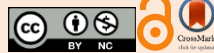


بررسی اثربخشی ادراک‌شده درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم زناشویی، احساس بی‌ارزشی و افزایش خودپذیری در رابطه: یک مطالعه کیفی در شهر تهران

مشخصات نویسندگان:	چکیده
۱. لاله پویان*: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران ۲. رؤیا رادمن: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران *پست الکترونیکی نویسنده مسئول: laleh.puyan.psy@gmail.com شیوه استناددهی: پویان، لاله، و رادمن، رؤیا. (۱۴۰۵). بررسی اثربخشی ادراک‌شده درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم زناشویی، احساس بی‌ارزشی و افزایش خودپذیری در رابطه: یک مطالعه کیفی در شهر تهران. پژوهش‌های خانواده و زوج‌درمانی، ۲(۲)، ۱-۱۲.  ۱۴۰۵ © تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.	هدف: هدف پژوهش حاضر تبیین تجربه زیسته افراد متأهل از اثرات درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم زناشویی، احساس بی‌ارزشی و تقویت خودپذیری در رابطه زوجی بود. مواد و روش‌ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۲ فرد متأهل ساکن شهر تهران بودند که به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع از میان افرادی انتخاب شدند که تجربه شرکت در جلسات درمان متمرکز بر شفقت را در زمینه مشکلات هیجانی و رابطه‌ای داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شد و فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه ضبط، پیاده‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۴ کدگذاری شدند. تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل تحلیل مضمون شامل آشنایی با داده‌ها، کدگذاری اولیه، استخراج مضامین، بازبینی، نام‌گذاری و تدوین گزارش نهایی انجام شد. یافته‌ها: تحلیل مصاحبه‌ها به استخراج پنج مقوله اصلی منجر شد: «عبور از شرم زناشویی به آشکارسازی امن آسیب‌پذیری»، «تضعیف صدای درونی بی‌ارزش‌ساز»، «افزایش خودپذیری رابطه‌ای»، «بازسازی تعامل زوجی بر پایه شفقت» و «موانع فرهنگی و تداوم تمرین شفقت». مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت به آنان کمک کرده است تا تجربه شرم را نه به عنوان نشانه نقص ذاتی، بلکه به عنوان واکنشی هیجانی و قابل فهم در بستر رابطه تفسیر کنند. همچنین بسیاری از آنان کاهش خودسرزنشی، افزایش توان گفت‌وگو درباره نیازهای عاطفی و پذیرش بیشتر خطاها و آسیب‌پذیری‌های خود را تجربه کردند. نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند از طریق کاهش خودانتقادی، فعال‌سازی نظام آرام‌ساز، افزایش زبان درونی مهربانانه و بازسازی معنای شکست‌های رابطه‌ای، به کاهش شرم زناشویی و احساس بی‌ارزشی و ارتقای خودپذیری در رابطه کمک کند. با توجه به ماهیت کیفی مطالعه، نتایج نشان‌دهنده اثربخشی تجربه‌شده و ادراک‌شده درمان هستند و برای تأیید علی آن، پژوهش‌های مداخله‌ای کنترل‌شده پیشنهاد می‌شود. واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت؛ شرم زناشویی؛ احساس بی‌ارزشی؛ خودپذیری؛ رابطه زوجی؛ مطالعه کیفی.

Perceived Effectiveness of Compassion-Focused Therapy in Reducing Marital Shame and Feelings of Worthlessness and Enhancing Self-Acceptance in the Relationship: A Qualitative Study in Tehran

Authors' Information: 1. Laleh Puyan*: Department of General Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran 2. Roya Radman: Department of General Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran Corresponding author's email: laleh.puyan.psy@gmail.com How to cite: Puyan, L. & Radman, R. (2026). Perceived Effectiveness of Compassion-Focused Therapy in Reducing Marital Shame and Feelings of Worthlessness and Enhancing Self-Acceptance in the Relationship: A Qualitative Study in Tehran. <i>Family Research and Couple Therapy</i>, 2(2), 1-12.  © 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC 4.0 License.	Abstract Objective: This study aimed to explore married individuals' lived experiences of the perceived effects of compassion-focused therapy on marital shame, feelings of worthlessness, and self-acceptance within the couple relationship. Methods and Materials: This qualitative study was conducted using thematic analysis. Participants were 22 married individuals living in Tehran who had experienced compassion-focused therapy for emotional and relational difficulties. They were selected through purposive sampling with maximum variation. Data were collected through in-depth semi-structured interviews and sampling continued until theoretical saturation was reached. Interviews were audio-recorded with informed consent, transcribed verbatim, and analyzed using NVivo version 14. Data analysis followed the main phases of thematic analysis, including familiarization with the data, initial coding, searching for themes, reviewing themes, defining and naming themes, and producing the final report. Findings: Five main categories were extracted from the data: "moving from marital shame to safe disclosure of vulnerability," "weakening the inner voice of worthlessness," "enhancing relational self-acceptance," "reconstructing couple interaction through compassion," and "cultural barriers and continuity of compassion practice." Participants reported that compassion-focused therapy helped them reinterpret shame not as evidence of personal defectiveness but as an understandable emotional response shaped by past experiences and relational contexts. Many participants described a reduction in self-blame, greater ability to express emotional needs, and increased acceptance of personal limitations and relational vulnerability. Conclusion: The findings suggest that compassion-focused therapy may reduce marital shame and feelings of worthlessness and enhance self-acceptance in romantic relationships by reducing self-criticism, activating soothing emotional systems, cultivating a compassionate inner dialogue, and reconstructing the meaning of relational failures. Given the qualitative nature of the study, the results should be interpreted as perceived and experienced effectiveness rather than causal efficacy. Controlled intervention studies are recommended to confirm these findings. Keywords: <i>Compassion-focused therapy; marital shame; worthlessness; self-acceptance; couple relationship; qualitative study.</i>
---	--

رابطه زناشویی یکی از مهم‌ترین بسترهای شکل‌گیری، آشکارسازی و بازسازی تجربه‌های عمیق هیجانی است. برخلاف بسیاری از روابط اجتماعی که در آن افراد می‌توانند بخش‌هایی از خود را پنهان نگه دارند، رابطه زوجی معمولاً با سطح بالایی از صمیمیت، وابستگی عاطفی، نیاز به تأیید، تجربه دیده‌شدن و مواجهه با آسیب‌پذیری همراه است. همین ویژگی‌ها سبب می‌شود که ازدواج، علاوه بر آنکه می‌تواند منبع امنیت، حمایت و تعلق باشد، گاه به صحنه فعال‌شدن هیجان‌های دردناک مانند شرم، احساس بی‌ارزشی، خودسرزنی و ترس از طرد نیز تبدیل شود. در چنین شرایطی، مسئله اصلی صرفاً وجود تعارض میان زوجین نیست، بلکه معنایی است که فرد از تعارض، ناکامی، انتقاد یا فاصله عاطفی همسر برای «ارزشمندی خود» می‌سازد. هنگامی که فرد تعارض زناشویی را نه به‌عنوان یک مشکل قابل حل در تعامل، بلکه به‌عنوان نشانه‌ای از نقص بنیادی خود تفسیر می‌کند، شرم زناشویی شکل می‌گیرد و می‌تواند به چرخه‌ای از کناره‌گیری، دفاع، حمله متقابل، پنهان‌کاری هیجانی و کاهش صمیمیت منجر شود.

شرم، در ادبیات روان‌شناسی، یکی از هیجان‌های خودآگاه و دردناک است که با ارزیابی منفی کلی از خود همراه می‌شود. در تمایز کلاسیک میان شرم و گناه، گناه معمولاً به رفتار خاص مربوط است؛ یعنی فرد می‌اندیشد «کار بدی انجام داده‌ام»، اما در شرم، کل خود زیر سؤال می‌رود و فرد احساس می‌کند «من بد، ناقص یا ناپذیرفتنی هستم» (Tangney & Dearing, 2002). «این تمایز برای فهم شرم زناشویی اهمیت بنیادین دارد؛ زیرا در روابط زوجی بسیاری از رخدادها روزمره مانند بی‌توجهی همسر، انتقاد، کاهش میل عاطفی یا جنسی، مقایسه شدن، شکست در ایفای نقش همسری یا والدگری و حتی ناتوانی در بیان نیازها می‌تواند به تجربه شرم تبدیل شود. در چنین موقعیتی، فرد به جای تمرکز بر حل مسئله، از مواجهه با احساس درونی نقص می‌گریزد؛ گاه سکوت می‌کند، گاه پرخاشگر می‌شود، گاه همسر را مقصر مطلق می‌داند و گاه خود را درونی و بی‌رحمانه سرزنش می‌کند. بنابراین شرم زناشویی، نه فقط یک هیجان فردی، بلکه پدیده‌ای رابطه‌ای است که در تعامل میان خودارزیابی فرد، پاسخ همسر، هنجارهای فرهنگی و تاریخچه دل‌بستگی شکل می‌گیرد.

احساس بی‌ارزشی یکی از پیامدهای مهم شرم مزمن در رابطه است. فردی که در رابطه زوجی بارها خود را ناکافی، دوست‌نداشتنی یا قابل جایگزینی تجربه می‌کند، ممکن است به تدریج نوعی روایت منفی پایدار درباره خود بسازد. این روایت معمولاً با گزاره‌هایی مانند «من برای همسر کم کافی نیستم»، «اگر واقعاً مرا بشناسد، طردم می‌کند»، «مشکل اصلی من هستم» یا «ارزش دوست داشته شدن ندارم» همراه است. چنین باورهایی موجب می‌شوند که فرد در برابر نشانه‌های کوچک فاصله یا انتقاد، واکنش هیجانی شدید نشان دهد. در این وضعیت، رابطه زناشویی به جای آنکه محل دریافت امنیت باشد، به آینه‌ای تهدیدکننده تبدیل می‌شود که فرد در آن نقص‌ها و نابسندگی‌های خود را برجسته‌تر می‌بیند. درمان‌های معطوف به کاهش خودانتقادی و تقویت مهربانی با خود، می‌توانند در چنین شرایطی نقش مهمی ایفا کنند.

درمان متمرکز بر شفقت یکی از رویکردهای معاصر روان‌درمانی است که به‌طور ویژه برای افرادی طراحی شده است که با شرم، خودانتقادی شدید، احساس بی‌ارزشی و دشواری در دریافت محبت یا آرام‌سازی خود مواجه‌اند. این رویکرد که توسط پل گیلبرت توسعه یافت، ریشه در

روان‌شناسی تکاملی، نظریه ذهن اجتماعی، عصب‌روان‌شناسی هیجان و سنت‌های مبتنی بر شفقت دارد. (Gilbert, 2009, 2010, 2014) در این رویکرد، مشکلات هیجانی صرفاً حاصل افکار ناکارآمد تلقی نمی‌شوند، بلکه در پیوند با نظام‌های انگیزشی و هیجانی انسان فهم می‌شوند. گیلبرت سه نظام اصلی تنظیم هیجان را مطرح می‌کند: نظام تهدید و محافظت، نظام جست‌وجو و پیشرفت، و نظام آرام‌سازی و پیوندجویی. افراد شرم‌محور معمولاً در نظام تهدید فعال‌سازی بالایی دارند؛ یعنی به سرعت نشانه‌های طرد، انتقاد، تحقیر یا شکست را شناسایی می‌کنند و بدن و ذهن آنان در حالت دفاعی قرار می‌گیرد. درمان متمرکز بر شفقت تلاش می‌کند با پرورش نظام آرام‌ساز، فرد بتواند با درد روانی خود نه از موضع حمله، بلکه از موضع فهم، مهربانی، شجاعت و مسئولیت‌پذیری مواجه شود.

یکی از مفاهیم مرکزی در درمان متمرکز بر شفقت، تمایز میان «خودانتقادی» و «خوداصلاحی شفقت‌آمیز» است. بسیاری از افراد شرمگین گمان می‌کنند اگر با خود سختگیر نباشند، دچار بی‌مسئولیتی، ضعف یا خودفریبی می‌شوند. اما از دیدگاه درمان متمرکز بر شفقت، خودانتقادی شدید نه تنها الزاماً به رشد منجر نمی‌شود، بلکه با فعال‌سازی مداوم نظام تهدید، ظرفیت یادگیری، صمیمیت و انعطاف‌پذیری را کاهش می‌دهد. (Gilbert & Procter, 2006) در روابط زوجی نیز همین فرایند قابل مشاهده است. فردی که پس از هر تعارض زناشویی خود را بی‌ارزش می‌داند، کمتر می‌تواند نیازهای خود را آرام، روشن و مسئولانه بیان کند. او ممکن است یا به‌طور کامل عقب‌نشینی کند یا برای دفاع از خود به حمله متقابل متوسل شود. در هر دو حالت، شرم به جای حل شدن، در رابطه بازتولید می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت با تمرین‌هایی مانند تنفس آرام‌ساز، تصویرسازی خود شفقت‌ورز، نامه‌نگاری شفقت‌آمیز، کار با صدای منتقد درونی و بازسازی معنای شکست، به فرد کمک می‌کند تا میان خطا، آسیب‌پذیری و هویت کلی خود تمایز قائل شود.

خودشفقتی و خودپذیری دو سازه نزدیک اما متمایز هستند. خودشفقتی شامل مهربانی با خود در مواجهه با رنج، درک مشترک بودن نقص و ناکامی در تجربه انسانی، و آگاهی متعادل نسبت به هیجان‌های دردناک است. (Neff, 2003) خودپذیری در رابطه، به معنای توانایی پذیرش واقع‌بینانه خود در بستر صمیمیت است؛ یعنی فرد بتواند هم نقاط ضعف، نیازها، ترس‌ها و محدودیت‌های خود را ببیند و هم خود را شایسته احترام، عشق و رشد بداند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودشفقتی با رفتارهای سالم‌تر در روابط عاشقانه، حمایتگری بیشتر، کنترل‌گری کمتر و کیفیت بهتر رابطه همراه است. (Neff & Beretvas, 2013) مرورهای پژوهشی نیز نشان داده‌اند که خودشفقتی در روابط نزدیک با امنیت دل‌بستگی، کارکرد خانوادگی سالم‌تر و پاسخ‌دهی هیجانی سازگارانه‌تر ارتباط دارد. (Lathren et al., 2021) بنابراین، وارد کردن اصول شفقت به زمینه زوجی می‌تواند به کاهش چرخه‌های شرم، دفاع و بی‌ارزشی کمک کند.

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره درمان متمرکز بر شفقت، بخش قابل توجهی از مطالعات موجود بر جمعیت‌های بالینی، افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن یا خودانتقادی عمومی تمرکز داشته‌اند. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که این درمان در افزایش خودشفقتی، کاهش خودانتقادی و کاهش علائم روان‌شناختی نتایج امیدوارکننده‌ای دارد، هرچند همچنان به مطالعات کنترل‌شده و با کیفیت بالاتر نیاز است. (Craig et al., 2020; Leaviss & Uttley, 2015; Millard et al., 2023) در حوزه زوج‌درمانی نیز پژوهش‌ها و مقالات نظری نشان داده‌اند که ادغام مداخلات شفقت‌محور با درمان‌های زوجی، به‌ویژه در زوج‌های شرم‌محور یا دارای تجربه آسیب، می‌تواند به کاهش انسداد

هیجانی و افزایش امنیت رابطه کمک کند. (Karris & Caldwell, 2015) با این حال، هنوز درباره اینکه افراد متأهل چگونه اثرات این درمان را در سطح تجربه زیسته خود توصیف می‌کنند، شواهد کیفی محدودی وجود دارد.

اهمیت بررسی این موضوع در بافت فرهنگی تهران نیز قابل توجه است. در فرهنگ‌های خانواده‌محور، نقش‌های همسری، انتظارات جنسیتی، نگرانی از قضاوت خانواده‌ها، تابوی بیان نیازهای جنسی و عاطفی، و ترس از برچسب خوردن می‌توانند شرم زناشویی را تشدید کنند. در چنین زمینه‌ای، فرد ممکن است نه تنها از همسر، بلکه از خانواده، درمانگر، دوستان و حتی از خود نیز تجربه شرم را پنهان کند. بنابراین مطالعه کیفی می‌تواند لایه‌هایی از تجربه را آشکار کند که در پرسشنامه‌های کمی کمتر دیده می‌شوند؛ برای مثال اینکه فرد چگونه صدای منتقد درونی خود را در رابطه می‌شنود، چگونه از بیان نیاز عاطفی خجالت می‌کشد، چگونه تمرین‌های شفقت را ابتدا مصنوعی و سپس آرام‌ساز تجربه می‌کند، و چگونه خودپذیری به تغییر گفت‌وگو با همسر منجر می‌شود.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه افراد متأهل از اثربخشی ادراک شده درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم زناشویی، احساس بی‌ارزشی و افزایش خودپذیری در رابطه انجام شد. تمرکز پژوهش بر آن بود که مشارکت‌کنندگان پس از تجربه درمان، چه تغییراتی را در معنای شرم، نحوه مواجهه با خود، کیفیت گفت‌وگو با همسر و پذیرش آسیب‌پذیری گزارش می‌کنند. این مطالعه می‌کوشد با اتکا به داده‌های مصاحبه‌ای، الگویی مفهومی از فرایندهای تجربه‌شده تغییر ارائه دهد و به فهم دقیق‌تر کاربرد درمان متمرکز بر شفقت در حوزه روابط زوجی کمک کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. از آنجا که هدف پژوهش، سنجش آماری اثربخشی نبود، بلکه تبیین تجربه زیسته و ادراک مشارکت‌کنندگان از اثرات درمان متمرکز بر شفقت بر شرم زناشویی، احساس بی‌ارزشی و خودپذیری رابطه‌ای بود، طراحی کیفی اکتشافی مناسب تشخیص داده شد. جامعه پژوهش شامل افراد متأهل ساکن شهر تهران بود که در یک سال گذشته در جلسات درمان متمرکز بر شفقت با محوریت مشکلات هیجانی و رابطه‌ای شرکت کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با رعایت اصل حداکثر تنوع از نظر جنسیت، سن، مدت ازدواج، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال انجام شد. معیارهای ورود شامل متأهل بودن، سکونت در تهران، گذشت حداقل دو سال از ازدواج، تجربه حداقل هشت جلسه درمان متمرکز بر شفقت، توانایی بیان تجربه شخصی و رضایت برای شرکت در مصاحبه بود. معیارهای خروج شامل وجود بحران حاد روان‌پزشکی، خشونت شدید فعال در رابطه، مصرف فعال مواد، یا ناتوانی در ادامه مصاحبه بود.

مشارکت‌کنندگان نهایی شامل ۲۲ نفر بودند. فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ به این معنا که پس از مصاحبه بیستم، کد جدید معناداری به داده‌ها افزوده نشد و دو مصاحبه دیگر برای اطمینان از ثبات و کفایت مقوله‌ها انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق گردآوری شدند. مدت هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود و مصاحبه‌ها بر اساس ترجیح مشارکت‌کنندگان به صورت حضوری یا آنلاین انجام شد. پرسش‌های اصلی مصاحبه شامل مواردی مانند «پیش از درمان، شرم زناشویی را چگونه تجربه می‌کردید؟»، «درمان متمرکز بر شفقت چه تغییری در گفت‌وگوی درونی شما ایجاد کرد؟»، «احساس بی‌ارزشی در رابطه برای شما چه معنایی داشت؟»،

«آیا پس از درمان، توانستید آسیب‌پذیری یا نیازهای خود را متفاوت بیان کنید؟» و «چه عواملی مانع یا تسهیل‌کننده تداوم تمرین‌های شفقت در رابطه بودند؟» بود. پرسش‌های پیگیری نیز برای روشن‌سازی تجربه‌ها، مثال‌های عینی و استخراج معنای عمیق‌تر پاسخ‌ها استفاده شد. پس از کسب رضایت آگاهانه، مصاحبه‌ها ضبط و به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی شدند. برای حفظ محرمانگی، نام مشارکت‌کنندگان حذف و به هر فرد یک کد اختصاص داده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۴ انجام شد. فرایند تحلیل بر اساس مراحل تحلیل مضمون Braun و Clarke انجام گرفت: آشنایی مکرر با متن مصاحبه‌ها، استخراج کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مقوله‌ها، و تدوین گزارش نهایی (Braun & Clarke, 2006). در مرحله نخست، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد. سپس کدهای اولیه به‌صورت خطبه‌خط استخراج شدند. در مرحله بعد، کدهای مشابه در خوشه‌های معنایی قرار گرفتند و مضامین اولیه شکل گرفتند. پس از چندین مرحله بازبینی و ادغام، پنج مقوله اصلی نهایی استخراج شد.

برای افزایش اعتبار پژوهش از راهبردهای بازبینی مشارکت‌کنندگان، بازبینی همکار، ثبت مسیر تصمیم‌گیری تحلیلی، استفاده از نقل‌قول‌های مستقیم و مقایسه مستمر داده‌ها استفاده شد. بخشی از یافته‌ها برای تعدادی از مشارکت‌کنندگان ارسال شد تا میزان همخوانی آن با تجربه آنان بررسی شود. همچنین دو پژوهشگر آشنا با روش کیفی بخشی از کدگذاری‌ها و ساختار مضامین را بررسی کردند. گزارش پژوهش با توجه به اصول کلی گزارش‌دهی مطالعات کیفی و مصاحبه‌ای تنظیم شد (Tong et al., 2007). ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه، حق انصراف در هر مرحله، محرمانگی اطلاعات، حذف مشخصات هویتی و استفاده پژوهشی از داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۲ مشارکت‌کننده، ۱۳ نفر زن و ۹ نفر مرد بودند. دامنه سنی مشارکت‌کنندگان بین ۲۷ تا ۴۹ سال بود؛ ۶ نفر در گروه سنی ۲۷ تا ۳۴ سال، ۱۰ نفر در گروه سنی ۳۵ تا ۴۲ سال و ۶ نفر در گروه سنی ۴۳ تا ۴۹ سال قرار داشتند. از نظر مدت ازدواج، ۴ نفر کمتر از ۵ سال، ۱۰ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال و ۸ نفر بیش از ۱۰ سال سابقه زندگی مشترک داشتند. از نظر تحصیلات، ۵ نفر دارای دیپلم یا کاردانی، ۱۱ نفر دارای کارشناسی و ۶ نفر دارای کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۱۴ نفر شاغل و ۸ نفر خانه‌دار یا غیرشاغل بودند. همچنین ۱۵ نفر دارای فرزند و ۷ نفر بدون فرزند بودند. همه مشارکت‌کنندگان سابقه شرکت در جلسات درمان متمرکز بر شفقت را داشتند؛ ۹ نفر ۸ تا ۱۰ جلسه، ۸ نفر ۱۱ تا ۱۴ جلسه و ۵ نفر بیش از ۱۴ جلسه درمان را تجربه کرده بودند.

۱. عبور از شرم زناشویی به آشکارسازی امن آسیب‌پذیری: نخستین مقوله اصلی به تغییر تجربه شرم در رابطه مربوط بود. ۱۹ نفر از مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که پیش از درمان، شرم زناشویی را به‌صورت میل به پنهان شدن، سکوت، انکار نیازها یا اجتناب از گفت‌وگو تجربه می‌کردند. آنان احساس می‌کردند اگر درباره ترس، نیاز عاطفی، نارضایتی جنسی، ضعف یا وابستگی خود صحبت کنند، از سوی همسر قضاوت یا طرد می‌شوند. درمان متمرکز بر شفقت به آنان کمک کرد شرم را به‌عنوان یک واکنش هیجانی قابل فهم ببینند، نه نشانه‌ای از نقص ذاتی. یکی از مشارکت‌کنندگان زن گفت: «قبلاً وقتی از شوهرم محبت می‌خواستم، بعدش از خودم بدم می‌آمد؛ فکر می‌کردم خیلی نیازمند و

ضعیفم. توی جلسات فهمیدم نیاز داشتن خجالت ندارد.» مشارکت‌کننده مرد دیگری بیان کرد: «من همیشه ناراحتی‌ام را پشت عصبانیت قایم می‌کردم. وقتی یاد گرفتم شرمم را ببینم، توانستم بگویم واقعاً از بی‌توجهی می‌ترسم، نه اینکه فقط دعوا کنم.» این مقوله نشان داد که کاهش شرم با افزایش توان بیان آسیب‌پذیری همراه بود.

2. تضعیف صدای درونی بی‌ارزش‌ساز: دومین مقوله به کاهش احساس بی‌ارزشی و تغییر گفت‌وگوی درونی مربوط بود. ۲۰ نفر از مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که پیش از درمان، پس از هر تعارض زناشویی، صدایی درونی آنان را تحقیر یا محکوم می‌کرد. این صدا معمولاً با عباراتی مانند «تو کافی نیستی»، «همسرت حق دارد از تو فاصله بگیرد»، «هیچ‌کس تو را تحمل نمی‌کند» یا «همه چیز تقصیر توست» توصیف شد. تمرین‌های درمان متمرکز بر شفقت، به‌ویژه نامه شفقت‌آمیز، تصویرسازی خود مهربان و گفت‌وگو با منتقد درونی، به مشارکت‌کنندگان کمک کرد لحن درونی خود را تغییر دهند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «برای اولین بار توانستم با خودم مثل یک آدم زخمی حرف بزنم، نه مثل یک متهم.» مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «وقتی دعوا می‌کردیم، تا چند روز خودم را له می‌کردم. الان هنوز ناراحت می‌شوم، ولی سریع نمی‌روم سراغ اینکه من بی‌ارزشم.» این یافته نشان می‌دهد که کاهش بی‌ارزشی از مسیر تضعیف خودانتقادی و ایجاد خودگویی حمایت‌گرانه رخ داده است.

3. افزایش خودپذیری رابطه‌ای: سومین مقوله، افزایش توان پذیرش خود در بستر رابطه بود. ۱۸ نفر از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که پس از درمان، توانستند بین خطاهای رابطه‌ای و هویت کلی خود تفاوت بگذارند. آنان یاد گرفتند که اشتباه در ارتباط، ناکامی در بیان هیجان یا تجربه حسادت و نیاز، به معنای بی‌ارزش بودن یا دوست‌نداشتنی بودن نیست. این تغییر به‌ویژه در افرادی دیده شد که کمال‌گرایی زناشویی یا ترس از دیده شدن نقص داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان زن بیان کرد: «قبلاً فکر می‌کردم زن خوب نباید عصبانی شود یا نیاز داشته باشد. الان می‌توانم بپذیرم که همسرم را دوست دارم و در عین حال گاهی خسته یا عصبانی‌ام.» مشارکت‌کننده مردی نیز گفت: «همیشه فکر می‌کردم اگر نتوانم همه چیز را تأمین کنم، مرد بی‌ارزشی هستم. درمان کمک کرد خودم را فقط با نقش مالی تعریف نکنم.» این مقوله نشان داد که خودپذیری رابطه‌ای به معنای نادیده گرفتن مسئولیت نبود، بلکه به معنای پذیرش انسانی بودن خود همراه با آمادگی برای اصلاح رفتار بود.

4. بازسازی تعامل زوجی بر پایه شفقت: چهارمین مقوله به تغییر الگوهای ارتباطی زوجین مربوط بود. ۱۶ نفر از مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که با کاهش شرم و خودانتقادی، شیوه گفت‌وگوی آنان با همسر نیز تغییر کرد. پیش از درمان، بسیاری از آنان در برابر انتقاد همسر یا به‌سرعت دفاع می‌کردند یا سکوت و کناره‌گیری نشان می‌دادند. پس از تمرین‌های شفقت‌محور، توانستند در لحظات تنش، مکث کنند، احساس اصلی خود را تشخیص دهند و با زبان کمتر سرزنشگرانه سخن بگویند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «قبلاً فقط می‌گفتم تو همیشه من را خراب می‌کنی. الان می‌توانم بگویم وقتی این حرف را می‌شنوم، احساس می‌کنم کافی نیستم و می‌ترسم از من دور شوی.» مشارکت‌کننده

دیگری بیان کرد: «شفقت برای من یعنی قبل از جواب دادن، بفهمم طرف مقابل هم شاید دارد از ترس خودش دفاع می‌کند.» این یافته نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت نه تنها تجربه فرد از خود، بلکه کیفیت پاسخ‌دهی زوجی را نیز تحت تأثیر قرار داده است.

5. موانع فرهنگی و تداوم تمرین شفقت: پنجمین مقوله به چالش‌های تداوم تغییر مربوط بود. ۱۴ نفر از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که تمرین شفقت در ابتدا برایشان ناآشنا، مصنوعی یا حتی متضاد با باورهای فرهنگی و خانوادگی بود. برخی از آنان مهربانی با خود را با خودخواهی یا تنبلی اشتباه می‌گرفتند و برخی دیگر می‌ترسیدند اگر خود را بپذیرند، انگیزه اصلاح رفتار را از دست بدهند. همچنین هنجارهای جنسیتی، نگرانی از قضاوت خانواده‌ها و باور به اینکه «مشکلات زناشویی نباید بیرون گفته شود»، مانع بیان شرم و درخواست کمک بود. یکی از مشارکت‌کنندگان زن گفت: «اولش وقتی درمانگر می‌گفت با خودت مهربان باش، حس می‌کردم دارم خودم را لوس می‌کنم.» مشارکت‌کننده مردی نیز بیان کرد: «برای من سخت بود قبول کنم مرد هم می‌تواند شرم داشته باشد. همیشه یاد گرفته بودم فقط باید قوی باشم.» با این حال، مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که تکرار تمرین‌ها، تجربه آرام‌تر شدن بدن و مشاهده تغییر در گفت‌وگو با همسر، به پذیرش تدریجی شفقت کمک کرده است.

بحث

یافته نخست نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در تجربه مشارکت‌کنندگان به کاهش شرم زناشویی و افزایش توان آشکارسازی امن آسیب‌پذیری کمک کرده است. این یافته با مبانی نظری درمان متمرکز بر شفقت همسو است؛ زیرا این رویکرد شرم را نه صرفاً یک خطای شناختی، بلکه واکنشی سازمان‌یافته در نظام تهدید می‌داند که هدف آن محافظت از فرد در برابر طرد، تحقیر یا آسیب اجتماعی است (Gilbert, 2014). در رابطه زوجی، شرم معمولاً زمانی فعال می‌شود که فرد احساس کند نیازها، ضعف‌ها یا ناکامی‌هایش ممکن است او را در نگاه همسر بی‌ارزش کند. بنابراین، پاسخ‌های دفاعی مانند سکوت، پرخاشگری یا کناره‌گیری را می‌توان تلاش‌هایی برای مدیریت درد شرم دانست. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که وقتی مشارکت‌کنندگان توانستند شرم را نام‌گذاری کنند و آن را به عنوان واکنشی انسانی و قابل فهم ببینند، امکان بیان آسیب‌پذیری افزایش یافت. این یافته با دیدگاه Tangney و Dearing درباره تفاوت شرم و گناه نیز قابل تبیین است؛ زیرا کاهش ادراک «بد بودن کل خود» می‌تواند فرد را از پنهان‌سازی و اجتناب به سمت ترمیم رابطه سوق دهد (Tangney & Dearing, 2002). همچنین یافته حاضر با مقاله Karris و Caldwell همخوان است که نشان می‌دهد در زوج‌های شرم‌محور، مداخلات مبتنی بر خودشفقتی و CFT می‌توانند به کاهش انسداد هیجانی و تسهیل گفت‌وگوی آسیب‌پذیرانه کمک کنند (Karris & Caldwell, 2015).

یافته دوم نشان داد که یکی از مهم‌ترین مسیرهای تغییر، تضعیف صدای درونی بی‌ارزش‌ساز و جایگزینی آن با گفت‌وگوی درونی شفقت‌آمیز بود. این یافته به‌طور مستقیم با پژوهش Gilbert و Procter همسو است که نشان داد آموزش ذهن شفقت‌ورز برای افراد دارای شرم و خودانتقادی بالا می‌تواند به کاهش خودسرزنشی و افزایش خودآرام‌سازی کمک کند (Gilbert & Procter, 2006). در تجربه مشارکت‌کنندگان، احساس بی‌ارزشی اغلب پس از تعارض‌های زناشویی فعال می‌شد و به‌صورت گزاره‌های کلی و مطلق درباره خود بروز می‌کرد.

درمان متمرکز بر شفقت از طریق تمرین‌هایی مانند تصویرسازی خود شفقت‌ورز، نامه‌نگاری شفقت‌آمیز و کار با منتقد درونی، امکان فاصله گرفتن از این صدا را فراهم کرد. این نتیجه با نظریه سه نظام تنظیم هیجان گیلبرت نیز قابل توضیح است؛ زیرا خودانتقادی شدید، نظام تهدید را فعال نگه می‌دارد، در حالی که شفقت می‌تواند نظام آرام‌سازی و پیوندجویی را تقویت کند. (Gilbert, 2009, 2010) مرورهای نظام‌مند نیز نشان داده‌اند که CFT در کاهش خودانتقادی و افزایش خودشفقتی نتایج امیدوارکننده‌ای داشته است (Craig et al., 2020; Millard et al., 2023). بنابراین، کاهش بی‌ارزشی در مطالعه حاضر را می‌توان حاصل تغییر در رابطه فرد با خود دانست؛ تغییری که به فرد اجازه می‌دهد درد رابطه‌ای را بدون حمله به هویت خود تجربه کند.

یافته سوم، افزایش خودپذیری رابطه‌ای بود. مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که پس از درمان، توانسته‌اند خطا، خستگی، نیاز، حسادت، ترس یا ناکامی خود را بدون تبدیل آن به نشانه نقص ذاتی بپذیرند. این یافته با مفهوم خودشفقتی Neff همخوان است که شامل مهربانی با خود، درک مشترک بودن نقص انسانی و ذهن‌آگاهی نسبت به تجربه دردناک است. (Neff, 2003) خودپذیری رابطه‌ای در این پژوهش به معنای بی‌تفاوتی نسبت به رفتارهای آسیب‌زا نبود؛ بلکه به معنای پذیرش واقع‌بینانه خود همراه با مسئولیت‌پذیری بود. این تمایز اهمیت بالینی زیادی دارد، زیرا برخی افراد تصور می‌کنند مهربانی با خود باعث کاهش انگیزه اصلاح می‌شود. اما یافته‌ها نشان دادند که وقتی مشارکت‌کنندگان کمتر خود را محکوم کردند، توان بیشتری برای پذیرش مسئولیت و گفت‌وگوی سازنده پیدا کردند. پژوهش Neff و Beretvas نیز نشان داد که خودشفقتی با رفتارهای رابطه‌ای سالم‌تر مانند حمایت‌گری بیشتر و کنترل‌گری کمتر ارتباط دارد. (Neff & Beretvas, 2013) مرور Lathren و همکاران نیز تأکید می‌کند که خودشفقتی در روابط نزدیک با کارکرد عاطفی و رابطه‌ای بهتر همراه است. (Lathren et al., 2021) بنابراین، خودپذیری در رابطه می‌تواند پلی میان تنظیم هیجان فردی و بهبود تعامل زوجی باشد.

یافته چهارم نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به بازسازی تعامل زوجی کمک کند. مشارکت‌کنندگان پس از کاهش شرم و خودانتقادی، توانستند در گفت‌وگو با همسر از زبان کمتر دفاعی و کمتر سرزنشگرانه استفاده کنند. این یافته اهمیت رابطه میان فرایندهای درون‌فردی و بین‌فردی را برجسته می‌کند. در بسیاری از زوجها، آنچه به‌ظاهر به شکل انتقاد، سکوت یا خشم دیده می‌شود، در سطح عمیق‌تر با ترس از بی‌ارزش بودن، طرد شدن یا کافی نبودن مرتبط است. هنگامی که فرد بتواند این لایه زیرین را با شفقت مشاهده کند، احتمال واکنش دفاعی کاهش می‌یابد و امکان بیان نیاز اولیه افزایش پیدا می‌کند. این یافته با رویکردهای زوج‌درمانی هیجان‌مدار نیز همسو است که بر آشکارسازی هیجان‌های آسیب‌پذیر و ایجاد پاسخ‌دهی عاطفی تأکید دارند، اما درمان متمرکز بر شفقت با تمرکز ویژه بر شرم و خودانتقادی می‌تواند مکمل مهمی برای کار با زوج‌های شرم‌محور باشد. (Karris & Caldwell, 2015) از منظر CFT، شفقت صرفاً مهربانی منفعلانه نیست، بلکه نوعی شجاعت برای مواجهه با رنج و اقدام مسئولانه برای کاهش آن است. (Gilbert, 2010) بر همین اساس، مشارکت‌کنندگان توانستند به جای حمله یا عقب‌نشینی، احساس اصلی خود را بیان کنند و گفت‌وگو را از سطح اتهام به سطح نیاز و ترس منتقل سازند.

یافته پنجم نشان داد که تداوم تمرین شفقت با موانع فرهنگی، جنسیتی و شناختی همراه است. برخی مشارکت‌کنندگان در ابتدا شفقت با خود را با خودخواهی، ضعف یا بی‌مسئولیتی اشتباه می‌گرفتند. این یافته با مشاهدات بالینی گیلبرت همخوان است؛ او تأکید می‌کند افرادی که شرم

و خودانتقادی بالایی دارند، معمولاً از شفقت می‌ترسند یا آن را تهدیدکننده تجربه می‌کنند، زیرا مهربانی با خود با الگوهای قدیمی کنترل، تنبیه و محافظت در تعارض قرار می‌گیرد. (Gilbert, 2014) در زمینه زناشویی تهران، هنجارهای فرهنگی درباره حفظ ظاهر رابطه، نقش‌های جنسیتی و دشواری بیان نیازهای عاطفی می‌تواند این مقاومت را تشدید کند. برای مثال، مردان ممکن است شرم را با ضعف برابر بدانند و زنان ممکن است نیاز عاطفی خود را با وابستگی یا ناپسندگی تفسیر کنند. بنابراین، اجرای درمان متمرکز بر شفقت در زمینه زوجی نیازمند حساسیت فرهنگی است. درمانگر باید تفاوت میان شفقت و خودخواهی، پذیرش و انفعال، و مسئولیت‌پذیری و خودتنبیهی را به‌طور روشن توضیح دهد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تکرار تمرین‌ها و مشاهده اثرات عینی آن در کاهش تنش و افزایش گفت‌وگو، به پذیرش تدریجی درمان کمک کرده است.

محدودیت‌ها: پژوهش حاضر با وجود ارائه تصویری عمیق از تجربه مشارکت‌کنندگان، دارای محدودیت‌هایی است. نخست، به دلیل ماهیت کیفی مطالعه، نتایج قابلیت تعمیم آماری به همه زوجها یا افراد متأهل را ندارد. دوم، داده‌ها بر اساس خودگزارش‌دهی مشارکت‌کنندگان گردآوری شده‌اند و ممکن است تحت تأثیر حافظه، تمایل به ارائه تصویر مثبت از درمان یا ملاحظات اجتماعی قرار گرفته باشند. سوم، چون پژوهش فاقد گروه کنترل، پیش‌آزمون و پس‌آزمون کمی بود، نمی‌توان درباره اثربخشی علی درمان متمرکز بر شفقت نتیجه‌گیری قطعی کرد. چهارم، مشارکت‌کنندگان از شهر تهران انتخاب شدند و ممکن است تجربه آنان با افراد ساکن شهرهای کوچک‌تر یا بافت‌های فرهنگی متفاوت فرق داشته باشد. پنجم، در این پژوهش تجربه هر دو عضو زوج به‌صورت زوجی و هم‌زمان بررسی نشد؛ بنابراین امکان تحلیل پویایی دوطرفه شرم، شفقت و خودپذیری محدود بود.

پیشنهادهای آینده: پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طرح‌های آمیخته استفاده شود تا هم تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان و هم تغییرات کمی در شرم زناشویی، خودانتقادی، خودشفقتی، رضایت زناشویی و خودپذیری سنجیده شود. همچنین انجام کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی برای بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در زوجها دارای شرم زناشویی بالا ضروری است. پژوهش‌های آینده می‌توانند تجربه هر دو عضو زوج را به‌صورت زوجی بررسی کنند تا مشخص شود تغییر در خودشفقتی یک همسر چگونه بر پاسخ‌دهی عاطفی همسر دیگر اثر می‌گذارد. همچنین مقایسه درمان متمرکز بر شفقت با رویکردهایی مانند زوج‌درمانی هیجان‌مدار، درمان شناختی‌رفتاری زوجی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به روشن‌تر شدن سازوکارهای اختصاصی هر رویکرد کمک کند. بررسی نقش جنسیت، مدت ازدواج، تجربه خیانت، کیفیت دلبستگی و هنجارهای فرهنگی نیز در مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

پیشنهادهای عمل بالینی: درمانگران زوج و خانواده می‌توانند در کار با زوجها شرم‌محور، علاوه بر تمرکز بر مهارت‌های ارتباطی، به صدای منتقد درونی، احساس بی‌ارزشی و ترس از طرد توجه ویژه داشته باشند. آموزش تمایز میان شرم و گناه، تمرین شناسایی نظام تهدید، تنفس آرام‌ساز، تصویرسازی خودشفقت‌ورز و نامه شفقت‌آمیز می‌تواند به مراجعان کمک کند پیش از ورود به گفت‌وگوی زوجی، از حالت دفاعی فاصله بگیرند. همچنین لازم است درمانگر به مراجعان توضیح دهد که شفقت به معنای نادیده گرفتن خطا یا اجتناب از مسئولیت نیست، بلکه

روشی برای مواجهه شجاعانه، مهربانانه و اصلاح‌گرانه با رنج است. در بافت فرهنگی ایران، استفاده از زبان حساس به ارزش‌های خانوادگی، حفظ حرمت، مسئولیت‌پذیری و رشد رابطه می‌تواند پذیرش مداخلات شفقت‌محور را افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت در تجربه افراد متأهل می‌تواند به کاهش شرم زناشویی، تضعیف احساس بی‌ارزشی و افزایش خودپذیری در رابطه کمک کند. مشارکت‌کنندگان پس از تجربه درمان، شرم را کمتر به‌عنوان نشانه نقص ذاتی و بیشتر به‌عنوان واکنشی انسانی، قابل فهم و قابل تنظیم تجربه کردند. همچنین گفت‌وگوی درونی آنان از حالت خودسرزنشگرانه به سمت لحنی حمایت‌گرانه‌تر و مهربانانه‌تر حرکت کرد. این تغییر در سطح درون‌فردی، پیامدهای رابطه‌ای نیز داشت؛ از جمله افزایش توان بیان نیازها، کاهش دفاع‌مندی، پذیرش آسیب‌پذیری و شکل‌گیری گفت‌وگوی زوجی آرام‌تر. با این حال، به دلیل ماهیت کیفی پژوهش، نتایج باید به‌عنوان شواهدی درباره اثربخشی ادراک‌شده و تجربه‌شده در نظر گرفته شود. انجام مطالعات مداخله‌ای کنترل‌شده می‌تواند اعتبار و دامنه کاربرد این یافته‌ها را افزایش دهد.

موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه افرادی که در این پژوهش به ما یاری رساندند سپاسگزاری به عمل می‌آید.

References

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385–400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>

- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Karris, M. G., & Caldwell, B. E. (2015). Integrating emotionally focused therapy, self-compassion, and compassion-focused therapy to assist shame-prone couples who have experienced trauma. *The Family Journal*, 23(4), 346–357. <https://doi.org/10.1177/1066480715601676>
- Lathren, C. R., Rao, S. S., Park, J., & Bluth, K. (2021). Self-compassion and current close interpersonal relationships: A scoping literature review. *Mindfulness*, 12(5), 1078–1093. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01566-5>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78–98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research: A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>