

Research Article

Introduction and use of techniques based on memetic psychology in the treatment of major depressive disorder: A qualitative case study

Authors

Mohsen Amiri¹, Jahangir Karami^{2*}

1. Psychology Postdoctoral researcher, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Email: mohsen.amiri@razi.ac.ir

ORCID: 0000-0001-6161-0775

2. Associate Professor Professor, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author)

Email: j.karami@razi.ac.ir

ORCID: 0000-0001-7325-0922

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Major depression is one of the disorders that can severely affect the patient's quality of life and in the worst case can cause suicidal thoughts in the patient and even suicide attempts. Therefore, the aim of the present study was to introduce techniques based on memetic psychology and examine their effect on major depressive disorder.

Method: : The present study was a qualitative case study. The statistical population of this study consisted of all people diagnosed with major depressive disorder living in Kermanshah in 2024. To select the research sample, a purposive sampling method was used and one subject diagnosed with major depressive disorder was selected using a diagnostic interview based on DSM-5. The participant underwent memetic psychology-based interventions for 10 weeks.

Results: Finally, the use of the diagnostic interview based on DSM-5, Beck Depression Inventory-2, researcher observations, and patient self-report showed that the use of techniques based on memetic psychology, including Mapping the self, Meme maps, and Deconstructing Memes, is effective in treating major depressive disorder.

Discussion and conclusion: The results of this study showed that memetic psychology, as a sub-branch of cultural evolution, can have appropriate explanatory power in how mental disorders arise and persist. Therefore, given the positive effect of techniques based on memetic psychology in the present study, this study was able to create a basis for developing protocols based on memetic psychology in the future.

Keywords

cultural evolution, Memetic psychology, Mapping the self, Meme maps, Deconstructing Memes, major depressive disorder

Corresponding
Author's E-mail

Email: j.karami@razi.ac.ir

Extended Abstract

Introduction: Depression constitutes a significant global mental health challenge [1]. According to the World Health Organization (WHO), major depressive disorder impacts over 244 million individuals worldwide and represents the primary cause of disability on a global scale [2]. Extensive evidence highlights the high prevalence of major depressive disorder and its association with substantial economic burdens and costs [3, 4, 5, 6]. Severe forms of depression may culminate in suicide [7], with over 60% of individuals attempting suicide globally being diagnosed with major depressive disorder [11]. In the exploration of factors contributing to mental disorders such as depression, the role of culture and cultural evolution in its broadest sense cannot be overlooked [12]. Among the theories of cultural evolution, memetic theory stands out for its considerable explanatory power in this context [16].

Memetic theory proposes that cultural phenomena are fundamentally based on a primary genetic system, which in turn establishes a secondary form of evolution [18]. In this framework, Dawkins introduced the concept of the "meme" as a cultural transmission unit within the discourse of evolutionary theory [16]. What is broadly referred to as culture consists of competing memes. These memes are transmitted from one mind to another in a manner similar to the propagation of genes through sperm and ova [20], and they may contribute to the development of mental disorders [21]. Certain memes undergo divergent evolution, conflicting with the organism's survival and welfare [21]. Such deleterious memes are often instilled during childhood by adults, peers, or through exposure to demeaning individuals [21]. Considering the pivotal role of memes in the genesis of mental disorders, developing accessible mental health models to address harmful memes is essential [21]. The present study aims to extract and introduce therapeutic techniques derived from memetic psychology literature, aiming to evaluate their effectiveness in addressing major depressive disorder.

Method: This study employed a qualitative case-study design. The target population included individuals diagnosed with major depressive disorder residing in Kermanshah in 2024. Purposive sampling was utilized to select participants, as this approach facilitates an in-depth understanding of individual experiences and aids in the development or refinement of theoretical constructs [31]. Consistent with similar high-quality studies [25, 26], a single participant was selected for detailed analysis.

Research tools comprised the following:

1. A semi-structured diagnostic interview, utilized to confirm the participant's diagnosis and assess progress post-treatment sessions.
2. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), administered to measure the severity of depression, with specific attention to cognitive and behavioral dimensions.
3. A memetic self-narrative [24, 25, 26], employed to identify harmful memes and pathological memeplexes.
4. A memetic map [27], used to reconstruct the participant's life story and uncover the origins of harmful memes.
5. Memeplex deconstruction [21], a methodological intervention designed to dismantle and disrupt pathological memeplexes.

Therapeutic Protocol Derived from Memetic Psychology

Session Number	Session Content
Session 1	Evaluation of Memetic: - Reviewing the patient's memodynamic to identify memes and memetic conflicts contributing to major depressive disorder. - The memetic formulation involves identifying the patient's problems and reaching an agreement on therapeutic goals and gradual changes at the meme level.
Session 2	Treatment of memes with broad range: Controlling situations to prevent worsening memetic conflicts, including recommendations like acid consumption, sleep hygiene, exercise, and light exposure management. Teaching task execution during sessions.
Session 3	Addressing conflicting memes: Replacing harmful conflicting memes with socially acceptable ones. Discussing strategies to foster social support and participation while addressing these conflicts.
Session 4	Drawing Mapping the self: Identifying memes and conflicts, establishing links with reference memes causing current symptoms to promote adjustment and progress in resolving memetic conflicts.
Session 5	Continuing exploration of the Mapping the self for deeper understanding.
Session6	Discovering meme roots: Constructing the meme maps to trace origins, separating injection sources and reference memes, while addressing emotions tied to these sources.
Session7	Continuation of constructing the meme maps and addressing emotional associations.
Session8	Deconstructing pathological memes using Deconstructing Memes techniques.
Session9	Continuation of Deconstructing Memes sessions.
Session10	Teaching Critical thinking: Reengineering cognitive filters to prevent future entry of harmful memes.

	Drawing and reviewing a new Mapping the self to solidify therapeutic achievements, inspire motivation, and anticipate future challenges for treatment.
--	--

Research Procedure Following an extensive explanation of the methodology of the therapeutic sessions and the research objectives, the participant formally provided written consent to take part in the study. Subsequently, the participant engaged in ten 60-minute weekly therapeutic sessions. Within these sessions, the participant's Mapping the self and meme maps were collaboratively constructed. These elements formed the foundation for psychotherapy, which was carried out through systematic analysis, interpretation, and application of the Deconstructing Memes technique. 4 months after the conclusion of the intervention sessions, a follow-up assessment was conducted. The participant was invited for an additional session to reassess the symptoms of major depressive disorder using DSM-5 criteria and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Results: The depiction of the Mapping the self revealed 27 distinct memes. The Mapping the self constructed for Ayda revealed a central and dominant meme referred to as "The Repressed Child," which was surrounded by several interconnected and reinforcing memes, including "The Shy Meme," "The Helpless and Weak Meme," "The Low Self-Confidence Meme," "The Oppressed Meme," "The Wounded Meme," "The Ashamed Meme," and "The Dependent Meme." These secondary memes collectively supported and sustained the dominance of "The Repressed Child" meme. Within this overarching memplex, three distinct sub-memplexes emerged. Ayda linked "The Dependent Child" meme to "The Helpless and Weak Meme" and "The Low Self-Confidence Meme." Additionally, she connected "The Ashamed Meme" to "The Shy Meme." These connections illuminated two central thematic memplexes—one centered around helplessness and the other around shame—both of which were closely related to the dominant "Repressed Child" meme. Protective and adaptive memes, such as "The Playful Meme" and "The Hopeful Meme," were also identified. However, their influence was considerably diminished due to the overwhelming dominance of the helplessness and shame-related memplexes, which pushed the "Playful and Cheerful Child" memplex to the periphery.

The participant's Meme Plans identify key Gestational Meme Events contributing to the development of the meme of helplessness and weakness, including overly cautious parental behaviors and a passive, dependent maternal figure.** These Gestational Meme Events laid the foundation for subsequent Developmental Meme Events that further reinforced this meme. These Developmental Meme Events included reliance on others, avoidance of initiating tasks, diminished curiosity, recurring self-doubt, and the habitual delegation of responsibilities.

The participant's Meme Plans highlight critical Gestational Meme Events that influenced the emergence of the meme of helplessness and weakness, such as overly cautious parenting styles and a passive, dependent maternal figure.** These Gestational Meme Events provided the basis for subsequent Developmental Meme Events that solidified this meme further. The Developmental Meme Events encompassed reliance on others, avoidance of initiating tasks, reduced curiosity, persistent self-doubt, and the habitual delegation of responsibilities.

Conclusion: Two dominant pathological memplexes were identified as the core elements supporting the participant's pathological selfplex. Through gaining insight and initiating new behavioral patterns, the participant was able to disrupt the components of two prominent memplexes—helplessness-weakness and defectiveness-shame—by employing Deconstructing Memes, thereby constructing a revised selfplex. This transformation allowed the participant to envision, for the first time, their "Repressed Child" breaking free from its cage, moving freely toward their desires, symbolizing the emergence of a healthy meme within the individual. The use of Mapping the Self techniques provided profound insights into the origins of these memplexes and their connections to the participant's depressive symptoms. With this awareness, the participant successfully differentiated pathological memes from non-pathological ones and came to a deep, experiential acceptance of their ability to modify pathological memes within their selfplex or replace them with healthier alternatives. Mapping the Self also enabled the participant to confront events and figures that contributed to the creation of the pathological memplexes while simultaneously experiencing and resolving the hidden emotions associated with them. The technique of Deconstructing Memes was applied across multiple sessions, targeting the pathological memplexes of helplessness and defectiveness-shame, and succeeded in introducing and embedding novel meanings into the participant's cognitive framework. The findings of this study suggest a potential foundation for designing future memetic psychology-based intervention protocols. Conducted as a qualitative case study with a single participant, this research aimed to provide a thorough investigation of one specific case. However, the generalizability of the findings is considerably limited. It is not feasible to definitively assert the effectiveness of these interventions across individuals of the same or different genders, or across diverse ethnic and cultural groups. Future research should involve experimental designs with larger sample sizes and control groups to assess the efficacy of these techniques within varied populations. Additionally, it is recommended to compare the outcomes of memetic psychology-based therapy with those of other therapeutic approaches through quantitative experimental designs.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: : In this study, ethical standards including informed consent and confidentiality were observed. This study has an ethics code with the number IR.RAZI.REC.1403.020 from Razi University.

Funding: This study was conducted without financial support from any institution or organization.

Conflict of interest: There are no conflicts of interest in this research

Authors' contribution : Dr. Mohsen Amiri developed the original idea and the protocol, Dr. Jahangir Karami. supervised the project.

نقد ایندو ویدایش نشده

معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان- شناسی ممیتیک در درمان اختلال افسردگی اساسی: یک مطالعه‌ی موردی کیفی

نویسندگان

محسن امیری^۱، جهانگیر کرمی^{۲*}

۱. پژوهشگر پسا دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
Email: mohsen.amiri@razi.ac.ir

۲. دانشیار دانشگاه، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)
Email: j.karami@razi.ac.ir

چکیده

مقدمه: افسردگی اساسی یکی از اختلالاتی است که می‌تواند به شدت کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد و در بدترین حالت می‌تواند موجب ایجاد افکار خودکشی در بیمار و حتی اقدام به خودکشی شود بنابراین هدف پژوهش حاضر معرفی تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک و بررسی تاثیر آن‌ها بر اختلال افسردگی اساسی بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات موردی کیفی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی افراد دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی ساکن در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. جهت انتخاب نمونه‌ی پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و یک نفر آزمودنی دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس DSM-5 انتخاب شد. شرکت کننده به مدت ۱۰ هفته تحت مداخلات مبتنی بر روانشناسی ممیتیک قرار گرفت.

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



نتایج: در نهایت استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس DSM-5، پرسشنامه افسردگی بک-۲، مشاهدات پژوهشگر و خودگزارش دهی بیمار نشان داد که استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک از جمله خودنگاشت ممیتیک، نقشه‌ی مم‌ها و ساختار شکنی ممپلکسی در درمان اختلال افسردگی اساسی موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که روانشناسی ممیتیک به عنوان یکی از زیرشاخه‌های تکامل فرهنگی می‌تواند قدرت تبیین‌کنندگی مناسبی در چگونگی ایجاد و ادامه‌ی اختلالات روانی داشته باشد، لذا با توجه به تاثیر مثبت تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک در پژوهش حاضر، این پژوهش توانست مبنایی برای تدوین پروتکل‌های مبتنی بر روانشناسی ممیتیک در آینده ایجاد کند.

کلیدواژه‌ها

کلید واژه‌ها: تکامل فرهنگی، روانشناسی ممیتیک، خودنگاشت ممیتیک، نقشه‌ی مم‌ها، ساختار شکنی ممپلکسی، اختلال افسردگی اساسی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Email: j.karami@razi.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله‌ی پسا دکتری نویسنده اول در
دانشگاه رازی است.

زودآیند ویرایش نشده

افسردگی یک چالش بزرگ بهداشت روان جهانی است [۱]. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال افسردگی اساسی^۲ بیش از ۲۴۴ میلیون نفر را تحت تاثیر قرار داده است و علت اصلی ناتوانی در سراسر جهان است [۲]. به طور گسترده مستند شده است که اختلال افسردگی اساسی بسیار شایع است و با بار و هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی همراه است [۳، ۴، ۵، ۶]. علائم افسردگی شامل غم و اندوه، از دست دادن علاقه، احساس گناه، مشکلات خواب، خستگی، عدم تمرکز، و از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزانه است [۷]. افسردگی یک اختلال مزمن است که بر کیفیت زندگی فرد [۸] و عملکرد اجتماعی و عاطفی [۹] او تاثیر می‌گذارد. به دلیل مسائل مطرح شده، اختلال کارکردی در در افراد دارای اختلال افسردگی اساسی بسیار شایع است به طوری که بیش از ۹۰ درصد از این بیماران در طول یک دوره‌ی افسردگی اساسی اختلال در کارکرد را حداقل در یک بخش گزارش می‌کنند و این اختلال می‌تواند حتی پس از بهبود علائم نیز ادامه یابد. بهبود کارکردی ناقص با افزایش خطر عود افسردگی مرتبط است [۱۰] و موارد شدیدتر افسردگی می‌تواند منجر به خودکشی شود [۷] به طوری که بیش از ۶۰ درصد از افرادی که در سطح جهانی اقدام به خودکشی می‌کنند با اختلال افسردگی اساسی درگیر هستند [۱۱]. در جستجوی عوامل دخیل در اختلالات روانی، یکی از مسائلی که نمی‌توان نقش آن را نادیده گرفت، فرهنگ به معنای عام آن است [۱۲].

فرهنگی بودن انسان به معنای عام، فصل ممیز انسان از سایر موجودات است. این ویژگی در عین حال که مشخصه‌ی اصلی انسان است، امکان ارتباط میان افراد و جوامع را برقرار کرده و انتقال میراث فرهنگی را از فردی به فردی و از نسلی به نسلی ممکن می‌کند. از نیمه‌ی دوم قرن نوزدهم به این سو تحقیق درباره‌ی مبانی تکاملی فرهنگ و جامعه و لوازم انتقال فرهنگی به صورت مختلف جاری بوده است و تلاش‌هایی برای تبیین تکامل و انتقال میراث فرهنگی در نسل‌های بشر و جوامع و گروه‌های اجتماعی با رهیافتی طبیعی و روشی تجربی شده است [۱۳] و اخیراً شاهد این درک رو به رشد هستیم که تکامل سیستم‌های بیولوژیکی و اجتماعی، فرهنگ و فناوری مبتنی بر اصول مشترک است [۱۴]؛ در این رابطه، نظریه وراثت دوگانه فرض می‌کند که تحت شرایط خاص، گونه‌ها بر یادگیری اجتماعی، بیش از یادگیری فردی متکی هستند و یادگیری اجتماعی می‌تواند اطلاعات فرهنگی را منتقل کند. بر اساس این نظریه، انسان‌ها دارای دو خط وراثت هستند: یک خط ژنتیکی و یک خط فرهنگی با وراثت از طریق جامعه که شامل مجموعه‌ای از دانش، فن و فوت‌ها، فناوری، باورها و رفتارها است [۱۵]. یکی از نظریه‌های تکامل فرهنگی که در این رابطه، قدرت تبیین مناسبی دارد نظریه‌ی ممیتیک است [۱۶].

ایده‌ی تکامل فرهنگی ممیتیک عمدتاً با قیاس با ایده تکامل بیولوژیکی، بر اساس اصول مبارزه برای هستی، انتخاب طبیعی و مکانیسم‌های ژنتیکی وراثت توسعه‌یافته است [۱۷]. در نظریه‌ی ممیتیک این‌گونه پنداشته می‌شود که پدیده‌های فرهنگی بر پایه‌ی سیستم اولیه‌ی مبتنی بر ژنتیک بنا شده‌اند و این می‌تواند شکل دومی از تکامل را ایجاد کند [۱۸]. در واقع، ممیتیک یک نظریه‌ی تکامل فرهنگی است که بر این ایده استوار است که رفتار، مهارت، عادات، داستان‌ها و فناوری‌هایی که از فرد به فرد در فرهنگ کپی می‌شوند، به عنوان یک تکثیر شونده عمل می‌کنند [۱۹]. در این راستا، داوکینز مفهوم مم^۴ را به عنوان واحد انتقال فرهنگی به ادبیات تکاملی وارد کرد [۱۶] و آن را به عنوان واحد اطلاعات در مغز تعریف کرد [۱۶] و معتقد است که مم‌ها می‌توانند خود را از مغز به مغز، از مغز به کتاب، از کتاب به مغز، از مغز به رایانه و در نهایت از رایانه به رایانه گسترش

^۱ World Health Organization (WHO).

^۲ major depressive disorder (MDD).

^۳ Memetic.

^۴ Meme.

دهند[۱۶]؛ طبق این تعریف هر چیزی که ما به آن فرهنگ می‌گوییم از م‌هایی تشکیل شده است که با هم در حال رقابت هستند؛ این م‌ها با انتقال از ذهن به ذهن به همان روشی که ژن‌ها از طریق اسپرم و تخمک پخش می‌شوند، منتشر می‌شوند[۲۰] و به نحوی که در ادامه بحث می‌شود می‌توانند در اختلالات روانی نقش داشته باشند[۲۱].

م‌ها توسط ژن‌ها ایجاد شدند تا در خدمت بقا و تکثیر بهتر ارگانیسم باشند[۲۱]. مغز انسان به صورتی تکامل یافته است تا توجه بیشتری به اطلاعات مربوط به خطر، غذا و ارتباط جنسی^۱ کند[۲۰]، پس هنگامی که با ایجاد توانایی تقلید توسط مغز[۲۱]، تکامل م‌ شروع شد، م‌هایی مربوط به خطر و غذا و ارتباط جنسی موفق‌ترین م‌ها بودند[۲۰]؛ اما مساله آن جاست که م‌ها مانند ژن‌ها، خودخواه هستند به این معنا که فقط به دنبال تکثیر و انتشار خود هستند و در نهایت موفقیت م‌ها به مزایای آن‌ها برای خود بستگی دارد. در مبارزه برای جلب توجه مغزها، م‌ها باید به نحوی بهتر از رقبای خود باشند و این ارتباطی با تاثیر آن‌ها بر موفقیت ژنتیکی میزبان ندارد[۲۳]، بنابراین به زودی به غیر از م‌هایی که در خدمت ژن‌ها و بقای آن‌ها بودند انواع دیگری از م‌ها گسترش یافتند که تاثیر خاصی در بقای انسان نداشته اما شایسته‌ی گسترش بودند. این م‌ها شامل مواردی مانند سنت (ادامه آنچه در گذشته انجام شده یا باورهایی که وجود داشته)، اشاعه‌ی باورهای مذهبی و شک‌گرایی^۲ بودند[۲۰]. در نهایت زمانی که م‌ها به قابلیت تکثیر و انتقال گسترده دست یافتند برخی از آن‌ها در مسیری انحرافی تکامل یافتند تا با بقا و منافع رفاهی ارگانیسم در تضاد باشند؛ این‌گونه م‌ها، م‌های غیرمنطقی و خود ویرانگر هستند[۲۱] چنانچه داوکینز با افزایش احتمال ویروس‌های فرهنگی اظهار می‌دارد که مغز ما با گشودگی طبیعی خود به م‌ها، محیطی را فراهم می‌کند که برای بهره‌برداری انگلی مناسب است[۲۳].

م‌های مرضی ممکن است در ابتدا خوش‌خیم و یا حتی سودمند باشند و تکثیر گسترده‌ای از این م‌ها در بیماری‌های روانی وجود دارد؛ م‌های مرضی ممکن است در شرایط عادی در حالت کمون باشند و فقط تحت شرایط خاص، تکثیر گسترده‌ای از آن‌ها به شکل ایده‌ها (مانند پارانو یا وسواس)، هیجانات (افسردگی و شیدایی)، نگرانی و امیال و رفتارها شکل بگیرد[۲۱]. به عنوان نمونه‌ای از م‌های افسردگی زا، می‌توان به م‌هایی مانند "من بی ارزشم"، "من آدم بدی هستم" و "هیچ کس من را دوست ندارد" اشاره کرد. چنین م‌های آسیب‌زایی در دوران کودکی توسط بزرگسالان و همسالان و با قرار گرفتن در معرض افراد تحقیرگر به فرد معرفی می‌شوند[۲۱]. در مرحله‌ی بعد، م‌های با درون‌مایه مشابه که پشتیبان یکدیگرند، با هم ارتباط برقرار کرده و یک ممپلکس را می‌سازند[۲۲].

طبق تعریف، ممپلکس عبارت است از گروهی از م‌ها که به دلیل مزیت متقابل، گرد هم می‌آیند[۲۲]. به طور مثال شخص موثنی در دوران کودکی، به طور جداگانه و با فواصل زمانی، از طریق تاثیر مستقیم فرهنگ غالب جامعه (م‌های فرهنگی) و از طریق تاثیر غیر مستقیم فرهنگ جامعه (م‌های فرهنگی با نقش میانجی مراقبت کنندگان اولیه) در معرض م‌های خاصی قرار می‌گیرد. م‌های تزریق شده می‌توانند م‌های "دختران در انجام کارها نسبت به پسران شایستگی کمتری دارند"، "تو شایسته نیستی"، "تو نمی‌توانی کارها را به خوبی انجام دهی"، "تو لایق زندگی خوبی نیستی" باشند. این م‌ها تا حدود

1. sex

2. Tradition

3. Evangelism

4. Skepticism

زیادی درون‌مایه‌های مشابه دارند و با تزریق مکرر می‌توانند به زودی با هم ارتباطات معناداری برقرار کنند. پس از برقراری ارتباط و تحکیم ارتباط، تحریک هر کدام از این م‌ها می‌تواند موجب تحریک و ماندگاری و در نهایت حمایت سایر م‌های مرتبط شود و در مجموع یک ممپلکس با هسته‌ی مرکزی "من موجود ارزشمندی نیستم"، ایجاد می‌شود. تعداد ممپلکس‌ها می‌تواند متعدد باشد و بلکه مجموع این ممپلکس‌ها را سلفپلکس^۱ نامیده است؛ سلفپلکس مجموع تمام ممپلکس‌هایی است که "خود" فرد را تشکیل می‌دهند [۲۲]. در مجموع با توجه به اهمیت م‌ها در ایجاد اختلالات روانی باید مدل‌هایی از سلامت روان که نشان دهنده‌ی چگونگی برخورد با م‌های آسیب‌زاست، ایجاد و در دسترس قرار بگیرد [۲۱]. در این راستا هدف پژوهش حاضر استخراج و معرفی چند تکنیک درمانی از ادبیات پژوهشی روان‌شناسی ممپیک جهت بررسی تأثیر آن‌ها بر افسردگی بود. یکی از این تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممپیک، تمرین خودنگاشت ممپیک است [۲۴، ۲۵، ۲۶].

خودنگاشت ممپیک می‌تواند به عنوان راهی برای درک بصری جهان‌بینی مراجع و دسترسی به م‌های او به کار برده شود [۲۵]. برای این کار باید "خود" به عنوان یک سازه‌ی فرهنگی در نظر گرفته شود [۲۴] که می‌تواند به عنوان چیزی متشکل از واحدهای فرهنگ (م‌ها) درک شود [۲۲]. در روش خودنگاشت ممپیک، مراجع با کمک درمانگر شروع به توصیف "خود" کرده و به مرور م‌ها و ممپلکس‌های تشکیل دهنده‌ی هویت خود را به تصویر می‌کشد [۲۵]. خودنگاشت ممپیک که تمرین نقشه‌برداری از "خود" نیز نامیده می‌شود، می‌تواند به عنوان راهی برای توانمندسازی مراجع در جهت ایجاد تغییرات آگاهانه به کار برده شود. در واقع ترسیم خودنگاشت ممپیک به مراجع و درمانگر این امکان را می‌دهد تا "خود" مراجع را تجسم کنند، در مورد اهداف تغییر توافق کنند و تغییرات تدریجی را در سطح م‌ که منجر به تحقق آن اهداف می‌شود، برنامه‌ریزی کنند [۲۵]. در ادامه جهت فهم بیشتر تکنیک خودنگاشت ممپیک از یک مثال ساده‌ی فرضی استفاده می‌شود.

پس از آن که درمانگر از بیمار می‌خواهد تا خود را با سلسله‌ای از واژه‌ها توصیف کند [۲۵]، بیمار شروع به توصیف خود با واژه‌ها یا م‌های مهربان، احساساتی، منفعل، ضعیف، فراری از جدال، بخشنده، خزیده در خود، کناره‌گیر از اجتماع، ناتوان در تصمیم‌گیری، ناتوان در انجام کارها، ضعیف، بی‌اراده و ناتوان در انتخاب، می‌کند. پس از کنکاش و پرسیدن معنای هر کدام از این م‌ها مشخص می‌شود که ارتباطاتی بین این م‌ها وجود دارد که آن‌ها را وابسته به هم می‌نمایاند. می‌توان بین دو دسته از م‌های مرتبط با هم تمایز قائل شد. دسته‌ی اول شامل م‌های مهربان، منفعل، ضعیف، فراری از جدال، بخشنده، خزیده در خود، کناره‌گیر از اجتماع که یک ممپلکس با هسته‌ی مرکزی "بی‌ارزشی" را تشکیل می‌دهند و دسته‌ی دوم شامل م‌های ناتوان در تصمیم‌گیری، ناتوان در انجام کارها، ضعیف، بی‌اراده و ناتوان در انتخاب که یک ممپلکس با هسته‌ی مرکزی "درماندگی" را تشکیل می‌دهند. در کنکاش بیشتر مشخص می‌شود که ممپلکس "درماندگی" با ممپلکس "بی‌ارزشی" ارتباط دارد؛ به این صورت که ممپلکس "درماندگی" به نوبه‌ی خود می‌تواند موجب تحریک ممپلکس "بی‌ارزشی" شده و آن را تقویت کند. در این پژوهش پس از به دست آمدن م‌ها و ممپلکس‌ها در خودنگاشت ممپیک، از تکنیک دیگری به نام نقشه‌های م‌ در جهت به تصویر کشیدن تاریخچه‌ی تحولی یا همان زندگینامه‌ی م‌ها استفاده شد [۲۷].

^۱ .Selfplex

^۲ . Mapping the self

^۳ . Meme maps

نقشه‌های مم ابزار قدرتمند و انعطاف‌پذیری برای دریافت، نمایش و به اشتراک گذاشتن اطلاعات مم‌تیک و به تصویر کشیدن زمان و مکان رخداد‌های مهم در زندگی فرد است. در واقع نقشه‌ی مم‌تیک به عنوان یک ابزار عملی برای نمایش دوران جنینی، تولد و تکامل مم‌ها ارائه شده است. اجرای این تکنیک به این صورت است که زندگی و فعالیت مم‌ها به عنوان عنصر انتقال فرهنگی به صورت بصری نمایش داده شود. رویدادهای مم در منطقه‌ی جنینی مم ممکن است رویدادهای معنادار، بدوی و پیشرو مربوط به مم باشند. این رویدادهای، رویدادهایی هستند که می‌توانند ایجاد کننده، تسهیل‌کننده یا پیش‌بینی کننده‌ی تولد یک مم در آینده باشند. می‌توان انتظار داشت که رویداد تولد مم، کلید خواندن و درک جریان مم، نقطه‌ی ثقل در زمان و مکان برای مم و نقطه‌ی مرجع برای همه‌ی رویدادهای دیگر مم باشد. از طرفی رویدادهای مم در منطقه‌ی رشد و گسترش اغلب شامل نقاط عطف در زندگی مم از جمله وقایع ابتدایی، رویدادهای متقدم و رویدادهای گسترش دهنده‌ی مم هستند [۲۷]. به نظر می‌رسد با ترسیم نقشه‌ی مم‌ها بتوان رویدادهای جنینی و رویدادهای رشد و توسعه‌ی مم‌ها، که در واقع همان رویدادهای آسیب‌زای فراموش شده‌اند را به سطح هشیاری رساند و به تبع آن، احساسات پنهان ناشی از این رویدادها و مم‌های ناخودآگاه را در جلسه‌ی درمان به سطح خودآگاه رساند تا بیمار به جای اجتناب، آن‌ها را به طور کامل تجربه و حل و فصل کند [۲۸]. بعد از دستیابی به نقشه‌ی مم‌تیک بیمار و زندگی‌نامه‌ی مم‌ها می‌توان از تکنیک ساختارشناسی مم‌ها به منظور تکمیل درمان استفاده کرد [۲۹].

ساختارشناسی مم‌ها تکنیکی است که در آن ابتدا یک مم‌پلکس به اجزای تشکیل دهنده‌ی آن تجزیه می‌شود. در مرحله‌ی بعد هر یک از اجزای یک مم‌پلکس مورد بازبینی قرار می‌گیرند تا از معنای مرضی فعلی خود فاصله بگیرند. در این تکنیک درمانگر با کمک بیمار به مم‌پلکس نفوذ کرده و به اصطلاح موجبات فروپاشی آن را فراهم می‌کند. به طور مثال مم‌پلکسی که شامل اجزای "من بی ارزش هستم"، است، به تک تک مم‌های آن تجزیه شده و هر کدام از اجزای آن شامل "من"، "بی"، "ارزش" و "هستم" مورد کنکاش دقیق قرار می‌گیرند تا معانی دیگری برای آن‌ها پیدا شود. در واقع با این کار مم‌پلکس دچار فروپاشی شده و تعدیل می‌شود [۲۱]. شاید بتوان این تکنیک را نوعی معنادهی مجدد به مم‌ها و ارائه‌ی دیدگاهی جدید نسبت به مم‌ها دانست و ممکن است شباهتی با برخی تکنیک‌های شناختی داشته باشد اما زیربنای نظری آن متفاوت است. تشخیص این نکته مهم است که بعید است مم به عنوان حافظه، به طور کامل ریشه‌کن شود، بنابراین هدف این تکنیک جلوگیری از تکرار بی‌رویه‌ی مم‌های مرضی است [۲۱]. به طور مثال ممکن است این مم که "من بی ارزش هستم"، دائم در ذهن مراجع تکرار و تکثیر شود؛ با تکنیک فوق می‌توان به کمک بیمار اجزای این مم را به طور جداگانه مورد بررسی قرار داد و پس از کشف و تزریق معانی متفاوت و غیر مرضی، یک مم جدید به ذهن بیمار تزریق کرد. به طور مثال مم "ارزش" را جدا کرده و از بیمار خواسته می‌شود تا مشخص کند منظور او از "ارزش" چیست. در این فرایند بیمار ممکن است پی ببرد که او تماماً بر اساس نگاه انتقادی مراقبت‌کنندگان اولیه، خود را ارزش‌گذاری کرده است بنابراین می‌تواند از این پس سیستم ارزش‌گذاری خود را بر اساس مسائل گسترده‌تری از جمله موفقیت‌ها، روابط اجتماعی و ... تعیین کند؛ در نهایت به نظر می‌رسد با این تکنیک بتوان از سرعت تکثیر مم‌های مرضی کاست.

پس از بررسی گسترده‌ی ادبیات پژوهشی مشخص شد که پژوهشی با عنوان "نقشه‌های مم: ابزاری برای پیکربندی مم‌ها در زمان و مکان"، راهی برای ردیابی مم‌ها در مراحل مختلف رشد ارائه کرده است [۲۷]. پژوهشی دیگر با عنوان "نقشه

¹ . Deconstructing Memes

برداری از خود در درمان افکار خودکشی" که در آن از تکنیک نقشه برداری ممیتیک و تحلیل آن استفاده شده بود، توانست نشان دهد که طرح درمانی به دنبال تمرین نقشه برداری ممیتیک موفق بوده است و توانسته افکار خودکشی مراجع را کاهش دهد [۲۵]. پژوهش دیگری با عنوان "نقشه برداری از خود با واحدهای فرهنگ" که بر ۱۱ داوطلب در یک دوره ۹ ماهه انجام گرفت نشان داد که ساختارهای خاصی برای خود وجود دارد که بین فرهنگی هستند و اگر ما "خود" را به عنوان مجموعه‌ای از م‌ها بدانیم آنگاه می‌توانیم در "خود" تجدید نظر کنیم به این صورت که در واقع اراده به ما این امکان را می‌دهد که خود را بررسی و در نتیجه خود را بهبود ببخشیم [۲۴]. همچنین پژوهشی دیگر نشان داد که فرآیند خودنگاشت ممیتیک منجر به ارتباط و تأمل مراجع در خود می‌شود چنانچه این تمرین، انتخاب‌های قبلی را به شرکت‌کنندگان یادآوری می‌کرد و آن‌ها متوجه می‌شدند که می‌توانند انتخاب‌های دیگری داشته باشند و در نهایت نشان داد که تصاویر گرافیکی ممیتیک می‌تواند برای مشاوران و مراجعان در برنامه‌ریزی و اجرای تغییرات متحول‌کننده سودمند باشد [۲۶].

با توجه به تاثیرات مخربی که افسردگی بر میلیون‌ها انسان بر جای گذاشته است [۲] و با مسائل متعددی از جمله مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی [۸]، عملکرد اجتماعی و عاطفی [۹] و خودکشی [۷] ارتباط دارد، هرگونه تلاشی در جهت ارتقا کیفیت انواع روان‌درمانی می‌تواند مفید باشد. در این راستا برخی پژوهشگران در راستای افزایش اندازه‌ی اثر مداخله‌ها حتی دست به ترکیب رویکردهای مختلف شناخته شده زده‌اند [۲۹، ۳۰] اما در این پژوهش سعی شده است تا با زاویه‌ای متفاوت به افسردگی نگاه شود بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر عبارت از معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روانشناسی ممیتیک در درمان اختلال افسردگی اساسی در قالب یک مطالعه‌ی کیفی موردی بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی موردی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی افراد دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی ساکن در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. هدف اصلی پژوهش حاضر، استخراج و معرفی برخی تکنیک‌های مبتنی بر روانشناسی ممیتیک و در مجموع توسعه‌ی روانشناسی ممیتیک به حیطه‌ی درمان بود بنابراین سعی در این بود تا یک مورد به طور عمیق مورد مطالعه قرار بگیرد. در این راستا برای انتخاب نمونه‌ی پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد که برای افزایش فهم عمیق از افراد و یا برای توسعه‌ی نظریه‌ها و مفاهیم ایجاد شده است [۳۱]. با توجه به هدف پژوهش و همچنین با توجه به تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های معتبر مشابه [۲۵ و ۲۶] تعداد یک نفر به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شد تا مورد بررسی عمیق قرار بگیرد. از معیارهای ورود به این پژوهش می‌توان به تشخیص اختلال افسردگی اساسی به وسیله‌ی مصاحبه‌ی بالینی بر اساس DSM-5 و اجرای پرسشنامه افسردگی بک-۲، اشاره کرد. مصرف داروهای روان‌پزشکی در هنگام انتخاب شدن به عنوان نمونه‌ی پژوهش، یکی از معیارهای خروج از پژوهش بود؛ لازم به توضیح است که کنترل متغیر مصرف دارو به خاطر اطمینان از تخصیص نتایج به درمان مبتنی بر روانشناسی ممیتیک انجام گرفت. یکی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در طول جلسات درمانی بود چراکه این امر می‌توانست تاثیرات درمانی را کاهش و نتایج را مخدوش نماید.

^۱.Self

^۲. Beck Depression Inventory (BDI).

مراجع خانمی ۲۴ ساله و لیسانسه با اسم مستعار آیدا بود که با شکایت خلق پایین، عدم لذت از فعالیت‌ها، مشکلات ارتباطی با خانواده، کناره‌گیری و ترس از اجتماع، ترس از شنا کردن، احساس پوچی در زندگی و این فکر که نمی‌تواند در زندگی خود از توانایی‌های خود استفاده کند، مراجعه کرده بود. پس از مصاحبه‌ی تشخیصی، در او اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شد. مراجع از لحاظ تشخیص‌های همبود بررسی شد و در زمان سنجش، هرگونه تشخیص به غیر از افسردگی اساسی منتفی بود. او در حدود ۲ سال پیش به خاطر همین مشکلات به روانپزشک مراجعه کرده بود و بدون اطلاع از تشخیص خود، داروهای روانپزشکی را با دستور پزشک مصرف کرده بود اما بعد از چهار ماه به خاطر عدم تاثیر داروها در بهبود حال او و همچنین عوارض آن‌ها، تصمیم به قطع دارو گرفته بود. مراجع، بعد از آن به یک دکتر روانشناس دارای پروانه‌ی اشتغال از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره که در حدود ۸ سال سابقه‌ی روان‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری را داشت، مراجعه کرده بود و تحت درمان قرار گرفته بود اما بعد از حدود ۱۰ جلسه، بدون اینکه پیشرفت زیادی صورت بگیرد، جلسات درمان را قطع کرده بود. طبق اظهار نظرهای شخصی مراجع، درمان شناختی-رفتاری برای درمان او مناسب نبوده است چراکه او در بین جلسات درمان، توانایی انجام برخی از تکالیف از جمله تکمیل فرم‌های مربوط به ثبت وقایع و هیجانات و افکار را نداشته و این‌گونه کارها را حوصله سر بر و ملال‌آور می‌دانسته است. بعد از توضیحات پژوهشگر در رابطه با پژوهش و اهداف آن، مراجع موافقت خود را جهت شرکت در جلسات درمانی مبتنی بر روانشناسی ممیک اعلام کرد.

طبق اصل رازداری در مشاوره و پژوهش، هویت فرد شرکت‌کننده و تمامی اطلاعات به دست آمده از ایشان در طی این پژوهش کاملاً محرمانه بود و انتشار علمی نتایج پژوهش با رعایت کامل این اصول انجام گرفت. شرکت‌کننده در این پژوهش، جهت شرکت در پژوهش و جلسات درمانی کاملاً مختار بود و به او اعلام شد که هر زمان که تمایل خود را جهت شرکت در پژوهش و ادامه‌ی درمان از دست دهد، می‌تواند بدون هیچ قید و شرطی انصراف خود را به پژوهشگران اطلاع داده و از روند پژوهش خارج شود. پژوهشگران تعهد دادند که در صورت انصراف شرکت‌کننده، ایشان از هرگونه سوء رفتار کاملاً مصون باشند و جهت ادامه‌ی درمان به یک درمانگر دیگر ارجاع شود.

ابزارها

مصاحبه‌ی تشخیصی نیمه ساختار یافته: این ابزار امکان تشخیص افسردگی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی اختلالات روانی را فراهم می‌آورد. نیمه ساختار یافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌هاست و به همین دلیل مصاحبه‌گر در آسیب‌شناسی باید دانش و تجربه کافی داشته باشد. از این ابزار پیش از هر مصاحبه دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود، زیرا مطالعات حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است [۳۲]. در ایران پژوهشی نشان داد که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶)؛ توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود؛ اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار را مطلوب

گزارش کردند [۳۳]. از این ابزار هم جهت تشخیص اختلال افسردگی اساسی و هم به منظور قضاوت عینی بعد از اتمام مداخلات استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی بک-۲: این پرسشنامه برای ارزیابی شدت افسردگی با تأکید بر ابعاد شناختی و رفتاری افسردگی در اوایل دهه ۱۹۶۰ گسترش یافت. این پرسش نامه دارای ۲۱ پرسش خودسنجی است و هر کدام از آن ها دارای ۴ گزاره است که میزان رو به افزایش شدت را توصیف می کنند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می آید. نمره های زیر را می توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار برد. نمره ۰ تا ۱۳ به معنای هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴ تا ۱۹ به معنای افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ به معنای افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ به معنای افسردگی شدید است. پایایی این ابزار بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۳۴]. در ایران پژوهشی ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۹۳ را به فاصله ی یک هفته به دست آورد [۳۵]. از این ابزار هم جهت تشخیص اختلال افسردگی اساسی در کنار مصاحبه ی تشخیصی و هم به منظور قضاوت عینی بعد از اتمام مداخلات استفاده شد.

خودنگاشت ممیتیک [۲۴، ۲۵، ۲۶]: برای ترسیم خودنگاشت ممیتیک مراجع، از او خواسته می شود تا خود را به وسیله ی کلماتی که هویت او را تشکیل می دهند، توصیف کند. در مرحله ی بعد از او خواسته می شود تا چیزهایی را که در مورد خودش دوست دارد، چیزهایی را که می خواهد در مورد خودش تغییر دهد و چیزهایی که به باور او صحیح هستند را گزارش کند. مواردی که ویژگی های معنایی، عاطفی و رفتاری را نشان دادند به عنوان مم در نظر گرفته می شوند. بعد از به دست آمدن مم ها، مم هایی که با هم ارتباط دارند یا می توانند یک رابطه ی علت و معلولی داشته باشند، به هم متصل می شوند تا ممپلکس ها را تشکیل دهند. در مرحله ی بعد از شرکت کننده خواسته می شود تا از بین مم ها و ممپلکس هایی که به دست آمده است، آن ممپلکسی که بیشترین همخوانی با هویت او دارد و خود را با آن می شناسد (هسته ی سلفپلکس)، مشخص کند [۲۵]. همچنین از او خواسته می شود تا ممپلکس هایی که با هم در تضاد و کشمکش هستند را مشخص کند (تعارض ممیتیک) [۲۱].

نقشه ممیتیک [۲۷]: نقشه میم بر چارچوبی از نمودار شکل هشت انگلیسی (8) یا علامت بی نهایت متکی است. یک نقشه ی مم از دو حلقه ی به هم پیوسته تشکیل شده است. حلقه ی پایین نشان دهنده ی منطقه ی جنینی میم و حلقه ی بالا نشان دهنده ی منطقه ی توسعه و گسترش مم و نقطه ی متقاطع نشان دهنده ی نقطه ی تولد مم است (شکل ۱). مراحل ایجاد نقشه-ی مم به این صورت است که در گام اول باید رویدادهای جنینی مم، تولد مم و رشد مم شناسایی شوند. در گام دوم باید نمودار شکل هشت انگلیسی (8) به عنوان چارچوب ترسیم شود. در گام سوم باید رویداد تولد مم در نقطه ی انسداد قرار گیرد و در گام آخر باید منطقه ی جنینی و منطقه ی رشد با رویدادهای مم پر شود. از طریق نقشه ی ممیتیک می توان به طور اختصاصی به زندگی نامه ی هر مم مرضی ورود کرد تا رویدادهایی که منجر به ایجاد و رشد یک مم شده اند، کشف شوند. با این کار می توان رویدادهای آسیب زای فراموش شده و مم های ناخودآگاه متناظر با آن ها را به سطح هشیار رساند و به تبع آن، احساسات

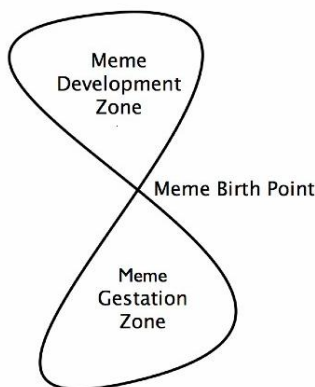
^۱ Beck Depression Inventory (BDI).

^۲ Meme Gestation Zone (MGZ).

^۳ Meme Development Zone (MDZ).

^۴ Meme Birth Point (MBP).

پنهان ناشی از این رویدادها و مِم‌های ناخودآگاه را در جلسه‌ی درمان به سطح خودآگاه رساند تا به جای اجتناب، بیمار آن‌ها را به طور کامل تجربه و حل و فصل کند [۲۸].



شکل ۱: چارچوب یک نقشه‌ی میم با منطقه‌ی توسعه‌ی میم، تولد میم و جنینی میم (اقتباس از [۲۷])

ساختار شکنی ممپلکسی [۲۱]: ساختار شکنی ممپلکس تکنیکی است که در طی آن ابتدا یک ممپلکس به اجزای تشکیل دهنده‌ی آن تجزیه می‌شود. در مرحله‌ی بعد هر یک اجزای یک ممپلکس مورد بازبینی قرار می‌گیرند تا از معنای مرضی فعلی خود فاصله بگیرند. در این تکنیک درمانگر با کمک بیمار به ممپلکس نفوذ کرده و به اصطلاح موجبات فروپاشی آن را فراهم می‌کند [۲۱]. به طور مثال ممپلکس "من بی ارزش هستم" شامل چه اجزایی است؟

این ممپلکس شامل اجزای "من" + "بی" + "ارزش" + "هستم" می‌شود.

"من" چیست؟ من آقای ایکس هستم، من یک کارمند هستم، من یک همسر هستم.

"هستم" چیست؟ وجود داشتن، هویت یافتن با، زنده بودن.

"ارزش" چیست؟ خوب بودن، ثروت، سلامتی، قابل تکیه بودن، انجام کارها.

"بی" (ارزش) چیست؟ خوب نبودن، عدم رعایت معیارها، بی کفایت.

در این مورد، درمان ممکن است شامل بازخورد مِم‌های ذیل برای هر جزء ممپیک باشد که در ادامه شرح داده می‌شود.

"من": من آقای ایکس هستم. یک کارمند هستم، من یک همسر با دو فرزند خوب هستم، من یک پدر خوب هستم.

"هستم": من وجود دارم، زنده هستم، به عنوان یک همسر و پدر به من نیاز هست.

"ارزش": من کارمند خوبی هستم، می توانم همسر خوبی باشم، می توانم پدر خوبی باشم و در واقع پدر خوبی هستم.

"بی"(ارزش): شاید نه کاملاً ثروتمند، شاید آنقدرها خوب نیستم چون افسرده هستم، می توانم وقتی بهتر شوم خوب باشم، می توانم عالی باشم [۲۱].

جدول ۱- پروتکل درمانی برگرفته از روانشناسی ممیک

شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول: ۹۰ دقیقه	اهداف * بررسی وضعیت ممیک بیمار * فرمول بندی مبتنی بر روانشناسی ممیک روش ارزیابی ممیک شامل: ۱- بررسی مموداینامیک بیمار جهت کشف م‌ها و ممپلکس‌های ناسازگار و تعارضات ممپلکسی که فرد را به سمت اختلال افسردگی اساسی سوق داده است ۲- فرمول بندی ممیک مشکلات بیمار و توافق در مورد اهداف و تغییرات تدریجی در سطح مم
جلسه دوم: ۶۰ دقیقه	اهداف * درمان میم‌گرا با طیف وسیع * مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین روش - بررسی اتفاقات مهم هفته‌ی گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - درمان میم‌گرا با طیف وسیع برای کنترل وضعیت و جلوگیری از تشدید تکثیر ممیک شامل توصیه به مصرف اسید چرب امگا ۳، قرار گرفتن در معرض نور روشن، بهداشت خواب و تمرینات هوازی و ورزش، ریلکسیشن و آموزش و توافق بر سر چگونگی انجام این تکالیف در طول جلسات
جلسه سوم: ۶۰ دقیقه	اهداف * تسهیل رابطه‌ی درمانی درمانگر با بیمار و روابط خارج از درمان بیمار روش - بررسی م‌های مخالف با صمیمیت که توسط روابط اولیه با والدین و همچنین فرهنگ ساخته شده‌اند و مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین مناسب - بحث در مورد م‌های مخالف پذیرش حمایت اجتماعی و مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین مناسب با هدف جلب و دریافت حمایت اجتماعی توسط بیمار
	اهداف * افزایش بینش بیمار نسبت به وضعیت ممیک خود با استفاده از ترسیم خودنگاشت ممیک

روش - بررسی اتفاقات مهم هفته‌ی گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - ترسیم خودنگاشت ممیک اولیه جهت عینی‌سازی مم‌ها، ممپلکس‌ها، ممپلکس‌ها و همچنین جهت کشف سلفپلکس بیمار و تعارضات ممپلکسی اطراف سلفپلکس که موجب تحکیم و پشتیبانی از سلفپلکس مرضی بیمار شده‌اند - برقراری ارتباط بین ممپلکس‌ها با سلفپلکس مراجع که موجب نشانه‌های کنونی بیمار شده است جهت ایجاد بینش و تقویت اراده‌ی بیمار برای تعدیل ممپلکس‌های مرضی و در نهایت سلفپلکس	جلسه چهارم ۶۰ دقیقه
اهداف *ادامه‌ی افزایش بینش بیمار نسبت به وضعیت ممیک خود با استفاده از ترسیم خودنگاشت ممیک روش -ادامه‌ی ترسیم خودنگاشت ممیک و کنکاش در آن	جلسه پنجم ۶۰ دقیقه
اهداف *ترسیم نقشه‌ی مم‌ها *پردازش هیجانات سرکوب شده‌ی مرتبط با ممپلکس‌های مرضی *پردازش هیجانات سرکوب شده‌ی مرتبط با منابع تزریق مم‌ها روش - بررسی اتفاقات مهم هفته‌ی گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - کشف ریشه‌ی مم‌ها با استفاده از ترسیم نقشه‌ی مم‌ها؛ با این تکنیک می‌توان بینش عمیقی درباره‌ی دوران جنینی، تولد و گسترش مم‌های مرضی به دست آورد. در این تکنیک باید به طور اختصاصی پیشینه‌ی هر مم مرضی پر اهمیت در تداوم نشانه‌های افسردگی اساسی را مورد بررسی و کنکاش قرار داد. هدف از این کار ایجاد بینش در مراجع نسبت به چگونگی شکل‌گیری مم‌های مرضی، تأثیرات این مم‌های ناخودآگاه و کنکاش احساسات ناشی از این مم‌هاست. پردازش هیجانات مرتبط می‌تواند به روش دوانلو (۱۴۰۳)، چنانچه در درمان پویشی فشرده و متمرکز مطرح شده است، انجام پذیرد - جداسازی منابع تزریق مم‌ها از سلفپلکس بیمار و پردازش هیجانات مربوط به آن‌ها؛ در واقع این منابع مراقبت‌کنندگان اصلی و افراد مهم زندگی بیمار هستند که در سلفپلکس بیمار ادغام شده‌اند و بیمار نسبت به آن‌ها به خاطر تزریق مم‌ها، خشم و دیگر هیجانات سرکوب شده دارد	جلسه ششم ۶۰ دقیقه
اهداف *ادامه‌ی ترسیم نقشه‌ی مم‌ها *پردازش هیجانات سرکوب شده‌ی مرتبط با ممپلکس‌های مرضی *پردازش هیجانات سرکوب شده‌ی مرتبط با منابع تزریق مم‌ها	جلسه هفتم ۶۰ دقیقه

روش مانند جلسه ی ششم	
اهداف *استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی روش - بررسی اتفاقات مهم هفته ی گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - ساختارشکنی ممپلکس های مرضی با استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی *در واقع این کار بعد از پردازش هیجانات مرتبط با ممپلکس ها صورت می گیرد تا نفوذ به ممپلکس امکان پذیر شود	جلسه هشتم ۶۰ دقیقه
اهداف *ادامه ی استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی روش - مانند جلسه ی هشتم	جلسه نهم ۶۰ دقیقه
اهداف *آموزش مهارت تفکر انتقادی به عنوان ابزاری برای فیلترینگ مم *تحکیم و پیشگیری از عود روش - بررسی اتفاقات مهم هفته ی گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار - آموزش تفکر انتقادی جهت بازتعریف فیلترینگ مغز برای جلوگیری از ورود مم های مرضی در آینده و کاهش احتمال عود - ترسیم و مرور خودنگاشت ممپلکس جدید جهت عینی سازی دستاوردهای درمانی و ایجاد انگیزه و امید در مراجع - پیش بینی مشکلات احتمالی در آینده و تحکیم درمان	جلسه دهم ۶۰ دقیقه

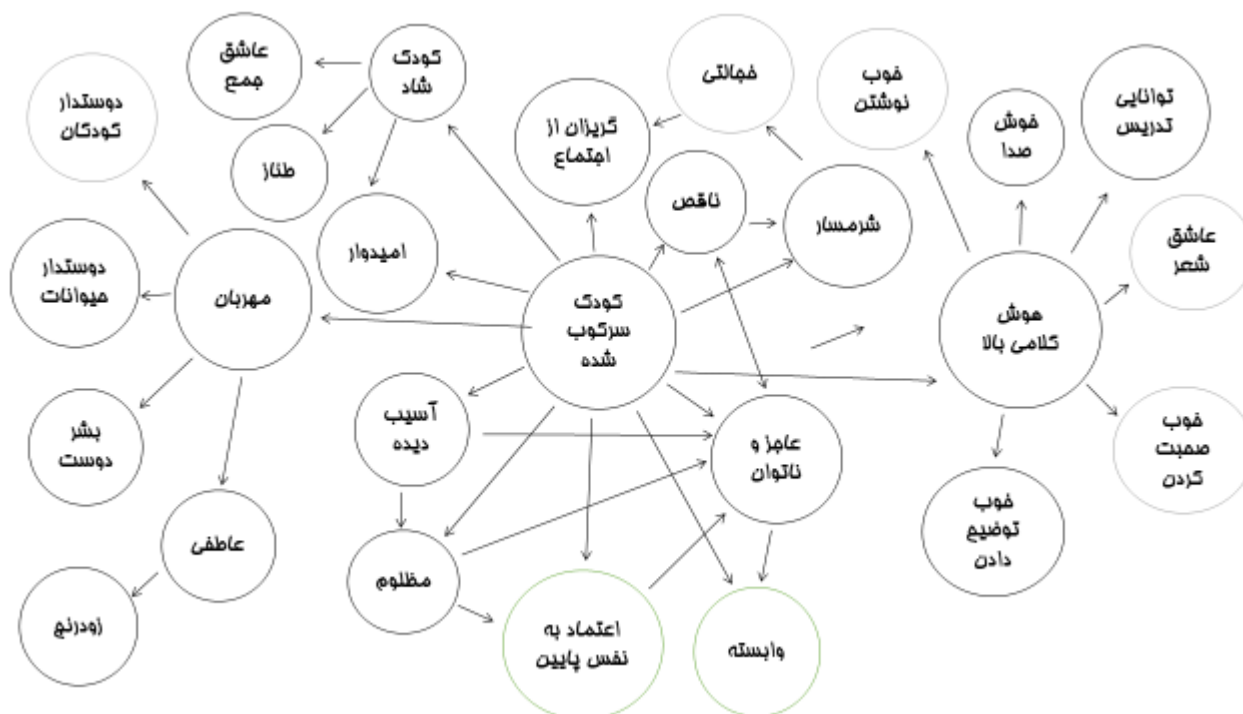
روند اجرای پژوهش

پس از ارائه ی توضیحاتی در مورد شیوه ی جلسات درمانی و اهداف پژوهش، مراجع رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش به صورت کتبی اعلام کرد. سپس مراجع هر هفته و به مدت ۱۰ جلسه ی ۶۰ دقیقه ای در جلسات درمانی شرکت کرد. در طول جلسات درمانی، خودنگاشت ممپلکس و نقشه ی مم های مراجع با کمک او ترسیم شد و به وسیله ی تحلیل و تفسیر آن ها و همچنین تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی، روان درمانی ادامه یافت. پس از ۴ ماه از آخرین جلسه ی مداخله، به عنوان

آزمون پیگیری، مجدداً از شرکت کننده دعوت شد تا در یک جلسه، مجدداً نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-5 و همچنین بر اساس پرسشنامه افسردگی بک-۲ در ایشان بررسی شود.

نتایج

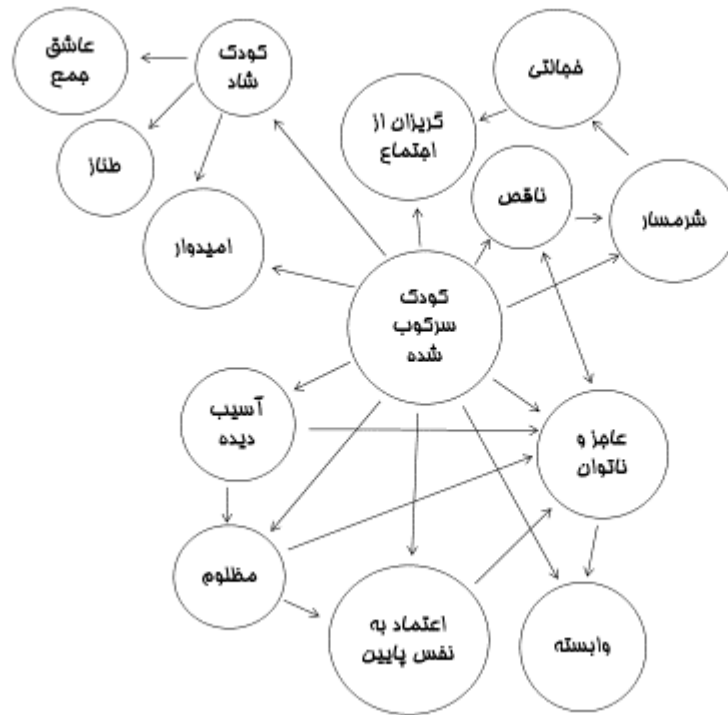
ترسیم خودنگاشت ممیک ۲۷ مم جداگانه را نشان داد. در شکل شماره ۱ می‌توان شمایی از خودنگاشت ممیک آیدا را مشاهده کرد.



شکل ۲- خودنگاشت ممیتیک مراجع (سلفیلکس)

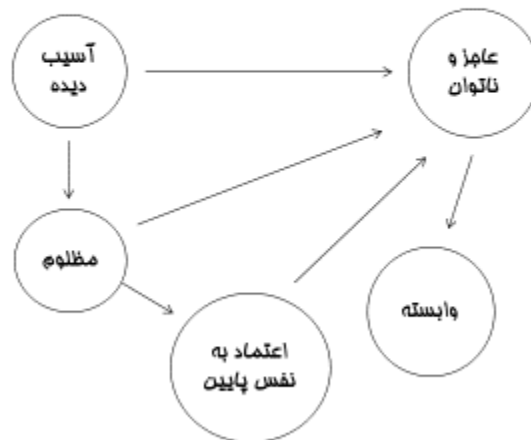
ترسیم خودنگاشت ممیتیک آید، یک مم قدرتمند با نام کودک سرکوب شده را نشان داد که با مم‌های بسیاری از جمله مم خجالتی، عاجز و ناتوان، مم اعتماد به نفس کم، مم مظلوم، مم آسیب دیده، مم شرمسار و مم وابسته احاطه شده بود. تمام مم‌های اخیر با مم کودک سرکوب شده ارتباط داشته و از آن حمایت می‌کردند. در داخل این ممپلکس بزرگ سه ممپلکس دیگر مشاهده شد. مراجع مم کودک وابسته را به دو مم عاجز و ناتوان و مم اعتماد به نفس کم، وصل کرد. همچنین مراجع مم شرمسار را به مم خجالتی وصل کرد. در واقع در این قسمت، دو دسته از ممپلکس‌ها که حاوی مم‌های ناتوانی و شرمساری بودند خود را نشان دادند که همگی با مم غالب کودک سرکوب شده ارتباط داشتند. در ادامه به طور متناقضی، مم کودک سرکوب شده با مم‌های کودک شاد طناز و امیدوار هم در ارتباط بود. از این جهت مراجع خود را از کودکی دارای استعداد در طنازی میدانست و به گفته‌ی خود گهگاهی این رفتار در او بروز می‌کند. مراجع همچنین به خاطر آورد که در عین حال که سال‌ها با احساسات بد دست و پنجه نرم می‌کرده است، همیشه تا حدودی به زندگی بهتر امیدوار بوده است و یکی از دلایلی

که او را چندین بار به سمت درمان کشانده است همین مم امیدواری بوده است. این سومین ممپلکسی بود که با کودک سرکوب شده ارتباط داشت. در واقع مم‌های طنازی و امیدواری به عنوان مم‌های محافظ و سالم عمل می‌کردند اما با توجه به اینکه ممپلکس‌های ناتوانی و شرمساری غالب بودند، توانسته بودند ممپلکس کودک شاد طناز را به حاشیه برانند. در ادامه به طور جداگانه هر یک از ممپلکس‌های دیده شده در سلفپلکس شرکت‌کننده نمایش داده می‌شوند.



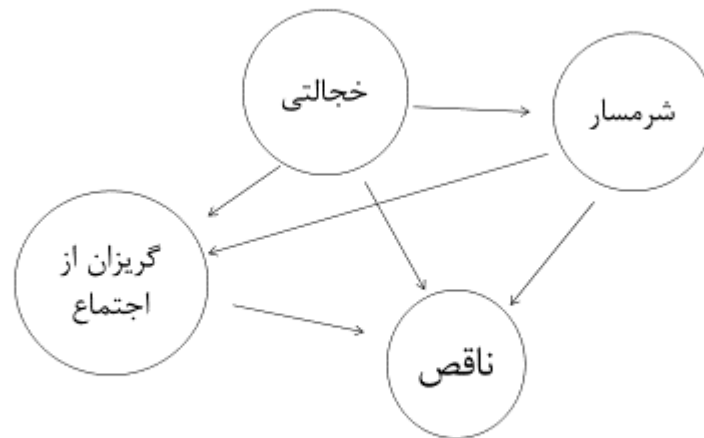
شکل ۳- ممپلکس کودک سرکوب شده

از آنجایی که ممپلکس کودک شاد سرکوب شده ارتباطات گسترده‌ای با سایر ممپلکس‌ها داشت می‌توان آن را یک ممپلکس کلیدی نامید که در واقع هسته‌ی مرکزی سلفپلکس شرکت‌کننده را تشکیل داده بود. در شکل ۳ ممپلکس کودک سرکوب شده و ارتباطات آن با سایر ممپلکس‌ها مشاهده می‌شود. یک مم قدرتمند دیگر که به صورت یک تصویر توانسته بود جای زیادی را در ذهن مراجع اشغال کند، تصویر یک کودک تنها در یک قفس تاریک بود که به نظر مم تصویری متناظر با مم کلامی کودک سرکوب شده بود. این مم تصویری چنان قدرتمند بود که هسته‌ی سلفپلکس آیدا را تشکیل می‌داد چنانچه وقتی از او سوال شد که خود را بیشتر از هر چیزی با چه توصیف می‌کند، پاسخ او یک کودک تنها در یک قفس تاریک بود. در ادامه، در شکل ۴ ممپلکس عاجز و ناتوان همراه با اجزای آن نمایش داده شده است.



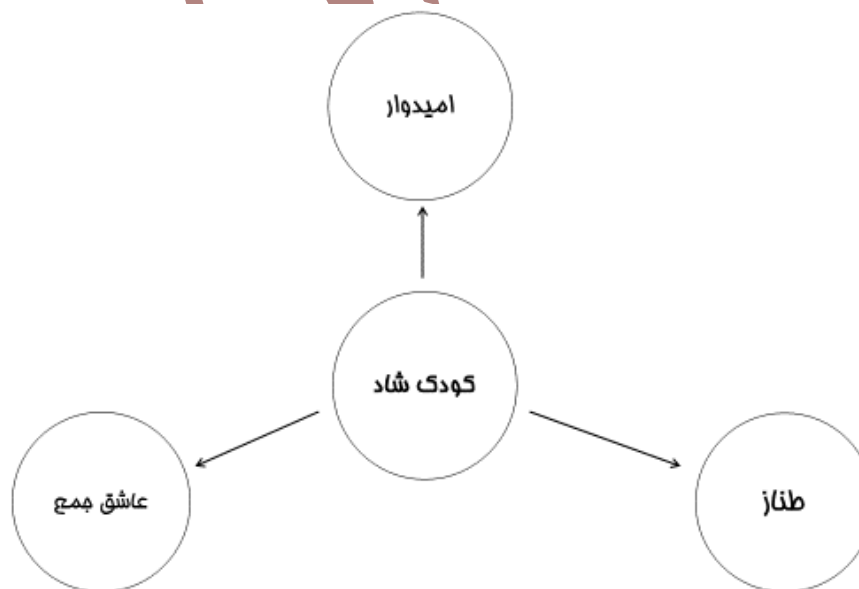
شکل ۴- ممپلکس عاجز و ناتوان

همانطور که شکل ۴ نشان می‌دهد پنج مم اعتماد به نفس پایین، وابسته، آسیب دیده و مظلوم با یک مم مرکزی عاجز و ناتوان ارتباط دارند و مجموعاً توانسته‌اند ممپلکس عاجز و ناتوان را تشکیل دهند. در ادامه در شکل ۵ ممپلکس ناقص نمایش داده شده است.



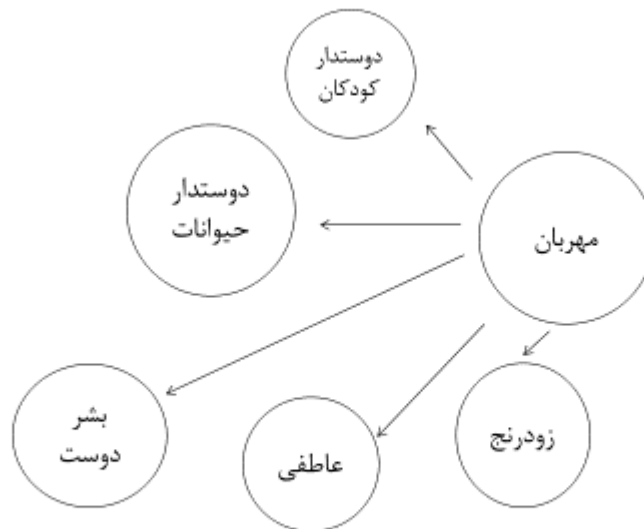
شکل ۵- ممپلکس نقص-شرم

همانطور که شکل ۵ نشان می‌دهد چهار مم شرمسار، گریزان از اجتماع، خجالتی و ناقص توانسته‌اند با هم ممپلکس ناقص را تشکیل دهند. در ادامه، در شکل ۶ ممپلکس کودک شاد را مشاهده می‌کنید.



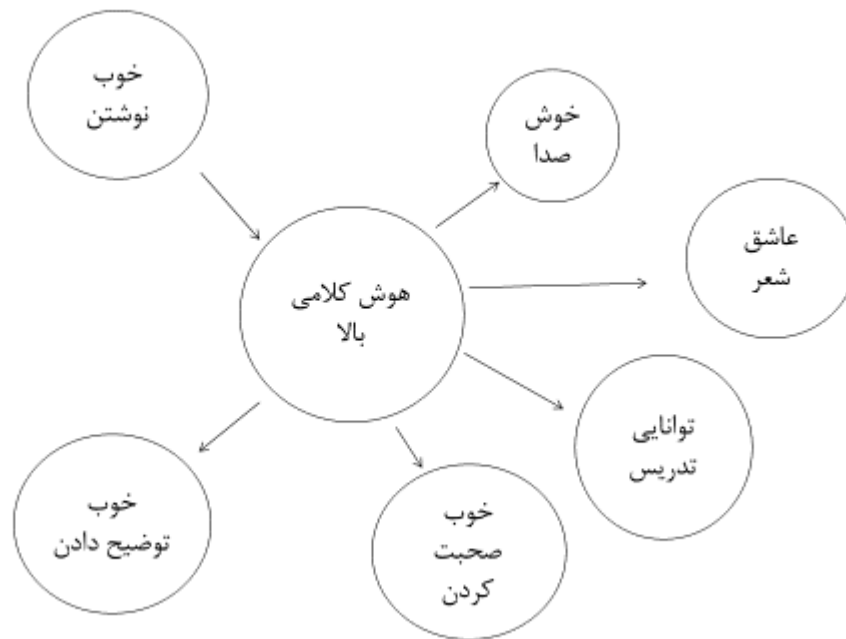
شکل ۶- ممپلکس کودک شاد

همانطور که شکل ۶ نشان می‌دهد چهار مم طناز، امیدوار، عاشق جمع و کودک شاد توانسته‌اند ممپلکس کودک شاد را تشکیل دهند. در ادامه، در شکل ۷ ممپلکس مهربان که یک ممپلکس محافظ است را مشاهده می‌کنید.



شکل ۷- ممپلکس مهربان

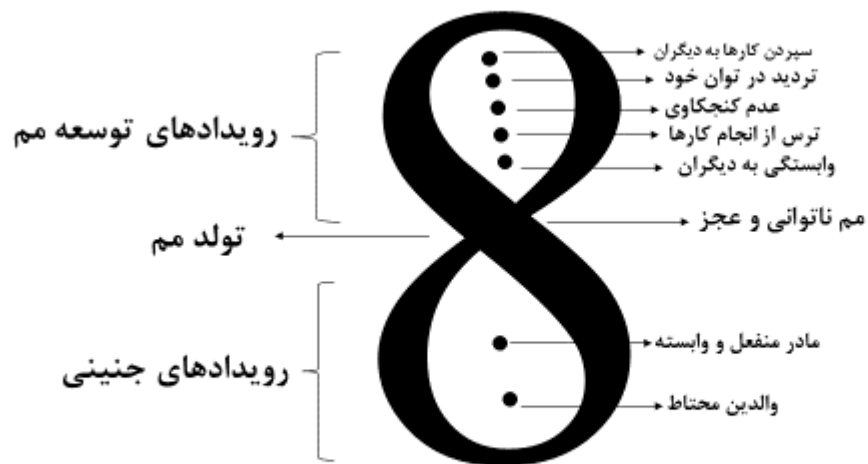
همانطور که شکل ۷ نشان می‌دهد مم‌های دوست‌دار حیوانات، دوست‌دار کودکان، بشر دوست، زودرنج، عاطفی و مهربان توانسته‌اند مجموعاً ممپلکس مهربان را تشکیل دهند. در شکل ۸ ممپلکس هوش کلامی بالا را مشاهده می‌کنید.



شکل ۸- ممپلکس هوش کلامی بالا

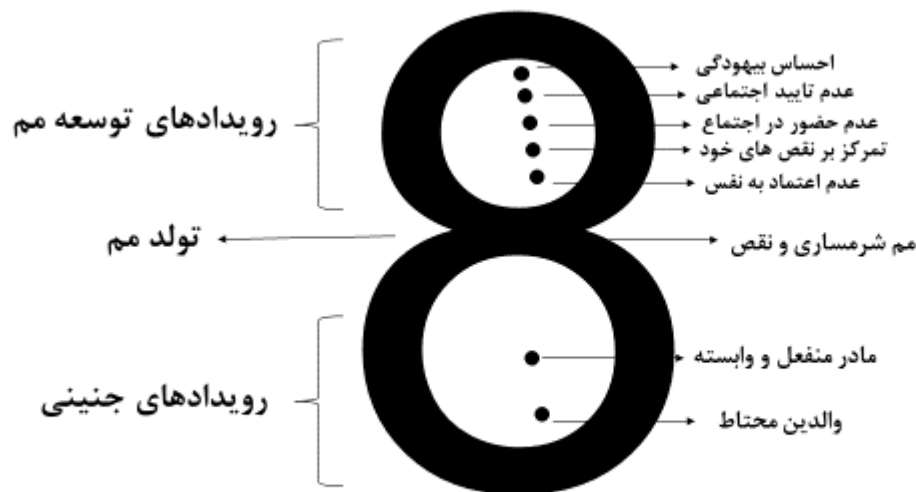
همانطور که شکل ۸ نشان می‌دهد م‌های عاشق شعر، خوب صحبت کردن، خوب توضیح دادن، توانایی تدریس، خوش صدا، خوب نوشتن، و هوش کلانی بالا توانسته‌اند مجموعاً ممپلکس هوش کلامی بالا را بسازند.

بعد از به دست آمدن م‌ها و ممپلکس‌ها سعی شد تا به وسیله‌ی ترسیم نقشه‌ی مم‌تیک، دوران جنینی، زمان تقریبی تولد و زمان رشد و زمان تکثیر م‌ها شناسایی شود [۲۷]. نقشه‌ی مم‌تیک آیدا برای ممپلکس‌های مهم و مرضی به اشکال ذیل نمایش داده شده است.



شکل ۹- نقشه‌ی مم‌تیک مم ناتوانی و عجز

نقشه مم‌تیک مراجع نشان می‌دهد که رویدادهای جنینی مم ناتوانی و عجز عبارت از والدین محتاط و مادر منفعل و وابسته بودند. همچنین رویدادهای رشد و توسعه‌ی این مم عبارت از وابستگی به دیگران، ترس از انجام کارها، عدم کنجکاوی، تردید در توان خود و در نهایت سپردن کارها به دیگران بودند که در شکل شماره ۹ نشان داده شده است.



شکل ۱۰- نقشه‌ی مم‌تیک مم شرمساری و نقص

نقشه مم‌تیک مراجع نشان داد که رویدادهای جنینی مم شرمساری و نقص عبارت از والدین محتاط، مادر منفعل و وابسته بودند. رویدادهای رشد و توسعه‌ی این مم عبارت از عدم اعتماد به نفس، تمرکز بر نقص های خود، عدم حضور در اجتماع، عدم تایید اجتماعی و در نهایت احساس بیهودگی بود که در شکل شماره ۱۰ نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی مم‌تیک در درمان اختلال افسردگی اساسی در قالب یک مطالعه کیفی موردی بود. نتایج استفاده از تکنیک خودنگاشت مم‌تیک نشان داد که حداقل ۲۶ مم قابل توجه "خود" مراجع را تشکیل دادند و هسته‌ی مرکزی تمام مم‌ها را "مم کودک سرکوب شده" تشکیل داده بود. کودک سرکوب شده چیزی بود که مراجع ارتباط نزدیکی با آن داشت و بیش از هر چیزی خود را با آن توصیف می‌کرد پس به طور ضمنی به عنوان سلفپلکس بیمار در نظر گرفته شد. در اطراف سلفپلکس، ممپلکس‌های مهربان و همچنین هوش کلامی، ناتوانی-عجز و نقص-شرمساری وجود داشتند و کنکاش بیشتر نشان داد که سلفپلکس کودک سرکوب شده بیش از هر چیزی با دو ممپلکس ناتوانی-عجز و نقص-شرمساری ارتباط دارد و در واقع برآیندی از آن دو ممپلکس است. از طرف دیگر، استفاده از تکنیک نقشه‌ی مم‌ها تا حدود زیادی توانست پیکربندی یا همان تاریخچه تحول ممپلکس‌های به دست آمده از تکنیک خودنگاشت مم‌تیک را به دست بدهد.

رویدادهای جنینی ممپلکس ناتوانی و عجز عبارت از والدین محتاط و مادر منفعل و وابسته بودند. همچنین رویدادهای رشد و توسعه‌ی این مم عبارت از وابستگی به دیگران، ترس از انجام کارها، عدم کنجکاوی، تردید در توان خود و در نهایت سپردن کارها به دیگران بودند. همچنین باز هم رویدادهای جنینی مم شرمساری و نقص عبارت از والدین محتاط، مادر منفعل و وابسته بودند. رویدادهای رشد و توسعه‌ی این ممپلکس عبارت از عدم اعتماد به نفس، تمرکز بر نقص‌های خود، عدم حضور در اجتماع، عدم تایید اجتماعی و در نهایت احساس بیهودگی و بی‌کفایتی بود.

زمانی که در جلسات بعدی از مراجع سوال شد که چرا در خود یک کودک ناتوان و بدون اعتماد به نفس می‌بیند، همراه با بروز هیجانات شدید شروع به تعریف خاطراتی از دوران کودکی خود کرد که در آن‌ها والدین به خاطر محتاط بودن بیش از حد، اجازه‌ی کنجکاوی و امتحان کردن محیط و انجام تکالیف متناسب با سن را نداده بودند؛ در واقع، والدین با مم‌های بی‌اعتمادی و به دنبال آن مم‌های احتیاط بیش از حد، کودک خود را محدود کرده بودند، بنابراین او از طرف والدین از انجام بسیاری از کارهای چالش برانگیز و حتی غیر چالشی منع شده بود. نتیجه‌ی این کناره‌گیری و امتناع از انجام کارها، وابستگی شدید بیمار به والدین خود بوده است. اعمال محدودیت از جانب والدین موجب شده بود تا بیمار به مرور از اجتماع فاصله بگیرد، در حالی که همیشه تمایل داشته که در جمع همسالان حضور یابد تا بتواند توانایی‌های خود را نشان دهد. جالب این‌که با وجود فراهم شدن محیط برای القای مم‌های مرضی بی‌اعتمادی و احتیاط بیش از حد به مراجع، این مم‌ها نتوانسته بودند در ذهن او کاشته شوند اما به طور غیر مستقیم موجب تولد مم‌های مرضی دیگری شده بودند؛ به طور مثال، وابستگی مراجع موجب شده بود تا او نتواند گام‌هایی را برای انجام کارها در جهت به دست آوردن اعتماد به نفس بردارد و به همین خاطر همیشه فکر می‌کرده است که نسبت به همسالان ضعیف‌تر و ناتوان‌تر است و در نتیجه، نقص‌هایی دارد. این فکر داشتن نقص به مرور خود را گسترانیده و مراجع در بسیاری از زمینه‌ها از جمله در هنگام ورود به اجتماع، احساس شرمساری و خجالت داشته است به طوری که اذعان داشته که فوبی اجتماعی دارد و با این‌که عاشق ورود به اجتماع است به خاطر عدم اعتماد به نفس و فکر داشتن نقص، تا جای ممکن به اجتماع ورود نکرده است.

می‌توان استدلال کرد موقعیت‌هایی که در حال حاضر شبیه به موقعیت‌های حساس دوران کودکی هستند می‌توانند ممپلکس‌های مربوطه را فعال کرده و همان احساسات ناخوشایند دوران کودکی را مجدداً در بیمار فعال کنند بنابراین او دوباره به خاطر عدم اعتماد به نفس و شرمساری از جمع فاصله می‌گیرد. بررسی‌های بیشتر نشان داد مراجع به شدت از مم‌های موجود در ذهن والدین خود، که خود را به صورت رفتار محتاطانه با او نشان داده بودند، خشمگین است. در واقع رفتار محتاطانه‌ی والدین با آیدا همان فنوتیپ مم بی‌اعتمادی به محیط است که این‌گونه در دنیای بیرون از ذهن مشغول تاثیرگذاری است. ترسیم نقشه‌ی مم‌ها توانست به او نشان دهد که "والدین محتاط" عامل زمینه‌ساز تولد ممپلکس‌های مرضی و فلج‌کننده‌ی او هستند بنابراین او توانست متوجه خشم پنهان خود از والدین خود شود چراکه این رفتار والدین او، فرصت داشتن تجربیات جدید و استقلال را از او گرفته بود و در نهایت زمینه‌ی کاشت مم‌های ناتوانی و عدم اعتماد به نفس و احساس نقص را در او فراهم کرده بود.

همچنین پس از ترسیم نقشه‌ی مم‌ها، مراجع بینش یافت که نسبت به مادر خود از جهت دیگری نیز خشمگین است چرا که او با انفعال خود نتوانسته بود به میزان مناسبی در دوران کودکی از او در برابر ناملایمات زندگی محافظت کند. او این خشم را همواره از کودکی با خود داشته است و در حال حاضر به طور افراطی آن را به طور مستقیم به مادر خود ابراز می‌کرد چنانچه

بعد از این رفتار، م‌های فرهنگی-قومی در مورد قداست مادر از جمله م‌ مادر مقدس به شدت فعال و موجب پشیمانی و احساس گناه در او می‌شدند. در طی جلسات، هنگام مرور و بررسی م‌ها از طریق خودنگاشت ممیک و ترسیم نقشه‌ی م‌ها، بیمار وقایع ایجاد کننده‌ی م‌ها را مرور می‌کرد و به تبع آن، هیجانات گرم متناظر با موقعیت‌ها و م‌های مرضی از جمله خشم، احساس گناه و شرم آشکار می‌شدند؛ در این هنگام درمانگر سعی در تسهیل تجربه‌ی کامل هیجان مربوطه به وسیله‌ی بیمار می‌کرد. این کار به این صورت انجام می‌شد که درمانگر پس از مشاهده‌ی هیجان خاصی در بیمار، از بیمار در مورد احساسش در زمان حال سوال می‌کرد یا در مورد هیجانی که در بیمار در حال رخ دادن بود بازخورد می‌داد تا او در تماس مستقیم با هیجانش قرار بگیرد تا بتواند هیجان خود را به طور کامل تجربه کرده و آن را حل و فصل نماید. از طرفی زمانی که به مراجع کمک شد تا م‌های مادر خود را حدس بزند و به این درک برسد که مادر او نیز شاید قربانی م‌های خود بوده است، متوجه شد که خشم افراطی او به مادر نامتناسب است. ابراز نامتناسب خشم به مادر نیز با "م‌های مادر مقدس" در او در تعارض بود و موجبات احساس گناه را در او فراهم می‌کرد. مراجع بینش یافت که ابراز نامتناسب و شدید خشم، به او و رابطه‌ی او با مادرش آسیب بسیاری زده است بنابراین تصمیم گرفت تا در رفتار خود تجدید نظر کند.

در ادامه، مراجع در قبال این موضوع دوباره موضع گرفت و اذعان داشت که با چنین وضعیتی والدین او نباید تصمیم به داشتن بچه می‌گرفتند. بررسی بیشتر نشان داد که این میل به نیستی، ادامه‌ی خشم سرکوب شده‌ای بود که او نسبت به پدر خود داشت که به خاطر وجود م‌های فرهنگی از جمله م‌ احترام به والدین و همچنین ترس از پدر، آن را سرکوب و به سمت خود سرازیر کرده بود تا به این وسیله در خیالات و فانتزی، با تصور مرگ خود، به طور غیر مستقیم و به دور از احساس گناه، از پدر انتقام بگیرد. در واقع ترکیب م‌ فرهنگی احترام به والدین و ترس از پدر موجب سرکوب خشم‌های بیمار نسبت به پدر شده بود. بعد از روشن شدن معنای این فرایند، مراجع توانست متوجه نیت خود از برگرداندن خشم از پدر به سمت خود شود و بنابراین به طور آگاهانه تصمیم گرفت تا از این نوع فانتزی‌ها که در دراز مدت پیامدی جز افسردگی بیشتر ندارند، دست بردارد. طی جلسات، از طریق بحث و گفتگو این م‌ به مراجع تزریق شد که هرکسی حق دارد که نسبت به والدین خود خشمگین باشد و حتی می‌تواند به طرق صحیح آن را ابراز نماید. تزریق این م‌ تا حدودی توانست خشم فروخورده‌ی مراجع را نسبت به پدرش در جلسه ظاهر کند. به نظر میزان خشم فروخورده نسبت به پدر با ابراز خشم افراطی نسبت به مادر ارتباط داشت چراکه با تخلیه‌ی خشم فروخورده به پدر طی جلسات، میزان ابراز خشم به مادر در فضای واقعی نیز کاهش یافت و موجبات اصلاح رابطه با مادر را فراهم کرد. در عین حال زمانی که خشم مراجع نسبت به پدرش در طی جلسات ابراز شد، نشانه‌هایی از بهبود رابطه با پدر نیز آشکار شد.

در ادامه، بینش عمیقی در مورد چگونگی تولد ممپلکس‌ها از طریق ترسیم نقشه‌ی م‌ها در مراجع ایجاد شد که ممپلکس-های مرضی که در دوران خردسالی در ذهن او کاشته شده‌اند، توانسته‌اند ناتوانی و وابستگی و نقص و شرمساری را در او ایجاد کنند و در نهایت نشانه‌های فعلی افسردگی را در او ایجاد کنند. با این بینش مراجع توانست م‌های مرضی را از م‌های غیر مرضی در خود تمیز دهد و به صورت عمیق و تجربی بپذیرد که می‌تواند م‌های مرضی را در سلفپلکس خود تعدیل کرده یا م‌های سالم جدید را جایگزین آن‌ها کند. انجام این تکنیک تا حدود زیادی توانست سلفپلکس کودک سرکوب شده را در مراجع هدف قرار دهد و موجبات تعدیل آن را فراهم کند. مراجع پس از بینش در مورد م‌های مرضی خود و ارتباطات آن‌ها با یکدیگر و چگونگی تولد و توسعه‌ی آن‌ها، شروع به انجام رفتارهای جدید کرد تا بتواند ممپلکس‌های مرضی تشکیل دهنده‌ی

سلفپلکس کودک سرکوب شده را در هم بشکنند. مراجع شروع به رفتارهایی از قبیل یادگیری مهارت‌های اجتماعی و برداشتن گام‌های کوچک در جهت تشکیل احساس توانمندی و استقلال کرد. رفتارهای جدید توانست پیوندهای اجزای دو ممپلکس ناتوانی - عجز و ناقص - شرمسار، را از هم گسسته و یک سلفپلکس تعدیل شده را ایجاد کند. بعد از این اتفاق، مراجع توانست برای اولین بار تصور کند که کودک سرکوب شده‌ی او از قفس خارج شده است و آزادانه می‌تواند به سمت خواسته‌های خود حرکت کند؛ این به معنای تولد یک مم سالم در بیمار بود.

در جهت فعال کردن ممپلکس‌های محافظ و سالم "هوش کلامی بالا" و "مهربان"، مراجع تشویق به تقویت مم‌های محافظ "هوش کلامی بالا" و "مهربان" شروع شد. در این راستا مراجع شروع به شرکت در جلسات شعرخوانی کرد. همچنین شروع به شرکت در یک دوره‌ی صداپیشگی کرد. این رفتارهای جدید می‌توانستند علیه ممپلکس نقص - شرمساری و عجز - ناتوانی عمل و آن‌ها را تعدیل کنند. از طرفی در راستای تقویت ممپلکس مهربان، مراجع تشویق شد تا ویژگی مهربانی خود را با بازداری کمتری نسبت به افراد نزدیک خود بروز دهد و روابط عاطفی خود را غنی‌تر سازد.

از سوی دیگر، استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی نیز توانست نتایج مثبتی به همراه داشته باشد. در این راستا تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی به شرح ذیل در جلسات متعدد بر روی دو ممپلکس مرضی ناتوانی، و نقص و شرمساری اجرا شد. ممپلکس اول شامل اجزای "من" + "ناتوان" + "هستم"، بود. انجام این تکنیک به صورتی که در ادامه تشریح می‌شود ادامه یافت:

در ابتدا از بیمار خواسته شد تا کلمه‌ی "من" را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو "من" چیست؟

بیمار: من آیدا هستم، من یک لیسانسه هستم، من یک دختر هستم.

سپس از بیمار خواسته شد تا کلمه‌ی "هستم" را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو "هستم" چیست؟

بیمار: وجود داشتن، هویت یافتن با، زنده بودن.

سپس از بیمار خواسته شد تا کلمه‌ی "توان" را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو "توان" چیست؟

بیمار: استقلال مالی، توان انجام کارها، توان حرکت به سمت اهداف.

سپس از بیمار خواسته شد تا کلمه‌ی "نا توان" را بسط دهد.

درمانگر: آیدا به من بگو "ناتوان" چیست؟

بیمار: وابسته بودن، عدم استقلال مالی، ناتوانی در انجام کارها.

در ادامه درمان شامل بازخورد و پیشنهاد مهم‌های ذیل برای هر جزء ممپیکس از ممپیکس فوق بود که در ادامه شرح داده می‌شود:

"من": آیدا هستم، من یک دختر فوق العاده برای خانواده‌ام هستم.

"هستم": من این شانس را داشته‌ام که وجود داشته باشم، و بودن من می‌تواند بر دنیا موثر باشد.

"توان": من توانسته‌ام با موفقیت فارغ‌التحصیل شوم. من تا به حال به بعضی از اهدافم رسیده‌ام مثلاً کلاس زبان را دنبال می‌کنم. دوستان من گاهی به من تکیه می‌کنند و از من مشورت می‌گیرند.

"نا" (توان): نه کاملاً مستقل اما تا حدودی مستقل مثلاً یک درآمد جزیی دارم، نه خیلی ثروتمند اما وضعیت مالی من متوسط است. به تمام اهدافم نرسیده‌ام اما به بعضی از آن‌ها رسیده‌ام.

ممپیکس دوم شامل اجزای "من" + "ناقص" و "شرمسار" + "هستم"، بود.

درمانگر: "من" چیست؟

بیمار: من آیدا هستم، من یک لیسانسه هستم، من یک دختر هستم. "هستم" چیست؟ وجود داشتن، هویت یافتن با، زنده بودن.

درمانگر: "ناقص" چیست؟

بیمار: کامل نبودن، نقص داشتن، کفایت نداشتن، بی عرضه بودن.

درمانگر: "شرمسار" چیست؟

بیمار: خجالت زده، ترس از قضاوت شدن به خاطر نقص‌ها.

درمان شامل بازخورد مهم‌های ذیل برای هر جزء ممپیکس از ممپیکس فوق بود که در ادامه شرح داده می‌شود:

"من": آیدا هستم، من یک دختر فوق العاده برای خانواده‌ام هستم.

"هستم": من این شانس را داشته‌ام که وجود داشته باشم، و بودن من می‌تواند بر دنیا تاثیر مثبت داشته باشد.

"ناقص": نه خیلی کامل اما همین هم کافیهست. نه خیلی ناقص چون خیلی کارها را هم خوب انجام می‌دهم و در بعضی کارها مثل رانندگی کردن و دیکلمه کردن عالی هستم.

"شرمسار": فقط گاهی شرمسار و نه همیشه چون داشتن بعضی نقص‌ها طبیعی است.

بعد از اجرای تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی بر دو ممپلکس مرضی "ناتوانی-عجز" و "نقص-شرمساری"، اجزای این ممپلکس‌ها به طور عینی مورد بازبینی قرار گرفتند تا معنای آن‌ها در ساختار سلفپلکس مراجع تعدیل شود. در نتیجه‌ی این تعدیل ممپلکسی، مراجع توانست بعد از مدت‌ها از تفکر دو قطبی در مورد ناتوانی و نقص خود رها شود. در واقع این تکنیک توانست به عنوان مکمل در کنار دو تکنیک دیگر تاثیر مثبتی بر تعدیل سلفپلکس مراجع بگذارد به طوری که توانست ناتوانایی‌ها و نقص‌های خود را به عنوان یک انسان بپذیرد و اهدافی قابل دسترسی را برای خود تنظیم نماید تا بتواند به سمت آن‌ها حرکت کند.

در آخرین جلسه‌ی درمانی، به منظور تحکیم درمان و جلوگیری از عود، آموزش مهارت تفکر انتقادی به روش ممپیک به عنوان وسیله‌ای جهت فیلترینگ ممپیک در دستور کار قرار گرفت. در ابتدا در این جلسه، تمام مواردی که بیمار در طی جلسات قبل آموخته بود با کمک و همراهی او مرور شد. در این جلسه، در مورد چگونگی ورود اولین مم‌ها به ذهن بیمار صحبت شد. ضمن آن، این واقعیت که ذهن یک کودک می‌تواند بدون هیچ فیلتری پذیرای اولین مم‌ها باشد مورد تاکید قرار گرفت. اولین مم‌هایی که به ذهن یک کودک تزریق می‌شوند می‌توانند تبدیل به فیلترینگ ذهن در برابر سایر مم‌های بعدی شوند چنانچه داوکینز با افزایش احتمال ویروس‌های فرهنگی اظهار می‌دارد که مغز ما با گشودگی طبیعی خود به مم‌ها، محیطی را فراهم می‌کند که برای بهره‌برداری انگلی مناسب است [۲۳] بنابراین اگر اولین مم‌ها، آسیب‌رسان و مرضی باشند می‌توانند محیطی را جهت ورود سایر مم‌های مرضی فراهم نمایند. با این پیش زمینه، بیمار تشویق می‌شود تا مم‌های اولیه‌ی خود را به صورت مفاهیمی مطلق و غیر قابل تغییر نبیند بلکه آن‌ها را به صورت مفاهیمی انعطاف‌پذیر و قابل تغییر درک کند. او تشویق می‌شود تا بعد از این، مم‌ها و ممپلکس‌های مرضی خود را با دیدی انتقادی بنگرد که توانسته‌اند خود را در ذهن او تکثیر کنند و موجب ورود سایر مم‌های مرضی و جلوگیری از ورود بسیاری از مم‌های محافظ شوند بنابراین این اراده در او تقویت می‌شود تا بعد از این اجازه‌ی ورود مم‌های متضاد با مم‌های ساکن در ذهن خود را صادر کرده و با انعطاف بیشتری در مورد آن‌ها فکر و احساس کند.

در این جلسه در مورد احساس رضایت خاطر درونی حاصل از مم‌ها صحبت می‌شود تا از نتایج آن به عنوان معیاری برای پذیرش و رد مم‌ها استفاده شود. گاهی اوقات اثر یک مم رضایت خاطر نیست اما فقط به خاطر همسویی با مم‌های مرضی قبلی، رضایت خاطر کاذبی را ایجاد می‌کند که در درازمدت موجب ایجاد نشانه‌های بیماری‌های روانی در فرد می‌شود؛ در مقابل برخی مم‌های در تعارض با مم‌های مرضی ساکن در ذهن در ابتدا می‌توانند به علت ناهم‌سویی با مم‌های مرضی ساکن موجب احساس نارضایتی کاذب شوند اما اگر اجازه‌ی ماندگاری به آن‌ها داده شود می‌توانند در دراز مدت اثرات درمانی و رضایت درونی به همراه داشته باشند. در ادامه به بیمار آموزش داده شد تا بعد از این هر چند ماه یک‌بار، خودنگاشت ممپیک خود را ترسیم کند تا مم‌های مرضی تازه وارد احتمالی را یافته و آن‌ها را مورد بازبینی و شک قرار دهد و مم‌های محافظ را مورد تقویت قرار دهد.

در هفته‌ی بعد از آخرین جلسه‌ی مداخله، تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منتفی بود. همچنین نتیجه‌ی اجرای مجدد پرسشنامه افسردگی بک-۲ در این جلسه نشان داد که نمره‌ی مراجع ۱۰، به معنای هیچ یا کمترین افسردگی بود. این نمره در مقایسه با نمره‌ی مراجع در پیش از جلسات مداخله که ۳۹ بود (به معنای افسردگی شدید) نشان از تاثیر مثبت مداخله می‌داد. در این راستا، مراجع گزارش داد که بعد از مداخلات و آگاهی از م‌های مرضی خود توسط خودنگاشت ممیتیک و شناخت منشاء م‌های مرضی خود از طریق نقشه م‌ها و همچنین بازبینی و معنادهی مجدد ممپلکس‌های مرضی خود از طریق ساختارشکنی ممپلکسی توانسته است تا حد زیادی از قید و بند آن‌ها رهایی یافته و رضایت از زندگی و شادمانی بیشتری را تجربه کند. طبق مشاهدات پژوهشگر و گزارشات مراجع، مراجع توانسته بود تا حدود زیادی از قید ناتوانی و وابستگی و همچنین احساس نقص حاصل از این وابستگی رهایی یابد و این موجب تمرکز بیشتر او بر اهدافش و توان بیشتر او برای حرکت به سمت آن‌ها شده بود. پس از گذشت چهار ماه از آخرین جلسه‌ی مداخلات ممیتیک، مجدداً از مراجع دعوت شد که در یک جلسه‌ی پیگیری شرکت کند تا پایایی نتایج در طول زمان مورد بررسی قرار گیرد. در این جلسه بر اساس معیارهای DSM-5 نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی در ایشان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که تشخیص اختلال افسردگی اساسی در ایشان منتفی است. همچنین در این جلسه، مراجع مجدداً پرسشنامه افسردگی بک-۲ را تکمیل نمود و نتایج نشان داد که نمره‌ی او ۱۲ به معنای هیچ یا کمترین افسردگی است. مشاهدات و گزارشات مراجع نیز حاکی از پایداری تاثیر مداخلات می‌داد. به طور خلاصه بعد از گذشت ۴ ماه از آخرین جلسه‌ی مداخلات، نتایج هنوز پایداری خود را حفظ کرده بودند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نحوه‌ی ترسیم خودنگاشت ممیتیک به خاطر پرسیدن سوالات متعدد و درخواست خودافشایی هرچه بیشتر از شرکت کننده، خواه ناخواه به میزانی دستوری و محدود کننده بود و این احتمال وجود دارد که شرکت کننده تا حدودی دست به سانسور خود زده باشد. از جهتی میزان خودآگاهی افراد متفاوت است و ممکن است شرکت کننده حاضر در پژوهش برخی از جنبه‌های مهم خود را در نظر نگرفته باشد. در هر صورت سانسور یا عدم آگاهی می‌تواند موجب از دست رفتن برخی اطلاعات مهم و نقص خودنگاشت ممیتیک شود. محدودیت دیگری که می‌توان به آن پرداخت این است که نقش فعال درمانگر در ترسیم خودنگاشت ممیتیک ممکن است موجب انحراف مراجع از صحبت در مورد برخی م‌های خود و تمایل به گزارش برخی دیگر از م‌ها در ایشان شود. در مجموع این پژوهش نشان داد که استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روانشناسی ممیتیک می‌تواند تا حدودی موجب تعدیل م‌های روانشناختی مرضی در شرکت‌کننده‌ی حاضر در این پژوهش شود با وجود این نمی‌توان با قطعیت در مورد تاثیر مداخلات فوق بر افراد دیگر با جنسیت مشابه یا جنسیت مخالف و همچنین سایر گروه‌های قومی و فرهنگی صحبت کرد بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی در مورد اثربخشی این تکنیک‌ها در جمعیت‌های متنوع صورت بگیرد.

با توجه به این‌که ادبیات پژوهشی در حوزه‌ی روانشناسی ممیتیک نسبتاً محدود و هدف عمده‌ی پژوهش حاضر معرفی تکنیک‌های مستخرج از روان‌شناسی ممیتیک بود، این مطالعه به صورت کیفی موردی و با یک شرکت‌کننده انجام گرفت تا

بتواند به طور عمیق یک مورد را مطالعه کند؛ با توجه به این، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به شدت با محدودیت همراه است و نمی‌توان با قطعیت در مورد تاثیر مداخلات فوق بر افراد دیگر با جنسیت مشابه یا جنسیت مخالف و همچنین سایر گروه‌های قومی و فرهنگی صحبت کرد. شرکت‌کننده‌ی این پژوهش قبلاً توسط یک روان‌پزشک به مدت چهار ماه تحت درمان دارویی قرار گرفته بود اما به دلیل عدم بهبودی، از درمان خارج شده بود؛ همچنین بعد از آن به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفته بود و اذعان داشت که باز هم بهبودی در حال خود مشاهده نکرده است. با توجه به نتایج دو درمان قبلی شرکت‌کننده در مقایسه با نتایج درمان ممیتیک، می‌توان به طور ضمنی به مقایسه بین این سه رویکرد پرداخت و درمان ممیتیک را نسبت به آن دو رویکرد موفق‌تر دانست اما در هر صورت طرح این پژوهش کیفی بود و فقط با یک شرکت‌کننده و بدون گروه کنترل انجام گرفت و این موجب می‌شود تا نتوان به طور عینی نتایج درمان مبتنی بر ممیتیک را با نتایج سایر رویکردها مقایسه کرد بنابراین پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با طرح‌های آزمایشی و گروه نمونه‌ی بزرگتر و با گروه کنترل در مورد اثربخشی این تکنیک‌ها در جمعیت‌های متنوع صورت بگیرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود تا در قالب طرح‌های کمی آزمایشی نتایج درمان مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک با سایر رویکردها مقایسه شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و اصل رازداری رعایت شد. مقاله‌ی فوق برگرفته از رساله‌ی پسا دکتري نویسنده‌ی اول است. این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره‌ی IR.RAZI.REC.1403.020 از دانشگاه رازی است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

- 1- Herrman H, Kieling C, McGorry P, Horton R, Sargent J, Patel V. Reducing the global burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. The Lancet. 2019 Jun 15. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32408-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32408-5)
- 2- World Health Organization. Depression (Fact Sheet). WHO: Geneva, Switzerland. 2020; Available online: (accessed on 1 December 2022).
- 3- Herrman H, Patel V, Kieling C, Berk M, Buchweitz C, Cuijpers P, Furukawa TA, Kessler RC, Kohrt BA, Maj M, McGorry P. Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. The Lancet. 2022 Mar 5;399(10328):957-1022. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02141-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02141-3/abstract)
- 4- Goldberg JF, Nasrallah HA. Major depression is a serious and potentially fatal brain syndrome requiring pharmacotherapy or neuromodulation, and psychotherapy. Psychological Medicine. 2022 Jun;52(8):1423-5. <https://doi.org/10.1017/S0033291722001179>
- 5- Reynolds 3rd CF, Jeste DV, Sachdev PS, Blazer DG. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. World Psychiatry. 2022 Oct;21(3):336-63. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- 6- Pérez-Sola V, Roca M, Alonso J, Gabilondo A, Hernando T, Sicras-Mainar A, Sicras-Navarro A, Herrera B, Vieta E. Economic impact of treatment-resistant depression: a retrospective observational study. Journal of Affective Disorders. 2021 Dec 1;295:578-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.036>
- 7- Lin C, Huang CM, Karim HT, Liu HL, Lee TM, Wu CW, Toh CH, Tsai YF, Yen TH, Lee SH. Greater white matter hyperintensities and the association with executive function in suicide attempters with late-life depression. Neurobiology of aging. 2021 Jul 1;103:60-7. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2020.12.016>
- 8- Mayor S. Persistent depression doubles stroke risk despite treatment, study finds. BMJ. 2015 May 15;350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2611>
- 9- Huang CM, Fan YT, Lee SH, Liu HL, Chen YL, Lin C, Lee TM. Cognitive reserve-mediated neural modulation of emotional control and regulation in people with late-life depression. Social cognitive and affective neuroscience. 2019 Aug;14(8):849-60. <https://doi.org/10.1093/scan/nsz054>
- 10- Park EH, Jung MH. The impact of major depressive disorder on adaptive function: A retrospective observational study. Medicine. 2019 Dec 1;98(52):e18515. DOI: 10.1097/MD.00000000000018515
- 11- Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, De Girolamo G, De Graaf R. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS medicine. 2009 Aug 11;6(8):e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- 12- Chiao JY, Blizinsky KD. Culture–gene coevolution of individualism–collectivism and the serotonin transporter gene. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences. 2010 Feb 22;277(1681):529-37. <https://doi.org/10.1098/rspb.2009.1650>

- 13- Khatami M. Introduction to Memetic Philosophy. Scientific Civilization Publications. Tehran, Iran; 2018. [In Persian]
- 14- Safron A. Multilevel evolutionary developmental optimization (MEDO): A theoretical framework for understanding preferences and selection dynamics. arXiv preprint arXiv:1910.13443. 2019 Oct 27. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1910.13443>
- 15- Russell CJ, Muthukrishna M. Dual inheritance theory. In Encyclopedia of evolutionary psychological science 2021 Apr 22 (pp. 2140-2146). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3_1381
- 16- Dawkins R. The selfish gene. Oxford university press; 2016.
- 17- Beattie P, Beattie P. Information: Evolution, psychology, and politics. Social Evolution, Political Psychology, and the Media in Democracy: The Invisible Hand in the US Marketplace of Ideas. 2019:17-61. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-02801-5>
- 18- Whiten A, Ayala FJ, Feldman MW, Laland KN. The extension of biology through culture. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2017 Jul 25;114(30):7775-81. <https://doi.org/10.1073/pnas.1707630114>
- 19- Blackmore S. Memetics does provide a useful way of understanding cultural evolution. Contemporary debates in philosophy of biology. 2010:255-72. <https://doi.org/10.1002/9781444314922.ch>
- 20- Brodie R. Virus of the mind: The new science of the meme. Hay House, Inc; 2009 May 15. https://www.google.com/books/edition/Virus_of_the_Mind/ioBbmPrmujsC?hl=en&gbpv=1&dq=20-+Brodie+R.+Virus+of+the+mind:+The+new+science+of+the+meme.+Hay+House,+Inc%3B+2009+May+15.&pg=PR13&printsec=frontcover
- 21- Leigh H. Genes, memes, culture, and mental illness: Toward an integrative model. Springer Science & Business Media; 2010 Jun 14. https://escholarship.org/content/qt5gj3v3rn/qt5gj3v3rn_noSplash_1776ae2e60474219353dbb93b417be9c.pdf
- 22- Blackmore SJ. The meme machine. Oxford Paperbacks; 2000 Mar 16. https://www.google.com/books/edition/The_Meme_Machine/YKtjZm4MhiwC?hl=en&gbpv=1
- 23- Distin K. The selfish meme: A critical reassessment. Cambridge University Press; 2005. https://www.google.com/books/edition/The_Selfish_Meme/NKvz4r5sIDAC?hl=en&gbpv=1&dq=23-+Distin+K.+The+selfish+meme:+A+critical+reassessment.+Cambridge+University+Press%3B+2005.&pg=PA1&printsec=frontcover
- 24- Robertson LH. Mapping the self with units of culture. Psychology. 2010 Aug 25;1(03):185. doi:10.4236/psych.2010.13025
- 25- Robertson LH. Self-mapping in treating suicide ideation: A case study. Death Studies. 2011 Mar 9;35(3):267-80. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496687>
- 26- Robertson LH. Self-mapping in counselling: Using memetic maps to enhance client reflectivity and therapeutic efficacy. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. 2016 Jul 18;50(3). <https://cjc-rcc.ualgary.ca/article/view/61110>
- 27- Paull J. Meme maps: A tool for configuring memes in time and space. European Journal of Scientific Research. 2009;31(1):11-8. <https://orgprints.org/id/eprint/15752/>

- 28- Dovanloo H. Short-term dynamic psychotherapy. Creative translation by Sigarudi, Enayat. Arjomand Publications. Tehran. Iran; (2024). [In Persian]
- 29- Mohamadpour S , Tajikzadeh F, Mohamadi N. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on Depression, Rumination and Dysfunctional Attitude in Pregnant women with depression, *Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality*, 2018; 16(1): 187-198. magiran.com/p1894852 [In Persian]
- 30- Melyani M, Alahyari A A, Azadfallah P, Fathi Ashtiani A, Tavoli A. Miulness based Cognitive therapy versus Cognitive Behavioral therapy on predictors of relapse in recurent Depression, *Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality*, 2014; 12(1): 75-86. magiran.com/p2127873 [In Persian]
- 31- Devers KJ, Frankel RM. Study design in qualitative research—2: Sampling and data collection strategies. *Education for health*. 2000 May 1;13(2):263-71. file:///C:/Users/User-01/Downloads/study_design_in_qualitative_research_2_sampling.15.pdf
- 32 – Martin CS, Pollock NK, Bukstein OG, Lynch KG. Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug and alcohol dependence*. 2000 May 1;59(2):173-6. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00119-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00119-2)
- 33- Sharifi V, Asadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, Shaabani A, Shahrivar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shushtari M, Sedigh A, and Jalali Rudsari M. Reliability and feasibility of the Persian version of the Scientific Diagnostic Interview for SCID). *Quarterly Journal of Cognitive Sciences*, 2004. 6(1): 10. magiran.com/p320768 [In Persian]
- 34- Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*. 1996 Jan 1. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- 35-, Dabson K S, Mohammad khani P. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Magor Depressive Disorder, *Archives of Rehabilitation*, 2007; 8(1): 82. magiran.com/p459529 [In Persian]