

رابطه خودانتقادی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی ناامیدی در بیماران افسرده

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷

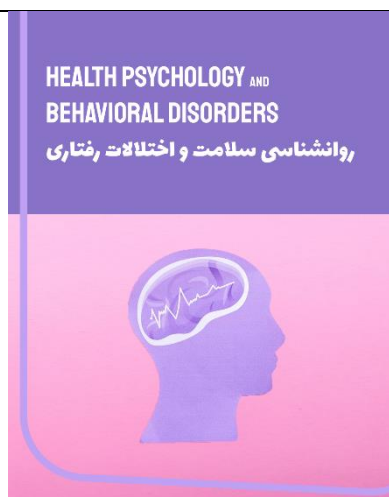
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۳/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه بین خودانتقادی و ناگویی هیجانی با ناامیدی در بیماران افسرده و نقش میانجی ناگویی هیجانی در این ارتباط بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل بیماران افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران بود. بر اساس جدول مورگان و کرجسی، ۴۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ناامیدی بک، پرسشنامه خودانتقادی و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (نسخه ۲۰ سؤالی) بودند. داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS-27 و مدل معادلات ساختاری در AMOS-21 تحلیل شد. نتایج نشان داد بین خودانتقادی و ناامیدی ($r = .52, p < .01$)، ناگویی هیجانی و ناامیدی ($r = .49, p < .01$)، و خودانتقادی و ناگویی هیجانی ($r = .46, p < .01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مدل ساختاری برازش مناسبی داشت ($\chi^2/df = 1.74, GFI = .94, CFI = .96, RMSEA = .043$). خودانتقادی اثر مستقیم و معناداری بر ناگویی هیجانی ($B = 0.51, \beta = 0.48, p = .001$) و ناامیدی ($B = 0.18, \beta = 0.36, p = .001$) داشت. ناگویی هیجانی نیز به طور مستقیم ناامیدی را پیش بینی کرد ($B = 0.15, \beta = 0.33, p = .001$). اثر غیرمستقیم خودانتقادی بر ناامیدی از طریق ناگویی هیجانی معنادار بود ($B = 0.08, \beta = 0.16, p = .001$). خودانتقادی و ناگویی هیجانی هر دو نقش مهمی در افزایش ناامیدی بیماران افسرده دارند و ناگویی هیجانی به عنوان یک متغیر میانجی بخشی از اثر خودانتقادی بر ناامیدی را توضیح می دهد. مداخلات درمانی که همزمان بر کاهش خودانتقادی و بهبود پردازش هیجانی تمرکز دارند، می توانند در کاهش ناامیدی این بیماران مؤثر باشند.

کلیدواژه‌گان: خودانتقادی، ناگویی هیجانی، ناامیدی، بیماران افسرده، مدل معادلات ساختاری



سیدعلی اصغر سیدابراهیمی^{۱*}، حسین یعقوبی^۲،
مریم موسوی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، پردیس بین المللی ارس،

دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد بادرود،

دانشگاه آزاد اسلامی، بادرود، ایران

۳. کارشناسی ارشد، گروه برنامه ریزی درسی، واحد تهران

جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: merajeentazar@gmail.com

شیوه استناددهی: سیدابراهیمی، سیدعلی اصغر، یعقوبی، حسین، و موسوی، مریم. (۱۴۰۴). رابطه خودانتقادی و ناگویی هیجانی با نقش میانجی ناامیدی در بیماران افسرده. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۳(۱)، ۱-۱۳.

The Relationship Between Self-Criticism and Alexithymia with the Mediating Role of Hopelessness in Depressed Patients

Submit Date: 2025.03.11

Revise Date: 2025.05.17

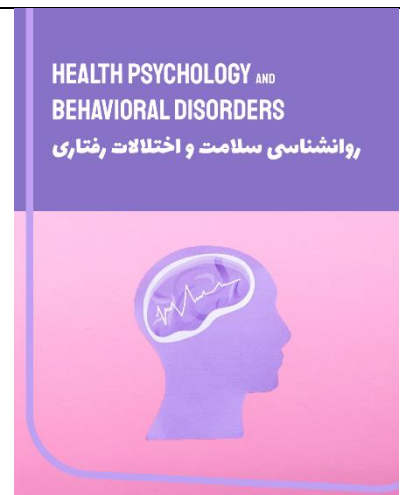
Accept Date: 2025.05.19

Publish Date: 2025.05.22

Abstract

This study aimed to examine the relationship between self-criticism and alexithymia with hopelessness in depressed patients, focusing on the mediating role of alexithymia in this relationship. A descriptive–correlational design was employed. The study population included depressed patients attending counseling and psychotherapy centers in Tehran. Based on the Morgan and Krejcie table, 400 participants were selected using convenience sampling. Instruments included the Beck Hopelessness Scale, the Levels of Self-Criticism Scale, and the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Data were analyzed using Pearson correlation in SPSS-27 and structural equation modeling (SEM) in AMOS-21. Results indicated significant positive correlations between self-criticism and hopelessness ($r = .52, p < .01$), alexithymia and hopelessness ($r = .49, p < .01$), and self-criticism and alexithymia ($r = .46, p < .01$). The structural model demonstrated good fit ($\chi^2/df = 1.74$, GFI = .94, CFI = .96, RMSEA = .043). Self-criticism had significant direct effects on alexithymia ($B = 0.51, \beta = 0.48, p = .001$) and hopelessness ($B = 0.18, \beta = 0.36, p = .001$). Alexithymia significantly predicted hopelessness directly ($B = 0.15, \beta = 0.33, p = .001$). The indirect effect of self-criticism on hopelessness via alexithymia was significant ($B = 0.08, \beta = 0.16, p = .001$). Both self-criticism and alexithymia significantly contribute to hopelessness among depressed patients, with alexithymia mediating part of the effect of self-criticism on hopelessness. Therapeutic interventions simultaneously targeting the reduction of self-criticism and the enhancement of emotional processing may effectively reduce hopelessness in this population.

Keywords: *Self-criticism, Alexithymia, Hopelessness, Depressed patients, Structural equation modeling*



Seyed Ali Asghar Seyed Ebrahimi^{*1},
Hosein Yaghoubi², Maryam Mousavi³

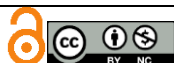
1. PhD Student in Clinical Psychology, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran

2. MSc. Department of General Psychology, Badroud Branch, Islamic Azad University, Badroud, Iran

3. MSc., Department of Curriculum Planning, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email:
merajeentazar@gmail.com

How to cite: Seyed Ebrahimi, S.A.A., Yaghoubi, H., Mousavi, M. (2025). The Relationship Between Self-Criticism and Alexithymia with the Mediating Role of Hopelessness in Depressed Patients. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(1), 1-13.



اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در جهان معاصر است که با مجموعه‌ای از علائم شناختی، هیجانی و جسمانی همراه بوده و پیامدهای گسترده‌ای بر کیفیت زندگی فرد و کارکردهای اجتماعی او دارد. یکی از سازه‌های روان‌شناختی کلیدی در تبیین و تداوم افسردگی، ناامیدی است که به‌عنوان یک الگوی پایدار تفکر منفی در مورد آینده، نقش مهمی در بروز افکار خودکشی و کاهش انگیزه‌های زندگی ایفا می‌کند (Sun, Wu, et al., 2022). ناامیدی به‌طور معمول با متغیرهای شخصیتی و شناختی مختلفی از جمله خودانتقادی و ناگویی هیجانی ارتباط دارد (Saricali et al., 2022). شواهد نشان می‌دهد که بیماران افسرده که دارای سطوح بالای خودانتقادی و مشکلات در پردازش و ابراز هیجانات هستند، مستعد تجربه ناامیدی بیشتری می‌باشند (Amerio et al., 2023).

خودانتقادی به‌عنوان یک سبک شناختی-هیجانی منفی، به تمایل فرد برای ارزیابی سختگیرانه خود و تمرکز بر کاستی‌ها و شکست‌ها اشاره دارد (Kelly et al., 2020). این الگو نه‌تنها با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی ارتباط دارد، بلکه با تشدید احساس گناه، شرم و ناکارآمدی نیز همراه است (Werner et al., 2019). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که خودانتقادی بالا پیش‌بینی‌کننده معناداری برای نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس است (Ramadanpour & Joozi, 2019) و نقش میانجی در ارتباط بین کمال‌گرایی ناسازگار و اختلالات روانی ایفا می‌کند (Sekowski et al., 2022). همچنین، مطالعات فراتحلیلی حاکی از آن است که خودانتقادی کمال‌گرایانه با شدت بیشتر علائم افسردگی ارتباط دارد و این رابطه در جمعیت‌های آسیایی قوی‌تر از جوامع غربی مشاهده شده است (Suh et al., 2023). از سوی دیگر، ناگویی هیجانی به‌عنوان یک نقص در پردازش هیجانات، شامل مشکلات در شناسایی و توصیف احساسات و گرایش به تمرکز بر محرک‌های بیرونی به‌جای حالات درونی است (Habibi Asgarabad et al., 2023). این سازه نه‌تنها با افسردگی، بلکه با اختلالات اضطرابی، درد مزمن و رفتارهای پرخطر نیز ارتباط دارد (Del Bianco et al., 2023). در بیماران افسرده، ناگویی هیجانی می‌تواند مانع استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر شود و از این طریق، ناامیدی و نشانه‌های منفی هیجانی را تشدید کند (Akpınar, 2024). شواهد نشان می‌دهد که تجربه رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی می‌تواند هم خودانتقادی و هم ناگویی هیجانی را تقویت کرده و از این طریق، احتمال افسردگی و افکار خودکشی را افزایش دهد (Babaei et al., 2023).

ارتباط بین خودانتقادی و ناگویی هیجانی با ناامیدی را می‌توان در چارچوب مدل‌های شناختی-هیجانی افسردگی توضیح داد. این مدل‌ها تأکید می‌کنند که ارزیابی‌های منفی خود و ناتوانی در پردازش هیجانات، چرخه‌ای از افکار منفی در مورد آینده را ایجاد می‌کند که هسته اصلی ناامیدی است (Vidal et al., 2024). پژوهش‌های انجام‌شده بر روی بیماران افسرده نشان داده‌اند که ناامیدی می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی، اثر خودانتقادی و ناگویی هیجانی بر شدت علائم افسردگی و افکار خودکشی را توضیح دهد (Sun, Chiu, et al., 2022). به‌علاوه، مداخلات روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر معنا (Sun, Wu, et al., 2022) و درمان متمرکز بر شفقت (Salakhpour, 2023) می‌توانند با کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان، سطوح ناامیدی را در بیماران افسرده کاهش دهند.

در سال‌های اخیر، توجه به نقش عوامل شخصیتی و هیجانی در تبیین افسردگی در جمعیت‌های مختلف افزایش یافته است. پژوهش‌هایی بر روی نوجوانان و جوانان نشان داده‌اند که تجربیات اولیه روابط عاطفی و سبک‌های دلبستگی می‌توانند زمینه‌ساز سطوح بالاتری از خودانتقادی و ناگویی هیجانی باشند (Nariswari & Muttaqin, 2023; Santos & Salvador, 2021). در این میان، مطالعات داخلی نیز شواهد مشابهی ارائه داده‌اند؛ به‌طور مثال، نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودانتقادی با اجتناب شناختی-رفتاری (Karimi et al., 2020) و افکار خودکار منفی (Pedro et al., 2019) ارتباط مثبت و معناداری دارد و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی رفتارهای آسیب به خود نقش دارد (Niazi Mirk et al., 2021). همچنین، در بررسی‌های داخلی، مشخص شده است که آموزش ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی می‌تواند منجر به کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان شود (Noorbala, 2020).

بر این اساس، می‌توان گفت که هم خودانتقادی و هم ناگویی هیجانی، به‌عنوان دو سازه شخصیتی-هیجانی، نقش مهمی در ایجاد و تداوم ناامیدی در بیماران افسرده دارند. ترکیب این دو ویژگی منفی می‌تواند هم‌افزایی ایجاد کند و شدت اثرات منفی بر سلامت روان را افزایش دهد. از این رو، بررسی این روابط و نقش میانجی ناامیدی نه تنها به غنای نظری حوزه افسردگی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند مبنای طراحی مداخلات درمانی مؤثرتر باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین خودانتقادی و ناگویی هیجانی با ناامیدی و نقش میانجی ناامیدی در بیماران افسرده انجام شده است.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است که به منظور بررسی رابطه بین خودانتقادی و ناگویی هیجانی با ناامیدی و نقش میانجی‌گری ناامیدی در بیماران افسرده انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران افسرده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال انجام پژوهش بود. بر اساس جدول مورگان و کرجسی، حجم نمونه مورد نیاز برای این پژوهش ۴۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت و معیارهای ورود شامل تشخیص افسردگی توسط روانپزشک، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال و تمایل به مشارکت در پژوهش بود. همچنین افرادی که دارای اختلالات شدید روان‌پزشکی (مانند اسکیزوفرنی) یا نقص شناختی بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. برای سنجش متغیر ناامیدی از «پرسشنامه ناامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale – BHS) که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۷۴ تدوین شده است، استفاده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که سه بعد «احساسات در مورد آینده»، «از دست دادن انگیزه» و «انتظارات منفی» را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها به صورت درست/نادرست (دو گزینه‌ای) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره کل از ۰ تا ۲۰ متغیر است؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر ناامیدی می‌باشند. اعتبار و پایایی این ابزار در مطالعات بین‌المللی و همچنین پژوهش‌های متعدد در ایران تأیید شده است و ضرایب آلفای کرونباخ آن در نمونه‌های ایرانی معمولاً بالاتر از ۰٫۸۰، گزارش شده است.

برای سنجش متغیر خودانتقادی از «پرسشنامه خودانتقادی» (Levels of Self-Criticism Scale – LSCS) که توسط تامپسون و زوکرمن در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است، استفاده می‌شود. این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه بوده و دو بعد اصلی «خودانتقادی درونی» و «خودانتقادی مقایسه‌ای» را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل بالاتر بیانگر سطح بالاتر خودانتقادی است. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های خارجی به‌طور گسترده تأیید شده و در ایران نیز ترجمه، بومی‌سازی و استفاده شده است؛ ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعات ایرانی معمولاً بالاتر از ۰٫۸۵، گزارش شده است.

برای سنجش متغیر ناگویی هیجانی از «مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو – نسخه ۲۰ سؤالی» (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20) که توسط بگبی، پارکر و تیلور در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است، استفاده می‌شود. این مقیاس دارای ۲۰ گویه بوده و سه خرده‌مقیاس «مشکل در شناسایی احساسات»، «مشکل در توصیف احساسات» و «تفکر برون‌مدار» را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر ناگویی هیجانی است. اعتبار سازه و همسانی درونی این ابزار در پژوهش‌های بین‌المللی و مطالعات متعدد در ایران تأیید شده و ضرایب آلفای کرونباخ آن در نمونه‌های ایرانی معمولاً بالاتر از ۰٫۸۰، گزارش شده است.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۱ استفاده شد. در گام نخست، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای متغیرهای جمعیت‌شناختی محاسبه شد. در بخش تحلیل استنباطی، برای بررسی همبستگی بین متغیر وابسته (ناامیدی) و متغیرهای مستقل (خودانتقادی و ناگویی هیجانی) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی مدل ساختاری و نقش میانجی ناامیدی، مدل معادلات ساختاری (SEM) با استفاده از AMOS اجرا شد. تمامی آزمون‌ها با سطح معناداری ۰٫۰۵ انجام گردید.

یافته‌ها

در بین شرکت‌کنندگان پژوهش، ۲۱۷ نفر (۵۴٫۲۵٪) زن و ۱۸۳ نفر (۴۵٫۷۵٪) مرد بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۴٫۶۷ سال (انحراف معیار = ۸٫۵۴) بود که دامنه سنی آنان بین ۱۸ تا ۵۹ سال قرار داشت. از نظر وضعیت تأهل، ۱۸۹ نفر (۴۷٫۲۵٪) متأهل، ۱۷۶ نفر (۴۴٫۰۰٪) مجرد و ۳۵ نفر (۸٫۷۵٪) مطلقه یا بیوه بودند. همچنین، از نظر سطح تحصیلات، ۱۰۲ نفر (۲۵٫۵۰٪) دیپلم یا پایین‌تر، ۱۶۵ نفر (۴۱٫۲۵٪) دارای مدرک کارشناسی، ۹۷ نفر (۲۴٫۲۵٪) کارشناسی ارشد و ۳۶ نفر (۹٫۰۰٪) دارای دکتری بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)
خودانتقادی	۵۸٫۴۳	۸٫۷۲
ناگویی هیجانی	۶۲٫۱۵	۹٫۱۸
ناامیدی	۱۵٫۸۴	۴٫۲۷

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره خودانتقادی ($M=58.43$, $SD=8.72$) در نمونه نسبتاً بالا بوده و میانگین نمره ناگویی هیجانی ($M=62.15$, $SD=9.18$) نیز در حد متوسط رو به بالا قرار دارد. همچنین میانگین نمره ناامیدی ($M=15.84$, $SD=4.27$) بیانگر آن است که بیماران افسرده سطح قابل توجهی از ناامیدی را تجربه می‌کنند.

پیش از اجرای آزمون‌های همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها برای متغیرهای ناامیدی ($Z = 0.067$, $p = 0.084$)، خودانتقادی ($Z = 0.072$, $p = 0.072$) و ناگویی هیجانی ($Z = 0.065$, $p = 0.091$) نرمال است. همچنین، شاخص دوربین-واتسون برابر با ۱٫۹۸ به دست آمد که نشان‌دهنده عدم وجود خودهمبستگی بین باقیمانده‌ها بود. نتایج آزمون هم‌خطی چندگانه نیز نشان داد که مقادیر VIF برای تمامی متغیرهای پیش‌بین بین ۱٫۱۲ تا ۱٫۳۵ و مقادیر تحمل (Tolerance) بالاتر از ۰٫۷۴ بودند که بیانگر عدم وجود هم‌خطی چندگانه است.

همبستگی بین متغیرها، جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون و مقادیر احتمال بین همه متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
۱. خودانتقادی	۱		
۲. ناگویی هیجانی	(.۰۰۱) ** .۴۶	۱	
۳. ناامیدی	(.۰۰۱) ** .۵۲	(.۰۰۱) ** .۴۹	۱

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین خودانتقادی و ناامیدی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($r = .52$, $p < .01$). همچنین ناگویی هیجانی با ناامیدی ($r = .49$, $p < .01$) و با خودانتقادی ($r = .46$, $p < .01$) رابطه مثبت و معنادار دارد. این روابط بیانگر آن است که افزایش خودانتقادی و ناگویی هیجانی با افزایش سطح ناامیدی همراه است. شاخص‌های برازش مدل، جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل ساختاری را ارائه می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	مقدار به دست آمده	معیار برازش مطلوب
χ^2	۱۲۸.۴۷	--
df	۷۴	--
χ^2/df	۱.۷۴	< ۳
GFI	.۹۴	$\geq .۹۰$
AGFI	.۹۱	$\geq .۹۰$
CFI	.۹۶	$\geq .۹۰$
TLI	.۹۵	$\geq .۹۰$
RMSEA	.۰۴۳	$\leq .۰۸$

بر اساس جدول ۳، شاخص‌های برازش مدل از وضعیت مطلوب برخوردارند؛ نسبت χ^2 به درجات آزادی برابر با ۱.۷۴ بوده و شاخص‌های GFI، AGFI، CFI و TLI همگی بالاتر از ۰.۹۰ هستند. همچنین مقدار RMSEA برابر با ۰.۰۴۳ است که کمتر از ۰.۰۸ بوده و نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است.

ضرایب مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل. جدول ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

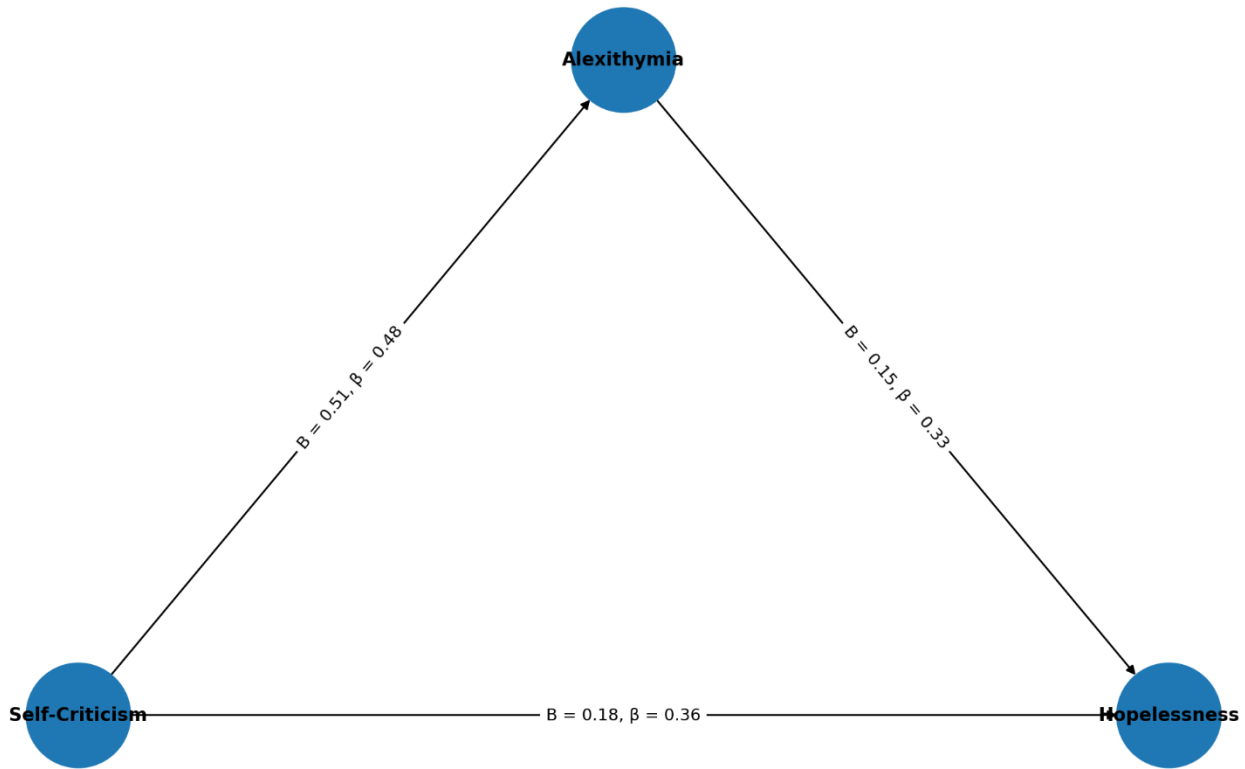
جدول ۴. ضرایب مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل بین متغیرها

مسیر	b	S.E	Beta	p
خودانتقادی به ناگویی هیجانی (مستقیم)	۰.۵۱	۰.۰۸	۰.۴۸	.۰۰۱
ناگویی هیجانی به ناامیدی (مستقیم)	۰.۱۵	۰.۰۴	۰.۳۳	.۰۰۱
خودانتقادی به ناامیدی (مستقیم)	۰.۱۸	۰.۰۵	۰.۳۶	.۰۰۱
خودانتقادی به ناامیدی (غیرمستقیم از طریق ناگویی هیجانی)	۰.۰۸	۰.۰۳	۰.۱۶	.۰۰۱
خودانتقادی به ناامیدی (کل: مجموع مستقیم و غیرمستقیم)	۰.۲۶	۰.۰۶	۰.۵۲	.۰۰۱
ناگویی هیجانی به ناامیدی (کل)	۰.۱۵	۰.۰۴	۰.۳۳	.۰۰۱

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، خودانتقادی اثر مستقیمی بر ناامیدی دارد ($p=.001$, $Beta=0.36$, $S.E=0.05$, $b=0.18$) و علاوه بر آن، از مسیر ناگویی هیجانی نیز به‌طور غیرمستقیم ناامیدی را افزایش می‌دهد؛ مقدار اثر غیرمستقیم برابر با ۰.۰۸ ($Beta=0.16$, $S.E=0.03$) است که از حاصل ضرب مسیر خودانتقادی به ناگویی هیجانی ($Beta=0.48$, $b=0.51$) در مسیر ناگویی هیجانی به ناامیدی ($Beta=0.33$, $b=0.15$) به دست آمده است. در نتیجه، اثر کل خودانتقادی بر ناامیدی معنی‌دار و نسبتاً قوی گزارش شد ($b=0.26$, $p=.001$). که با همبستگی‌های گزارش شده در بخش توصیفی سازگار است. همچنین اثر کل ناگویی هیجانی بر ناامیدی معادل اثر مستقیم آن باقی می‌ماند ($p=.001$, $Beta=0.33$, $b=0.15$) زیرا مسیر واسط دیگری برای این متغیر در مدل تعریف نشده

است. این الگو نشان می‌دهد که افزایش خودانتقادی هم به صورت مستقیم و هم از طریق تشدید ناگویی هیجانی، سطح ناامیدی را در بیماران افسرده بالا می‌برد.

Structural Model: Self-Criticism, Alexithymia, and Hopelessness



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که خودانتقادی و ناگویی هیجانی هر دو با ناامیدی در بیماران افسرده رابطه مثبت و معناداری دارند و این دو متغیر توانستند بخش قابل توجهی از واریانس ناامیدی را پیش‌بینی کنند. همچنین، نتایج مدل معادلات ساختاری بیانگر آن بود که ناامیدی نقش میانجی معناداری در ارتباط بین خودانتقادی و ناگویی هیجانی با شدت علائم افسردگی ایفا می‌کند. این نتایج با پیش‌بینی‌های نظری مدل‌های شناختی-هیجانی افسردگی همسو است که بر نقش باورهای منفی درباره خود و ناتوانی در پردازش هیجانات در تداوم افسردگی تأکید دارند (Vidal et al., 2024; Werner et al., 2019).

همسویی نتایج این مطالعه با پژوهش‌های پیشین متعدد تأییدکننده این است که خودانتقادی یک عامل خطر مهم برای بروز و تداوم علائم افسردگی و ناامیدی است. به طور مثال، نتایج تحقیقات پیشین نشان داده است که خودانتقادی بالا می‌تواند با افکار خودکار منفی و کاهش شفقت به خود، موجب افزایش ناامیدی و در نتیجه تشدید نشانه‌های افسردگی شود (Kelly et al., 2020; Pedro et al., 2019). در مطالعه دیگری، مشخص شد که خودانتقادی کمال‌گرایانه به طور مستقیم با ناامیدی و به طور غیرمستقیم با افسردگی مرتبط است (Suh et al., 2023) که با یافته‌های حاضر همخوانی دارد. در پژوهش (Ramadanpour & Joozi, 2019) نیز رابطه مثبت و قوی بین خودانتقادی و نشانه‌های افسردگی گزارش شد که نشان‌دهنده اهمیت این سازه در فرایند آسیب‌شناسی افسردگی است.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش در خصوص ارتباط ناگویی هیجانی با ناامیدی، با شواهد قبلی همخوان است. ناگویی هیجانی که شامل دشواری در شناسایی و بیان احساسات و تمرکز بر محرک‌های بیرونی است، با ضعف در راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجان ارتباط دارد و همین امر

می‌تواند سطح ناامیدی را افزایش دهد (Del Bianco et al., 2023; Habibi Asgarabad et al., 2023). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که ناگویی هیجانی می‌تواند نقش مهمی در شدت علائم افسردگی و افکار خودکشی ایفا کند (Akpinar, 2024). همچنین، پژوهش (Babaei et al., 2023) بر نقش تجارب آسیب‌زای کودکی در افزایش ناگویی هیجانی و اثرات منفی آن بر سلامت روان تأکید کرده است که با یافته‌های این تحقیق همسو است.

یکی دیگر از یافته‌های مهم این مطالعه، تأیید نقش میانجی ناامیدی در رابطه بین خودانتقادی و ناگویی هیجانی با افسردگی بود. این نتیجه با پژوهش‌هایی همخوان است که ناامیدی را حلقه واسط میان متغیرهای شناختی-هیجانی منفی و اختلالات خلقی می‌دانند (Saricali et al., 2022; Sun, Chiu, et al., 2022). مطالعه (Sun, Wu, et al., 2022) نشان داد که مداخلاتی مانند معنا درمانی می‌توانند با کاهش ناامیدی، اثرات منفی این متغیرها بر افسردگی را تعدیل کنند. همچنین، نتایج (Salakhpour, 2023) و (Noorbala, 2020) نشان داد که درمان‌های مبتنی بر شفقت با کاهش خودانتقادی و بهبود تنظیم هیجان، می‌توانند به کاهش ناامیدی کمک کنند که به‌طور مستقیم با نتایج حاضر مرتبط است.

بررسی‌های تطبیقی نشان می‌دهد که یافته‌های این مطالعه نه تنها با مطالعات داخلی، بلکه با پژوهش‌های بین‌المللی نیز سازگار است. به‌عنوان مثال، (Amerio et al., 2023) در مطالعه خود بر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان داد که ناگویی هیجانی و خودانتقادی در کنار راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای ناامیدی هستند. در پژوهش (Nariswari & Muttaqin, 2023) نیز نقش تعدیل‌کننده و میانجی خودانتقادی و شفقت به خود در ارتباط بین پرخاشگری رابطه‌ای و افسردگی تأیید شد. به همین ترتیب، (Santos & Salvador, 2021) نیز بیان می‌کند که خاطرات عاطفی منفی و شرم می‌توانند از طریق افزایش خودانتقادی، سطح ناامیدی و علائم افسردگی را افزایش دهند.

علاوه بر همخوانی با پژوهش‌های پیشین، نتایج این مطالعه اهمیت شناسایی و مداخله بر روی متغیرهای شناختی-هیجانی مانند خودانتقادی و ناگویی هیجانی را برجسته می‌کند. این موضوع به‌ویژه در حوزه درمان افسردگی اهمیت دارد، زیرا شواهد نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر کاهش علائم افسردگی بدون توجه به کاهش خودانتقادی و بهبود پردازش هیجانی، ممکن است به نتایج درمانی ناپایدار منجر شود (Tobin & Dunkley, 2021). به همین دلیل، رویکردهای ترکیبی که بر کاهش خودانتقادی، بهبود شناسایی و بیان احساسات، و افزایش امید به آینده تمرکز دارند، می‌توانند اثربخشی بیشتری در درمان بیماران افسرده داشته باشند.

در نهایت، یافته‌های این مطالعه با دیدگاه‌های نظری که افسردگی را حاصل تعامل پیچیده عوامل شناختی، هیجانی و بین‌فردی می‌دانند، سازگار است. این نتایج نشان می‌دهد که درک و مداخله بر روی این عوامل می‌تواند مسیرهای جدیدی برای پیشگیری و درمان افسردگی فراهم کند، به‌ویژه در جمعیت‌های بالینی که ناامیدی نقش کلیدی در تداوم علائم دارد.

این مطالعه چند محدودیت دارد که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، ماهیت مقطعی پژوهش مانع از نتیجه‌گیری قطعی در مورد روابط علی بین متغیرها می‌شود. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با خطای پاسخ‌دهی و سوگیری اجتماعی همراه باشد. سوم، نمونه پژوهش صرفاً شامل بیماران افسرده شهر تهران بود و این امر تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی یا جمعیت‌های غیربالینی را محدود می‌کند. چهارم، متغیرهای دیگری همچون سبک‌های دلبستگی، حمایت اجتماعی یا عوامل زیستی که می‌توانند بر روابط مشاهده‌شده تأثیر بگذارند، در این مطالعه بررسی نشده‌اند.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با طراحی‌های طولی و آزمایشی، روابط علی بین خودانتقادی، ناگویی هیجانی و ناامیدی را بررسی کنند. همچنین، استفاده از روش‌های چندمنبعی مانند ارزیابی‌های بالینی یا داده‌های فیزیولوژیکی می‌تواند به کاهش محدودیت‌های ابزارهای خودگزارشی کمک کند. بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده دیگر مانند شفقت به خود، تنظیم هیجان یا سبک‌های مقابله‌ای نیز می‌تواند به غنای

مدل‌های تبیینی کمک کند. انجام این پژوهش‌ها بر روی نمونه‌های متنوع‌تر از نظر سن، فرهنگ و وضعیت بالینی نیز به افزایش قابلیت تعمیم نتایج کمک خواهد کرد.

نتایج این پژوهش می‌تواند به روان‌درمانگران و مشاوران در شناسایی بیماران افسرده‌ای که در معرض خطر بالای ناامیدی قرار دارند، کمک کند. آموزش مهارت‌های شفقت به خود و بهبود شناسایی و بیان هیجانات می‌تواند در کاهش ناامیدی و علائم افسردگی مؤثر باشد. همچنین، طراحی برنامه‌های مداخله‌ای که به‌طور هم‌زمان بر کاهش خودانتقادی و افزایش توانایی پردازش هیجانات تمرکز دارند، می‌تواند اثربخشی درمان‌های افسردگی را افزایش دهد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Depression is a prevalent and debilitating mental disorder characterized by persistent feelings of sadness, loss of interest, and cognitive distortions that significantly impair daily functioning. Among the various psychological constructs implicated in the onset and maintenance of depressive symptoms, hopelessness has emerged as a key factor associated with suicidal ideation and reduced life satisfaction (Saricali et al., 2022; Sun, Wu, et al., 2022). Hopelessness refers to a negative cognitive stance toward the future, characterized by

the belief that desired outcomes will not occur and that one lacks the agency to influence future events (Vidal et al., 2024). Cognitive models of depression emphasize that hopelessness serves not only as a symptom but also as a central mechanism perpetuating depressive states, often mediated by personality and emotion-processing factors (Werner et al., 2019).

Two constructs that have been strongly linked to hopelessness in depressive pathology are self-criticism and alexithymia. Self-criticism is defined as a maladaptive cognitive–emotional pattern involving harsh self-evaluation, persistent focus on personal flaws, and a tendency to devalue one’s worth (Kelly et al., 2020). Elevated self-criticism is a robust predictor of depression and has been associated with increased guilt, shame, and self-blame (Pedro et al., 2019). Previous studies have found that self-criticism is positively related to hopelessness and that individuals with high levels of self-criticism are more prone to perceiving their circumstances and future prospects negatively (Ramadanpour & Joozi, 2019; Suh et al., 2023). Additionally, research on self-critical perfectionism indicates that it has a stronger association with depressive symptoms in collectivist societies, including Asian populations, compared to Western samples (Suh et al., 2023).

Alexithymia, another crucial factor, is a deficit in emotional processing characterized by difficulty identifying and describing one’s emotions, as well as a tendency toward externally oriented thinking (Del Bianco et al., 2023; Habibi Asgarabad et al., 2023). This emotional processing impairment has been shown to hinder adaptive emotion regulation strategies, thereby increasing vulnerability to negative affective states, including hopelessness (Akpınar, 2024). Empirical evidence demonstrates that individuals with high alexithymia scores are more likely to experience chronic psychological distress and depressive symptomatology (Babaei et al., 2023). Moreover, studies indicate that childhood trauma can exacerbate both self-criticism and alexithymia, compounding their effects on depression-related cognitive patterns (Babaei et al., 2023).

A growing body of literature suggests that hopelessness may act as a mediator linking self-criticism and alexithymia to depression. For instance, (Sun, Chiu, et al., 2022) found that hopelessness mediated the relationship between depressive symptoms and suicidal ideation, while (Saricali et al., 2022) highlighted its role in explaining the impact of maladaptive cognitive–emotional patterns on mental health outcomes. Furthermore, interventions targeting meaning in life and compassion-based strategies have been shown to effectively reduce both self-criticism and hopelessness, supporting the interconnectedness of these constructs (Noorbala, 2020; Salakhpour, 2023).

Although previous research has established associations between these variables, fewer studies have examined their interrelationships within an integrated structural model among clinically depressed populations. Moreover, most prior research has been conducted in Western contexts, leaving a gap in understanding these dynamics in non-Western cultural settings, particularly in Middle Eastern societies where cultural norms surrounding emotional expression and self-evaluation may influence the manifestation of these traits (Amerio et al., 2023; Nariswari & Muttaqin, 2023; Santos & Salvador, 2021).

Given this background, the present study aimed to investigate the relationships between self-criticism, alexithymia, and hopelessness in clinically depressed patients, testing a structural equation model in which hopelessness serves as the dependent variable and alexithymia acts as a potential mediator between self-criticism and hopelessness. By addressing this aim, the study seeks to provide theoretical insights into the mechanisms linking maladaptive cognitive and emotional processing patterns to hopelessness and to inform therapeutic interventions for depressive disorders.

Methods and Materials

This study employed a descriptive–correlational design. The study population consisted of clinically depressed patients attending counseling and psychotherapy centers in Tehran during the study period. The sample size of 400 participants was determined based on Morgan and Krejcie’s sampling table. Participants were selected using convenience sampling, with inclusion criteria of a formal diagnosis of depression by a psychiatrist, age

between 18 and 60 years, and willingness to participate in the study. Exclusion criteria included comorbid severe psychiatric disorders (e.g., schizophrenia) or cognitive impairment.

Data were collected using three standardized instruments: the Beck Hopelessness Scale (BHS) to assess hopelessness, the Levels of Self-Criticism Scale (LSCS) to measure self-criticism, and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) to assess alexithymia. The reliability and validity of these instruments have been confirmed in prior research, including Iranian samples.

Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) were calculated using SPSS-27. Pearson correlation analysis was used to examine associations between the variables. Structural equation modeling (SEM) was performed using AMOS-21 to test the hypothesized relationships and assess the mediating role of alexithymia between self-criticism and hopelessness. Model fit was evaluated using indices such as Chi-Square/df, GFI, AGFI, CFI, TLI, and RMSEA.

Findings

Descriptive analysis indicated that participants had relatively high mean scores for self-criticism ($M = 58.43$, $SD = 8.72$) and alexithymia ($M = 62.15$, $SD = 9.18$), with moderate-to-high levels of hopelessness ($M = 15.84$, $SD = 4.27$).

Pearson correlation coefficients revealed significant positive associations between self-criticism and hopelessness ($r = .52$, $p < .01$), alexithymia and hopelessness ($r = .49$, $p < .01$), and self-criticism and alexithymia ($r = .46$, $p < .01$).

The structural model demonstrated excellent fit to the data: $\chi^2(74) = 128.47$, $\chi^2/df = 1.74$, $GFI = .94$, $AGFI = .91$, $CFI = .96$, $TLI = .95$, $RMSEA = .043$.

Path analysis results indicated that self-criticism had a significant direct effect on alexithymia ($B = 0.51$, $\beta = 0.48$, $p = .001$) and hopelessness ($B = 0.18$, $\beta = 0.36$, $p = .001$). Alexithymia had a significant direct effect on hopelessness ($B = 0.15$, $\beta = 0.33$, $p = .001$). The indirect effect of self-criticism on hopelessness through alexithymia was also significant ($B = 0.08$, $\beta = 0.16$, $p = .001$). The total effect of self-criticism on hopelessness was $B = 0.26$, $\beta = 0.52$, $p = .001$.

Discussion and Conclusion

The findings of this study confirm that both self-criticism and alexithymia are significant predictors of hopelessness in patients with depression, with alexithymia partially mediating the relationship between self-criticism and hopelessness. These results align with previous studies indicating that self-criticism is a potent cognitive–emotional vulnerability factor for hopelessness and depressive symptomatology, operating through heightened self-blame, shame, and negative self-appraisal.

The strong link between alexithymia and hopelessness observed in this study is consistent with earlier evidence that deficits in emotional awareness and expression can impair adaptive coping and problem-solving, leading to an increased perception of futility regarding future outcomes. The mediating role of alexithymia suggests that self-critical individuals may be more likely to experience difficulties in emotional processing, which in turn exacerbates their hopelessness.

From a theoretical perspective, these findings support integrative cognitive–emotional models of depression that posit a complex interplay between maladaptive self-evaluations, emotional processing deficits, and negative future expectancies. They also highlight the potential value of targeting both self-criticism and alexithymia in therapeutic interventions. Treatments that incorporate compassion-focused strategies and emotional awareness training may be particularly effective in reducing hopelessness among depressed individuals.

In conclusion, this study contributes to the growing body of literature on the cognitive and emotional determinants of hopelessness in depression, particularly within a Middle Eastern cultural context. By elucidating the pathways linking self-criticism and alexithymia to hopelessness, it provides a basis for the

development of more nuanced and effective intervention strategies aimed at mitigating the psychological risk factors underlying depressive disorders.

References

- Akpinar, B. (2024). Examining the Relationship Between Childhood Traumas, Alexithymia and Emotional Regulation Difficulties in University Students. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1005138>
- Amerio, A., Natale, A., Gnecco, G. B., Lechiara, A., Verrina, E., Bianchi, D., Fusar-Poli, L., Costanza, A., Serafini, G., Amore, M., & Aguglia, A. (2023). The Role of Gender in Patients with Borderline Personality Disorder: Differences Related to Hopelessness, Alexithymia, Coping Strategies, and Sensory Profile. *Medicina*, 59(5), 950. <https://doi.org/10.3390/medicina59050950>
- Babaei, S., Manesh, M. N., Abouzari, F., & Karami, S. (2023). The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*, 10(6). <http://ijpn.ir/article-1-2117-en.pdf>
- Del Bianco, C., Ulivi, M., Liguori, C., Pisani, A., Mercuri, N. B., Placidi, F., & Izzi, F. (2023). Alexithymia, impulsiveness, emotion, and eating dyscontrol: similarities and differences between narcolepsy type 1 and type 2. *Sleep and Biological Rhythms*, 21(1), 39-50. <https://doi.org/10.1007/s41105-022-00414-4>
- Habibi Asgarabad, M., Salehi Yegaei, P., Jafari, F., Azami-Aghdash, S., & Lumley, M. A. (2023). The relationship of alexithymia to pain and other symptoms in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 27(3), 321-337. <https://doi.org/10.1002/ejp.2064>
- Karimi, E., Mohammadi, N., & Rahimi, C. (2020). Effectiveness of Self Compassion Group Training on Self Criticism and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressed Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 11(4), 23-32. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18969.1752>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2020). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of self-criticism with compassion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 66(3), 374-392. https://www.researchgate.net/publication/226702214_Soothing_Oneself_and_Resisting_Self-Attacks_The_Treatment_of_Two_Intrapersonal_Deficits_in_Depression_Vulnerability
- Nariswari, A. A., & Muttaqin, D. (2023). Relational Aggression Victimization and Depression: Testing Self-Compassion and Self-Criticism as Moderator and Mediator. *Humaniora*, 14(1), 59-68. <https://doi.org/10.21512/humaniora.v14i1.8318>
- Niazi Mirk, Z., Birami, E., Rostami, L., & Najafi Ziyazi, M. (2021). The Role of Alexithymia, Rumination, and Self-Criticism in Predicting Self-Harm Behaviors Among Industrial Drug Users. *Ravanshenasi Journal*, 10(8), 175-184. <https://frooyesh.ir/article-1-2808-fa.html>
- Noorbala, F. (2020). *The effectiveness of cultivating compassionate mind on anxiety and self-criticism in depressed patients* [Allameh Tabataba'i University]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24454419/>
- Pedro, L., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Self-criticism, negative automatic thoughts, and postpartum depressive symptoms: The buffering effect of self-compassion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(7), 1-15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1597969>
- Ramadanpour, F., & Joozi, H. (2019). The Structural Model of Self-Critical Perfectionism and Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress: The Mediating Role of Experiential Avoidance and Rumination. *Contemporary psychology*, 15(2), 33-48. <https://bjcp.ir/article-1-1828-fa.html>
- Salakhpour, Z. (2023). *Comparison of the effectiveness of hope therapy and compassion-based therapy on risk-taking behaviors, psychological symptoms, and self-criticism in child and adolescent laborers in Ahvaz* [Doctoral Dissertation]. Counseling Psychology, Faculty of Science and Research, Islamic Azad University, Ahvaz Branch.
- Santos, S., & Salvador, M. d. C. (2021). Depression in Institutionalized Adolescents: The Role of Memories of Warmth and Safeness, Shame and Self-Criticism. *The Spanish journal of psychology*, 24. <https://doi.org/10.1017/sjp.2021.27>
- Saricali, M., Satıcı, S. A., Satıcı, B., Gocet-Tekin, E., & Griffiths, M. D. (2022). Fear of COVID-19, Mindfulness, Humor, and Hopelessness: A Multiple Mediation Analysis. *International journal of mental health and addiction*, 20(4), 2151-2164. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00419-5>
- Sekowski, M., Lengiewicz, I., & Lester, D. (2022). The complex relationships between dependency and self-criticism and suicidal behavior and ideation in early adulthood. *Personality and individual differences*, 198, 111806. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111806>

- Suh, H. N., Pigott, T., Rice, K. G., Davis, D. E., & Andrade, A. C. (2023). Meta-analysis of the relationship between self-critical perfectionism and depressive symptoms: Comparison between Asian American and Asian international college students. *Counseling Psychology*, 70(2), 203-211. <https://doi.org/10.1037/cou0000661>
- Sun, F. K., Chiu, N. M., Yao, Y., Wu, M. K., Hung, C. F., Chen, C. C., Lee, Y. H., & Chiang, C. Y. (2022). The effects of logotherapy on meaning in life, depression, hopelessness, and suicidal ideation, in patients with depression: An intervention study. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 1891-1899. <https://doi.org/10.1111/ppc.13003>
- Sun, F. K., Wu, M. K., Yao, Y., Chiang, C. Y., & Lu, C. Y. (2022). Meaning in life as a mediator of the associations among depression, hopelessness and suicidal ideation: A path analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/jpm.12739>
- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103780. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>
- Vidal, J., Ciudad-Fernández, V., Navarrete, J., Soler, J., Schmidt, C., Molinari, G., & Cebolla, A. (2024). From Self-Criticism to Self-Compassion: Exploring the Mediating Role of Two Emotion Dysregulation Variables in Their Relationship to Depressive Symptoms. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06325-6>
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review – Update. *Journal of affective disorders*, 246, 530-547. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.069>