

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۲ شماره ۲ خرداد و تیر ۱۳۸۹ صفحات ۲۹-۲۵

مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران افسرده اساسی با افراد سالم بر اساس مدل مک مستر

منصور بیرامی: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، نویسنده رابط

E-mail: Dr.bayrami@yahoo.com

علی رضا فرنام: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
حسین قلی زاده: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز
مهدی ایمانی: دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

دریافت: ۸۷/۸/۲۰، پذیرش: ۸۸/۴/۲۵

چکیده

زمینه و اهداف: ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی با بیماری‌های روانی مدت‌هاست که مورد توجه محققان و پژوهشگران است. از سوی دیگر نابسامانی‌های ساختار و کارکرد خانواده از جمله تضاد نقش‌ها، در هم ریختگی مرزها، اتحادها، درگیری عاطفی و عدم پاسخگویی عاطفی از عوامل اصلی تقویت انگاره‌های افسردگی است. هدف مطالعه حاضر بررسی کارکرد خانواده بیماران افسرده بر اساس نظریه مدل خانوادگی مک مستر و مقایسه آن با کارکرد خانواده افراد سالم می‌باشد.

روش بررسی: ۵۰ نفر از بیماران افسرده از دو کلینیک سرپایی روانپزشکی انتخاب شدند. گروه کنترل نیز از بین دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز انتخاب شدند. تمام آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II) و آزمون سنجش خانواده (Family Assessment Device) پاسخ دادند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان دادند که افراد افسرده در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده، ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کنند. گروه افسرده در ابعاد عملکرد عمومی ($P < 0/001$)، ارتباط ($P < 0/001$)، پاسخ‌گویی عاطفی ($P < 0/001$) و درگیری عاطفی ($P < 0/001$) کارایی کمتری نسبت به افراد سالم نشان دادند. اما در ابعاد حل مساله ($P = 0/69$)، کنترل رفتاری ($P = 0/43$) و نقش ($P = 0/55$) هیچ تفاوت معناداری بین بیماران افسرده با گروه سالم وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: بیماران افسرده با اختلال در بسیاری از مقیاس‌های عملکرد خانواده مواجه هستند.

کلیدواژه‌ها: عملکرد خانواده، افسردگی اساسی، نظریه مک مستر

مقدمه

جمله تضاد نقش‌ها، درهم ریختگی مرزها، اتحادها و پنهان کاری‌ها را به عنوان عوامل تقویت‌کننده افسردگی نوجوانان معرفی می‌کند (۲). فرد افسرده در خانواده «بیگانه‌ای در تناقض»^۱ است که بین دستورات متضاد برخاسته از شکاف بین چهره‌های فرزند پروری،

ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی با بیماری‌های روانی مدت‌هاست که مورد توجه محققان و پژوهشگران است. بویژه، رابطه‌ی بین کنش‌های خانوادگی با افسردگی مورد توجه جدی قرار گرفته است (۱). Richman نابسامانی‌های ساختار خانواده از

(۱۱). به طور کلی پژوهش‌ها نشان داده اند که بیماران افسرده نه تنها با اختلال در کارکرد خانواده مواجه هستند (۱۲) بلکه آسیب در کارکرد خانواده این بیماران شدیدتر از دیگر اختلالات روانی است (۱۳). به طور خلاصه می‌توان گفت که افسردگی تأثیر منفی بر روی کارکرد و روابط خانواده دارد. اما از آنجا که اغلب این تحقیقات در جوامع غربی صورت گرفته است و با توجه به اینکه ساختار خانواده در جوامع غربی متفاوت‌تر از جوامع شرقی و نیز ایران است به نظر می‌رسد بهتر است تا مشابه این پژوهش‌ها در کشور ما نیز انجام گیرد؛ لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی کارکرد خانواده بیماران افسرده اساسی بر اساس نظریه مک مستر و مقایسه آن با افراد سالم می‌باشد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه در این پژوهش از نوع توصیفی و علی - مقایسه ای می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران افسرده اساسی مراجعه کننده به کلینیک روانپزشکی بزرگمهر و مرکز مشاوره علامه امینی تشکیل می‌دادند، که از بین این بیماران ۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای اصلی ورود به طرح موارد زیر بودند: تشخیص افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات عاطفی^۱ و پرسشنامه افسردگی بک. معیارهای حذفی هم شامل اختلالات پسیکوتیک، اختلالات شخصیتی، عقب ماندگی ذهنی و وابستگی دارویی بود. گروه کنترل نیز به همان تعداد از طریق هم‌تاسازی^۲ با گروه افسرده اساسی در متغیرهایی مانند جنس، سن، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات، از میان دانشجویان و کارکنان دانشگاه تبریز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. گروه کنترل قبل از انجام دادن آزمون‌ها در یک مصاحبه روان شناختی شرکت می‌کردند تا عدم ابتلا به افسردگی یا دیگر اختلالات روانپزشکی در آنها تأیید شود.

ابزارهای پژوهش

- تست افسردگی بک (ویراست دوم) **BDI-II**. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در ایران قابل قبول و به این شرح می‌باشد: ضریب آلفا: ۰/۸۷، ضریب باز آزمایی: ۰/۷۴ (۱۴).

- **آزمون سنجش خانواده (FAD)**: ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بنا بر الگوی مک مستر، در سال ۱۹۸۳ توسط اپستین، بالدوین و بیسپ تدوین شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌کند و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. در این مقیاس علاوه بر شش بعد یک خرده

درهم شکسته است (۳). بر اساس تبیین‌های بوم شناختی متعددی، همه مدل‌های تفسیر افسردگی، در بدکارکردی خانواده قابل هضم می‌باشد (۳). یکی از مدل‌های مهم در زمینه کارکرد خانواده مدل کارکرد خانواده مک مستر (Mc Master) است. این مدل در اوایل دهه ۱۹۶۰ توسط Epstien, Bishop & Levin در دانشگاه مک مستر رشد یافت (۴). مدل مک مستر به ارزشیابی ازدواج‌ها و خانواده‌ها می‌پردازد. این مدل که مبتنی بر رویکرد سیستمی می‌باشد ساختار، سازمان و الگوی تبادل واحد زناشویی را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد (۴). اگر چه مدل Mc Master را تمام جنبه‌های کارکرد خانواده را پوشش نمی‌دهد اما ابعاد مهمی که اغلب نمود بالینی پیدا می‌کنند مد نظر قرار می‌دهد. برای فهم ساختار و سازمان و الگوی تعاملی مرتبط با خانواده، این مدل شش بعد از زندگی خانودگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد: • حل مساله: به طور خلاصه حل مساله نشان دهنده توانایی حل مشکلات در سطحی که کارکرد کارآمد خانواده را حفظ کند، می‌باشد. • ارتباطات: به چگونگی تبادل اطلاعات در بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود. • نقش‌ها: نقش‌ها کارایی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف را نشان می‌دهد. • پاسخگویی عاطفی: به توانایی اعضای خانواده برای پاسخگویی متناسب هیجانی به محرک‌های مختلف اشاره می‌کند. • درگیری عاطفی: به میزان علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد. • کنترل رفتاری: استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند (۵). تحقیقات فراوانی در زمینه مدل کارکرد خانواده مک مستر صورت گرفته است. اغلب پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده‌اند که داشتن یک عضو با اختلال روانی در خانواده، یک پیش‌بینی کننده قوی برای وجود کارکرد خانودگی ضعیف یا روابط خانوادگی آسیب دیده است (۶،۷). با وجود این هنوز به طور دقیق مشخص نیست که آیا میزان و نوع آسیب‌های خانواده با اختلال خاصی در ارتباط هست یا نه (۸). مروری بر مطالعات قبلی نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌ها در این زمینه بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خلقی انجام گرفته است (۶). اغلب این پژوهش‌ها نشان داده اند که خانواده نه تنها تأثیر مهمی بر روی اختلال افسردگی دارد، بلکه کارکرد خانواده با عواملی چون اقدام به خودکشی، میزان عود افسردگی و دوره‌های پس از بهبود افسردگی نیز مرتبط می‌باشد (۹). Tamplin در مطالعه‌ای تأثیر افسردگی نوجوانان بر کارکرد خانواده را بررسی کرد، یافته‌ها نشان دادند که سلامت روانی و نیز کارکرد خانواده نوجوانان افسرده، ضعیف‌تر از افراد سالم است (۱۰). در پژوهش دیگری که به منظور تعیین ارتباط بین کارکرد خانواده و افسردگی در بین مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی انجام شد، یافته‌ها نشان دادند مراقبانی که کارکرد خانواده ضعیفی را گزارش کرده بودند، احتمال بیشتری داشت که دارای علائم افسردگی باشند

ترتیب که افراد افسرده در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده، ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کنند. عملکرد عمومی گروه افسرده اساسی در مقایسه با گروه کنترل کارآیی کمتری دارد ($P < 0/001$). بررسی بیشتر ابعاد کارکرد خانواده نشان داد که گروه افسرده در ابعاد ارتباط ($P < 0/001$)، پاسخ‌گویی عاطفی ($P < 0/001$) و درگیری عاطفی ($P < 0/001$) نیز کارایی کمتری نسبت به افراد سالم دارند. اما از سوی دیگر در ابعاد حل مساله ($P = 0/69$)، کنترل رفتاری ($P = 0/43$) و نقش ($P = 0/55$) هیچ تفاوت معناداری بین بیماران افسرده اساسی با گروه سالم وجود نداشت.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که بیماران افسرده اساسی کارآیی کمتری در عملکرد عمومی خانواده، نسبت به افراد سالم دارند. این یافته با پژوهش‌های قبلی همسو می‌باشد (۱۷، ۱۲-۸). همچنین بیماران افسرده اساسی در زمینه ارتباط نیز با اختلال در کارکرد مواجه بودند. بعد ارتباط به چگونگی تبادل اطلاعات بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود که تمرکز اصلی بر روی تبادلات کلامی است. ارتباط نیز مثل دیگر ابعاد کارکرد خانواده از دو بعد عاطفی و ابزاری شکل گرفته است.

مقیاس هم وجود دارد که عملکرد عمومی خانواده را می‌سنجد (۱۵). FAD دارای اعتبار و روایی نسبتاً خوبی در ایران و جهان بوده است (۱۵). این پرسشنامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی هنجاریابی شده است. آلفای کرونباخ کلی در پژوهش آنها در ارتباط با همه سوالات ۰/۹۴ و در مورد خرده مقیاس کارکرد خانواده ۰/۹۰ به دست آمد؛ اعتبار بازآزمایی پرسشنامه نیز ۰/۸۲ بود (۱۶).

داده‌های به دست آمده از مطالعه بوسیله روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل^۱ و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-15 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار p کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنا دار تلقی گردید.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی و جدول شماره ۲ تحلیل نتایج به دست آمده از آزمون t را نشان می‌دهد. همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود کارکرد خانواده در دو گروه سالم و افسرده اساسی با هم متفاوت است. به این

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

نمره افسردگی	تاهل		سن		فراوانی		سالم	افسرده اساسی
	میانگین	انحراف معیار	مجرد	متاهل	میانگین	انحراف معیار		
۳/۲۵	۷/۸۲	۲۱	۱۳	۵/۰۵	۳۵/۳۳	۳۴	زن	
۳/۳۵	۶/۶۵	۱۳	۳	۶/۱۱	۳۴/۱۰	۱۶	مرد	
۷/۵۴	۳۲/۵۶	۲۲	۱۲	۶/۲۷	۳۶/۷۴	۳۴	زن	
۶/۳۲	۳۰/۶۵	۱۳	۳	۵/۹۵	۳۵/۳۹	۱۶	مرد	

جدول ۲: نتایج آزمون t ابعاد مختلف کارکرد خانواده در دو گروه افسرده اساسی و سالم

بعد کارکردی	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
حل مساله	سالم	۵۰	۱/۹۳	۰/۲۷	۰/۳۹۷	۹۸	۰/۶۹
	افسرده	۵۰	۱/۹۵	۰/۳۸			
ارتباط	سالم	۵۰	۱/۸۹	۰/۳۱	۴/۳۹۸	۹۸	$p < 0/001$
	افسرده	۵۰	۲/۲۱	۰/۴۰			
پاسخگویی عاطفی	سالم	۵۰	۱/۷۱	۰/۴۷	۷/۴۳۲	۹۸	$p < 0/001$
	افسرده	۵۰	۲/۳۴	۰/۳۳			
کنترل رفتاری	سالم	۵۰	۲/۱۸	۰/۳۳	۰/۷۹۳	۹۸	۰/۴۳
	افسرده	۵۰	۲/۲۳	۰/۲۷			
نقش	سالم	۵۰	۲/۱۳	۰/۴۰	۰/۵۹	۹۸	۰/۵۵
	افسرده	۵۰	۲/۱۸	۰/۵۰			
درگیری عاطفی	سالم	۵۰	۱/۹۰	۰/۲۵	۹/۶۰	۹۸	$p < 0/001$
	افسرده	۵۰	۲/۴۷	۰/۳۲			
عملکرد عمومی	سالم	۵۰	۱/۲۶	۰/۲۶	۱۴/۸۳	۹۸	$p < 0/001$
	افسرده	۵۰	۲/۲۰	۰/۳۳			
نمره کل تست	سالم	۵۰	۱/۸۱	۰/۱۶	۱۰/۲۷	۹۸	$p < 0/001$
	افسرده	۵۰	۲/۲۴	۰/۲۴			

همکاران (۱۹) اما مغایر با یافته تامپلین و گویدر (۸) می باشد. به نظر می رسد دلیل این تفاوت استفاده از آزمودنی های بزرگسال باشد که دیگر تحت تاثیر مدل تربیتی والدین خود نیستند در حالیکه در پژوهش Tamplin & Goodyer (۸)، آزمودنیها متشکل از نوجوانانی بودند که هنوز تحت تاثیر مستقیم شیوه تربیتی والدین خود بودند.

نتیجه گیری

خانواده به عنوان یک سیستم کارکردهایی دارد که بر اساس مدل مک مستر شامل حل مساله، ارتباطات، نقش ها، پاسخگویی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتاری است. مروری بر یافته های پژوهش حاضر و نیز پژوهش های قبلی نشان می دهد که بیماری افسردگی با اختلال در این کارکردهای خانواده همراه است. از آنجا که بر اساس همه دیدگاه های روانشناختی از جمله روانکاوی، رفتارگرایی، شناخت گرایی، انسانگرایی و اخیرا به طور جدی بوم نگرها خانواده مهم ترین و بیشترین نقش را در تکوین شخصیت اعضای خود و در پدیدآیی اختلالات روانی بویژه افسردگی دارد، ضروری می نماید که در صدد حفظ سلامت ساختار و کارکرد خانواده بود. کلید مداخله موفق در مورد رفتارهای عضو افسرده کمک کردن به خانواده برای حل کارآمدتر و موثرتر تضادهای مرتبط با رفتار افسردگی است. به این ترتیب خانواده کارکردهای حل مسئله، ارتباطات، نقش ها، پاسخگویی و درگیری عاطفی و نیز کنترل رفتاری خود را بهبود می بخشد. نهایتا این که حمایت اجتماعی خانواده می تواند در مقابل تاثیر منفی محیط های آسیب زا و نفوذ همسالان منحرف به عنوان یک سپر محافظتی عمل کند (۲۰). بنابراین بهتر است علاوه بر درمان بیماران افسرده اساسی، مراقبان و اعضای خانواده فرد بیمار را نیز برای شرکت در برنامه های آموزشی مرتبط تشویق کرد (۱۱). این پژوهش نیز مانند اغلب پژوهش های دیگر محدودیت هایی داشت که تعمیم یافته ها را با مشکل مواجه می سازد. برای مثال می توان به حجم کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه گیری و برابر نبودن تعداد زن و مرد اشاره کرد.

بعضی از خانواده ها با وجود داشتن کارکرد مناسب در زمینه ارتباط ابزاری در ارتباط عاطفی با مشکل روبرو هستند، به نظر می رسد خانواده های بیماران افسرده از این نوع خانواده ها باشند. خود افراد افسرده نیز به دلیل پایین بودن خلق، گوشه گیری و انزوا قادر نیستند به شکل صحیحی با دیگر اعضای خانواده رابطه عاطفی و کلامی داشته باشند. تعارض بین اعضای خانواده نیز می تواند از دلایل احتمالی دیگر برای کارآیی مختل در بعد ارتباط در بین بیماران افسرده اساسی باشد (۱۸). یافته ها همچنین حاکی از آن بودند که پاسخدهی عاطفی در بیماران افسرده اساسی ضعیفتر از افراد سالم می باشد؛ به این معنا که در بین اعضای خانواده افراد افسرده توانایی ابراز هیجانات چه از نوع مثبت و چه منفی مختل می باشد. در این خانواده ها پاسخدهی عاطفی خانواده از لحاظ کمی و کیفی متناسب با موقعیت نیست. وجود مشکل در زمینه صمیمیت و نزدیکی بین اعضای خانواده ممکن است یکی از دلایل مختل شدن کارکرد بعد پاسخدهی عاطفی باشد (۱۱). همچنین یافته ها نشان دادند که در بعد آمیزش عاطفی نیز تفاوت معناداری بین گروه افسرده اساسی و گروه کنترل وجود دارد. به نظر می رسد اعضای خانواده های افراد افسرده اعضا نمی توانند همدیگر را درک بکنند، به عبارت دیگر قادر نیستند درک درستی از علایق و نیازهای دیگر اعضا داشته باشند، این یافته همسو با یافته پژوهش های دیگر می باشد (۱۹). در بعد حل مساله گروه افسرده مشابه گروه کنترل بودند. یعنی خانواده های بیماران افسرده اساسی از لحاظ رسیدگی به مسایل عملی و روزمره دچار مشکل خاصی نبودند. به نظر می رسد که خانواده های بیماران افسرده احتمالا از راهبردهای مناسب، مثل راهبرد مساله مدار، برای حل مسایل خود استفاده می کنند (همان). در بعد نقش ها نیز تفاوت معناداری بین گروه سالم با گروه افسرده اساسی وجود نداشت. یعنی در خانواده های افراد افسرده مثل خانواده های افراد سالم، اعضای خانواده نقش ها و وظایف روزمره خود را به درستی انجام می دهند. این یافته با پژوهش Tamplin & Goodyer (۸)، که در بین نوجوانان افسرده، به نتیجه مشابهی دست یافته بود همسو می باشد. در نهایت در بعد کنترل رفتاری نیز گروه افسرده همانند گروه کنترل عمل کرده بودند که این یافته همسو با یافته Heru

References:

1. Asseltin RH, Core S, Colton ME. Depression and social developmental context of adolescence. *J Per Soc Psy* 1994; **67**: 252-263.
2. Richman J. The family therapy of attempted suicide. *Fam proc* 1979; **18**: 131-142.
3. Fishman HC. Treating troubled adolescents: A *Family Therapy Approach*. New York, Basic Books Pub, 1988; PP: 318.
4. Karlson A, Esperi D, Lewis S. *Family Therapy*. Translate by Navvabinejhad SH. Tehran, The center of research and study of Authority & Educators. 1990; PP: 290-295(Persian).
5. Miller IW, Ryan CE, Kietner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *J Fam Ther* 2000; **22**: 168-189.
6. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Aff Dis* 1998; **48**: 1-13.

7. Friedman MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Kietner GI, Miller IW. Family functioning in mental illness: a comparison of psychiatric and non-clinical families. *J Fam Pro* 1997; **36**: 357-367.
8. Tamplin A, Goodyer IM. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *Euro Chd & Adcent Psy* 2001; **10**:170-179.
9. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psy* 2000; **147**: 1128-1137.
10. Tamplin A. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Aff Dis* 2005; **48**: 1-13.
11. Heru A, Ryan C. Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/ Recurrent Mood Disorders. *Intal J Psy Reh* 2002; **7**: 53-60.
12. Herr NR, Hammen C, Brennan P. Current and Past Depression as predictors of Family Functioning: A Comparison of Men and Women in a Community Sample. *J Fam Psy* 2007; **21**: 694-702.
13. Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, Epstein NB, Bishop DS. Family functioning in the families of psychiatric patients. *Com Psy* 1986; **27**: 302-312.
14. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II – Persian. *J Dep Anx* 2005; **21**: 185-192.
15. Sanaee B, Alageband S, Human A. *Family and Marital Assessment Scales*. Tehran, Besat Pub, 2000; PP: 2-7(Persian).
16. Zadeh Mohammadi A, Malekkhosravi G. Preliminary study of psychometric properties of family assessment device (FAD). *J Fam Study* 2006; **5**: 69-89.
17. Weinstock L, Keitner G, Ryan CE, Solomon D, Miller IW. Family Functioning and Mood Disorders: A Comparison Between Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar I Disorder. *J Con Cli Psy* 2006; **74**: 1192-1202.
18. Unger DG, Brown MB, Tressell PA, McLeod LE. Interpretable conflict and adolescent depressed mood: The role of family functioning. *Ch Psy Hum Dev* 2000; **31**: 23-41.
19. Heru AM, Ryan CE, Vlastos K. Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psy Reh J* 2004; **28**: 67-71.
20. Culberston FM. Depression and gender. *Am Psy* 1997; **52**: 25-31.