

EPISODE DEPRESIF BERAT DENGAN GEJALA PSIKOTIK : SEBUAH LAPORAN KASUS

Dewa Putu Eka Juli Antara
Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali.

ABSTRAK

Gangguan depresi adalah bagian dari gangguan *mood* yang dapat terjadi pada semua usia. Gangguan depresif berat sekarang telah menjadi masalah kesehatan yang serius. Biasanya gangguan ini dialami pada dekade 2 sampai 5 (rata-rata usia 40 tahun). Prevalensinya seumur hidup kira-kira 15% pada laki-laki sedangkan pada perempuan mungkin sampai 25%. Gangguan depresi berat dengan gejala psikotik adalah depresi yang parah walau bukan penderita psikotik. Gangguan ini ditegakkan dengan adanya gejala episode depresif berat ditambah dengan gejala psikotik. Pada laporan kasus ini membahas kasus episode depresif berat dengan gejala psikotik pada perempuan berusia 40 tahun. Pasien ini mendapatkan psikoterapi dan fluoxetine 1 x 20 mg per oral dan Risperidone 2 x 1 mg per oral.

Kata kunci: *depresif berat dengan gejala psikotik*

WEIGHT WITH DEPRESSIVE EPISODES OF PSYCHOTIC SYMPTOMS: A CASE REPORT

ABSTRAK

Depressive disorder is part of a mood disorder that can occur at any age. Major depressive disorder has now become a serious health problem. This disorder is usually experienced in the decade of 2 to 5 (mean age 40 years). Lifetime prevalence is approximately 15% in males while in females may be up to 25%. Major depressive disorders with psychotic symptoms are severe depression, although not psychotic. This disorder is confirmed by the presence of symptoms of severe depressive episode with psychotic symptoms plus. In this case report discusses the case of severe depressive episode with psychotic symptoms in women aged 40 years. These patients receive psychotherapy and fluoxetine 1 x 20 mg orally and 2 x 1 mg risperidone orally.

Keywords: major depressive with psychotic symptoms

PENDAHULUAN

Salah satu bentuk gangguan *mood* yang sering terjadi pada semua usia di masyarakat yaitu gangguan depresi. Gangguan ini dikatakan dengan seiring bertambah usia, insiden kejadiannya juga meningkat. (Greydanus dkk, 2009) Sebuah penelitian di Amerika Serikat

didapatkan bahwa gangguan depresif berat terjadi pada 13 sampai 14 juta orang dewasa di Amerika Serikat dan mengakibatkan penderitaan yang signifikan bagi penderitanya dalam hidup (Kessler RC dkk, 2005). Gangguan depresif berat sekarang telah menjadi

masalah kesehatan yang serius dimana diperkirakan gangguan ini akan menduduki peringkat kedua penyebab disabilitas pada tahun 2020, setelah penyakit kardiovaskular. (Charu Taneja dkk, 2012) Gangguan depresi berat dengan gejala psikotik adalah depresi yang parah walau bukan penderita psikotik. (Maslim, 2001)

Menurut berbagai penelitian, gangguan depresi secara konsisten menunjukkan beban biaya kesehatan mental yang paling besar. Menurut WHO, dalam hal *disability-adjusted life-years* (DALY's) tahun 1996 memasukkan gangguan depresi sebagai 10 terbesar penyebab kehilangan DALY diantara berbagai subkelompok, misalnya : pria, wanita dan negara berkembang. (Maramis dkk, 2009)

Diproyeksikan pada tahun 2020, depresi berat merupakan gangguan yang paling banyak, juga dari segi beban pada kesejahteraan manusia yang paling besar. Sedangkan prevalensi menurut jenis kelamin sangat konsisten pada berbagai studi yaitu wanita dua kali dibanding pria mengalaminya. Komorbiditas psikiatri didapatkan pada 3 dari 4 individu dewasa dengan depresi berat dalam perjalanan hidupnya. (Maramis, 2009). Depresi dikatakan menjadi faktor penting dalam kasus kejadian bunuh diri. (Sadock dkk, 2007) Beberapa faktor yang berperan dalam kejadian depresi dapat dibagi menjadi tiga yaitu faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial. (Kaplan, 2010)

Hingga sekarang terapi yang paling efektif untuk gangguan depresif berat yaitu kombinasi antara psikoterapi dan farmakoterapi. Psikoterapi jangka pendek dapat dibagi menjadi yaitu terapi kognitif,

terapi perilaku dan terapi interpersonal. (Kaplan, 2010)

ILUSTRASI KASUS

Pasien perempuan, 40 tahun, agama Hindu, suku Bali, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir tamat SMA, ibu rumah tangga, sudah menikah, datang ke IRD RSUP Sanglah (30 Maret 2012) dengan diantar oleh anaknya. Saat itu pasien diwawancarai dalam posisi terbaring dan pemeriksa berada di sebelah kanan pasien. Penampilan pasien tampak tidak rapi. Pasien mengenakan baju daster berwarna hitam bunga-bunga dan diselimuti kain berwarna coklat. Pasien berperawakan kurus dengan tinggi badan sekitar 160 cm dan berat badan 45 kg, warna kulit sawo matang. Selama wawancara pasien tampak tenang dan mau menatap pemeriksa. Pasien berbicara menggunakan bahasa Indonesia dan bahasa bali dengan volume suara terdengar jelas. Pasien mampu menjawab pertanyaan dengan jelas dan dapat dimengerti.

Pasien bisa menyebutkan nama, umur, alamat dan yang mengantar dengan benar. Roman muka sesuai umur, tampak sedih dan cemas. Ketika ditanya perasaannya saat ini, pasien mengaku merasa sedih. Ia mengaku memiliki banyak masalah. Terakhir ia merasa sedih dan marah karena anak terakhirnya menikah dalam usia yang sangat muda. Ia merasa kalau anaknya belum waktunya dan melarang untuk menikah tetapi akhirnya anaknya tetap menikah. Sampai sekarang pasien tidak pernah bertemu dan berkomunikasi dengan anaknya tersebut. Pasien merasa tidak bisa mengurus anaknya tersebut. Sebelum kejadian itu, pasien berhenti dari pekerjaannya sebagai tukang salon. Ia mengatakan karyawan salon lain tempat

ia bekerja memberikan susu dan makanan yang menurutnya sudah disi guna-guna karena setelah itu pasien sering merasa nyeri perut dan mual-mual. Sejak saat itu pasien tinggal di rumah dan merasa mudah lelah meskipun hanya sedikit melakukan aktivitas, sering merasa tidak bersemangat, nafsu makan menurun, serta sering muncul keluhan sulit tidur. Pasien sering terbangun saat tidur pada malam harinya dan sulit untuk memulai tidur kembali. Ia merasa pesimis dengan hidupnya bahkan ia pernah ingin mengakhiri hidupnya karena merasa tidak kuat dengan beban hidupnya namun ia teringat dengan anak dan cucunya sehingga membatalkan niat tersebut. Ia telah bercerai dengan suami pertama dan sekarang sudah menikah dengan suami kedua sekitar 8 tahun. Ia mengaku keluarganya baik-baik saja dengan suaminya namun beberapa tahun terakhir komunikasi dengan suami keduanya terganggu. Pasien dalam wawancara sesekali menangis.

Pasien mengatakan tidak pernah memiliki keluhan yang sama sebelumnya. Riwayat penyakit yang sama di keluarga disangkal. Riwayat penyakit fisik lain disangkal. Pasien mengatakan bahwa dia tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman keras atau menggunakan zat terlarang.

Berdasarkan wawancara dengan anak pertamanya, pasien dikatakan mengalami keluhan seperti diatas sejak 8 bulan yang lalu. Ibunya terus tampak lemah dan tidak bersemangat. Beberapa bulan terakhir, apabila ia berkunjung ke kos ibunya, ia melihat ibunya tampak banyak beban namun tidak pernah mau cerita ketika ditanya ada masalah malah marah-marah dan anaknya dianggap tidak perlu tahu. Ibunya sudah bercerai dengan ayahnya

sekitar 9,5 tahun yang lalu. Ibunya juga sudah menikah lagi dan dikatakan awalnya tidak disetujui karena usia suami ibunya yang kedua tersebut lebih muda namun seiring waktu anaknya tersebut mau menerimanya. Nafsu makan ibunya dikatakan menurun, sering merasa putus asa bahkan anaknya sering mendengar ibunya merasa ingin bunuh diri saja. Ibunya juga tidak mau menceritakan masalahnya dan lebih memilih untuk memendamnya sendiri. Keluhan-keluhan yang dirasakan ibunya bertambah parah setelah anak keempatnya menikah. Awalnya ia melarang untuk menikah namun karena sudah hamil jadi terpaksa menikah meskipun baru tamat SMP. Hal ini dirasa menjadi beban dalam pikiran ibunya.

Berdasarkan wawancara dengan suami kedua, pasien dikatakan telah menikah dengannya sudah sejak tahun 2007. Dimana usianya lebih muda sekitar 8 tahun dari istrinya. Awalnya kami hidup dengan biasa-biasa saja. Namun dikatakan beberapa tahun belakangan mulai ada masalah diantara kami berdua. Menurutnya, istrinya itu tipe orang curigaan, cepat emosi, suka mengungkit masalah, tidak mau dibilang salah, susah diberi nasehat kecuali dari orang yang dianggap dia berwibawa atau memiliki kedudukan. Istrinya dikatakan sering mencurigainya berselingkuh dengan teman kerja di kantor tempat bekerja di restoran. Padahal hal tersebut dikatakan tidak benar olehnya. Istrinya saat ada masalah dengan dengannya sering sampai bentak-bentak dan menyuruhnya untuk pergi dari kos. Istrinya dikatakan masih sering teringat dengan kejadian dengan suaminya yang pertama. Dimana dikatakan istrinya telah bercerai dengan suami pertamanya sejak tahun 2004 tapi

sudah mulai pisah rumah sejak setahun sebelumnya saat masih tinggal di Negara. Dikatakan dulu istrinya sering bertengkar dengan suami pertamanya tersebut. Pemicunya adalah adanya omongan yang mengatakan bahwa suaminya tersebut berselingkuh. Tapi lama-lama kecurigaan istrinya ternyata terbukti setelah ia melihat dengan sendiri jika suaminya telah berselingkuh dengan wanita lain. Sejak saat itulah istrinya sering bertengkar dengan suaminya tersebut hingga akhirnya mereka memutuskan untuk berserai. Saat itu mereka sudah memiliki 4 orang anak. Sampai sekarang ini, istrinya masih dikatakan sering curiga dengannya. Menurutnya, kecurigaan istrinya tersebut sudah melampaui batas apalagi setiap istrinya dengar suara handphonenya, ia selalu curiga kalau yang menghubungi suaminya tersebut adalah selingkuhan suaminya padahal hal tersebut tidak benar. Sejak 6 bulan yang lalu, dikatakan istrinya sudah tidak bekerja di salon karena dikatakan bahwa di tempat kerja sempat ada masalah dengan rekan kerjanya. Disamping itu, istrinya sering mencurigai bahwa rekan kerjanya telah menaruh racun di makanannya sehingga ia mengeluh sakit di ulu hatinya dan mual-mual. Padahal hal tersebut belum tentu benar mengingat ia makannya tidak teratur. Istrinya sebelum masuk RSUP Sanglah, dikatakan sempat cek laboratorium di RS Surya Husadha. Istrinya dibawa dengan keluhan sakit di ulu hatinya serta mual-mual dan sering terlihat murung terutama sejak 6 bulan setelah pernikahan anak terakhirnya. Suaminya memutuskan untuk rawat jalan saja karena pertimbangan biaya. Suatu ketika di kos, saat istrinya ingin minum obat, suaminya sempat berkata bahwa obat yang didapat dari RS Surya Husadha

bisa dilebihkan yaitu diminum 2 sendok tapi istrinya menolak. Istrinya marah karena menganggap suaminya terlalu tahu. Kemudian istrinya kesal dan meminum semua obat sekaligus dan suaminya berusaha untuk mencegahnya. Dan terjadilah pertengkaran hebat dimana istrinya mengancam akan membunuhnya tapi tidak jadi dan menyuruh suaminya untuk pergi. Suaminya pergi untuk beberapa hari dan ketika pulang ke kos, melihat istrinya dengan kondisi semakin buruk dan segera memutuskan membawanya ke IRD RSUP Sanglah dan ditangani oleh penyakit dalam dengan gangguan pada pencernaannya kemudian dikonsulkan ke psikiatri. Istrinya dirawat inap sudah lebih dari satu minggu sampai sekarang. Saat di rumah sakit, istrinya dijenguk oleh anak-anaknya dan saudaranya secara bergantian. Kelurga pasien sangat mendukung kesembuhan pasien.

Dari pemeriksaan fisik didapatkan status general didapatkan nyeri tekan pada regio epigastrium dan status neurologi dalam batas normal. Status psikiatri, kesan umum pasien tampak berpakaian tidak rapi, roman muka tampak sesuai umur, tampak sedih, konsentrasi dan perhatian menurun, mood/afek sedih/appropriate. Bentuk pikir logis realis, arus pikir koheren, isi pikir preokupasi terhadap masalah yang dihadapi, ide bunuh diri ada. Persepsi halusinasi dan ilusi tidak ada. Adanya waham tentang kejadian buruk yang mengancam, dan merasa bertanggung jawab atas kejadian yang terjadi dalam hidupnya serta waham curiga. Dorongan instingtual insomnia ada. Pemahaman pasien akan penyakitnya memiliki tilikan 6.

Diagnosis multiaxial pasien adalah axis I: Episode depresif berat dengan gejala

psikotik (F32.3), axis II: ciri kepribadian skizoid, axis III: penyakit sistem pencernaan (gastritis), axis IV: masalah dengan primary support group (keluarga), axis V: GAF 60-51. Pasien mendapatkan terapi yaitu psikoterapi, dan farmakoterapi berupa Fluoxetine 1 x 20 mg, Risperidone 2 x 1 mg, antasida 3 x 500 mg dan ranitidin 3 x 50 mg.

DISKUSI

Depresi adalah suatu periode terganggunya fungsi manusia yang dikaitkan dengan perasaan yang sedih serta gejala penyertanya, dimana mencakup hal-hal seperti perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, rasa lelah, anhedonia, rasa tak berdaya dan putus asa dan bunuh diri (Kaplan, 2010). Pada pasien bunuh diri didapatkan penurunan jumlah serotonin yang merupakan pencetus gangguan depresi. (Kaplan, 2010). Angka kejadian gangguan depresi meningkat sekitar 2-3 kali dari populasi umum pada individu yang memiliki riwayat gangguan depresi di keluarganya. (Rush dkk, 2006) Adapun faktor psikososial yang berperan seperti penurunan rasa percaya diri, kemampuan mengadakan hubungan intim, perpisahan, kemiskinan, kesepian, penyakit fisik dan penurunan interaksi sosial (Burke dkk, 2005).

Tiap orang memiliki gejala gangguan depresif yang berbeda-beda tergantung dari beratnya gejala yang dialami. Pola pikir, perasaan, perilaku seseorang dan kesehatan fisik biasanya terpengaruh oleh gangguan depresi yang dialaminya. Keluhan yang sering dijumpai pada pasien dengan gangguan depresi seperti keluhan pada sistem pencernaan dan nyeri bagian atau seluruh badan. Sebagian besar keluhan yang dialami mereka

karena kecemasan dan stres yang besar yang terkait akan gangguan depresifnya. Gejala yang muncul dapat dibagi menjadi hal yang terkait dalam perubahan cara berpikir, perasaan dan tingkah laku. (Depkes, 2007)

Diagnosis gangguan depresi dapat ditegakkan berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang berpedoman pada DSM-IV. Gangguan depresi dapat dibedakan menjadi episode depresif ringan, sedang dan berat menurut banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seorang (Maslim, 2001). Kriteria penggolongan diatas berdasarkan atas gejala utama dan gejala lain. Adapun gejala utama ada tiga yaitu : (1) afek depresif, (2) kehilangan minat dan kegembiraan dan (3) berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit) dan menurunnya aktifitas. Sedangkan gejala lainnya ada tujuh yaitu : (1) konsentrasi dan perhatian berkurang, (2) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna (3) harga diri dan kepercayaan diri berkurang, (4) pandangan masa depan yang suram dan pesimistis, (5) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, (6) nafsu makan berkurang dan tidur terganggu (7). Episode depresi berat dapat ditegakkan dengan tiga gejala utama harus ada, ditambah minimal empat dari gejala lainnya dan beberapa harus berinteraksi berat, berlangsung minimal dua minggu atau kurang dapat dibenarkan jika terjadi gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat dan sangat tidak mungkin akan bisa meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga. (Maslim, 2001). Prevalensi gangguan depresif berat

didapatkan pada laki-laki sekitar 15% dan perempuan dapat mencapai 25%. Sehingga perempuan memiliki kecenderungan lebih besar dari pada laki-laki untuk mengalaminya. (Depkes, 2007).

Episode depresi berat dengan gejala psikotik merupakan depresi yang parah walau bukan penderita psikotik. Diagnosis gangguan ini ditegakkan berdasarkan adanya gejala episode depresif berat ditambah dengan gejala psikotik. Gejala psikotik yang didapatkan seperti adanya waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*) (Maslim, 2001)

Psikoterapi bermanfaat untuk mengurangi atau menghilangkan keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya pola perilaku maladaptif atau gangguan psikologik. Psikoterapi dapat diberikan secara individual, kelompok, atau pasangan sesuai dengan gangguan psikologis yang dialaminya. (Kaplan, 2010) Efek antidepresan yang diberikan mulai muncul dalam 1-3 bulan, sebelum dapat mengurangi atau menghilangkan gejala meskipun efek yang didapatkan telah memberikan hasil yang baik dalam 2-3 minggu. Obat antidepresan yang digunakan dalam mengatasi depresi mencakup golongan trisiklik, tetrasiklik, *monoamine oxydase inhibitor reversible*,

selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), dan atipikal. SSRI merupakan lini pertama pengobatan depresi. (James Blumenthal dkk, 2007) Fluoxetine merupakan obat golongan SSRI yang digunakan untuk pengobatan depresi. Obat ini bekerja dengan menghambat resorpsi dari serotonin. Kerja obat ini menghambat re-uptake serotonin dan noradrenalin dan tidak bersifat selektif. Dosis terapi obat ini yaitu 20 mg/hari (pagi), maksimal 80 mg/hari (dalam dosis tunggal atau terbagi). Efek samping yang dapat ditimbulkan yaitu gagal ginjal berat, hipersensitif terhadap fluoxetin, penggunaan bersama MAO. (Maslim, 2007). Risperidone merupakan jenis antipsikotik atipikal. Mekanisme kerja obat ini yaitu dengan memblok dopamin pada reseptornya di pasca sinaptik pada otak khususnya sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal. Obat ini selain berafinitas dengan *Dopamin D2 receptors* juga terhadap *Serotonin 5HT2 receptors* sehingga efektif untuk gejala positif dan negatif. Dosis terapi yang digunakan yaitu 4-6 mg perhari. Efek samping yang bisa terjadi seperti sedasi, sakit kepala, mual, muntah, konstipasi, insomnia dan berdebar. (Maslim, 2007)

Pasien depresi membutuhkan terapi jangka panjang agar dapat mengurangi relaps atau rekurensi. Karena beragamnya penyebab depresi, beberapa modalitas terapi dapat digunakan. Kombinasi farmakoterapi dengan psikoterapi lebih efektif untuk mengobati depresi dan mencegah relaps atau rekurensi, dibandingkan dengan hanya farmakoterapi atau psikoterapi. (Amir, 2012) Sekitar dua per tiga pasien yang mengalami gangguan depresif berat akan pulih sempurna. Sepertiga pasien akan pulih parsial atau tidak sama sekali.

Pasien yang tidak pulih secara komplit mempunyai risiko kambuh yang lebih tinggi. (Ken Duckworth, 2012)

RINGKASAN

Pasien depresi berat dengan gejala psikotik harus mendapat terapi sedini mungkin. Jika tidak maka ini akan menjadi masalah kesehatan yang serius dan menyebabkan penderitaan yang signifikan bagi penderitanya. Selain itu bila tidak diatasi, dapat meningkatkan risiko bunuh diri. Pada kasus ini, pasien didiagnosis dengan episode depresif berat dengan gejala psikotik serta diberikan psikoterapi dan farmakoterapi berupa Fluoxetine 1 x 20 mg, Risperidone 2 x 1 mg, Antasida 3 x 500 mg dan ranitidin 3 x 50 mg. Prognosis bergantung pada diagnosis yang tepat dan sedini mungkin, terapi yang adekuat, serta dukungan dari keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Amir, Nurmiati. 2012. Gangguan depresif Aspek Neurobiologi dan Tatalaksana. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. hal1-140

Burke HM, Davis MC, Otte C, Mohr DC. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30:846-56

Charu Taneja, George I Papakostas, Yonghua Jing, Ross A Baker, Robert A Forbes, dan Gerry Oster. Cost Effectiveness of Adjunctive Therapy with Atypical Antipsychotics for Acute Treatment of Major Depressive Disorder. *The Annals of Pharmacotherapy* 2012;46:642-649

Depkes. 2007. *Pharmaceutical Care Untuk Penderita Gangguan Depresif*. Jakarta : Direktorat Bina Farmasi

Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI.

Greydanus DE, Bacopoulou F, Tsalamanios E. Suicide in Adolescents: A Worldwide Preventable Tragedy. *Keio J Med.* 2009;58 (2):95-102

James Blumenthal, Michael AB, Murali D, Lana W, Benson MH, Krista AB, Steve Herman, Edward C, Alisha LB, Robert W, Alan H, Andrew S. Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine* 2007;69:587-596.

Kaplan Harold I, Benjamin J Sadock, Jack A Grebb. 2010. *Sinopsis Psikiatri*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Ken Duckworth. Depression. National Alliance on Mental Illness. 2012:1-25

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.

Maramis, Willy F, Albert A. 2009. Maramis. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa edisi 2*. Jakarta: Airlangga University Press.

Maslim, Rusdi. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.

Maslim, Rusdi. 2007. *Panduan Praktis Penggunaan Obat Psikotropik (Psychotropic Medication) edisi ketiga*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.

Sadock BJ, Sadock VA. Emergency Psychiatric Medicine. In: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia. 2007. p. 897-907.

Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA, Fava M, Trivedi MH, Frank E. Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:1841-53