (não-associados ao uso de medicações).

Em geral eu tenho uma tendência a ser mais emotivo com as coisas do que as outras pessoas (independentemente de estar deprimido ou não).

Sempre que fico deprimido consigo achar alguma causa que explique a depressão para mim.

A gravidade das minhas depressões pode ser explicada pelo tipo de eventos estressantes que aconteceram antes e seu impacto, considerando o meu jeito de ser (minha personalidade).

Mesmo quando não estou deprimido,

tend to have some difficulties in dealing with my partner, family and other relationships.

11- Even when I'm not depressed, I tend to worry more than most people, particularly when under stress.

12- In childhood and adolescence, I experienced more stressful events and major difficulties with my parents and others than most people experience.

to have some difficulties in dealing with partners, family and other relationships.

Even when I am not depressed, I tend to worry more than most people, especially when under stress.

In my childhood and adolescence, I experienced more stressful events and major difficulties with my parents than most people do.

costumo ter algumas dificuldades em lidar com o meu parceiro(a), minha família e outros relacionamentos.

Mesmo quando eu não estou deprimido eu tendo a me preocupar mais do que a maioria das pessoas, especialmente quando sob estresse.

Na minha infância e adolescência eu passei por mais eventos estressantes e grandes dificuldades com os meus pais e outras pessoas do que a maioria das pessoas passa.

SMPI, Sydney Melancholia Prototype Index; ISPOR, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; V. Version

Table 4: Summary of results of translation and adaptation of SMPI – Clinician-Rated version (SMPI-CR) into Brazilian Portuguese according to ISPOR’s recommendations

Original	Reconciliation and discussion results – changes when applied	Debriefing and discussion results – changes when applied	Final Brazilian Portuguese version
SMPI – Clinician-Rated version (SMPI-CR)	-	SMPI – Practitioner evaluation version (SMPI-CR)	SMPI – Versão de avaliação pelo clínico (SMPI-CR)
PATIENT ID	-	Patient Identification	Identificação do Paciente
Below are two descriptions of depression (A and B). Read each carefully and select any statement that characterises the patient’s experience of depression (when	-	There are two descriptions of depression below (A and B). Read each statement carefully and choose the ones that best describe the patient’s experience of depression	Abaixo existem duas descrições para depressão (A e B). Leia cada uma das afirmações cuidadosamente e assinale as que caracterizam a experiência de depressão do paciente (tome como base

feeling at their worst).

You should select all appropriate and characteristic statements from the descriptions below.

Description A

1- Very low energy and finding it extremely hard to get out of bed and get going.

2- Depressed mood completely prevents patient getting any real pleasure in life, and normally pleasing or humorous things won't lift mood – and at best, only superficially.

3- Mood and energy levels are worse in the mornings.

4- Completely loses interest in things, including hobbies and activities that would usually be enjoyed when not depressed.

5- Can't look forward to anything in life.

6- In walking and talking, is distinctly physically slowed, at times

-

Very low energy and finds extremely difficulty in getting out of bed and starting the day.

-

Completely lost interest in things, including hobbies and activities that would usually enjoy/find pleasurable if not depressed.

Has no major expectations in life.

-

(consider the **worst moment** of or depression in life). You must select **all** the statements that you consider typical and suitable from the descriptions below.

Description A

Very low energy, finding it extremely hard to get out of bed and move on.

-

The patient has completely lost interest in things, including hobbies and activities that he or she would usually value if not depressed.

The patient thinks nothing will make him or her feel pleasure.

-

o **pior momento** de depressão na vida). Você deve selecionar **todas** as afirmações que considerar características e apropriadas a partir das descrições abaixo.

Descrição A

Muito pouca energia, achando extremamente difícil sair da cama e seguir em frente.

O humor deprimido impede completamente de sentir qualquer prazer real na vida, e as coisas normalmente prazerosas ou agradáveis não elevam o humor – ou, na melhor das hipóteses, apenas superficialmente.

O humor e o nível de energia são piores de manhã.

Perdeu completamente o interesse pelas coisas, incluindo passatempos e atividades que normalmente apreciaria se não estivesse deprimido.

Acha que nada vai lhe fazer sentir prazer.

Quando anda ou fala, está claramente lentificado fisicamente; algumas vezes

almost feeling 'paralysed' or as if walking through sand.

7- Concentration is distinctly affected and slowed.

8- Tends to lose weight when depressed (and before any antidepressant or other drugs are commenced).

9- The severity of depressive episodes appears far worse than would be expected given the circumstances that may precede them or appear to cause them.

10- Early years were no more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying.

11- When not depressed, relationships and work performance are generally good.

12- Depressions can sometimes come 'out of the blue' without any particularly clear reason.

sente-se quase paralisado ou como se estivesse se arrastando.

A concentração está claramente afetada e diminuída.

Tende a perder peso quando está deprimido (antes de ter iniciado qualquer antidepressivo ou outra medicação).

A gravidade dos episódios depressivos parece muito pior do que seria esperado dadas as circunstâncias que eventualmente o precederam ou que o pareciam causar.

Sua infância não foi mais difícil - quando comparado com a maioria das pessoas - em relação a ter tido qualquer problema importante com seus pais ou ter passado por "bullying" (intimidação ou maus tratos).

Quando não está deprimido, o seu desempenho nos relacionamentos e no trabalho geralmente é bom.

Depressões podem às vezes aparecer "do nada", sem qualquer motivo aparente.

RATING (please tick or circle one):

Now, rate the degree to which you believe one of the categories above best matches the patient's overall profile.

1- Description A best matches the overall profile.

2- Description A is somewhat closer to the overall profile than Description B.

3- The overall profile has equal features of Descriptions A and B.

4- Description B is somewhat closer to the overall profile than Description A.

5- Description B best matches the overall profile.

Description B

1- Even when depression is severe, the patient can generally look forward to something really nice coming up.

2- Becomes distinctly more irritable

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Punctuation (please check or circle one alternative):

Now, evaluate to what extent you believe that one of the categories above best represents the overall profile of the patient.

Description 'A' is the one that best depicts the overall profile.

-

-

-

Description 'B' best depicts the overall profile.

Description B

Even when depression is severe, the patient can generally expect that something really good might happen.

-

Pontuação (por favor assinale ou circule uma alternativa):

Agora, avalie em que grau você acredita que uma das categorias acima melhor representa o perfil geral do paciente.

A descrição "A" é a que melhor representa o perfil geral.

A descrição "A" é um pouco mais parecida com o perfil geral que a descrição "B".

O perfil geral tem características das descrições de A e B na mesma proporção.

A descrição "B" é um pouco mais parecida com o perfil geral do que a descrição "A".

A descrição "B" é a que melhor representa o perfil geral.

Descrição B

Mesmo quando a depressão é grave, o paciente geralmente consegue ter uma expectativa de que algo realmente bom vai acontecer.

Fica claramente mais irritável e/ou com

and/or angry when depressed.

3- Even when depression is severe, the patient can generally be cheered up when people are really supportive.

4- Mood lifts (even if temporarily) and can obtain some temporary relief when something nice happens. -

5- If concentration is affected during a depressive episode, it is usually because of worrying too much and having lots of distracting thoughts. -

6- Often gets (non-medication related) food cravings and/or increased appetite when depressed.

Often has (non-drug related) food "cravings" (compulsive eating) and/or increased appetite when depressed.

7- Views self as generally more inclined than most people to become emotional about things (regardless of whether depressed or not).

Considers himself or herself more likely to feel emotional about things (regardless of being depressed or not) in general.

8- Every time depression develops, some cause that explains the depression is apparent. -

9- The severity of depressions can be explained by the type of stressful -

Even when depression is severe, the patient can generally be cheered up when people support him or her.

Mood lifts (even if temporarily) and the patient can feel a temporary relief when something good happens. -

Oftentimes has food 'cravings' (compulsion) and/or increased appetite when depressed (these events are non-drug-related).

Considers himself or herself more likely to feel emotional about things than other people (regardless of being depressed or not). -

The severity of the depressions can be explained by the kind of stressful

raiva quando está deprimido.

Mesmo quando a depressão é grave, o paciente geralmente consegue se animar quando as pessoas o apoiam.

O humor melhora (mesmo que temporariamente) e consegue ter um alívio temporário quando algo de bom acontece.

Se a concentração é afetada durante um episódio depressivo, geralmente é porque está muito preocupado e tem muitos pensamentos passando pela cabeça e lhe distraindo.

Frequentemente tem "fissura" (compulsão) por alimento e/ou aumento do apetite quando está deprimido (não-associado ao uso de medicações).

Considera-se, no geral, mais emotivo com as coisas do que as outras pessoas (independentemente de estar deprimido ou não).

Cada vez que a depressão vem alguma causa que explique a depressão fica aparente.

A gravidade das depressões pode ser explicada pelo tipo de evento

events that precede them and their impact with personality style.

events that precede them, considering the personality style to evaluate the impact of these events.

estressante que as antecede, considerando o estilo de personalidade para avaliar o impacto destes eventos.

10- Even when not depressed, tends to have some difficulties in dealing with their partner, family and other relationships.

-

-

Mesmo quando não está deprimido, tende a ter algumas dificuldades em lidar com o seu parceiro, sua família e outros relacionamentos.

11- Even when not depressed, patient tends to worry more than most people, particularly when under stress

-

-

Mesmo quando não está deprimido, tende a se preocupar mais do que a maioria das pessoas, especialmente quando sob estresse.

12- In childhood and adolescence, the patient experienced more stressful events and major difficulties with parents and others than most people experience.

-

In childhood and adolescence, the patient experienced more stressful events and major difficulties with his or her parents than most people do.

Na infância e adolescência passou por mais eventos estressantes e grandes dificuldades com os seus pais e outras pessoas do que a maioria dos indivíduos passa.

SMPI, Sydney Melancholia Prototype Index; ISPOR, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; V. Version

7. Artigo 2

Application of the Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI) in a Brazilian sample of depressive outpatients

Mateus Frizzo Messinger^{1,2}, Marco Antonio Caldieraro^{1,2}, Bruno Paz Mosqueiro^{1,2}, Felipe Bauer Pinto da Costa^{1,2}, William dos Santos Barcelos^{1,2}, Pedro Victor de Lima Nascimento Santos^{1,2}, Gordon Parker³, Marcelo Pio de Almeida Fleck^{1,2}

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento. Porto Alegre, Brazil.

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria, Porto Alegre, Brazil.

³School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia.

Corresponding author:

Mateus Frizzo Messinger

Tel/fax: 55 (51) 3359-8294

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350/sala 400N

CEP 90035-903 Porto Alegre, Brazil

E-mail: mateusfm@gmail.com

Abstract

Background: Different instruments have been proposed to evaluate melancholia. The Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI) is a scale that uses a non-conventional strategy to evaluate melancholia based on a prototypic model. This study evaluated the instrument for the first time in a non-English-speaking population.

Methods: A sample of 106 Brazilian outpatients with depression was evaluated simultaneously with the Brazilian version of the self-rated SMPI (SMPI-SR) and clinician-rated SMPI (SMPI-CR). The Kappa coefficient and t-test were used to evaluate concurrent validation with DSM-IV, CORE System, HAM-D6, and HAM-D17. The prevalence of melancholia and sensitivity/specificity tests were calculated across instruments.

Results: The kappa agreement between SMPI-CR and DSM-IV was moderate (kappa 0.443 $p \leq 0.001$). Melancholics according to the SMPI-CR had significantly higher scores in CORE with effect size (ES)=0.83 ($p \leq 0.001$), HAM-D17 with ES=0.46 ($p=0.049$), and HAM-D6 with ES=0.65 ($p=0.002$). SMPI-SR melancholics showed higher HAM-D6 scores than non-melancholics with no differences in HAM-D17 and CORE total scores. The prevalence of melancholia was higher using the DSM criteria (56.6%). The accuracy of SMPI based on the DSM-IV criteria indicated low sensibility (51.0%) and high specificity (95.6%).

Conclusion: The clinician-rated version of the Brazilian SMPI (SMPI-CR) presents satisfactory psychometric properties and is a simple and useful option for further studies in the field. The self-rated version (SMPI-SR) showed worse psychometric performance than the SMPI-CR.

Descriptors: depressive disorder/diagnosis, depression, melancholia, sensitivity and specificity, severity of illness index

INTRODUCTION

The term "melancholia" (black bile) first appeared in the *Corpus Hippocraticum* (460-370 BC)¹. In the twentieth century, "melancholia" became reserved for a certain type of depression (weighting biological factors as primary and physical treatments as superior to psychotherapies) that was previously termed endogenous depression². In the last few decades, a pure binary model (i.e. melancholia versus reactive/neurotic depression) has been modified by some proponents to encompass melancholia (as a categorical type) in contrast to a heterogeneous residual group (rather than pure type) of non-melancholic depressive conditions syndromes^{3,4}. Instruments created to diagnose melancholia include the CORE System^{5,6}, the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES)^{7,8}, and the Salpêtrière Retardation Rating Scale⁹. In addition, a six-item version of the Hamilton Scale depression (HAM-D6)¹⁰ has also been positioned as a measure of melancholia^{11,12,13}.

The CORE is a measure of psychomotor disturbance (PMD)¹⁴ with PMD held since classical antiquity to be a key marker of melancholia. It has been validated as a measure of melancholia in a number of studies evaluating causal factors and treatment response^{14,15,16,17}. However, the CORE measure is less accurate in young patients and in those who do not present at the *nadir* of their episode as it weights current and not historical signs¹⁸. In light of those limitations, Parker and colleagues developed the Sydney Melancholia Prototype Index (SMPI) as a diagnostic measure of melancholia capturing prototypic symptoms and illness correlates associated with melancholia^{19,20}. The SMPI has both self-report (SMPI-SR) and clinician-report (SMPI-CR) versions and lists 12 characteristic items of melancholic depression (eight symptoms and four non-symptoms) in the left-hand column and 12 characteristic items of non-melancholic depression (six symptoms and six non-symptoms) in the right-hand column¹⁹. Both versions seek the patient to report symptoms "when feeling at their worst" (whether current or historically). Patients with a diagnosis of depression are assigned as melancholic if they have at least four more items affirmed in the left-hand than in the right-hand column. The cut-off score of four or more was consistent across three studies, and with assignment of melancholic versus non-melancholic depression being quantified with 80-90% accuracy^{18,19,21}.

Recently, a Brazilian Portuguese language version of the SMPI was developed (Messinger et al 2019 - submitted). The objective of this study is to present the first application of the SMPI in a non-English-speaking sample while also evaluating some initial psychometric properties of the instrument in a Brazilian sample.

MATERIALS AND METHODS

To evaluate the performance of the two versions of SMPI (CR and SR) in acutely depressed patients, different assessments were performed. Firstly, examining

the agreement and accuracy between melancholic and non-melancholic assignment by the SMPI with CORE-assigned melancholic and non-melancholic diagnoses, and against the fourth edition of Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) melancholia criterion. Secondly, evaluating the discriminant validity between SMPI assignments and the total CORE score and two versions of the Hamilton Depression Rating Scale – both the 17-item (HAM-D17) and the six-item (HAM-D6) versions of HAM-D. Thirdly, evaluating the validity of the four or more cut-off score for SMPI assignment. Fourthly, quantifying the reliability of the instrument by undertaking a test-retest assessment study.

The general data collection was performed during the first PROTHUM evaluation. The SMPI retest study occurred 1-3 weeks after the initial evaluation. All measures other than the self-reported ones were applied by trained psychiatrists, which were not the same for admission and retest evaluations.

The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Number 16-0540). All patients signed the informed consent form to participate in the study.

Participants

The sample consisted of consecutively assessed patients attending the “Programa de Transtornos de Humor” (PROTHUM) at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, in the city of Porto Alegre, southern Brazil, between January 2017 and September 2018. PROTHUM is a tertiary outpatient center focusing on mood disorders and based at a general hospital. Patients of both sexes aged 18 years or older who met the DSM-IV criteria for a current major depressive episode were included, whether with a unipolar or a bipolar disorder. Patients who were unable to understand or complete the research instruments or who did not meet the DSM-IV depression criteria at the time of the evaluation were excluded.

Procedures

(1) The Mini International Neuropsychiatric Interview-PLUS (MINI-PLUS 5.0), was administered as a structured interview for the diagnosis of depressive episodes including melancholia and psychiatric comorbidities according to the DSM-IV criteria.

(2) The SMPI including the SMPI-SR (patient-rated version) and SMPI-CR, (clinician-rated version) were administered in a standardized way before the MINI PLUS and CORE measure were administered. Initially, patients using the self-report and clinicians using the clinician report marked all listed melancholic (description A) and non-melancholic (description B) characteristics. Subsequently, they checked a five-point SMPI appendix item that allows the rater to record how well (on a 1-5 scale) the patient matches the melancholic or non-melancholic prototype ("Now evaluate to what degree you believe that one of the categories above best represents your overall profile"). This rating process of SMPI was then compared to the previously established 4-item difference criteria for melancholia diagnosis¹⁸.

(3) The 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D17) was used at baseline to quantify depression severity, and allowed HAM-D6¹² scores to be generated. This latter subscale was composed of items 1, 2, 7, 8, 10, and 13 from HAM-D17, and was considered more adequate than the HAM-D17 to access the nuclear or melancholic symptoms of depression¹⁰.

4) The CORE measure, developed by Parker and Hadzi-Pavlovic (1993)⁵ to assess psychomotor disturbance in depression and assign melancholia, required the clinician to rate 18 signs of PMD at baseline and with each item scored on a 0-3 scale. A total score greater than or equal to 8 indicates a melancholic subtype of depression.

Statistical analysis

The data analysis was processed using SPSS 19. The comparative analysis between different tests for the diagnosis of melancholia used the kappa coefficient. Quantitative analysis of HAM-D and CORE scores were performed using t-tests. In addition, a test with provisional use of the DSM-IV melancholia specifier and the CORE measure as gold standards was performed to assess the accuracy of the SMPI. The test-retest analysis also used the kappa coefficient.

RESULTS

The sample consisted of 106 individuals. Participants were predominantly women (79.2%) with a mean age of 51.1 years and a mean of 8.6 years of schooling. Most of the participants (89.6%) came from low-income classes. Bipolar disorder and psychotic (melancholic) depressive episodes had a prevalence of 20.9% and 32.4%, respectively (see Table 1).

Table 1: Demographic data.

Total sample (n)	106
Female gender - n (%)	84 (79.2)
Age – mean (sd)	51.1 (11.9)
Years of study – mean (sd)	8.6 (3.82)
Economic class (%) ¹	
B	11 (10.4%)
C	76 (71.7%)
D-E	19 (17.9%)
Bipolar disorder (%) ²	22 (20.9%)
Lifetime psychosis (%) ²	34 (32.4%)

Note: ¹ Economic class classification according to Brazil 2018 Economic Classification Criteria of the Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); Class A corresponding to highest income and class E to lowest. ² DSM-IV.

The prevalence of melancholia according to the different instruments are presented in Table 2. For comparison, this table includes the prevalence of melancholia observed in an Australian sample reported by Parker et al. (2013) in the original SMPI study¹⁸. In both analyses, the DSM-IV melancholia specifier gave the highest proportion of patients diagnosed as melancholic, and the SMPI-SR gave the lowest proportion.

Table 2- Prevalence of melancholia according to different criteria in the current and Parker et al.(2013) study

Melancholia criterion	Current study (n =106)	Parker et al. (2013) (n =214)
DSM-IV specifier	56.6%	64.5%
CORE ≥ 8 ¹	31.4%	-
SMPI-SR ³	19.8%	37.0%
SMPI-CR ²	31.1%	44.5%

Note: ¹CORE ≥ 8 = Cut-off point for melancholia equal to or above 8 points;² SMPI-CR = Sydney Melancholia Prototype Index - Clinician-rated version;³ SMPI-SR = Sydney Melancholia Prototype Index - Self-report.

Table 3 compares the responses provided by patients (SMPI-SR) and clinicians (SMPI-CR) when answering the instrument's final question. Clinicians whose response assigned a diagnosis of melancholia according to the 4-item difference criteria of the SMPI-CR classified 100% of patients to options 1 or 2 (reflecting the view that the episode is most likely to be melancholic in type). Patients assigned as having melancholia by the 4-item difference criteria of SMPI-SR were most likely to affirm options 1 or 2 (81%) while the remaining 19% affirmed option 3 (i.e. the depression was indeterminate in type). Patients assigned with a non-melancholic depression by the SMPI-SR were most likely (62.5%) to affirm option 3; while 55.6% of those assigned as having a non-melancholic depression on the SMPI-CR were assigned to options 4 and 5 (weighting non-melancholic depression) and an additional 22.2% were assigned to the indeterminate option 3.

Table 3: Subjective evaluation of overall profile of SMPI-SR and SMPI-CR compared to the objective diagnostic criterion¹

Objective diagnostic criterion ¹	Subjective evaluation				
	1- Description "A" best represents my overall profile.	2- Description "A" is somewhat closer to my general profile than description "B".	3- My general profile has characteristics of descriptions "A" and "B" in the same proportion.	4- The "B" description is somewhat closer to my general profile than description "A".	5- Description "B" best represents my overall profile.
Melancholia					
SMPI-SR	13 (61.9%)	4 (19.0%)	4 (19.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
SMPI-CR	29 (90.6%)	3 (9.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Non-melancholia					
SMPI-SR	9 (11.3%)	5 (6.3%)	50 (62.5%)	9 (11.3%)	7 (8.8%)
SMPI-CR	3 (4.2%)	13 (18.1%)	16 (22.2%)	22 (30.6%)	18 (25.0%)

Note: ¹Objective diagnostic criterion: (description A has 4 or more items than description B); SMPI-SR, Self-rated Sydney Melancholia Prototype Index and SMPI-CR, Clinician-rated Sydney Melancholia Prototype Index.

Table 4 shows the agreement of the SMPI in both versions (SMPI-CR and SMPI-SR)—both with each other and with the other two measures of melancholia: the DSM-IV melancholia specifier and the CORE measure with a cut-off of 8 points or more⁵. To evaluate the discriminant validity, we compared the means of the CORE, HAM-D17, and HAM-D6 for melancholic and non-melancholic patients according to the SMPI.

Table 4: Agreement and discriminant validity of SMPI-CR and SMPI-SR compared to each other and with other study measures

Test	SMPI-SR		DSM-IV (melancholia)		CORE \geq 8 (melancholia)		CORE				HAM-D17				HAM-D6			
	Kappa	P	kappa	p	kappa	p	Mean Mel	Mean NMel	p	ES	Mean Mel	Mean NMel	p	ES	Mean Mel	Mean NMel	p	ES
SMPI-CR	.22	.019	.44	<.001	.34	.001	8.6	5.0	<.001	0.83	23.4	21.1	.049	0.46	12.3	10.7	.002	0.65
SMPI-SR	----		.07	.299	.02	.833	7.4	5.8	.165	0.34	22.7	21.4	.058	0.49	12.3	10.9	.035	0.53

Note: SMPI-SR, Self-rated Sydney Melancholia Prototype Index and SMPI-CR; Clinician-rated Sydney Melancholia Prototype Index; *p*: significance; *Mel*: melancholia; *NMel*: non-melancholia; *ES*: effect size; *CORE*: CORE System; *HAM D17*: Hamilton Depression Scale – 17 items; *HAM D6*: Hamilton Depression Scale- 6 items.

The SMPI-CR assignment to melancholia had moderate agreement with the CORE assignment for melancholia (cut-off point greater than or equal to 8) and with the DSM-IV melancholia criterion. Regarding the discriminant validity, the melancholic group defined by SMPI-CR had significantly greater psychomotor disturbance as measured by the CORE than the non-melancholic group (mean scores 8.6 vs 5.0, $p < 0.001$) with an effect size of 0.83. When we compared the HAM-D scores of the SMPI-CR-assigned melancholic subjects (versus non-melancholic subjects), there was a larger effect size for the HAM-D6 (0.65) than for the HAM-D17 measure (0.47). This finding indicates a greater severity of the episode among SMPI-CR-assigned melancholic subjects, mostly due to the nuclear or melancholic items of the HAM-D. The percentage of patients who received a diagnosis of melancholia by both SMPI and also met the $CORE \geq 8$ criteria was 50% for the SMPI-SR and 55% for the SMPI-CR.

The SMPI-SR assignment of melancholia showed no statistically significant agreement with melancholia assignment by either the CORE or DSM-IV criteria ($p = 0.833$ and $p = 0.299$, respectively), although there was a 50% concordance in melancholia assigned by SMPI-SR and $CORE \geq 8$. The SMPI-SR-melancholic-defined subjects presented higher HAM-D6 scores than non-melancholic subjects (mean scores 12.3 vs 10.9, $p = 0.035$), but there were no differences in HAM-D17 and CORE total scores between the two groups (HAM-D17: means 22.7 vs 21.4, $p = 0.058$; CORE: mean scores 7.4 vs 5.8, $p = 0.165$). The agreement between the SMPI-SR and SMPI-CR versions was low ($\kappa = 0.218$; $p = 0.019$).

Table 5 shows the SMPI sensitivity and specificity data (for assigning melancholic status) in relation to DSM-IV criteria or a $CORE \geq 8$ as reference measures. Despite the low sensitivity, there was high specificity of the SMPI-CR (0.96) in relation to the DSM-IV and moderate specificity in relation to $CORE \geq 8$ (0.79). In relation to DSM-IV and $CORE \geq 8$, the SMPI-SR also showed low sensitivity (23,3% and 33,3%, respectively) but moderate specificity (84.8% and 80.6%, respectively).

Table 5: Sensitivity and specificity of the SMPI measures in relation to DSM-IV and CORE reference measures for assigning melancholia

Test	DSM-IV		CORE \geq 8	
	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Sensitivity (%)	Specificity (%)
SMPI-CR	51.7	95.6	54.5	79.2
SMPI-SR	23.3	84.8	33.3	80.6

The test-retest results showed significant agreement for both versions of SMPI. SMPI-CR had low to moderate kappa coefficient agreement of 0.393 ($p = 0.003$). SMPI-SR had a low kappa coefficient of 0.267 ($p = 0.045$) for the total retest sample.

DISCUSSION

SMPI is a prototypical scale developed to describe the melancholic patient profile and to differentiate it from the non-melancholic one. The classical psychometric properties used for instruments presenting ordinal or interval response scales are

therefore not applicable, e.g., internal consistency, use of construct validation strategies as factor analysis.

SMPI has excellent face validity because it is composed of items classically used to describe melancholia such as low energy, anhedonia with non-reactive mood, morning worsening, lack of future perspective, motor slowing, lack of concentration, weight loss, disproportion to external events, absence of significant stressors in childhood, good interpersonal patterns between episodes, and an absence of triggering factors.

Considering the different criteria used to assign melancholia in the study, the DSM-IV specifier for melancholia identified the highest prevalence (56.6%). This finding is consistent with the fact that the DSM IV specifier criteria are very broad and almost overlap the criteria for major depression²². The self-report version (SMPI-SR) presented the lowest prevalence of melancholia (19.8%), followed by the SMPI-CR and the CORE measure with very similar values (31% for both). Similar to the CORE measure, the SMPI showed more restrictive criteria for melancholia. This feature could impact clinical research because it potentially allows the identification of a more strict and homogeneous group of patients. This homogeneity provides a better chance to find biological correlates and more specific treatments.

There were some similarities between our study and the Parker and colleagues' study with an Australian sample¹⁸. In both, the DSM criteria showed the highest prevalence, and the SMPI-SR, the lowest. However, there was a lower prevalence of melancholia using different instruments in the Brazilian sample. This may be due to the specificities of samples in each study. SMPI-SR presents a much lower prevalence of melancholia comparing to other instruments in the Brazilian sample. We hypothesize that differences between the two samples, such as the lower educational level of the Brazilian sample, could influence the way that people read and understand the instructions of a prototype scale.

The convergent validity of SMPI-CR with other measures of melancholia performed satisfactorily. This measure had a moderate kappa coefficient with other melancholia criteria (DSM-IV and CORE ≥ 8 specifier). It also presented larger effect sizes when melancholic vs. non-melancholic subjects were compared based on scales that measure intensity of melancholic symptoms (CORE and HAM-D6). The self-report version (SMPI-SR) did not agree with the other measures (DSM specifier, HAM-D17 and CORE ≥ 8), but did show higher scores of HAM-D6 for melancholics. In addition, the diagnostic agreement of melancholia evaluated by SMPI-SR and SMPI-CR was low, what is consistent with the results as described by Parker et al. (2013) in an Australian sample¹⁸.

The SMPI was developed to assess the worst moment of a patient's experience of depression. Therefore, it should yield similar results if administrated at different time points during the same depressive episode even if the severity of symptoms has changed. This property was confirmed for both SMPI versions by showing test-retest reliability.

One limitation of this study is the current lack of a gold-standard criterion for the diagnosis of melancholia. In Parker and colleagues' study (2013), a clinical interview

by experts was used as the gold standard. Here, we used a different strategy comparing the performance of SMPI with other classical instruments used in literature to evaluate melancholia. Another limitation was that the sample size that limited any sub-group analysis.

CONCLUSION

This study presents the first data on the SMPI instrument in a language other than English. The Brazilian version of the SMPI has excellent face validity. The SMPI-CR version performed satisfactorily in discriminating melancholia when comparing to other instruments. These results indicate that the Brazilian SMPI-CR is suitable for use on future studies on melancholia, with the potential to characterize a more homogeneous group of the melancholic syndrome. The SMPI-SR performance was poorer, and future studies are needed to clarify if it is adequate to use this self-report version in Brazilian samples.

Declaration of conflicts of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Research Funding

This study received specific funding from *Fundo de Incentivo a Pesquisa e Eventos of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE/HCPA)*.

REFERENCES

1. Ban TA. From Melancholia to Depression: A History of Diagnosis and Treatment. International Network for the History of Neuropsychopharmacology; 2014. 55 p.
2. Telles-Correia D, Marques JG. Melancholia before the twentieth century: Fear and sorrow or partial insanity? *Front Psychol*. 2015; 6:81.
3. Parker G. Defining melancholia : the primacy of psychomotor disturbance. 2007;115(5):21-30.
4. Fink M, Bolwig TG, Parker G, Shorter E. Melancholia: restoration in psychiatric classification recommended. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(2):89-92.
5. Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, Brodaty H, et al. Inter-rater reliability of a refined index of melancholia: the CORE system. *J Affect Disord*. 1993;27(3):155-62.
6. Hickie I, Mason C, Parker G. Comparative validity of two measures of psychomotor function in patients with severe depression. *J Affect Disord*. 1996;37(2-3):143-9.
7. Bech P. The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) in clinical trials of therapies in depressive disorders: A 20-year review of its use as outcome measure. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(4):252-64.
8. Bech P, Rafaelsen OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1980;62(S285):128-132.

9. Dantchev N, Widlöcher DJ. The measurement of retardation in depression. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(14):19-25.
10. Bech P, Allerup P, Gram LF, et al. The Hamilton Depression Scale: Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand*. 1981;63(3):290-9.
11. Hooper CL, Bakish D. An examination of the sensitivity of the six-item Hamilton Rating Scale for Depression in a sample of patients suffering from major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2000;25(2):178-84.
12. Caldieraro MA, Vares EA, Spanemberg L, Radtke Becker F, Fleck MP. Association between core-assigned melancholia and the melancholia subscale of the HAM-D. *J Affect Disord*. 2014;172:175-8.
13. Thase ME, Hersen M, Bellack AS, Himmelhoch JM, Kupfer DJ. Validation of a Hamilton subscale for endogenomorphic depression. *J Affect Disord*. 1983;5(3):267-78.
14. Parker G, McCraw S. The properties and utility of the CORE measure of melancholia. *J Affect Disord*. 2017;207:128-135.
15. Caldieraro MAK, Baeza FLC, Pinheiro DO, Ribeiro MR, Parker G, Fleck MP. Clinical differences between melancholic and nonmelancholic depression as defined by the CORE system. *Compr Psychiatry*. 2013;54(1):11-15.
16. Caldieraro MA, Baeza FLC, Pinheiro DO, Ribeiro MR, Parker G, Fleck MP. Prevalence of psychotic symptoms in those with melancholic and nonmelancholic depression. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(10):855-9.
17. Spanemberg L, Caldieraro MA, Vares EA, et al. Biological differences between melancholic and nonmelancholic depression subtyped by the CORE measure. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;15:23-31.
18. Parker G, McCraw S, Fletcher K, Friend P, Futeran S. ScienceDirect Validation of a new prototypic measure of melancholia. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):835-841.
19. Parker G, McCraw S, Blanch B, Hadzi-pavlovic D, Synnott H, Rees A. Discriminating melancholic and non-melancholic depression by prototypic clinical features. *J Affect Disord*. 2013;144(3):199-207.
20. Parker G, Fletcher K, Hyett M, Hadzi-Pavlovic D, Barrett M, Synnott H. Measuring melancholia: The utility of a prototypic symptom approach. *Psychol Med*. 2009;39(6):989-98.
21. Parker G, McCraw S, Hadzi-Pavlovic D. The utility of a classificatory decision tree approach to assist clinical differentiation of melancholic and non-melancholic depression. *J Affect Disord*. 2015;180:148-153.
22. Parker G, Brotchie H. Depressão maior suscita questionamento maior [Major depression invites major concerns]. *Braz J Psychiatry*. 2009;31(1):S3-6.

8. Conclusão e considerações finais

O conceito de melancolia conta com uma longa trajetória desde o Corpus Hippocraticum, e ao longo dos tempos teve sua relevância, compreensão e descrição modificada por diversos autores em diferentes contextos culturais. Há uma percepção, entretanto, estável de certos componentes da melancolia como doença, que desde cedo foi distinta da melancolia como caráter na teoria dos humores de Hipócrates e depois Galeno: persistência de humor triste, ocorrência de medos e ideias fixas e marcante distúrbio psicomotor. O século XX permitiu ampliação de conceitos à luz de novos tratamentos disponibilizados, e novas edições de manuais diagnósticos desde DSM-III e CID-6 até a atualidade favoreceram uma classificação unitária para a depressão. Na visão unitária, a melancolia não consta como transtorno afetivo ou ocupa uma categoria de subtipo de depressão (em geral se referindo ao grupo de pacientes mais graves).

As últimas quatro décadas, entretanto, trouxeram contribuições importantes de diversos autores para a discussão de uma visão binária acerca de depressão, partindo da verificação da heterogeneidade do grupo de pacientes incluídos no diagnóstico de Depressão Maior. Esta visão propõe uma distinção, dentro desse grande grupo, de uma amostragem menor, mais homogênea, que manteria um padrão semelhante de curso, gravidade, marcadores laboratoriais, resposta a tratamentos específicos (e não resposta a outros), além de distinto distúrbio psicomotor. As evidências permitiram uma aproximação do grupo descrito ao distinto padrão depressivo de tipo “endógeno”, “endogenomórfico” ou melancólico, em oposição ao padrão “exógeno” ou “reativo” de depressão. Na perspectiva binária da depressão, a melancolia passou a ser estudada como um possível transtorno afetivo distinto.

No período, diferentes instrumentos buscaram quantificar, distinguir e caracterizar com maior precisão a diferença entre os pacientes agrupados sob o heterogêneo conceito de depressão, sendo o mapeamento do distúrbio psicomotor (DPM) uma via distintiva útil. A complexidade do conceito, entretanto, mostrou ser a melancolia um tanto ampla em sua descrição para permitir um entendimento entre diferentes avaliadores. Por suas características singulares e bons indicadores de

sensibilidade e especificidade, o SMPI foi escolhido para este estudo aprofundado de suas propriedades psicométricas, utilizando para isso uma versão em idioma local. As etapas do desenvolvimento foram:

- 1- Revisão bibliográfica abrangendo as origens e desenvolvimento histórico do conceito da melancolia, a discussão da visão binária sobre a depressão, a teoria da psicometria, o método *Q-sort* e os recentes debates ocorrido no contexto do lançamento do DSM-5, acerca da criação ou não de um diagnóstico distinto de transtorno afetivo para a melancolia;
- 2- Tradução e adaptação transcultural do SMPI a partir do instrumento original em inglês para o português brasileiro seguindo uma normatização reconhecida internacionalmente (enfoque do artigo 1);
- 3- Aplicação do instrumento SMPI em português brasileiro, em versões autoaplicável pelo paciente (SMPI-SR) e aplicada pelo clínico (SMPI-CR), em amostra de pacientes brasileiros com diagnóstico de depressão resistente. O objetivo foi o de estudar as propriedades psicométricas do instrumento, especial sua validação concorrente com outros testes utilizados para distinção da melancolia e estabilidade pela avaliação teste-reteste (enfoque do artigo 2).

O artigo 1 ocupou-se de descrever o passo-a-passo para uma tradução e adaptação transcultural adequada seguindo os critérios do grupo de Tradução e Adaptação Transcultural (*TCA group*) da ISPOR, no qual foi obtida uma versão em português brasileiro do SMPI em suas formas autoaplicável pelo paciente (SMPI-SR) e aplicada pelo clínico (SMPI-CR), com participação no processo do próprio autor do instrumento original, Professor Gordon Parker.

O artigo 2 descreveu a sua aplicação em uma amostra de 106 pacientes ambulatoriais no PROTHUM/HCPA, com resultados indicando validade de conteúdo e de critério, e estabilidade comprovada em teste-reteste.

A disponibilidade de uma tradução do SMPI original – a primeira versão em língua não-inglesa- é uma contribuição importante para futuras pesquisas em depressão melancólica. Trata-se de um instrumento curto, com uma excelente validade de face que

parece medir de forma adequada e mais específica a depressão melancólica. Baseado nos dados deste trabalho a versão preenchida pelo clínico (SMPI-CR) apresentou um desempenho melhor que a versão preenchida pelo paciente (SMPI-SR) numa amostra de pacientes deprimidos ambulatoriais de nível educacional médio e nível sócio-econômico baixo a médio.

A aplicação do instrumento SMPI traduzido em novos estudos permitirá que suas características psicométricas continuem a ser estudadas em diferentes amostras e contextos clínicos.

8. Referências Bibliográficas

1. Cordás TA, Emilio MS. História Da Melancolia. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. 167p.
2. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: A conceptual history. *Br J Psychiatry*. 1988;153(3):298-304.
3. Ban TA. From Melancholia to Depression: A History of Diagnosis and Treatment. International Network for the History of Neuropsychopharmacology; 2014. 55p.
4. Nardi AE. Mourning and Melancholia, Sigmund Freud (1917) – The 100-year anniversary of the publication of this landmark essay about depression. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(4):307-308.
5. Freud S. Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works. 1917.
6. Parker G, Paterson A. Melancholia: Definition and management. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27(1):1-6.
7. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. *Am J Psychiatry*. 1997. doi:10.1176/ajp.154.1.4
8. Swartz C, Shorter E, Parker G, et al. Issues for DSM-5: Whither Melancholia? The Case for Its Classification as a Distinct Mood Disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):745-747.
9. Arana GW, Baldessarini RJ, Ornstein M. The Dexamethasone Suppression Test for Diagnosis and Prognosis in Psychiatry: Commentary and Review. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42(12):1193-204.
10. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, et al. Melancholia: Definitions, risk factors, personality, neuroendocrine markers and differential antidepressant response. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(3):376-83.
11. Parker G. Retrospective : Pursuing melancholia – The Australian contribution. 2017;51(1):10-11.
12. Parker G. Diagnosing melancholic depression: Some personal observations. *Australas Psychiatry*. 2017;25(1):21-24.
13. Parker G, Mccraw S, Blanch B, Hadzi-pavlovic D, Synnott H, Rees A. Discriminating melancholic and non-melancholic depression by prototypic clinical features. *J Affect Disord*. 2013;144(3):199-207.
14. Parker G, Mccraw S, Fletcher K, Friend P, Futeran S. ScienceDirect Validation of a new prototypic measure of melancholia. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):835-841.

15. Parker G, Roussos J, Austin M, Hadzi-pavlovic D, Wilhelm K, Mitchell P. Disordered personality style : higher rates in non-melancholic compared to melancholic depression. 1998;47:131-140.
16. Bech P, Rafaelsen OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech- Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1980;62:128-132.
17. Bech P. The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) in clinical trials of therapies in depressive disorders: A 20-year review of its use as outcome measure. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(4):252-64.
18. Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, Brodaty H, et al. Inter-rater reliability of a refined index of melancholia: the CORE system. *J Affect Disord.* 1993;27(3):155-162.
19. Dantchev N, Widlöcher DJ. The measurement of retardation in depression. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(14):19-25.
20. Fleck MP CJ. Concurrent validity of the Retardation Depressive Scale. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul.* 1998;20 (2):32-36.
21. Bech P, Allerup P, Gram LF, et al. The Hamilton Depression Scale: Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand.* 1981;63(3):290-9.
22. Caldieraro MA, Vares EA, Spanemberg L, Radtke Becker F, Fleck MP. Association between core-assigned melancholia and the melancholia subscale of the HAM-D. *J Affect Disord.* 2014;172:175-8.
23. Pier MPBI, Hulstijn W, Sabbe BGC. Differential patterns of psychomotor functioning in unmedicated melancholic and nonmelancholic depressed patients. *J Psychiatr Res.* 2004;38(4):425-435.
24. Brébion G, Smith MJ, Widlocher D. Discrimination and response bias in memory: Effects of depression severity and psychomotor retardation. *Psychiatry Res.* 1997;70(2):95-103.
25. Block J. Q-sort methodology. In: *The Q-Sort in Character Appraisal: Encoding Subjective Impressions of Persons Quantitatively.* 2008;p.45-53.
26. Watts S, Stenner P. Doing Q methodology: Theory, method and interpretation. *Qual Res Psychol.* 2005;2:67-91.
27. Parker G, Fletcher K, Hyett M, Hadzi-Pavlovic D, Barrett M, Synnott H. Measuring melancholia: The utility of a prototypic symptom approach. *Psychol Med.* 2009;39(6):989-98.
28. Porto Editora. *Infopédia - Dicionários.* Porto Editora. Portugal. www.infopedia.pt
29. Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C, Smith A. Métodos de pesquisa em psicologia. In: *Artmed*, ed. 3rd ed. Porto Alegre; 2010:504p.
30. Pasquali L. *Psicometria.* Rev da Esc Enferm da USP. 2009;43:992-9.
31. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini C. *Psicometria.* 1st ed. Artmed. Porto Alegre;

- 2015:162p.
32. Gorestein C, Wang Y-P, Hungerbüler I. Instrumentos de Avaliação Em Saúde Mental. *Artmed. Porto Alegre*; 2015:524p.
 33. Parker G. Defining melancholia : the primacy of psychomotor disturbance. *2007;115(5):21-30.*
 34. Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes--coeficiente kappa. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(1):72-80.

ANEXOS

SMPI-CR e SMPI-SR em versões originais.

SMPI – Clinician-Rated version (SMPI-CR)

PATIENT ID _____

Below are two descriptions of depression (A and B). Read each carefully and select any statement that characterises the patient's experience of depression (when feeling at their worst). You should select all appropriate and characteristic statements from the descriptions below.

<i>Description A</i>	<i>Description B</i>
<input type="checkbox"/> Very low energy and finding it extremely hard to get out of bed and get going.	<input type="checkbox"/> Even when depression is severe, the patient can generally look forward to something really nice coming up.
<input type="checkbox"/> Depressed mood completely prevents patient getting any real pleasure in life, and normally pleasing or humorous things won't lift mood – and at best, only superficially.	<input type="checkbox"/> Becomes distinctly more irritable and/or angry when depressed.
<input type="checkbox"/> Mood and energy levels are worse in the mornings.	<input type="checkbox"/> Even when depression is severe, the patient can generally be cheered up when people are really supportive.
<input type="checkbox"/> Completely loses interest in things, including hobbies and activities that would usually be enjoyed when not depressed.	<input type="checkbox"/> Mood lifts (even if temporarily) and can obtain some temporary relief when something nice happens.
<input type="checkbox"/> Can't look forward to anything in life.	<input type="checkbox"/> If concentration is affected during a depressive episode, it is usually because of worrying too much and having lots of distracting thoughts.
<input type="checkbox"/> In walking and talking, is distinctly physically slowed, at times almost feeling 'paralysed' or as if walking through sand.	<input type="checkbox"/> Often gets (non-medication related) food cravings and/or increased appetite when depressed.
<input type="checkbox"/> Concentration is distinctly affected and slowed.	<input type="checkbox"/> Views self as generally more inclined than most people to become emotional about things (regardless of whether depressed or not).
<input type="checkbox"/> Tends to lose weight when depressed (and before any antidepressant or other drugs are commenced).	<input type="checkbox"/> Every time depression develops, some cause that explains the depression is apparent.
<input type="checkbox"/> The severity of depressive episodes appears far worse than would be expected given the circumstances that may precede them or appear to cause them.	<input type="checkbox"/> The severity of depressions can be explained by the type of stressful events that precede them and their impact with personality style.
<input type="checkbox"/> Early years were no more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying.	<input type="checkbox"/> Even when not depressed, tends to have some difficulties in dealing with their partner, family and other relationships.
<input type="checkbox"/> When not depressed, relationships and work performance are generally good.	<input type="checkbox"/> Even when not depressed, patient tends to worry more than most people, particularly when under stress.
<input type="checkbox"/> Depressions can sometimes come 'out of the blue' without any particularly clear reason.	<input type="checkbox"/> In childhood and adolescence, the patient experienced more stressful events and major difficulties with parents and others than most people experience.

RATING (please tick or circle one):

Now, rate the degree to which you believe one of the categories above best matches the patient's overall profile.

1	2	3	4	5
Description A best matches the overall profile	Description A is somewhat closer to the overall profile than Description B	The overall profile has equal features of Descriptions A and B	Description B is somewhat closer to the overall profile than Description A	Description B best matches the overall profile

Sydney Melancholia Prototype Inventory (SMPI) – Patient Report Version

Below are two descriptions of depression (A and B). Read each carefully and tick (✓) any statement that characterises your experience of depression (when feeling at your worst). You should tick (✓) all appropriate and characteristic statements from the descriptions below.

Description A	Description B
<input type="checkbox"/> I have very low energy and find it extremely hard to get out of bed and get going.	<input type="checkbox"/> Even when my depression is severe, I can generally look forward to something really nice coming up.
<input type="checkbox"/> My depressed mood completely prevents me from getting any real pleasure in life, and normally pleasing or humorous things won't lift my mood – or, at best, only superficially.	<input type="checkbox"/> I find that I become distinctly more irritable and/or angry when I'm depressed.
<input type="checkbox"/> My mood and energy levels are worse in the mornings.	<input type="checkbox"/> Even when my depression is severe, I can generally be cheered up when people are really supportive.
<input type="checkbox"/> I completely lose interest in things, including hobbies and activities that I would usually enjoy when not depressed.	<input type="checkbox"/> My mood lifts (even if temporarily) and I can obtain some temporary relief when something nice happens.
<input type="checkbox"/> I find that I can't look forward to anything in life.	<input type="checkbox"/> If my concentration is affected during a depressive episode, it is usually because I am worrying too much and have lots of thoughts going through my head distracting me.
<input type="checkbox"/> In walking and talking, I'm distinctly physically slowed, at times almost feeling 'paralysed' or as if I'm walking through sand.	<input type="checkbox"/> I often get (non-medication related) food cravings and/or increased appetite when I'm depressed.
<input type="checkbox"/> My concentration is distinctly affected and slowed.	<input type="checkbox"/> I view myself as generally more inclined than most people to become emotional about things (regardless of whether I'm depressed or not).
<input type="checkbox"/> I tend to lose weight when I'm depressed (and before any antidepressant or other drugs are commenced).	<input type="checkbox"/> Every time I get depressed, I can find some cause that explains the depression to me.
<input type="checkbox"/> The severity of my depressive episodes appears far worse than would be expected given the circumstances that may precede them or appear to cause them.	<input type="checkbox"/> The severity of my depressions can be explained by the type of stressful events that precede them and the impact that these events have on me given my type of personality.
<input type="checkbox"/> I don't think that my early years were any more difficult - when compared to most people - in terms of having any major difficulties with parents or bullying.	<input type="checkbox"/> Even when I'm not depressed, I tend to have some difficulties in dealing with my partner, family and other relationships.
<input type="checkbox"/> When I'm not depressed my relationships and work performance are generally good.	<input type="checkbox"/> Even when I'm not depressed, I tend to worry more than most people, particularly when under stress.
<input type="checkbox"/> My depressions can sometimes come 'out of the blue' without any particularly clear reason.	<input type="checkbox"/> In childhood and adolescence, I experienced more stressful events and major difficulties with my parents and others than most people experience.

RATING (circle one):

Now, rate the degree to which you believe one of the categories above best matches your overall profile.

1	2	3	4	5
Description A best matches my overall profile	Description A is somewhat closer to my overall profile than Description B	My overall profile has equal features of Descriptions A and B	Description B is somewhat closer to my overall profile than Description A	Description B best matches my overall profile