



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. mohsen.amiri@razi.ac.ir*

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

Abstract

Receive Date:
27/12/2024

Accept Date:
28/07/2025



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

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 memplexes.
4. A memetic map [27], used to reconstruct the participant's life story and uncover the origins of harmful memes.
5. Memplex deconstruction [21], a methodological intervention designed to dismantle and disrupt pathological memplexes.

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.
Session 6	Discovering meme roots: Constructing the meme maps to trace origins, separating injection sources and reference memes, while addressing emotions tied to these sources.
Session 7	Continuation of constructing the meme maps and addressing emotional associations.
Session 8	Deconstructing pathological memes using Deconstructing Memes techniques.
Session 9	Continuation of Deconstructing Memes sessions.
Session 10	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 memeplex, three distinct sub-memeplexes 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 memeplexes—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 memeplexes, which pushed the "Playful and Cheerful Child" memeplex 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 memeplexes 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 memeplexes—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 memeplexes 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 memeplexes while simultaneously experiencing and resolving the hidden emotions associated with them. The technique of Deconstructing Memes was applied across multiple sessions, targeting the pathological memeplexes 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.

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

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

معرفی و استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک در درمان اختلال افسردگی اساسی: یک مطالعه موردی کیفی

نویسندگان

محسن امیری^۱، جهانگیر کریمی^{۲*}

۱. پژوهشگر پسا دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

mohsen.amiri@razi.ac.ir

۲. دانشیار دانشگاه، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

(نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد و در موارد شدید به بروز افکار خودکشی یا اقدام به آن منجر شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر معرفی تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک و بررسی تأثیر آن‌ها بر اختلال افسردگی اساسی بود.

روش: پژوهش کیفی نوع مطالعه موردی بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش به صورت هدفمند انتخاب شد و یک آزمودنی با استفاده از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5 وارد مطالعه گردید. شرکت کننده به مدت ۱۰ هفته تحت مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی ممیک قرار گرفت.

نتایج: ارزیابی با استفاده از مصاحبه تشخیصی DSM-5، پرسش‌نامه افسردگی بک-۲، مشاهدات پژوهشگر و خودگزارش دهی بیمار نشان داد که تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک از جمله خودنگاشت ممیک، نقشه مم‌ها و ساختار شکنی ممپلکسی در کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌شناسی ممیک، به عنوان یکی از زیرشاخه‌های تکامل فرهنگی، ظرفیت مناسبی برای تبیین شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی دارد. لذا با توجه به تأثیر مثبت تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک در پژوهش حاضر، این پژوهش توانست مبنایی برای تدوین پروتکل‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیک در آینده ایجاد کند.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۱۰/۰۷

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۴/۰۵/۰۶



کلیدواژه‌ها

تکامل فرهنگی، روان‌شناسی ممیک، خودنگاشت ممیک، نقشه مم‌ها، ساختار شکنی ممپلکسی، اختلال افسردگی اساسی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

j.karami@razi.ac.ir

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

مقدمه

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 فوته‌ها، فناوری، باورها و رفتارها است [۱۵]. یکی از نظریه‌های تکامل فرهنگی که در این رابطه، قدرت تبیین مناسبی دارد نظریهٔ ممیتیک^۳ است [۱۶]. ایدهٔ تکامل فرهنگی ممیتیک عمدتاً با قیاس با ایده تکامل بیولوژیکی، بر اساس اصول مبارزه برای هستی، انتخاب طبیعی و مکانیسم‌های ژنتیکی وراثت توسعه یافته است [۱۷]. در نظریهٔ ممیتیک این‌گونه پنداشته می‌شود که پدیده‌های فرهنگی بر پایهٔ سیستم اولیهٔ مبتنی بر ژنتیک بنا شده‌اند و این می‌تواند شکل دومی از تکامل را ایجاد کند [۱۸]. در واقع، ممیتیک یک نظریهٔ 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، داو کینز 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 دهند [۱۶]؛ طبق این تعریف هر چیزی که ما به آن فرهنگ می‌گوییم از مم‌هایی تشکیل شده است که با هم در حال رقابت هستند؛ این مم‌ها با انتقال از ذهن به ذهن به همان روشی که ژن‌ها از طریق اسپرم و تخمک پخش می‌شوند، منتشر می‌شوند [۲۰] و می‌توانند در اختلالات روانی نقش داشته باشند [۲۱].

مم‌ها 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

افسردگی یک چالش بزرگ بهداشت روان جهانی است [۱]. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱، اختلال افسردگی اساسی^۲ بیش از ۲۴۴ میلیون نفر را تحت تأثیر 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 نیز با 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 تأثیر می‌گذارد. به دلیل مسائل مطرح شده، اختلال کارکردی در افراد دارای اختلال افسردگی اساسی بسیار شایع است به طوری که بیش از ۹۰ درصد از این بیماران در طول یک دورهٔ 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 بازگشت افسردگی در ارتباط 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 مشخصهٔ 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 نیمهٔ دوم سدهٔ نوزدهم به این سو مطالعه دربارهٔ 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

3. Memetic.

4. Meme.

1. World Health Organization (WHO).

2. Major Depressive Disorder (MDD).

مم‌های 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 مم‌ها که به دلیل مزیت متقابل، گرد هم می‌آیند [۲۲]. به طور مثال شخص مؤنثی در دوران کودکی، به طور جداگانه و با فواصل زمانی، از طریق تأثیر مستقیم فرهنگ غالب جامعه (مم‌های فرهنگی) و از طریق تأثیر غیر مستقیم فرهنگ جامعه (مم‌های فرهنگی با نقش میانجی مراقبت‌کنندگان اولیه) در معرض مم‌های خاصی قرار می‌گیرد. مم‌های تزریق شده می‌توانند مم‌های «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 مم‌ها تا حدود 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 مم‌ها می‌تواند موجب تحریک و ماندگاری و در نهایت حمایت سایر مم‌های مرتبط شود و در مجموع یک ممپلکس با هسته مرکزی «من موجود ارزشمندی نیستم»، ایجاد می‌شود. تعداد ممپلکس‌ها می‌تواند متعدد باشد و بلک‌مور مجموع این ممپلکس‌ها را سلفپلکس^۵ نامیده است؛ سلفپلکس مجموع تمام ممپلکس‌هایی است که «خود» فرد را تشکیل می‌دهند [۲۲]. در مجموع با توجه به اهمیت مم‌ها در ایجاد اختلالات روانی باید مدلهایی از سلامت روان که نشان‌دهنده چگونگی برخورد با مم‌های آسیب‌زا است، ایجاد و در دسترس قرار بگیرد [۲۱]. در این راستا هدف پژوهش حاضر استخراج و معرفی چند تکنیک درمانی از ادبیات پژوهشی روان‌شناسی ممیتیک جهت بررسی تأثیر آن‌ها بر افسردگی بود. یکی از این تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک، تمرین خودنگاشت ممیتیک است [۲۴، ۲۵، ۲۶].

خودنگاشت ممیتیک^۶ می‌تواند به عنوان راهی برای درک درک بصری جهان‌بینی مراجع و دسترسی به مم‌های او به کار برده شود [۲۵]. برای این کار باید «خود» به عنوان یک سازه فرهنگی در نظر گرفته شود [۲۴] که می‌تواند به عنوان چیزی متشکل از واحدهای فرهنگ (مم‌ها) درک شود [۲۲].

ارتباط جنسی^۱ کند [۲۰]، پس هنگامی که با ایجاد توانایی تقلید توسط مغز [۲۱]، تکامل مم شروع شد، مم‌هایی مربوط به خطر، غذا و ارتباط جنسی موفق‌ترین مم‌ها بودند [۲۰]؛ اما مسئله آن‌جاست که مم‌ها مانند ژن‌ها، خودخواه هستند و به این معنا که فقط به دنبال تکثیر و انتشار خود هستند و در نهایت موفقیت مم‌ها به مزایای آن‌ها برای خود بستگی دارد. در مبارزه برای جلب توجه مغزها، مم‌ها باید به نحوی بهتر از رقبای خود باشند و این ارتباطی با تأثیر آن‌ها بر موفقیت ژنتیکی میزبان ندارد [۲۳]؛ بنابراین به زودی به غیر از مم‌هایی که در خدمت ژن‌ها و بقای آن‌ها بودند انواع دیگری از مم‌ها گسترش یافتند که تأثیر خاصی در بقای انسان نداشته، اما شایسته گسترش بودند. این مم‌ها شامل مواردی مانند سنت^۲ (ادامه آنچه در گذشته انجام شده یا باورهایی که وجود داشته)، اشاعه باورهای مذهبی^۳ و شک‌گرایی^۴ بودند [۲۰]. در نهایت زمانی که مم‌ها به قابلیت تکثیر و انتقال گسترده دست یافتند برخی از آن‌ها در مسیری انحرافی تکامل یافتند تا با بقا و منافع رفاهی ارگانسیم در تضاد باشند؛ این‌گونه مم‌ها، مم‌های غیرمنطقی و خود ویرانگر هستند [۲۱] 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].

مم‌های مرضی ممکن است در ابتدا خوش‌خیم و یا حتی سودمند باشند و تکثیر گسترده‌ای از این مم‌ها در بیماری‌های روانی وجود دارد؛ مم‌های مرضی ممکن است در شرایط عادی در حالت کمون باشند و فقط تحت شرایط خاص، تکثیر گسترده‌ای از آن‌ها به شکل ایده‌ها (مانند پارانوئیا یا وسواس)، هیجانان (افسردگی و شیدایی)، نگرانی و امیال و رفتارها شکل بگیرد [۲۱]. به عنوان نمونه‌ای از مم‌های افسردگی‌زا، می‌توان به مم‌هایی مانند - من بی ارزشم - «من آدم بدی هستم» و «هیچ کس من را دوست ندارد» اشاره کرد. چنین مم‌های آسیب‌زایی در دوران کودکی توسط بزرگسالان و همسالان و با قرار گرفتن در معرض افراد تحقیرگر به فرد معرفی می‌شوند [۲۱]. در مرحله بعد،

- 1 . Sex.
- 2 . Tradition.
- 3 . Evangelism.
- 4 . Skepticism.

5 .Selfplex.

6 . Mapping the self.

دریافت، نمایش و به اشتراک گذاشتن اطلاعات ممیک و به تصویر کشیدن زمان و مکان رخداد‌های مهم در زندگی فرد است. در واقع نقشه ممیک به عنوان یک ابزار عملی برای نمایش دوران جنینی، تولد و تکامل م‌ها ارائه شده است. اجرای این تکنیک به این صورت است که زندگی و فعالیت م‌ها به عنوان عنصر انتقال فرهنگی به صورت بصری نمایش داده شود. رویدادهای م‌ در منطقه جنینی م‌ ممکن است رویدادهای معنادار، بدوی و پیشرو مربوط به م‌ باشند. این رویدادها، رویدادهایی هستند که می‌توانند ایجاد کننده، تسهیل‌کننده یا پیش‌بینی‌کننده تولد یک م‌ در آینده باشند. می‌توان انتظار داشت که رویداد تولد م‌، کلید خواندن و درک جریان م‌، نقطه ثقل در زمان و مکان برای م‌ و نقطه مرجع برای همه رویدادهای دیگر م‌ باشد. از طرفی رویدادهای م‌ در منطقه رشد و گسترش اغلب شامل نقاط عطف در زندگی م‌ از جمله وقایع ابتدایی، رویدادهای متقدم و رویدادهای گسترش دهنده م‌ هستند [۲۷]. به نظر می‌رسد با ترسیم نقشه م‌ها بتوان رویدادهای جنینی و رویدادهای رشد و توسعه م‌ها، که در واقع همان رویدادهای آسیب‌زای فراموش شده‌اند را به سطح هشجاری رساند و به تبع آن، احساسات پنهان ناشی از این رویدادها و م‌های ناخودآگاه را در جلسه 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 نقشه ممیک بیمار و زندگی‌نامه م‌ها می‌توان از تکنیک ساختارشنکی م‌ها^۲ به منظور تکمیل درمان استفاده کرد [۲۱].

ساختارشنکی م‌ها، تکنیکی است که در آن نخست یک ممپلکس به اجزای تشکیل دهنده آن تجزیه می‌شود. در مرحله بعد هر یک اجزا 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 م‌های 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

در روش خودنگاشت ممیک، مراجع با کمک درمانگر شروع به توصیف «خود» کرده و به مرور م‌ها و ممپلکس‌های تشکیل دهنده هویت خود را به تصویر می‌کشد [۲۵]. خودنگاشت ممیک 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 ممیک به مراجع و درمانگر این امکان را می‌دهد تا «خود» مراجع را تجسم کنند، در مورد اهداف تغییر توافقی 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 ممیک از یک مثال ساده 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 می‌نمایند. می‌توان بین دو دسته از م‌های مرتبط با هم تمایز قائل شد. دسته نخست شامل م‌های مهربان، منفعل، ضعیف، فراری از جدال، بخشنده، خزیده در خود، کناره‌گیر از اجتماع که یک ممپلکس با هسته مرکزی «بی‌ارزشی» را تشکیل می‌دهند و دسته دوم شامل م‌های ناتوان در تصمیم‌گیری، ناتوان در انجام کارها، ضعیف، بی‌اراده و ناتوان در انتخاب که یک ممپلکس با هسته 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 نوبه خود می‌تواند موجب تحریک ممپلکس «بی‌ارزشی» شده و آن را تقویت کند. در این مطالعه پس از به دست آمدن م‌ها و ممپلکس‌ها در خودنگاشت ممیک، از تکنیک دیگری به نام نقشه‌های م‌^۱ در جهت به تصویر کشیدن تاریخچه تحولی یا همان زندگی‌نامه م‌ها استفاده شد [۲۷].

نقشه‌های م‌ ابزار قدرتمند و انعطاف‌پذیری برای

را بررسی و در نتیجه خود را بهبود بخشیم [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 تأثیرات 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 اندازه 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 مطالعه کیفی موردی بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی موردی بود. جامعه 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 توسعه روان‌شناسی ممیتیک به حیطة درمان بود؛ بنابراین سعی در این بود تا یک مورد به طور عمیق مورد مطالعه قرار بگیرد. در این راستا برای انتخاب نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد که برای افزایش فهم عمیق از افراد و یا برای توسعه 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 نمونه پژوهش انتخاب شد تا مورد بررسی عمیق قرار بگیرد. از معیارهای

تعدیل می‌شود [۲۱]. شاید بتوان این تکنیک را نوعی معنادهی مجدد به م‌ها و ارائه دیدگاهی جدید نسبت به م‌ها 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 م‌ به عنوان حافظه، به طور کامل ریشه‌کن شود؛ بنابراین هدف این تکنیک جلوگیری از تکرار بی‌رویه م‌های مرضی است [۲۱]. به طور مثال ممکن است این م‌ که «من بی ارزش هستم»، دائم در ذهن مراجع تکرار و تکثیر شود؛ با تکنیک فوق می‌توان به کمک بیمار اجزای این م‌ را به طور جداگانه مورد بررسی قرار داد و پس از کشف و تزریق معانی متفاوت و غیر مرضی، یک م‌ جدید به ذهن بیمار تزریق کرد. به طور مثال م‌ «ارزش» را جدا کرده و از بیمار خواسته می‌شود تا مشخص کند منظور او از «ارزش» چیست. در این فرایند بیمار ممکن است پی‌ببرد 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 م‌های مرضی کاست.

پس از بررسی گسترده ادبیات پژوهشی مشخص شد که پژوهشی با عنوان «نقشه‌های م‌: ابزاری برای پیکربندی م‌ها در زمان و مکان»، راهی برای ردیابی م‌ها در مراحل مختلف رشد ارائه کرده است [۲۷]. پژوهشی دیگر با عنوان «نقشه 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

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 ادامه 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 ادامه درمان به یک درمانگر دیگر ارجاع شود.

ابزارها

مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته^۲: 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^{۳-۲}: این پرسش‌نامه برای ارزیابی شدت افسردگی با تأکید بر ابعاد شناختی و رفتاری

ورود به این پژوهش می‌توان به تشخیص اختلال افسردگی اساسی به وسیله مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5 و اجرای پرسش‌نامه افسردگی بک^{۱-۲}، اشاره کرد. مصرف داروهای روان‌پزشکی در هنگام انتخاب شدن به عنوان نمونه 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 ممیک انجام گرفت. یکی دیگر از ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در طول جلسات درمانی بود چراکه این امر می‌توانست تأثیرات درمانی را کاهش و نتایج را مخدوش نماید.

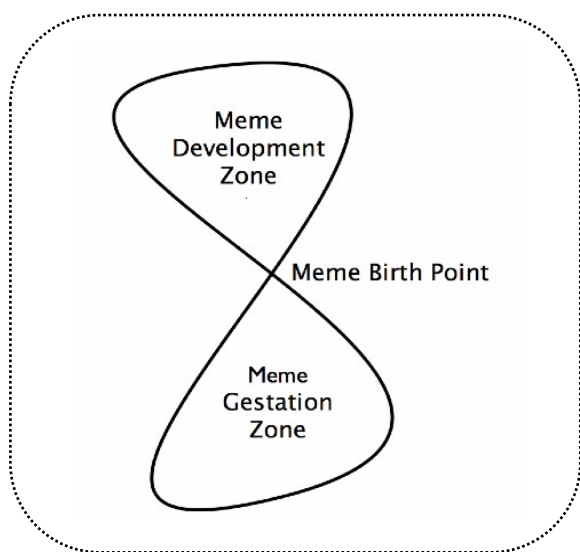
مراجع خانمی ۲۴ ساله و کارشناسی با اسم مستعار آیدا بود که با شکایت خلق پایین، لذت نبردن از فعالیت‌ها، مشکلات ارتباطی با خانواده، کناره‌گیری و ترس از اجتماع، ترس از شنا کردن، احساس پوچی در زندگی و این فکر که نمی‌تواند در زندگی خود از توانایی‌های خود استفاده کند، مراجعه کرده بود. پس از مصاحبه تشخیصی، در 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 بی‌تأثیر بودن داروها در بهبود حال او و همچنین عوارض آن‌ها، تصمیم به قطع دارو گرفته بود. مراجع، بعد از آن به یک دکتر روان‌شناس دارای پروانه اشتغال از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره که در حدود ۸ سال سابقه 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

2 . SCID.

3 . Beck Depression Inventory(BDI).

1 . Beck Depression Inventory(BDI).

حلقه پایین نشان‌دهنده منطقه جنینی میم^۱ و حلقه بالا نشان‌دهنده منطقه توسعه و گسترش مم^۲ و نقطه تقاطع نشان‌دهنده نقطه تولد مم^۳ است (شکل ۱). مراحل ایجاد نقشه مم به این صورت است که در گام نخست 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 انسداد قرار گیرد و در گام آخر باید منطقه جنینی و منطقه رشد با رویدادهای مم پر شود. از طریق نقشه ممیتیک می‌توان به طور اختصاصی به زندگی‌نامه هر مم مرضی ورود کرد تا رویدادهایی که منجر به ایجاد و رشد یک مم شده‌اند، کشف شوند. با این کار می‌توان رویدادهای آسیب‌زای فراموش شده و مم‌های ناخودآگاه متناظر با آن‌ها را به سطح هشیار رساند و به تبع آن، احساسات پنهان ناشی از این رویدادها و مم‌های ناخودآگاه را در جلسه 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 نقشه مم با منطقه توسعه مم، تولد مم و جنینی مم (اقتباس از [۲۷])

ساختار شکنی ممپلکسی [۲۱]: ساختار شکنی ممپلکس تکنیکی است که در طی آن نخست یک ممپلکس به اجزای تشکیل‌دهنده آن تجزیه می‌شود. در مرحله بعد

افسردگی در اوایل دهه ۱۹۶۰ م گسترش یافت. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ پرسش خودسنجی است و هر کدام از آن‌ها دارای ۴ گزاره است که میزان رو به افزایش شدت را توصیف می‌کنند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان 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 یک هفته به دست آورد [۳۵]. از این ابزار هم جهت تشخیص اختلال افسردگی اساسی در کنار مصاحبه 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 می‌شود تا خود را به وسیله کلماتی که هویت او را تشکیل می‌دهند، توصیف کند. در مرحله بعد از او خواسته می‌شود تا چیزهایی را که در مورد خودش دوست دارد، چیزهایی را که می‌خواهد در مورد خودش تغییر دهد و چیزهایی که به باور او صحیح هستند را گزارش کند. مواردی که ویژگی‌های معنایی، عاطفی و رفتاری را نشان دادند به عنوان مم در نظر گرفته می‌شوند. بعد از به دست آمدن مم‌ها، مم‌هایی که با هم ارتباط دارند یا می‌توانند یک رابطه علت و معلولی داشته باشند، به هم متصل می‌شوند تا ممپلکس‌ها را تشکیل دهند. در مرحله بعد از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا از بین مم‌ها و ممپلکس‌هایی که به دست آمده است، آن ممپلکسی که بیشترین همخوانی با هویت او دارد و خود را با آن می‌شناسد (هسته سلفپلکس)، مشخص کند [۲۵]. همچنین از او خواسته می‌شود تا ممپلکس‌هایی که با هم در تضاد و کشمکش هستند را مشخص کند (تعارض ممیتیک) [۲۱].

نقشه ممیتیک [۲۷]: نقشه ممیم بر چارچوبی از نمودار شکل هشت انگلیسی (8) یا علامت بی نهایت متکی است. یک نقشه مم از دو حلقه به هم پیوسته تشکیل شده است.

1 . Meme Gestation Zone(MGZ).
2 . Meme Development Zone(MDZ).
3 . Meme Birth Point(MBP).

در این مورد، درمان ممکن است شامل بازخورد م‌های
ذیل برای هر جزء مم‌تیک 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، می‌توانم همسر
خوبی باشم، می‌توانم پدر خوبی باشم و در واقع پدر خوبی
هستم.

«بی»: «ارزش»: شاید نه کاملاً ثروتمند، شاید آنقدرها
خوب نیستم چون افسرده هستم، می‌توانم وقتی بهتر شوم
خوب باشم، می‌توانم عالی باشم [۲۱].

هر یک اجزا 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 بی‌ارزش 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، بی‌کفایت.

جدول ۱. پروتکل درمانی برگرفته از روان‌شناسی مم‌تیک

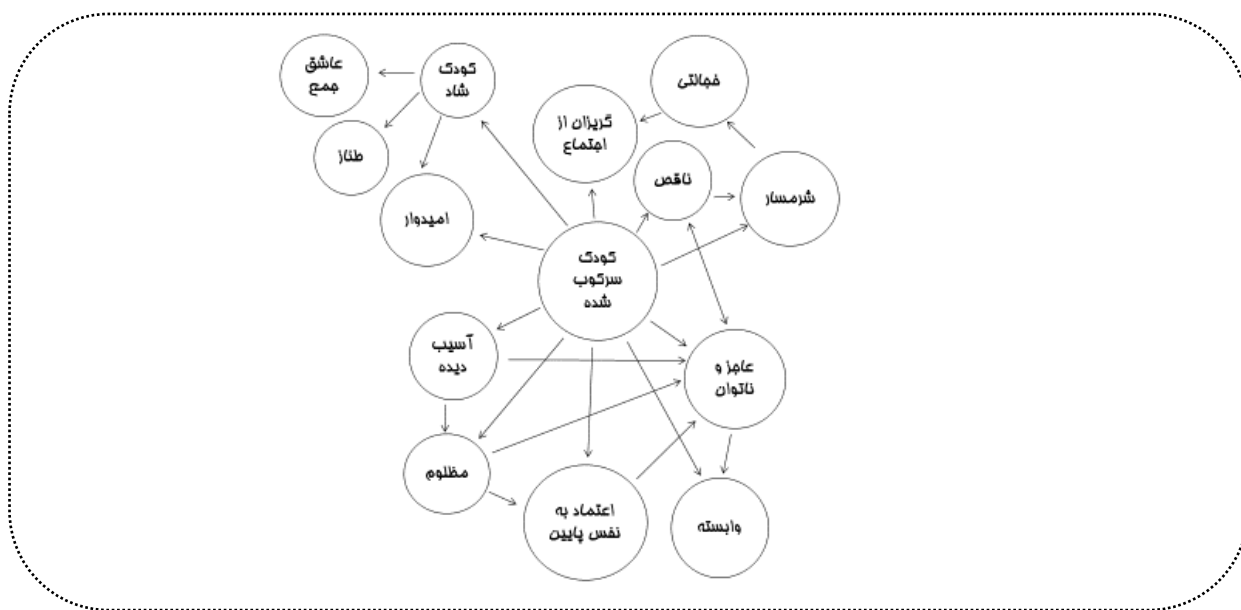
شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول: ۹۰ دقیقه	اهداف *بررسی وضعیت مم‌تیک بیمار *فرمول‌بندی مبتنی بر روان‌شناسی مم‌تیک روش ارزیابی مم‌تیک شامل: ۱. بررسی موداینامیک بیمار جهت کشف م‌ها و مم‌پلکس‌های ناسازگار و تعارضات مم‌پلکسی که فرد را به سمت اختلال افسردگی اساسی سوق داده است ۲. فرمول‌بندی مم‌تیک مشکلات بیمار و توافق در مورد اهداف و تغییرات تدریجی در سطح م‌
جلسه دوم: ۶۰ دقیقه	اهداف *درمان میم‌گرا با طیف وسیع *مشارکت جهت یافتن م‌های جایگزین روش - بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به م‌ داینامیک بیمار - درمان میم‌گرا با طیف وسیع برای کنترل وضعیت و جلوگیری از تشدید تکثیر مم‌تیک 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 رابطه 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

ادامه جدول ۱. پروتکل درمانی برگرفته از روان‌شناسی ممتیک

شماره جلسه	محتوای جلسات
جلسه چهارم ۶۰ دقیقه	<p>اهداف</p> <p>• افزایش بینش بیمار نسبت به وضعیت ممتیک خود با استفاده از ترسیم خودنگاشت ممتیک</p> <p>روش</p> <p>- بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار</p> <p>- ترسیم خودنگاشت ممتیک اولیه جهت عینی‌سازی م‌ها، ممپلکس‌ها، ممپلکس‌ها و همچنین جهت کشف سلفپلکس بیمار و تعارضات ممپلکسی اطراف سلفپلکس که موجب تحکیم و پشتیبانی از سلفپلکس مرضی بیمار شده‌اند</p> <p>- برقراری ارتباط بین ممپلکس‌ها با سلفپلکس مراجع که موجب نشانه‌های کنونی بیمار شده است جهت ایجاد بینش و تقویت اراده بیمار برای تعدیل ممپلکس‌های مرضی و در نهایت سلفپلکس</p>
جلسه پنجم ۶۰ دقیقه	<p>اهداف</p> <p>• ادامه افزایش بینش بیمار نسبت به وضعیت ممتیک خود با استفاده از ترسیم خودنگاشت ممتیک</p> <p>روش</p> <p>- ادامه ترسیم خودنگاشت ممتیک و کنکاش در آن</p>
جلسه ششم ۶۰ دقیقه	<p>اهداف</p> <p>• ترسیم نقشه م‌ها</p> <p>• پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با ممپلکس‌های مرضی</p> <p>• پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با منابع تزریق م‌ها</p> <p>روش</p> <p>- بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار</p> <p>- کشف ریشه م‌ها با استفاده از ترسیم نقشه م‌ها: با این تکنیک می‌توان بینش عمیقی درباره دوران جنینی، تولد و گسترش م‌های مرضی به دست آورد. در این تکنیک باید به طور اختصاصی پیشینه هر م‌ 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 م‌های مرضی، تأثیرات این م‌های ناخودآگاه و کنکاش احساسات ناشی از این م‌هاست. پردازش هیجانات مرتبط می‌تواند به روش دوانلو (۱۴۰۳)، چنانچه در درمان پویشی فشرده و متمرکز مطرح شده است، انجام پذیرد</p> <p>- جداسازی منابع تزریق م‌ها 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 م‌ها، خشم و دیگر هیجانات سرکوب شده دارد</p>
جلسه هفتم ۶۰ دقیقه	<p>اهداف</p> <p>• ادامه ترسیم نقشه م‌ها</p> <p>• پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با ممپلکس‌های مرضی</p> <p>• پردازش هیجانات سرکوب شده مرتبط با منابع تزریق م‌ها</p> <p>روش</p> <p>مانند جلسه ششم</p>
جلسه هشتم ۶۰ دقیقه	<p>اهداف</p> <p>• استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی</p> <p>روش</p> <p>- بررسی اتفاقات مهم هفته گذشته در رابطه با شکایات اصلی بیمار جهت دسترسی فوری به مموداینامیک بیمار</p> <p>- ساختارشکنی ممپلکس‌های مرضی با استفاده از تکنیک ساختارشکنی ممپلکسی</p> <p>• در واقع این کار بعد از پردازش هیجانات مرتبط با ممپلکس‌ها صورت می‌گیرد تا نفوذ به ممپلکس امکان‌پذیر شود</p>

ارتباط بود. از این جهت مراجع خود را از کودکی دارای استعداد در طنازی می‌دانست و به گفته 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 ممپیکسی 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 ممپیکس‌های ناتوانی و شرمساری غالب بودند، توانسته بودند ممپیکس کودک شاد طناز را به حاشیه برانند. در ادامه به طور جداگانه هر یک از ممپیکس‌های دیده شده در سلفپیکس شرکت‌کننده نمایش داده می‌شوند.

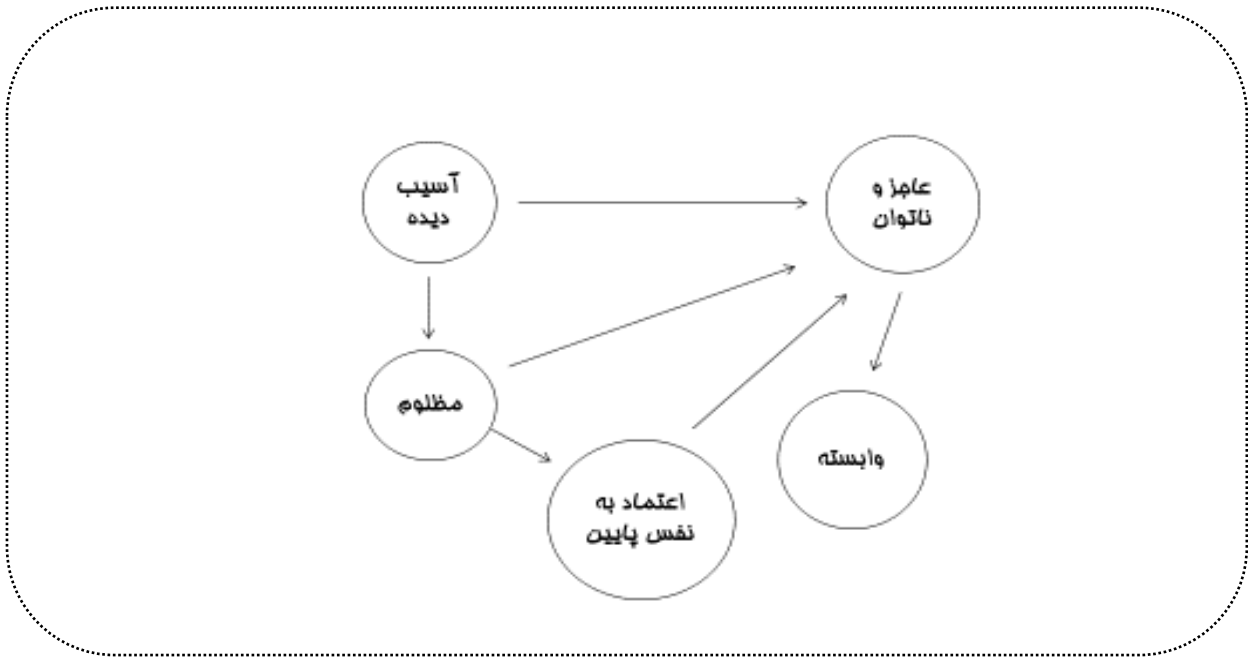
ترسیم خودنگاشت ممپیک آیدا، یک مم قدرتمند با نام کودک سرکوب شده را نشان داد که با مم‌های بسیاری از جمله مم خجالتی، عاجز و ناتوان، مم اعتماد به نفس کم، مم مظلوم، مم آسیب‌دیده، مم شرمسار و مم وابسته احاطه شده بود. تمام مم‌های اخیر با مم کودک سرکوب شده ارتباط داشته و از آن حمایت می‌کردند. در داخل این ممپیکس بزرگ سه ممپیکس 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 ممپیکس‌ها 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



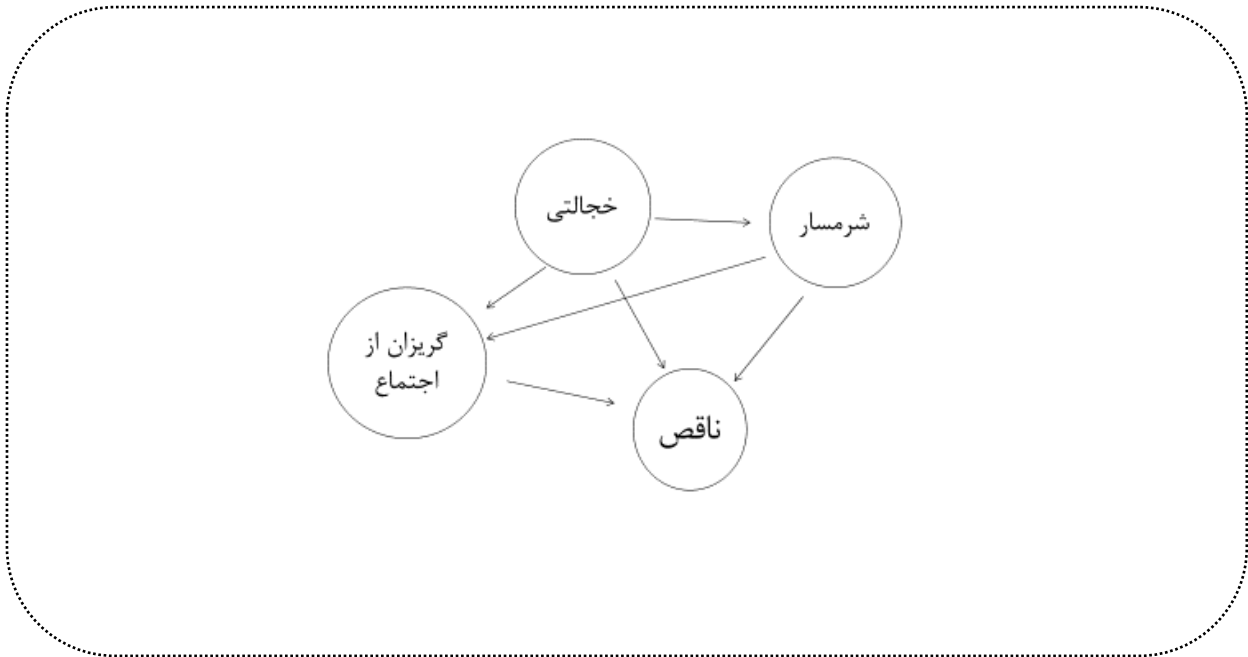
شکل ۳. ممپیکس کودک سرکوب شده

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 هسته سلفپیکس 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 ممپیکس عاجز و ناتوان همراه با اجزای آن نمایش داده شده است.

از آنجایی که ممپیکس کودک شاد سرکوب شده ارتباطات گسترده‌ای با سایر ممپیکس‌ها داشت می‌توان آن را یک ممپیکس کلیدی امید که در واقع هسته مرکزی سلفپیکس شرکت‌کننده را تشکیل داده بود. در شکل ۳ ممپیکس کودک سرکوب شده و ارتباطات آن با سایر ممپیکس‌ها مشاهده می‌شود. یک مم قدرتمند دیگر که به صورت یک تصویر توانسته بود جای زیادی را در ذهن



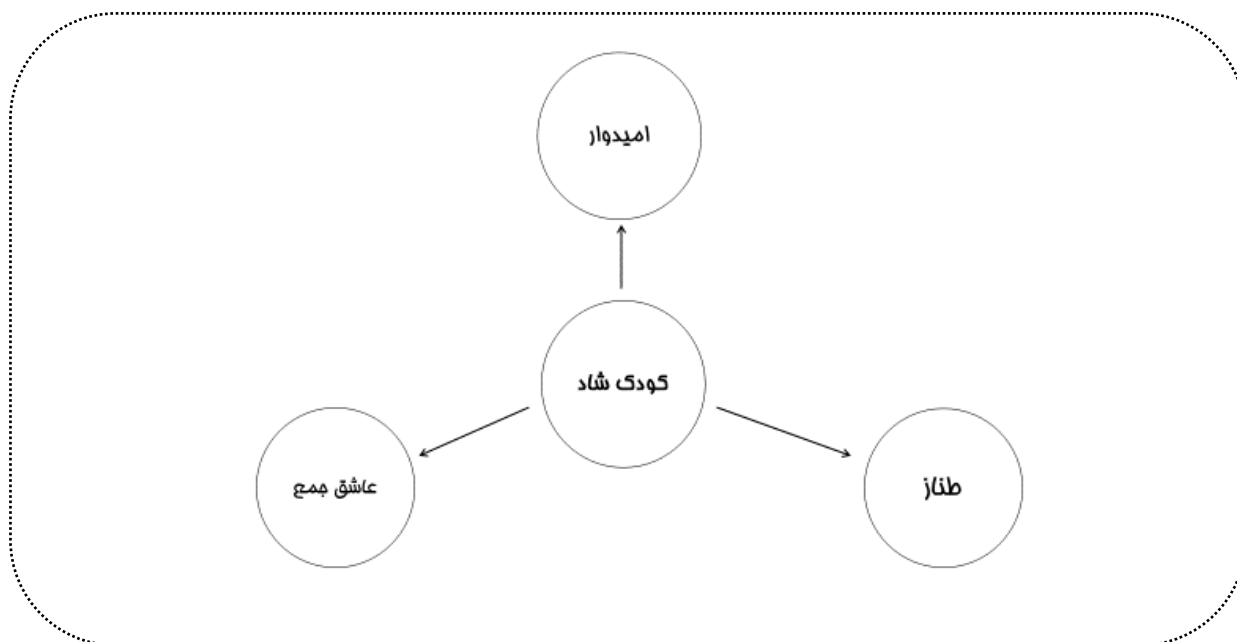
شکل ۴. ممپلکس عاجز و ناتوان



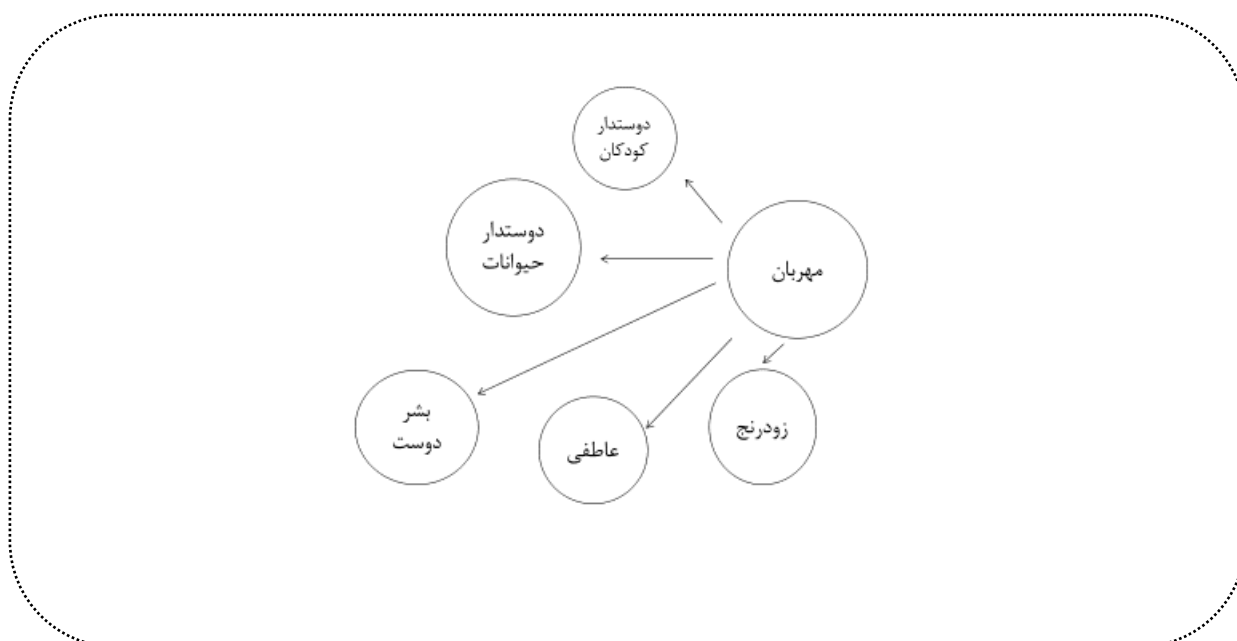
شکل ۵. ممپلکس نقص - شرم

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.

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.



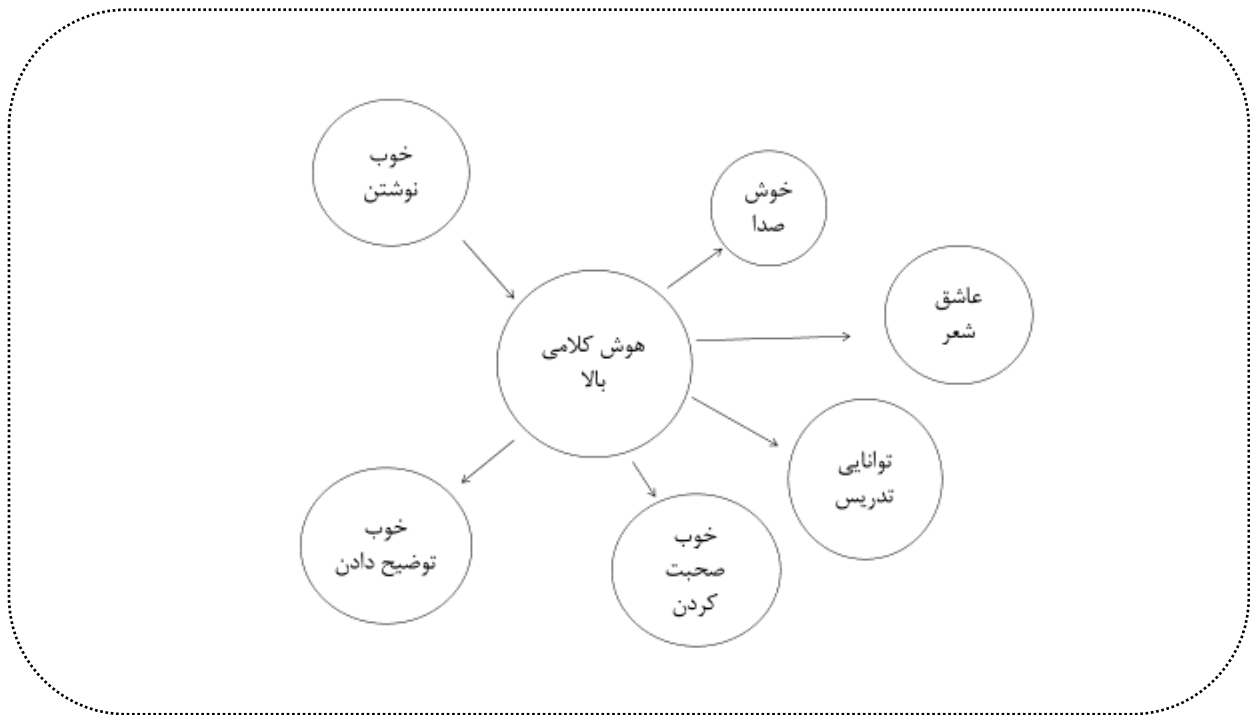
شکل ۶. ممپلکس کودک شاد



شکل ۷. ممپلکس مهربان

مهربان توانسته‌اند مجموعاً ممپلکس مهربان را تشکیل دهند. در شکل ۸ ممپلکس هوش کلامی بالا را مشاهده می‌کنید. 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.

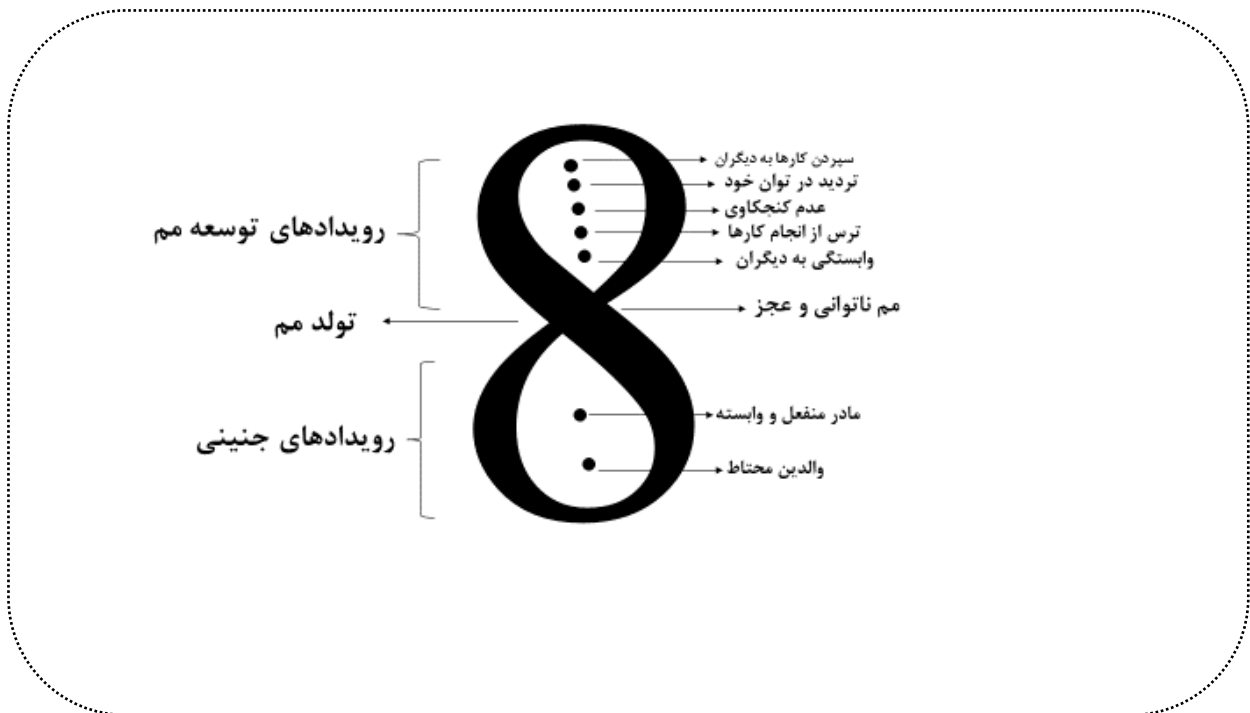
همانطور که شکل ۶ نشان می‌دهد چهار م‌م طنز، امیدوار، عاشق جمع و کودک شاد توانسته‌اند ممپلکس کودک شاد را تشکیل دهند. در ادامه، در شکل ۷ ممپلکس مهربان که یک ممپلکس محافظ است را مشاهده می‌کنید. همانطور که شکل ۷ نشان می‌دهد، م‌های دوستدار حیوانات، دوستدار کودکان، بشر دوست، زودرنج، عاطفی و



شکل ۸. ممپلکس هوش کلامی بالا

نقشه ممپیک آیدا برای ممپلکس‌های مهم و مرضی به اشکال ذیل نمایش داده شده است.

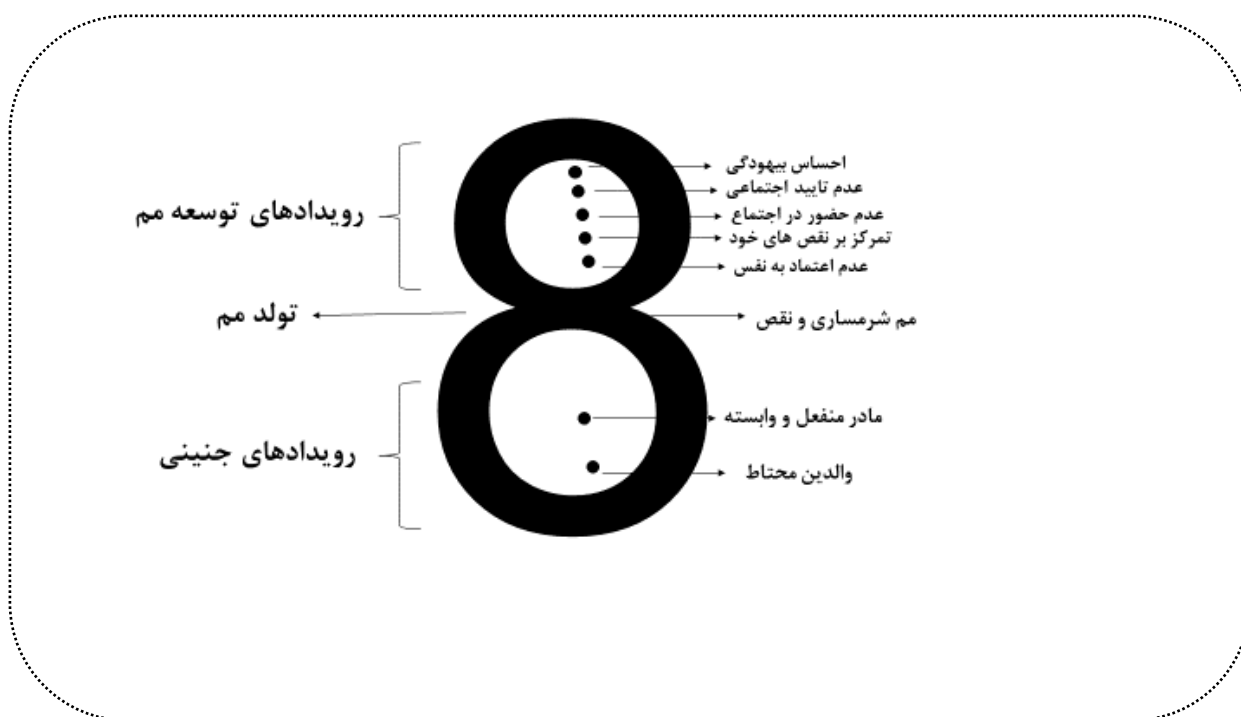
بعد از به دست آمدن مم‌ها و ممپلکس‌ها سعی شد تا به وسیله ترسیم نقشه ممپیک، دوران جنینی، زمان تقریبی تولد و زمان رشد و زمان تکثیر مم‌ها شناسایی شود [۲۷].



شکل ۹. نقشه ممپیک مم ناتوانی و عجز

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

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 توسعه این مم عبارت از وابستگی به دیگران، ترس از انجام کارها، نداشتن کنجکاو، تردید در توان خود و در نهایت سپردن کارها به دیگران بودند که در شکل شماره ۹ نشان داده شده است.



شکل ۱۰. نقشه مم‌تیک مم شرمساری و نقص

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 نقشه 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 توسعه این مم عبارت از وابستگی به دیگران، ترس از انجام کارها، نبودکنجکاو، 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

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 هسته 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

شرمساری از جمع فاصله می‌گیرد. بررسی‌های بیشتر نشان داد مراجع به شدت از م‌های موجود در ذهن والدین خود، که خود را به صورت رفتار محتاطانه با او نشان داده بودند، خشمگین است. در واقع رفتار محتاطانه والدین با آیدا همان فنوتیپ م‌بی‌اعتمادی به محیط است که این‌گونه در دنیای بیرون از ذهن مشغول تأثیرگذاری است. ترسیم نقشه م‌ها توانست به او نشان دهد که «والدین محتاط» عامل زمینه‌ساز تولد م‌پلکس‌های مرضی و فلج‌کننده 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 زمینه کاشت م‌های ناتوانی و نداشتن اعتماد به نفس و احساس نقص را در او فراهم کرده بود.

همچنین پس از ترسیم نقشه م‌ها، 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 ناملازمات 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 ممیتیک و ترسیم نقشه م‌ها، بیمار وقایع ایجاد کننده 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 تجربه کامل هیجان مربوطه به وسیله بیمار می‌کرد. این کار به این صورت انجام می‌شد که درمانگر پس از مشاهده 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

و توسعه این م‌پلکس عبارت از نداشتن اعتماد به نفس، تمرکز بر نقص‌های خود، حضور نداشتن در اجتماع، عدم تأیید 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، اجازه کنجکاو و امتحان کردن محیط و انجام تکالیف متناسب با سن را نداده بودند؛ در واقع، والدین با م‌های بی‌اعتمادی و به دنبال آن م‌های 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. نتیجه 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 م‌های مرضی بی‌اعتمادی و احتیاط بیش از حد به مراجع، این م‌ها نتوانسته بودند در ذهن او کاشته شوند اما به طور غیر مستقیم موجب تولد م‌های 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 نداشتن 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 م‌پلکس‌های مربوطه را فعال کرده و همان احساسات ناخوشایند دوران کودکی را مجدداً در بیمار فعال کنند؛ بنابراین او دوباره به خاطر نداشتن اعتماد به نفس و

مهم‌های مرضی را از مهم‌های غیر مرضی در خود تمیز دهد و به صورت عمیق و تجربی بپذیرد که می‌تواند مهم‌های مرضی را در سلفپلکس خود تعدیل کرده یا مهم‌های 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 مهم‌های مرضی خود و ارتباطات آن‌ها با یکدیگر و چگونگی تولد و توسعه آن‌ها، شروع به انجام رفتارهای جدید کرد تا بتواند ممپلکس‌های مرضی تشکیل دهنده سلفپلکس کودک سرکوب شده را در هم بشکند. 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 نخستین بار تصور کند که کودک سرکوب شده 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 مهم‌های 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 دوره صدآپیشگی 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 ساختارشنکی ممپلکسی نیز توانست نتایج مثبتی به همراه داشته باشد. در این راستا تکنیک ساختارشنکی 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 کلمه «من» را بسط دهد.

«مهم‌های 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 رابطه 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، ادامه خشم سرکوب شده‌ای بود که او نسبت به پدر خود داشت که به خاطر وجود مهم‌های فرهنگی از جمله مم 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 مم 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. در جلسات، از طریق بحث و گفتگو این مم 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 مم تا حدودی توانست خشم فروخورده 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 تخلیه 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 جلسات ابراز شد، نشانه‌هایی از بهبود رابطه با پدر نیز آشکار شد.

در ادامه، بینش عمیقی در مورد چگونگی تولد ممپلکس‌ها از طریق ترسیم نقشه مهم‌ها در مراجع ایجاد شد که ممپلکس‌های 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

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 کلمه «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 کلمه «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 کلمه «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 م‌های ذیل برای هر جزء مم‌تیک از مم‌پلکس 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.

مم‌پلکس 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، بی‌عرضه بودن.

درمانگر: «شرمسار» چیست؟

بیمار: خجالت زده، ترس از قضاوت شدن به خاطر نقص‌ها. درمان شامل بازخورد م‌های ذیل برای هر جزء مم‌تیک

از مم‌پلکس 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 تأثیر مثبت داشته باشد.

«ناقص»: نه خیلی کامل اما همین هم کفایست. 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 ساختار شکنی 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 نتیجه 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 تأثیر مثبتی بر تعدیل سلفپلکس مراجع بگذارد به طوری که توانست ناتوانی‌ها 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 جلسه درمانی، به منظور تحکیم درمان و جلوگیری از عود، آموزش مهارت تفکر انتقادی به روش مم‌تیک به عنوان وسیله‌ای جهت فیلترینگ مم‌تیک 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 نخستین م‌ها به ذهن بیمار صحبت شد. ضمن آن، این واقعیت که ذهن یک کودک می‌تواند بدون هیچ فیلتری پذیرای اولین م‌ها باشد مورد تأکید قرار گرفت. اولین م‌هایی که به ذهن یک کودک تزریق می‌شوند می‌توانند تبدیل به فیلترینگ ذهن در برابر سایر م‌های بعدی شوند چنانچه داو‌کینز با افزایش احتمال ویروس‌های فرهنگی اظهار می‌دارد که مغز ما با گشودگی طبیعی خود به م‌ها،

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 ساختار شکنی 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 جلسه مداخلات ممیتیک، مجدداً از مراجع دعوت شد که در یک جلسه 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 نمره او ۱۲ به معنای هیچ یا کمترین افسردگی است. مشاهدات و گزارشات مراجع نیز حاکی از پایداری تأثیر مداخلات می‌داد. به طور خلاصه بعد از گذشت ۴ ماه از آخرین جلسه مداخلات، نتایج هنوز پایداری خود را حفظ کرده بودند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که نحوه ترسیم خودنگاشت ممیتیک به خاطر پرسیدن پرسش‌های متعدد و درخواست خودافشایی هرچه بیشتر از شرکت‌کننده، خواه ناخواه به میزانی دستوری و محدود کننده بود و این احتمال وجود دارد که شرکت‌کننده تا حدودی دست به سانسور خود زده باشد. از جهتی میزان خودآگاهی افراد متفاوت است و ممکن است شرکت‌کننده حاضر در پژوهش برخی از جنبه‌های مهم خود را در نظر نگرفته باشد. در هر صورت سانسور یا ناآگاهی 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

محیطی را فراهم می‌کند که برای بهره‌برداری انگلی مناسب است [۲۳]؛ بنابراین اگر اولین م‌ها، آسیب‌رسان و مرضی باشند می‌توانند محیطی را جهت ورود سایر م‌های مرضی فراهم نمایند. با این پیش زمینه، بیمار تشویق می‌شود تا م‌های اولیه 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، م‌ها و ممپلکس‌های مرضی خود را با دیدی انتقادی بنگرد که توانسته‌اند خود را در ذهن او تکثیر کنند و موجب ورود سایر م‌های مرضی و جلوگیری از ورود بسیاری از م‌های محافظ شوند بنابراین این اراده در او تقویت می‌شود تا بعد از این اجازه ورود م‌های متضاد با م‌های 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 م‌ها صحبت می‌شود تا از نتایج آن به عنوان معیاری برای پذیرش و رد م‌ها استفاده شود. گاهی اوقات اثر یک م‌ رضایت خاطر نیست، اما فقط به خاطر همسویی با م‌های مرضی قبلی، رضایت خاطر کاذبی را ایجاد می‌کند که در درازمدت موجب ایجاد نشانه‌های بیماری‌های روانی در فرد می‌شود؛ در مقابل برخی م‌های در تعارض با م‌های مرضی ساکن در ذهن در ابتدا می‌توانند به علت ناهم‌سویی با م‌های مرضی ساکن موجب احساس نارضایتی کاذب شوند، اما اگر اجازه 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 ممیتیک خود را ترسیم کند تا م‌های مرضی تازه وارد احتمالی را یافته و آن‌ها را مورد بازبینی و شک قرار دهد و م‌های محافظ را مورد تقویت قرار دهد.

در هفته بعد از آخرین جلسه مداخله، تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منتفی بود. همچنین نتیجه اجرای مجدد پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ در این جلسه نشان داد که نمره مراجع ۱۰، به معنای هیچ یا کمترین افسردگی بود. این نمره در مقایسه با نمره مراجع در پیش از جلسات مداخله که ۳۹ بود (به معنای افسردگی شدید) نشان از تأثیر مثبت مداخله می‌داد. در این راستا، مراجع گزارش داد

موازين اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و اصل رازداری رعایت شد. مقاله فوق برگرفته از رساله پسا دکتری نویسنده اول است. این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره 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., et al. 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, J. F., Nasrallah, H. A. 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, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S., Blazer, D.G. 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., et al. 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>

نشان داد که استفاده از تکنیک‌های مبتنی بر روان‌شناسی ممیتیک می‌تواند تا حدودی موجب تعدیل مِم‌های روان‌شناختی مرضی در شرکت‌کننده حاضر در این پژوهش شود با وجود این نمی‌توان با قطعیت در مورد تأثیر 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 حوزه روان‌شناسی ممیتیک نسبتاً محدود و هدف عمده 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 تأثیر مداخلات فوق بر افراد دیگر با جنسیت مشابه یا جنسیت مخالف و همچنین سایر گروه‌های قومی و فرهنگی صحبت کرد. شرکت‌کننده این پژوهش قبلاً توسط یک روان‌پزشک به مدت چهار ماه تحت درمان دارویی قرار گرفته بود، اما به دلیل تداوم علائم، 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 نمونه 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

- 15-Russell, C. J., 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, F. J., Feldman, M. W., Laland, K.N. 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, S. J. *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
- 7- Lin, C., Huang, C. M., Karim, H. T., Liu, H. L., Lee, T. M., Wu, C. W., et al. 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, C. M., Fan, Y. T., Lee, SH, Liu, H. L., Chen, Y. L., Lin, C., et al. 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, E. H., Jung, M. H. The impact of major depressive disorder on adaptive function: A retrospective observational study. *Medicine*. 2019 Dec 1; 98(52): e18515 <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018515>
- 11-Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. 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, J. Y., Blizinsky, K. D. 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>

- 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 recurrent Depression, Biannual Peer Review Journal of Clinical Psychology & Personality. 2014; 12(1): 75-86. magiran.com/p2127873 **[In Persian]**
- 31-Devers, K. J., Frankel, R. M. 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, C. S., Pollock, N. K., Bukstein, O. G., Lynch, K. G. 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., et al. 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-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]**
- 24-Robertson, L. H. Mapping the self with units of culture. *Psychology*. 2010 Aug 25; 1(03): 185. <https://doi.org/10.4236/psych.2010.13025>
- 25-Robertson, L. H. 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, L. H. 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://cjcc-ucc.alcalgary.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]**