



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36927.3132)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



Suicide Crisis Syndrome: A Standardized Criterion for Identifying Imminent Suicide Risk

Fahimeh Mohamadpour¹ , Reyhane Mohammadi² & Nurallah Mohammadi ³

1. Assistant Professor, Department of Clinical psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University
E-mail: f.mohamadpour12@saadi.shirazu.ac.ir.
2. Ph.D student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University
E-mail: reyhanmhm1999@gmail.com.
3. Professor, Department of Clinical psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University
E-mail: nmohamadi@shirazu.ac.ir.

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 02 Mars 2025
Received in revised form: 30 September 2025
Accepted: 23 October 2026

Published Online: 23 September 2025

Keywords:

Suicidal Crisis Syndrome, Diagnosis, Scale.

ABSTRACT

Introduction: Suicidal crisis syndrome (SCS) is an evidence-based pre-suicidal cognitive and emotional state that predicts short-term suicide risk. The aim of the present study is to examine the diagnostic model presented in the field of early suicide diagnosis.

Method: This study was conducted as a narrative review, aiming to investigate the conceptual structure, theoretical foundations, and diagnostic utility of SCS in predicting imminent suicide. The research method was library-based, and data were collected and analyzed from reputable international and national databases covering the period from 2010 to 2025.

Results: In the field of suicide prevention, Suicide Crisis Syndrome has been introduced as a severe and transient emotional state that serves as a reliable indicator of short-term suicide risk. This syndrome, as a clinical construct, encompasses a set of psychological symptoms that typically emerge shortly before suicidal behavior. According to current evidence, SCS consists of five core components: entrapment with no perceived escape, affective disturbance, cognitive dyscontrol, hyperarousal (psychological or physiological), and social withdrawal or disconnection. Together, these elements provide a framework for identifying individuals at imminent risk before a suicidal act occurs.

Conclusion: The findings from this literature review indicate that SCS can serve as a valuable adjunctive tool in clinical assessments for identifying individuals at immediate risk. However, its clinical application requires localization of assessment instruments and further empirical studies within various cultural contexts, including that of Iran.

Citation: Mohamadpour, F., Mohammadi, R., & Mohammadi, N. (2026). Suicide Crisis Syndrome: A Standardized Criterion for Identifying Imminent Suicide Risk. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 18(3), 1-19.

DOI: 10.22075/jcp.2025.36927.3132

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers



✉ **Corresponding Author:** Professor, Department of Clinical psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University.

E-mail: Corresponding Author: nmohamadi@shirazu.ac.ir, [Tel: 07136134653](tel:07136134653)

Extended Abstract

Introduction:

Suicide is one of the major mental health concerns and social challenges of the present century, leading not only to irreparable individual harm but also to extensive consequences for families and society. Although numerous tools have been developed to assess suicidal thoughts and behaviors, most rely on the detection of explicit suicidal ideation, whereas evidence shows that many individuals who attempt suicide do not openly express their thoughts. In this context, the “Suicide Crisis Syndrome” (SCS) has emerged as a novel framework, enabling the identification of acute psychological states preceding suicidal behavior. This syndrome comprises five main components that reflect short-term yet severe psychological disturbances. The present study aims to provide a conceptual and functional review of SCS as a structured diagnostic criterion for assessing imminent suicide risk. The ultimate goal is to clarify the importance of this framework for effective suicide prevention, particularly within specific cultural contexts such as Iran.

Method

This study was conducted as a qualitative review. Scientific sources were searched in international databases including PubMed, Scopus, Web of Science, and PsycINFO, as well as domestic databases such as SID and Magiran, covering the period from 2010 to 2025. Keywords such as “Suicide Crisis Syndrome,” “Imminent Suicide Risk,” and their Persian equivalents were used in the search. Inclusion criteria comprised research, review, and empirical articles that addressed the conceptual or clinical aspects of Suicide Crisis Syndrome. Non-scientific sources, case reports, and unrelated articles were excluded from the final analysis. Data were ultimately analyzed using qualitative content analysis. The main focus was on examining the conceptual structure of SCS, comparing it with other assessment criteria,

and analyzing the psychometric findings of tools related to this syndrome. Additionally, the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) was reviewed as the primary instrument for measuring SCS, and its psychometric properties—including convergent validity, internal consistency, and predictive validity—were analyzed. These analyses provided a foundation for evaluating the diagnostic and therapeutic utility of SCS across various contexts, including primary and secondary suicide prevention.

Results

The review of studies indicated that the “Suicide Crisis Syndrome” (SCS), as a distinct psychological state, is defined by five key components: (1) a feeling of entrapment with no escape, (2) severe affective disturbance, (3) cognitive control deficits, (4) acute physiological or psychological arousal, and (5) social withdrawal or disconnection. Unlike other assessment tools that rely on suicidal thoughts, this framework can identify imminent risk even in the absence of explicitly expressed suicidal ideation.

The SCI-2 has also been recognized for its strong psychometric properties, including high internal consistency and convergent validity, and has outperformed traditional tools in predicting short-term suicide risk. Studies have shown that individuals with SCS, even without a prior history of suicide attempts, are at high risk for engaging in suicidal behavior. Biological research has further confirmed the association of this syndrome with alterations in the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, dopaminergic system, and inflammatory markers.

Additionally, certain personality variables, such as neuroticism, maladaptive perfectionism, and insecure attachment, have been identified as mediators or facilitators of the emergence of SCS. In other words, the interaction between these traits and socio-psychological contextual factors can exacerbate the onset and severity of the syndrome, thereby

increasing the likelihood of suicidal behavior.

Finally, a comparison of SCS with other classifications, such as Suicidal Behavior Disorder (SBD) and Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD), shows that while it shares certain features with these constructs, it goes further by removing the requirement of suicidal thoughts as a diagnostic criterion. This characteristic makes it an unparalleled tool for emergency screening and rapid intervention.

Conclusion

The Suicide Crisis Syndrome represents an important step toward the early identification of suicide risk, addressing gaps in traditional diagnostic tools. Unlike many psychiatric criteria that focus solely on suicidal thoughts, this approach considers severe emotional states, cognitive impairments, and social disconnection, providing a more comprehensive picture of the psychological state preceding suicidal behavior. A major advantage of SCS is its emphasis on the critical time window before an attempt (hours to a few days), allowing for rapid and effective interventions.

Despite the high potential of this framework, it has not yet been validated in Iran, making local research—especially in clinical and emergency settings—essential. The use of SCS alongside other psychometric instruments can facilitate more precise screening, the development of targeted treatment protocols, and the

reduction of suicide-related mortality. Future studies are recommended to focus on designing brief tools, localizing the SCI-2 scale, and conducting longitudinal investigations of the relationship between SCS and suicide attempts in both clinical and general populations.

Ethical Considerations

Adherence to Ethical Guidelines

The present study is a review and did not involve direct participation of human subjects. Nevertheless, credible scientific sources were carefully examined. Approval for conducting this study was obtained by the independent researcher, and all ethical principles were observed in the collection, analysis, and reporting of sources.

Ethics Code

This research did not require an ethics code as it was based on a review of published sources and involved no human intervention. However, principles of ethical publication and scientific analysis were strictly followed.

Financial support:

This study did not receive any financial support from governmental or private organizations.

Authors' Contributions

All stages of study design, source analysis, manuscript writing, and revision were conducted by the authors, and all authors contributed to the preparation of the final version.

Conflict of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest related to this study.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to all previous researchers in the field of Suicide Crisis Syndrome, whose valuable studies have paved the way for this research.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

نشانگان بحران خودکشی؛ معیار مدون در تشخیص خطر خودکشی قریب‌الوقوع

فهمیه محمدپور^۱، ریحانه محمدی^۲، نوراله محمدی^۳۱. استادیار، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز. ایمیل: f.mohamadpour12@saadi.shirazu.ac.ir۲. دانشجوی دکتری، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز. ایمیل: reyhanmhm1999@gmail.com۳. استاد، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز. ایمیل: nmohamadi@shirazu.ac.ir

مشخصات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

مقدمه: نشانگان بحران خودکشی، حالتی شناختی و هیجانی مبتنی بر شواهد تجربی است که قابلیت پیش‌بینی خطر اقدام قریب‌الوقوع را دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل تشخیصی مطرح‌شده در زمینه شناسایی زود هنگام این وضعیت بحرانی است.

روش: پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختار مفهومی، مبانی نظری، و کارکردهای تشخیصی این نشانگان در پیش‌بینی خودکشی فوری انجام شده است. روش مطالعه از نوع مروری و مبتنی بر تحلیل منابع کتابخانه‌ای بوده و اطلاعات از پایگاه‌های معتبر بین‌المللی و داخلی در بازه زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۵ گردآوری و تحلیل شده است.

یافته‌ها: در حوزه پیشگیری از خودکشی، «نشانگان بحران خودکشی» به عنوان یک وضعیت عاطفی شدید و گذرا، به عنوان شاخصی معتبر برای پیش‌بینی خطر اقدام در کوتاه‌مدت معرفی شده است. این نشانگان به مثابه الگویی بالینی، توصیف‌کننده مجموعه‌ای از نشانه‌های روان‌شناختی است که در آستانه رفتار خودکشی بروز می‌کنند. بر اساس شواهد موجود، این ساختار مفهومی شامل پنج مؤلفه اصلی است: احساس گیر افتادن بدون راه فرار، آشفتگی هیجانی، ناتوانی در کنترل فرایندهای شناختی، برانگیختگی فیزیولوژیکی یا روانی شدید، و کناره‌گیری یا گسیختگی در روابط اجتماعی. این مؤلفه‌ها در کنار یکدیگر، امکان شناسایی خطر قریب‌الوقوع را پیش از بروز رفتار خودکشی فراهم می‌سازند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از مرور منابع نشان می‌دهد که نشانگان بحران خودکشی می‌تواند به عنوان ابزاری مکمل در ارزیابی بالینی، نقش مؤثری در شناسایی افراد در معرض خطر فوری ایفا کند. با این حال، به کارگیری بالینی آن مستلزم بومی‌سازی ابزارها و انجام پژوهش‌های تجربی بیشتر در بستر فرهنگی جوامع مختلف از جمله ایران است.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۲

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۸/۰۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

نشانگان بحران خودکشی،

تشخیص،

مقیاس.

استناد: محمدپور، فهمیه، محمدی، ریحانه، و محمدی، نوراله. (۱۴۰۵). نشانگان بحران خودکشی؛ معیار مدون در تشخیص خطر خودکشی قریب‌الوقوع.

مجله روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۸ (۳)، ۱-۱۹.

DOI: 10.22075/jcp.2025.36927.3132



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: استاد، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز رابانامه: nmohamadi@shirazu.ac.ir

تلفن: ۰۷۱۳۶۱۳۴۶۵۳

مقدمه:

خودکشی، یک آسیب روان‌شناختی و اجتماعی است که می‌توان آن را یکی از مهم‌ترین آسیب‌های قرن حاضر به شمار آورد و یکی از رویدادهایی است که هم برای فرد، هم خانواده و هم جامعه مصیبت‌بار و اسفناک است (۱). به طور کلی، خودکشی به معنای اقدامی آگاهانه در جهت آسیب به خود با هدف از بین بردن خود است که در نهایت نیز می‌تواند به مرگ فرد منتهی شود (۲) اما یک رفتار واحد نیست، بلکه شامل صحبت درباره افکار خودکشی، رفتارهای خودکشی‌گرا، قصد خودکشی و در نهایت، اقدام به آن می‌شود (۳). تمایز بین افکار، اقدام و مرگ ناشی از خودکشی، حاکی از ماهیت چندبعدی آن و رفتارهای متنوع مرتبط با آن است (۴).

با توجه به اینکه اقدام به خودکشی می‌تواند منجر به آسیب همیشگی و مرگ فرد شود و آسیب‌های جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد کند، بهترین برنامه برای کاهش اقدام به آن، پیشگیری است و البته آنچه که در این بحث، حائز اهمیت است شناسایی و تشخیص علائم هشداردهنده، در بازه زمانی زودهنگام و متناسب قبل از اقدام، برای کمک به فرد است (۵).

در دو دهه گذشته، پژوهش‌های مروری مختلفی در حیطه اقدامات مربوط به ارزیابی افکار و رفتارهای خودکشی منتشر شده است. هر کدام از این پژوهش‌ها، معیارهای مختلفی را برای بررسی مقالات این حیطه در نظر گرفته‌اند، به طور مثال، ابزارهایی که به سنجش خودکشی در موقعیت‌های بالینی پرداخته‌اند (۶)، و یا بر توصیف ویژگی‌های روانسنجی معیارهای پرکاربرد متمرکز شده‌اند (۷، ۸). از آن جمله، مقیاس شدت افکار خودکشی بک^۱ (BSSI؛ ۱۹۹۳)، یکی از ابزارهای پرکاربرد در محیط‌های بالینی است که به سنجش شدت افکار خودکشی در بیماران روان‌پزشکی می‌پردازد (۹). همچنین، مقیاس رتبه‌بندی شدت خودکشی کلمبیا، به عنوان ابزاری نیمه‌ساختاریافته، در محیط‌های درمانی برای ارزیابی سطح و شدت افکار و رفتارهای خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۰). از سوی دیگر، در حوزه بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی، ابزارهایی نظیر پرسش‌نامه بازبینی‌شده رفتارهای خودکشی (SBQ-R) و مقیاس افکار خودکشی مثبت و منفی (PANSI) مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند،

چراکه دارای روایی و پایایی مطلوب در مطالعات مختلف بوده‌اند (۱۱، ۱۲). همین موضوع، به تنهایی، تنوع و گستردگی ابزارهای موجود در این حیطه را نشان می‌دهد. برخی از مقیاس‌های موجود، در ایران نیز پس از سنجش و هنجاریابی، مورد استفاده قرار گرفته است، مانند مقیاس استاندارد افکار خودکشی بک و یا مقیاس رفتارهای خودکشی تجدید نظر شده (۱۳). با این حال، یک نقد اساسی که بر این ابزارها وارد شده، آن است که اتکای صرف به وجود افکار خودکشی به عنوان پیش‌بینی‌کننده اصلی، می‌تواند منجر به غفلت از نشانه‌های غیرکلامی یا پیش‌نشانه‌های ضمنی رفتار خودکشی شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درصد قابل‌توجهی از افراد در آستانه اقدام به خودکشی، در مصاحبه‌های بالینی انکار می‌کنند که دارای افکار خودکشی هستند (۱۴).

گسترده‌گی و تفاوت ابعاد در نظر گرفته شده در نگرش‌های زیربنایی ساخت یک مقیاس، عدم توافق لازم را در مورد این ابعاد نشان می‌دهد و این نکته باعث می‌گردد تا قبل از اجرای پژوهش‌های مختلف، بررسی ماهیت نگرش‌های موجود در سنجش خودکشی و ابهامات بین فرهنگی در رویکردهای این حوزه، ضروری باشد. به دلیل بی‌ثباتی ضمنی نگرش‌ها، علاوه بر خدشه‌دار شدن اعتبار مقیاس در طول زمان، ابزارهای شناسایی‌شده نیز ممکن است برای استفاده در اهداف تشخیصی یا تحقیقاتی قابل اعتماد نباشند، حتی اگر اعتبار آنها در مطالعات قبلی تأیید شده باشد (۸). با توجه به تنوع و ناهمگونی موجود در مقیاس‌های شناسایی‌شده، می‌توان گفت که تاکنون رویکردی یکپارچه و استاندارد شده برای سنجش نگرش‌ها و افکار مرتبط با خودکشی شکل نگرفته است؛ این مسئله، ضرورت بازنگری مفهومی و توسعه چارچوب‌های تشخیصی معتبر همچون نشانگان بحران خودکشی را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

علاوه بر موضوع گسترده‌گی دیدگاه‌های زیربنایی در نگرش به خودکشی، بحث دیگری که در این خصوص حائز اهمیت است، لزوم شناسایی عوامل خطر منجر به اقدام به خودکشی و تشخیص زودهنگام این معیارها، در بازه زمانی مناسب است که در آن، فرصت اجرایی شدن اقدامات پیشگیرانه زیربنایی و اساسی کافی باشد. علی‌رغم نیاز فوری به تشخیص

^۱ Beck's standard scale of suicide ideation

خودکشی، هرگز یک محور تشخیصی خاص مربوط به معیارها و علائم خودکشی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی وجود نداشته است (۵). از آنجایی که متخصصان سلامت روان، به طور معمول، هنگام ملاقات با بیمار به ارزیابی خطر خودکشی نیز می‌پردازند، ارزیابی دقیق خطر افکار و رفتارهای خودکشی، درحقیقت، زمانی ارزشمند است که بتواند مستقیماً تصمیمات مربوط به اجرای مداخلات موردنیاز را با هدف پیشگیری از خودکشی بهبود بخشد (۱۵). از سوی دیگر، درنظرگرفتن این موضوع که آیا معیارهای سنجش در پیش‌بینی خودکشی احتمالی، صرفاً می‌تواند در یک جمعیت خاص، مورد استفاده قرار گیرد و یا برای بررسی در جمعیت عمومی طراحی شده‌اند، می‌تواند یک عامل مهم در میزان کاربرد این معیارهای خطر باشد، چرا که توانایی سنجش یک جمعیت بزرگ‌تر که بتواند در ارزیابی طیف وسیعی از عوامل خطر و پیامدها نیز مورد استفاده قرار گیرد، اهمیت ویژه‌ای دارد (۸). این ویژگی، ظرفیت مقیاس را برای استفاده در موقعیت‌های بالینی گسترده و در مداخلات سریع و مؤثر، نشان می‌دهد.

علاوه بر این، براساس ادبیات پژوهشی، افرادی که افکار خودکشی را گزارش می‌کنند، احتمال اقدام به خودکشی در آنها بالاست و در معرض خطر بالایی قرار دارند؛ اما این شرایط آسیب‌زا به راحتی قابل تعیین و پیگیری نیست. گزارش‌های اخیر مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)، تأکید کرده‌است که افکار خودکشی خودگزارش‌دهی شده، فقط در بخشی از متوفیان ناشی از خودکشی وجود داشته است (۱۶). این نشان می‌دهد که بیش از ۷۵ درصد افرادی که از طریق خودکشی می‌میرند، قصد خودکشی را ابراز نمی‌کنند؛ بنابراین، راهبرد پذیرفته شده فعلی که همان استفاده از ابزار افکار خودکشی خودگزارش‌دهی است، در حال حاضر برای شناسایی و پیشگیری از خطر خودکشی کافی نیست و همچنان جواب این سوال که چرا برخی از مردم به خودکشی فکر می‌کنند یا اقدام به خودکشی می‌کنند، بی‌پاسخ مانده‌است (۱۷). بنابراین، بر مبنای این منطق پژوهشی، پژوهش‌های گسترده در اکثر کشورها، کماکان بر شناسایی تأثیر عوامل مختلف در اقدام به خودکشی، و از دیگر سو، اجرای برنامه‌های پیشگیری از

خودکشی در سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی و بررسی اثرات ناشی از اجرای آن‌ها، قرار دارد (۱۸) و درک عمیق از این پدیده جهت ارائه راهکارهای پیشگیرانه و کنترلی، به ویژه با توجه به بازه زمانی مناسب برای اجرای یک پروتکل پیشگیری مؤثر، از اولویت‌های پژوهشی ارزشمند است.

با توجه به این مسائل بررسی شده، پژوهشگران توصیه می‌کنند که به جای ایجاد ابزارهای جدید مبتنی بر معیارهای متنوع، بهتر است با تأکید بر ابعاد عمومی توافق‌شده در حیطه افکار و نگرش‌های خودکشی و با ادغام ویژگی‌های روانسنجی معیارهای موجود و بررسی آنها از زاویه بین‌فرهنگی و قابل تعمیم به شرایط زمانی و مکانی مختلف، این عدم ثبات در اندازه‌گیری کاهش یابد و به عبارت دیگر، به سوی همگرایی برای شناسایی تعریفی واحد، برای سنجش ابعاد خودکشی حرکت شود (۱۹). همچنین، محققان در راستای کمک به توسعه درک گسترده‌تر از افکار و رفتارهای خودکشی، پیشنهاد می‌کنند که در کنار توجه به خودگزارش‌دهی مستقیم افراد در خصوص افکار و قصد خودکشی، به اقدامات خودگزارشی اضافی مانند احساس ناامیدی و شرایط آسیب‌زای روانی و اجتماعی غیرمستقیم دخیل در اقدام به خودکشی به عنوان زنگ خطر، توجه ویژه‌ای داشته باشند (۸). این رویکرد، بر لزوم بررسی دقیق‌تر و جامع‌تر وضعیت روانی فرد تأکید دارد، نه صرفاً تمرکز بر نشانه‌های آشکار و مستقیم. این توصیه‌ها نشان می‌دهند که ارزیابی خطر خودکشی باید فراتر از تشخیص‌های روان‌پزشکی رایج و تمرکز صرف بر افکار خودکشی باشد و عوامل زمینه‌ای و غیرمستقیم روانی-اجتماعی نیز مورد توجه قرار گیرند. با این حال، یکی از موانع اصلی در این مسیر، سلطه‌ی دیدگاهی است که خودکشی را نه به‌عنوان یک پدیده مستقل، بلکه صرفاً به‌مثابه نشانه‌ای از اختلالات دیگر در نظر می‌گیرد؛ دیدگاهی که موجب نادیده‌گرفتن ابعاد خاص و منحصر به فرد تجربه‌ی خودکشی می‌شود.

درواقع، همبودی بالای خودکشی با سایر اختلالات روانی، چالش‌های قابل توجهی در مفهوم‌سازی و درمان ایجاد می‌کند و انجام تمارین درمانی، ارزیابی پیشرفت و تمرکز بر یک مشکل در زمان مشخص را دشوار می‌سازد. رویکرد «بررسی یک اختلال خاص» در این حوزه، خودکشی را صرفاً

¹. Center for Disease Control and Prevention

سریع کمک کند. بررسی و اعتبارسنجی این سندرم، علاوه بر تأمین پایه علمی برای تشخیص، می‌تواند خلأ مهمی را در فرایندهای بالینی و پژوهش‌های روان‌پزشکی پر کند.

با توجه به افزایش شیوع خودکشی و اهمیت واکنش سریع در مراحل بحرانی، پژوهش درباره کاربرد و اعتبارسنجی سندرم بحران خودکشی، ضرورت قابل توجهی دارد و می‌تواند مسیر توسعه استانداردهای جهانی را برای شناسایی و مدیریت خطر قریب‌الوقوع خودکشی هموار سازد. پژوهش حاضر به بررسی این مدل تشخیصی و کارکرد آن در شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر خودکشی می‌پردازد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع تحقیقات مروری با رویکردی کیفی و روش کتابخانه‌ای است. در این پژوهش، تلاش شد تا با مرور نظام‌مند منابع علمی منتشرشده در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر از جمله PubMed، Scopus، Web of Science،

PsycINFO و همچنین منابع فارسی زبان نظیر SID و Magiran جدیدترین داده‌های علمی مرتبط با مفهوم نشانگان بحران خودکشی گردآوری و تحلیل شود.

واژگان کلیدی مورد استفاده در جست‌وجو شامل "Suicide"، "Crisis Syndrome"، "Imminent Suicide Risk"، "Suicidal Ideation"، "Suicide Assessment"، "Tools" و معادل‌های فارسی آن‌ها شامل «نشانگان بحران خودکشی»، «خطر قریب‌الوقوع خودکشی»، «افکار خودکشی‌گرایانه» و «ابزارهای ارزیابی خودکشی» بود. معیارهای ورود شامل مقالات پژوهشی، مروری، و مطالعات مبتنی بر شواهد منتشرشده از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۵ میلادی (۱۳۸۹ تا ۱۴۰۴ شمسی) بود که به بررسی نظری یا تجربی نشانگان بحران خودکشی و کارکرد تشخیصی آن در پیش‌بینی خطر خودکشی کوتاه‌مدت پرداخته بودند.

مطالعات فاقد پشتوانه علمی معتبر، گزارش‌های موردی منفرد، و مقالات غیرمرتبط از تحلیل نهایی حذف شدند. پس از غربال‌گری اولیه و نهایی، منابع منتخب به شیوه تحلیل محتوای کیفی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

نشانگان بحران خودکشی

پژوهش‌های مختصر انجام گرفته در این زمینه، نیز بیشتر برپایه دو متغیر «افکار خودکشی» و «اقدام به خودکشی»،

به‌عنوان نشانه‌ای از اختلالات دیگر در نظر می‌گیرد و توجه لازم به آن را کاهش می‌دهد، موضوعی که یکی از انتقادات اصلی به این رویکرد است (۲۰). با توجه به حضور گسترده خودکشی در مجموعه‌ای از اختلالات، اهمیت توسعه معیارها و چارچوب‌های تشخیصی مستقل برای پیشگیری از خودکشی بیش از پیش نمایان می‌شود. ایجاد چنین چارچوب‌هایی می‌تواند به درمانگران کمک کند تا آسیب‌پذیری‌های خاص هر فرد را شناسایی و اصلاح کنند و خطر خودکشی را به‌طور کلی کاهش دهند (۲۱). در این راستا، «نشانگان بحران خودکشی» (SCS) «به‌عنوان یک حالت عاطفی شدید و گذرا معرفی شده است که با پنج مؤلفه اصلی شامل احساس گیر افتادن، اختلال عاطفی، از دست دادن کنترل شناختی، برانگیختگی بیش از حد و کناره‌گیری اجتماعی، توانایی پیش‌بینی خطر خودکشی کوتاه‌مدت را دارد (۲۲).

بدین ترتیب، خطر خودکشی قریب‌الوقوع یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین مسائل سلامت روان است که تشخیص به‌موقع و دقیق آن می‌تواند به‌طور مستقیم در پیشگیری از مرگ و ناتوانی‌های شدید نقش داشته باشد. با وجود ابزارهای متعدد ارزیابی افکار و رفتارهای خودکشی، فقدان یک معیار تشخیصی مدون و استاندارد، چالش‌های بالینی قابل توجهی ایجاد کرده است. بسیاری از ابزارهای موجود تنها علائم سطحی یا شدت افکار خودکشی را اندازه‌گیری می‌کنند و توانایی پیش‌بینی خطر قریب‌الوقوع را به شکل قابل اتکایی ندارند. با توجه به این چالش‌ها، لزوم تدوین رویکردهایی که بتوانند خودکشی را نه صرفاً به‌عنوان یکی از پیامدهای اختلالات دیگر، بلکه به‌مثابه یک وضعیت روان‌شناختی مستقل و قابل سنجش در نظر بگیرند، بیش از پیش احساس می‌شود. این نگاه نوین، بستر را برای طراحی ابزارهایی فراهم می‌کند که به‌جای تمرکز صرف بر تشخیص‌های روان‌پزشکی سنتی، به بررسی مستقیم حالت‌های روانی حاد و ویژه‌ای بپردازند که با خطر قریب‌الوقوع خودکشی مرتبطاند. سندرم بحران خودکشی به‌عنوان یک چارچوب تشخیصی مدون، امکان شناسایی دقیق مرحله بحرانی فرد و شدت تهدید به خودکشی را فراهم می‌کند. این معیار نه تنها همبستگی بالایی با خطر واقعی اقدام به خودکشی دارد، بلکه می‌تواند به برنامه‌ریزی درمانی هدفمند و مداخلات پیشگیرانه

قرار گرفته‌اند که با توجه به اینکه این دو متغیر منتهی به زمان‌های بسیار محدود نزدیک به خودکشی و حتی بعد از اقدام به آن می‌گردند، عملاً متغیری کارآمد در حوزه کاربست، درمان و پیشگیری به حساب نمی‌آیند، این امر، علاوه بر آن است که مطابق با پژوهش‌ها، افکار خودکشی فقط از سوی تعداد بسیار کمی از افراد اقدام‌کننده ارائه می‌شود که این امر نیز کارایی این متغیر را محدودتر می‌سازد (۲۳).

تشخیص پیشنهادی اختلال رفتار خودکشی^۱ (SBD)، شامل تلاش‌های قبلی برای خودکشی است. اختلال رفتار خودکشی، یک طبقه تشخیصی پیشنهادی در DSM-5 است که بر اساس آن، تلاش واقعی فرد برای خودکشی در طی ۲۴ ماه گذشته، بدون انگیزه‌های غیر خودکشی‌گرایانه (نظیر جلب توجه یا اجتناب از موقعیت)، به عنوان معیار اصلی تشخیص در نظر گرفته می‌شود. اگرچه این تعریف امکان شناسایی افراد در معرض خطر بازگشت به خودکشی را فراهم می‌سازد، اما به دلیل تمرکز آن بر رفتار گذشته، محدودیت‌هایی در تشخیص خطر فوری خودکشی دارد. به بیان دیگر، اختلال رفتار خودکشی، قادر به شناسایی افرادی است که در گذشته در معرض خطر خودکشی بوده‌اند، اما لزوماً نمی‌تواند خطر قریب‌الوقوع یا وضعیت بحرانی فعلی فرد را به درستی تشخیص دهد. این مسئله موجب محدودیت آن در فرآیند مداخله سریع و پیشگیری از خودکشی می‌شود. بنابراین، مطابق با بسیاری از ادبیات پژوهشی موجود درباره خودکشی، اختلال رفتار خودکشی به جای خطر خودکشی کوتاه‌مدت یا قریب‌الوقوع، خطر تشخیص در طول گستره عمر یا خطر مادام‌العمر را نشان می‌دهد (۲۴). عوامل خطر مادام‌العمر، در شناسایی افرادی که در معرض خطر احتمالی خودکشی هستند، حاوی اطلاعات مفیدی هستند، اما به نظر می‌رسد که آن‌ها متمایز از عوامل خطر کوتاه‌مدت‌اند. این درحالی است که عوامل خطر کوتاه‌مدت، پیش‌بینی‌کننده یک وضعیت روانی حاد پیش از خودکشی و هشداردهنده خطر خودکشی قریب‌الوقوع هستند (۵).

در مقابل، نشانیان بحران خودکشی، مفهومی نوین و مبتنی بر رویکرد فراتشخیصی است که نه بر رفتار گذشته، بلکه بر نشانه‌های روان‌شناختی و هیجانی خاصی تمرکز دارد که پیش از اقدام به خودکشی در فرد ظاهر می‌شود. ویژگی‌هایی

مانند احساس انسداد روانی، اضطراب شدید، ناتوانی در تنظیم هیجان، و گسست از واقعیت یا آینده‌نگری، به عنوان مؤلفه‌های اصلی این سندرم شناخته می‌شوند. مزیت کلیدی نشانیان بحران، زمان‌مندی آن است. برخلاف اختلال رفتار خودکشی که به دوره‌ای ۲۴ ماهه از گذشته ارجاع دارد، این سندرم به بازه‌ای کوتاه و بحرانی پیش از خودکشی اشاره می‌کند که معمولاً بین چند ساعت تا چند روز قبل از اقدام بروز می‌یابد. همین بازه زمانی محدود، آن را به ابزاری مؤثر برای شناسایی خطر خودکشی در لحظه تبدیل می‌کند و امکان پیشگیری فعال را افزایش می‌دهد.

از این منظر، نشانیان بحران خودکشی نه تنها ضعف‌های مفهومی اختلال رفتار خودکشی را پوشش می‌دهد، بلکه در بافت مداخلات روان‌شناختی فوری، ارزش بالینی بیشتری دارد. بنابراین، در مدل‌سازی‌های تشخیصی آینده، استفاده از نشانیان بحران به عنوان یک معیار پیش‌نگر و حساس به زمان، می‌تواند گامی مؤثر در جهت کاهش مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی باشد.

باگ و همکاران (۵)، تغییرات رفتاری و روانی حادی را برای چند ساعت قبل از اقدام به خودکشی گزارش کرده‌اند، علاوه بر این دیزنهامر و همکاران (۵) نشان دادند که افکار خودکشی می‌تواند یک پدیده بسیار دیرنگام در فرایند خودکشی باشد و در ۱۰ دقیقه قبل از اقدام به خودکشی ظاهر گردد. بیان این یافته‌های تحقیقاتی، منجر به ارائه دو مفهوم در حوزه تشخیص خودکشی شده‌است: نشانیان بحران خودکشی (SCS) (۲۵) و اختلال عاطفی حاد خودکشی^۲ (ASAD) (۲۶). در حالی که شباهت‌هایی در برخی از اجزای این دو معیار تشخیصی وجود دارد، اما SCS از این جهت متمایز است که در آن، فکر خودکشی از معیارهای تشخیصی لازم برای تشخیص نیست، اگر چه ممکن است وجود داشته‌باشد (۲۴).

نشانیان بحران خودکشی، یک حالت روانی پیش از اقدام به خودکشی است که براساس شاخص‌های شناختی و هیجانی مشخص می‌گردد. اگرچه این تشخیص ممکن است افرادی را که در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند، شناسایی کند، اما هدف اصلی این تشخیص، «شناسایی خطر» نیست. بلکه، این نشانیان، یک وضعیت حاد روانی را توصیف می‌کند

^۱. suicidal behavior disorder

^۲. suicidal affective disturbance disorder

در تلاش برای تعیین پدیدارشناسی دقیق و مرزهای این نشانگان، یاسین و همکاران (۱۵)، بی‌لذتی، طوفان نشخوارها، اضطراب صفت و اضطراب حالت را مورد بررسی قرار دادند و زمانی که این متغیرها در مدل، قرار داده شدند، تنها، بی‌لذتی و حالت به دام افتادن، اعتبار پیش‌بین مستقل برای افکار خودکشی در طول شش ماه پس از ارزیابی را داشتند. درنهایت، انزوای اجتماعی نیز به عنوان یک پیش‌بینی کننده مستقل افکار و رفتار خودکشی در چهار هفته پس از ارزیابی، شاخص بود (۲۵).

معیارهای تشخیصی نشانگان بحران خودکشی درمجموع، معیارهای تشخیصی پیشنهادی برای نشانگان بحران خودکشی (SCS) شامل موارد زیر می‌باشد:

الف) گیر افتادن^۸:

احساس مداوم یا مکرر فوریت برای فرار یا اجتناب از یک موقعیت غیرقابل قبول زندگی که فرار، اجتناب یا تحمل آن، غیرممکن است.

ب) پریشانی‌های مرتبط:

۱- پریشانی عاطفی^۹:

حداقل با یکی از موارد زیر مشخص می‌شود:

۱) درد هیجانی^{۱۰}

۲) جهش سریع هیجانات منفی یا نوسانات خلقی شدید^{۱۱}

۳) اضطراب شدید که ممکن است با گسستگی یا پریشانی حسی همراه باشد.

۴) آنهدونی حاد^{۱۱} (یک ناتوانی جدید یا افزایش یافته در تجربه یا پیش‌بینی علاقه یا لذت)

۲- از دست دادن کنترل شناختی:

حداقل با یکی از موارد زیر مشخص می‌شود:

۱) نشخوار شدید یا مداوم درباره پریشانی خود و رویدادهای زندگی که باعث پریشانی شده‌است.

۲) ناتوانی در انحراف از الگوی تکراری افکار منفی (سختی شناختی^{۱۲})

که با رفتار قریب‌الوقوع خودکشی همراه است. فرض بر این است که SCS، آخرین مرحله از مدل روایت بحران^۱ (NCM) است که در آن یک تجربه اوج هیجانی متشکل از چندین نشانه متفاوت اما مرتبط به هم، نهایتاً به روایت خودکشی منجر می‌شود (۲۵). بدین ترتیب، روایت خودکشی، به عنوان داستانی از خود تصور می‌شود که مختل می‌گردد و فرد را بسیار مضطرب می‌کند چنان که دیگر نمی‌تواند آینده‌ای را تصور کند. در این مرحله است که خودکشی به یک بحران منجر می‌شود (۲۷).

مفهوم نشانگان بحران خودکشی، اولین با توسط یاسین و همکاران (۲۰۱۰)، ارائه شد که برای آن از مقیاس «ماشه خودکشی» - نسخه دوم^۲ (STS) استفاده شد - و اولین نسخه‌ای بود که به صورت آینده‌نگر مورد بررسی قرار گرفت و دو عامل را مورد بررسی قرار داد که بعداً «وضعیت ماشه خودکشی»^۳ نامیده شد (۱۵). عامل اول، وضعیت از دست دادن کنترل شناختی بر افکار خود را توصیف می‌کرد و «طوفان نشخواری»^۴ نامیده شد. عامل دوم، حالت عاطفی «ناامیدی دیوانه‌وار»^۵ را شبیه به دام افتادن توصیف کرد. نسخه گسترش یافته بعدی مقیاس (STS-3)، عامل سوم از احساسات و گسستگی جسمانی غیرعادی را توصیف کرد که به آن «جسمانی‌سازی روانی»^۶ می‌گویند (۱۵).

در سال ۲۰۱۷، نام «وضعیت ماشه خودکشی»، به «نشانگان بحران خودکشی»، تغییر یافت که عمده‌تاً این تغییر به دلیل تأکید بر دقت و توجه به آن بود. اصطلاح «بحران خودکشی»، توسط هندین و همکاران (۲۰۰۷) ابداع شد (۲۸). اصطلاح «نشانگان بحران خودکشی»، برای ادای احترام به این محققان برجسته حوزه خودکشی است و نام SCS از این اصطلاح گرفته شده‌است که برای توصیف حالت عاطفی شدید قبل از اقدام قریب‌الوقوع خودکشی استفاده می‌شود (۲۸). استفاده از اصطلاح «نشانگان»، نیز به دلیل تعریف پذیرفته شده آن است که در آن چندین علامت با هم روی می‌دهند (۲۹).

⁸ . affective disturbance

⁹ . emotional pain

¹⁰ . rapid spikes of negative emotions or extreme mood swings

¹¹ . acute anhedonia

¹² . cognitive rigidity

¹ . narrative-crisis model

² . suicide trigger scale

³ . suicide trigger state

⁴ . rumination flooding

⁵ . frantic hopelessness

⁶ . psychotic somatization

⁷ . entrapment

از یک ماه، ارزیابی شد. ساختار درونی و سازگاری با تحلیل عاملی تاییدی و روایی همگرا ارزیابی شد. منحنی‌های مشخصه عامل گیرنده (ROC) با مساحت زیر منحنی (AUC) برای بررسی اعتبار پیش‌بینی SCI-2 برای نتایج آینده‌نگر استفاده شد. تحلیل‌های اکتشافی اعتبار پیش‌بینی پنج بُعد SCI-2 را ارزیابی کرده‌اند (CFI=0.99، SRMR=0.05، RMSEA=0.07، TLI=0.99). به‌طور قابل توجهی هر سه پیامد را پیش‌بینی کرد و تنها پیش‌بینی‌کننده مهم تلاش برای خودکشی با $AUC=0.883$ بود. SCI-2، براساس یافته‌ها، سازگاری درونی عالی ($\alpha=0.971$) و روایی مطلوب را نشان داده‌است. در نمونه‌های مختلف، از جمله نسخه آلمانی SCI-2-G، همگنی درونی برای نمره کل به ترتیب در نمونه آنلاین $\alpha=0.98$ و در نمونه درمانی $\alpha=0.96$ بوده است. همچنین زیرمقیاس‌های این ابزار شامل «احساس گرفتار بودن»، «اختلال هیجانی»، «هیجان‌زدگی»، «از دست دادن کنترل شناختی» و «گسست اجتماعی»، همگی همگنی درونی قابل‌قبولی داشته‌اند (آلفای بین 0.79 تا 0.98) و نشان‌دهنده سازگاری ساختاری مطلوب می‌باشند. روایی ملاک این مقیاس با مقیاس شدت خودکشی کلمبیا، پرسشنامه ۹ سؤالی افسردگی و پرسشنامه اضطراب فراگیر - نسخه ۷ ماده‌ای اسپیتزر، انجام گرفته‌است که نتایج، نشان‌دهنده همبستگی معنادار با افسردگی ($r=0.69$) و اضطراب ($r=0.72$) و نیز با خودکشی در طول ماه گذشته ($r=0.33$) و خودکشی در طول زندگی ($r=0.35$) بوده است. اعتبار همگرایی مقیاس سندرم بحران خودکشی نسخه دو نیز مورد بررسی قرار گرفته و همبستگی‌های قابل توجهی با ابزارهای روان‌سنجی مرتبط گزارش شده است. به عنوان مثال، نمره کل این مقیاس با مقیاس افسردگی مبتنی بر پرسش‌نامه سلامتی بیمار^۹ (PHQ-9) در نمونه آنلاین همبستگی 0.85 داشته است. همچنین، نمره کل مقیاس با مقیاس افسردگی بک نسخه دوم^{۱۰} در نمونه درمانی همبستگی 0.72 نشان داده است. علاوه بر این،

(۳) تجربه فشار شدید هجوم افکار منفی، اختلال در توانایی پردازش اطلاعات یا تصمیم‌گیری (طوفان نشخوارها/^۱ اضافه‌باری شناختی)^۲

(۴) تلاش‌های ناموفق مکرر برای سرکوب افکار منفی یا مزاحم

۳- اختلال در برانگیختگی^۳؛

حداقل با یکی از موارد زیر مشخص می‌شود:

(۱) سراسیمگی هیجانی^۴

(۲) هوشیاری بیش از حد^۵

(۳) تحریک‌پذیری^۶

(۴) بی‌خوابی گسترده^۷

۴- کناره‌گیری اجتماعی^۸

حداقل با یکی از موارد زیر مشخص می‌شود:

(۱) کناره‌گیری کامل یا کاهش دامنه فعالیت‌های اجتماعی

(۲) گریز از ارتباطات با مسدود کردن راه‌های ارتباطی یا خاتمه دادن به آن‌ها (۱۵).

مقیاس سنجش

مقیاس بحران خودکشی (SCI-2): نشاندگان بحران

خودکشی (SCS) یک حالت شناختی و عاطفی پیش از خودکشی مبتنی بر شواهد است که خطر خودکشی کوتاه مدت را پیش‌بینی می‌کند. مقیاس بحران خودکشی (۳۰)، یک معیار خودگزارشی برای ارزیابی حضور SCS، مطابق با فرمول SCS فعلی است، و نسخه اصلاح شده آن، پرسشنامه بحران خودکشی-۲ (SCI-2) است. SCI-2، یک پرسشنامه خودگزارشی ۶۱ سؤالی، است که بلوچ-الکوبی و همکاران (۲۸)، به بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن پرداخته‌اند. این مقیاس پنج بُعد «احساس گرفتار بودن»، «اختلال هیجانی»، «هیجان‌زدگی»، «از دست دادن کنترل شناختی» و «گسست اجتماعی» را براساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» می‌سنجد. این مقیاس، در ابتدا بر روی ۴۲۱ بیمار بستری و سرپایی روانپزشکی اجرا شد. پیامدهای احتمالی خودکشی، شامل افکار خودکشی، اقدامات مقدماتی و اقدام به خودکشی، پس

6 . irritability

7 . global insomnia

8 . social withdrawal

9 . Patient Health Questionnaire-9

10 . Beck Depression Inventory-II

1 . ruminative flooding

2 . cognitive overload

3 . disturbance in arousal

4 . agitation

5 . hypervigilance

های فراتر از افکار فعلی خودکشی نیز مرتبط بود. حوزه‌های محتوای بین فردی و مرتبط با سلامت نیز با پیامدهای مربوط به خودکشی مرتبط بودند، اگرچه این تأثیرات در بین نتایج متناقض بود. بدین ترتیب، براساس این پژوهش، به طور کلی، کنترل‌پذیری درک شده بر افکار خود، ممکن است یک عامل کلیدی باشد که خطر خودکشی را به طور پیوسته و در طول عمر، ایجاد می‌کند.

براساس پژوهش‌ها، ویژگی‌های شخصیتی با خطر خودکشی درازمدت مرتبط است اما ارتباط آنها با خطر کوتاه‌مدت هنوز ناشناخته است. بنابراین، فلینت و همکاران (۳۲)، برای پرداختن به این شکاف، اثر تعدیل‌کننده ویژگی‌های شخصیتی را بر رابطه بین نشانگان بحران خودکشی (SCS) و رفتارهای کوتاه‌مدت خودکشی (SB) بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که سطوح بالای روان‌رنجورخویی، به عنوان یک عامل خطر عمل می‌کند، در حالی که سطوح بالای پنج صفت بزرگ دیگر، عوامل محافظتی، در برابر رفتارهای خودکشی کوتاه مدت، در زمینه افزایش علائم SCS بودند.

همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با خودکشی مرتبط است (۳۳). هدف از مطالعه آن‌ها، بررسی ارتباط بین کمال‌گرایی (آسیب‌پذیری صفت)، ترس از تحقیر (مؤلفه روایت خودکشی)، SCS و افکار و رفتارهای کوتاه‌مدت خودکشی آینده‌نگر (STB) بود. نتایج یافته‌های آن‌ها حاکی از آن بود که کمال‌گرایی ممکن است با رفتار خودکشی از طریق ترس از تحقیر مرتبط باشد که منجر به SCS می‌شود.

پژوهش کالاتی و همکاران (۲۲) با بررسی نشانگرهای زیستی دخیل در نشانگان بحران خودکشی حاکی از آن بود که اختلالات در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، همراه با هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین و سطوح کورتیزول نامنظم، ممکن است با احساس به دام افتادن مرتبط باشد. اختلال عاطفی احتمالاً با تغییرات در مدارهای دوپامینرژیک درگیر در سیستم‌های پاداش و ضد پاداش و همچنین مواد افیونی درون‌زا ایجاد می‌شود. از دست دادن کنترل شناختی با تغییر عملکرد عصبی شناختی در حوزه‌های عملکرد اجرایی، توجه و تصمیم‌گیری مرتبط است. برانگیختگی بیش از حد با اختلال تنظیم خودکار مرتبط است، که ممکن است با کاهش

همبستگی‌های نمره کل مقیاس با زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در مقیاس فشار روانی، افسردگی و اضطراب نیز به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۳ و ۰/۶۹ بوده است. این نتایج نشان‌دهنده اعتبار همگرایی خوب تا قوی مقیاس در ارتباط با ابزارهای استاندارد ارزیابی روانی هستند. علاوه بر این، اعتبار معیار هم‌زمان نیز بررسی شده است. نمره کل SCI-2 با افکار خودکشی در ماه اخیر همبستگی قابل توجهی داشته است ($r=0/69$) در نمونه آنالین و $r=0/43$ در نمونه درمانی). همچنین، همبستگی با تلاش‌های پیشین خودکشی در طول زندگی متوسط ولی معنادار بوده است ($r=0/40$) در نمونه آنالین و $r=0/20$ در نمونه درمانی). بنابراین در مجموع، نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که SCI-2 ابزاری معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی حضور و شدت نشانگان بحران خودکشی است. نشانگان بحران خودکشی، که با استفاده از این مقیاس سنجیده شده‌است، یک پیش‌بینی کننده رفتارها و تلاش‌های آینده‌نگر اما قریب‌الوقوع خودکشی، در میان بیماران سرپایی و بستری روانپزشکی، بدون توجه به آمادگی بیماران برای افشای افکار خودکشی بوده‌است (۲۸). این مقیاس، تاکنون، در ایران، مورد سنجش روانسنجی قرار نگرفته‌است.

ادبیات پژوهشی موجود

براساس پژوهش راجرز و همکاران^۱ (۳۱)، نشخوار فکری، اصرار منفعلانه و مکرر در مورد علل، معنا و پیامدهای پریشانی فرد است که با افکار و رفتار خودکشی مرتبط است. با این حال، این مورد کمتر شناخته شده است که کدام ویژگی‌های خاص نشخوار فکری خطر پیامدهای مرتبط با خودکشی را ایجاد می‌کند. این مطالعه ارتباط بین چهار ویژگی نشخوار فکری - فراوانی، مدت زمان، کنترل‌پذیری درک شده و محتوا - و افکار فعلی خودکشی، برنامه‌های خودکشی مادام‌العمر و تلاش‌های خودکشی مادام‌العمر را بررسی کرده‌است. نمونه‌ای متشکل از ۵۴۸ بزرگسال که مجموعه‌ای از مقیاس‌های خودگزارشی را به صورت آنالین تکمیل کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که کنترل‌پذیری درک شده نشخوار فکری، به طور منحصر به فردی با افکار خودکشی، برنامه‌ها و اقدام به خودکشی، مرتبط بود. کنترل‌پذیری درک شده، همچنین با برنامه‌های خودکشی مادام‌العمر و تلاش

^۱ . Rogers et al

کلیدی، در مداخله درمانی افراد با احتمال خطر اقدام به خودکشی، مدنظر قرار گیرند.

براساس ادبیات پژوهشی، به نظر می‌رسد SCS به عنوان یک عامل خطر برای رفتار خودکشی در بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی، عمل می‌کند و می‌تواند به عنوان یک میانجی، موجب افزایش تأثیر عوامل خطر بلندمدت مانند آسیب‌پذیری‌های وابسته به صفت، (از جمله کمال‌گرایی، تکانشگری، سوء مصرف مزمن مواد، دلبستگی ناایمن، حمایت اجتماعی ضعیف و آسیب‌های دوران کودکی)، بر احتمال اقدام به خودکشی شود (۳۶).

همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌است که SCS، در بیماران بستری روانپزشکی با احتمال خطر بالای خودکشی، پیش‌بینی کننده رفتارهای خودکشی‌آتی، در طول هفته‌های اولیه پس از ترخیص از بیمارستان بود (۲۵).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه اقدام به خودکشی می‌تواند منجر به آسیب همیشگی و مرگ فرد شود و آسیب‌های جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد کند، به همین دلیل، بهترین برنامه برای بهبود آن، پیشگیری از اقدان به خودکشی است. در بحث پیشگیری، آنچه که حائز اهمیت است، شناسایی و تشخیص علائم هشداردهنده در بازه زمانی متناسب قبل از اقدام، برای کمک به فرد است.

یکی از مهم‌ترین روش‌های پیشگیری از خودکشی، شناسایی افرادی است که در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند. براساس ادبیات پژوهشی، افرادی که افکار خودکشی را گزارش می‌کنند، احتمال اقدام به خودکشی در آنها، بالاست و در معرض خطر بالایی قرار دارند (۲۳). اما این شرایط آسیب‌زا، به راحتی قابل تعیین و پیگیری نیست. با این وجود، علی‌رغم شیوع بالای جهانی اقدام به خودکشی، هیچ یک از نسخه‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) شامل معیارهای یک وضعیت تشخیصی خاص مربوط به خودکشی نشده‌است. در حالی که داشتن یک عنوان تشخیصی خاص برای خودکشی، در پیشرفت کاهش نرخ خودکشی و کاهش بار شخصی و اجتماعی آن بسیار مهم و مؤثر است (۱۵). علاوه بر این، ردیابی شدت یک نشانیان خاص خودکشی حاد، فرصت‌هایی را برای مداخله درمانی و

تغییرات ضربان قلب و فعالیت الکترودرمال مشخص شود. کناره‌گیری اجتماعی با در دسترس بودن اکسی توسین مرتبط است. همچنین شواهدی وجود دارد که فرآیندهای التهابی ممکن است به علائم نشانیان بحران خودکشی کمک کنند. شاک و همکاران (۵) در یک مطالعه مروری عنوان کرده‌اند که رابطه همه ابعاد تشکیل دهنده نشانیان بحران خودکشی، در پژوهش‌های پیشین، مشخص شده‌است و ادبیات پژوهشی از آن حمایت می‌کند.

مطالعات نشان داده‌اند که نشانیان بحران خودکشی، به طور معناداری می‌تواند خطر نسبی اقدام به خودکشی را در طی دو ماه آینده پیش‌بینی کند. درحالی که شدت افسردگی و شدت افکار خودکشی، بعد از کنترل این علائم، پیش‌بینی خاصی را نشان نمی‌دادند (۱۵).

براساس پژوهش‌های انجام گرفته، معیار B نشانیان بحران خودکشی دارای چهار دسته است که درحقیقت، هر کدام از آنها، اعتبار پیش‌بینی معیار A را افزایش می‌دهد و افرادی که هم معیار A و هم معیار B را دارند، در مقایسه با آنهایی که معیارهای جزئی را دارند، در معرض خطر بیشتری برای اقدام به خودکشی کوتاه مدت هستند (۱۵).

آنهدونیا^۱ - اختلال مربوط به تجربه لذت - به عنوان یک عامل خطر بالقوه برای خودکشی شناسایی شده است، اما یافته‌های متفاوتی در این زمینه گزارش شده‌است. مطالعه هیوز، گالینکر، بریزلی و یاسین^۲ (۳۴) به دنبال تبیین نقش شدت آنهدونیا در رابطه بین افکار و رفتارهای خودکشی در مقایسه افراد مبتلا به بی‌حسی حاد و مزمن بر شدت افکار خودکشی (SI) و سابقه اقدام به خودکشی (SA) بود. با کنترل علائم اضطراب و افسردگی، آنهدونی حاد، به صورت مقطعی و آینده‌نگر با شدت بیشتر SI در مقایسه با گروه غیر آنهدونیک همراه بود. هیچ تفاوتی در شدت SI بین گروه مزمن آنهدونیک و غیر آنهدونیک، در هر دو مدل زمانی یافت نشد. اما این پژوهش، ارتباط آنهدونیا و نشانیان بحران خودکشی را مورد بررسی قرار نداده‌است و صرفاً آن را با افکار و اقدام خودکشی مورد بررسی قرار داده‌است.

پژوهش لی و همکاران (۳۵) نیز نشان داده‌است که به دام افتادن و درد عاطفی ارتباط مستقیمی با افکار خودکشی دارد که این امر نشان می‌دهد این دو متغیر باید به عنوان اهدافی

² . Hawes, Galynker, Barzilay & Yaseen

¹ . anhedonia

آزمایش اثربخش مداخله فراهم می‌کند. بدین ترتیب، گسترش معیارهای تشخیصی برای نشانگان بحران خودکشی، سودمندی بالایی را می‌تواند از خود نشان دهد (۱۷).

در سال‌های اخیر، اگرچه عوامل خطر درازمدت، برای خودکشی به خوبی بررسی شده‌است، اما به طور کلی، در شناسایی عواملی که می‌توانند خودکشی را در کوتاه‌مدت، پیش‌بینی کنند، موفقیت کمتری وجود داشته است (۳۳). براساس پژوهش‌های انجام گرفته، راهبردهای فعلی برای شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی، مانند استفاده از افکار خودکشی گزارش شده توسط خود بیمار یا شواهدی مبنی بر اقدام به خودکشی در گذشته، در کاهش میزان خودکشی کافی نبوده است (۵). به همین دلیل، پژوهش‌های اخیر، بر تعیین وضعیت روانی حاد، قبل از اقدام به خودکشی متمرکز شده‌اند.

بطور کلی، پژوهش در زمینه خودکشی در ایران، به دلیل عدم ارائه آمار دقیق از سوی سازمان‌های مربوط، با محدودیت‌های بسیاری روبرو است و همین امر، منجر به کاهش مشخص پژوهش‌های مرتبط با خودکشی در ایران (نسبت به اهمیت موضوع) گردیده است (۳۷). پژوهش‌های مختصر انجام گرفته در این زمینه، نیز بیشتر برپایه دو متغیر «افکار خودکشی» و «اقدام به خودکشی»، قرار گرفته‌اند که با توجه به اینکه این دو متغیر منتهی به زمان‌های بسیار محدود نزدیک به خودکشی و حتی بعد از اقدام به آن می‌گردند، عملاً متغیری کارآمد در حوزه کاربست، درمان و پیشگیری به حساب نمی‌آیند، این امر، علاوه بر آن است که مطابق با پژوهش‌ها، افکار خودکشی فقط از سوی تعداد بسیار کمی از افراد اقدام‌کننده ارائه می‌شود که این امر نیز کارایی این متغیر را محدودتر می‌سازد (۲۳).

نشانگان بحران خودکشی به عنوان یک چارچوب مفهومی برای تشخیص خطر قریب‌الوقوع خودکشی، در سال‌های اخیر توجه فزاینده پژوهشگران بالینی و روان‌پزشکی را جلب کرده است. این نشانگان، فراتر از ارزیابی علائم منفرد یا اختلالات روانی زمینه‌ای، مجموعه‌ای از نشانه‌های هم‌زمان روان‌شناختی، رفتاری و زیستی را مدنظر قرار می‌دهد که می‌توانند به‌عنوان شاخص‌های هشداردهنده وقوع اقدام به خودکشی در آینده نزدیک عمل کنند. این مفهوم، یک متغیر

جدید در حوزه سنجش و درمان پیشگیرانه از اقدام به خودکشی است با عنوان «نشانگان بحران خودکشی» این متغیر با یک نگاه مسئله‌محور به اقدام به خودکشی، خودکشی را به مثابه یک اختلال در نظر می‌گیرد که بدون در نظر گرفتن افکار خودکشی فرد، با استفاده از مجموعه‌ای از نشانه‌های مشخص، قابل شناسایی و قابل پیشگیری، قادر به تشخیص خطر اقدام به خودکشی در زمانی حداقل یک تا دو ماه قبل از اقدام است. این بازه زمانی مناسب، اولاً از آنجا که در سنجش اقدام به خودکشی می‌تواند بسیار زود هنگام اتفاق بیفتد، هم می‌تواند منجر به شناسایی عوامل خطر کوتاه‌مدت و هم شناسایی افراد بالقوه در خطر خودکشی گردد و در وهله دوم، به تبع، این شناسایی زود هنگام، راه را برای اقدامات درمانی و پیشگیرانه هموار می‌سازد.

یکی از مزایای اصلی رویکرد نشانگان بحران، قابلیت آن در ارائه معیارهای مدون و نظام‌مند برای ارزیابی خطر خودکشی است. نشانگان بحران خودکشی به‌عنوان یک چارچوب مفهومی، تلاشی نظام‌مند برای تشخیص خطر قریب‌الوقوع خودکشی ارائه می‌دهد که فراتر از بررسی علائم منفرد یا تشخیص‌های روان‌پزشکی سنتی عمل می‌کند. این نشانگان مبتنی بر یک مدل چندبعدی است که تعامل پیچیده عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را مدنظر قرار می‌دهد. به‌عبارت دیگر، نه تنها افکار خودکشی، بلکه تغییرات رفتاری مشخص، اختلال در تنظیم هیجانات و کاهش توانایی مقابله با بحران‌های روانی، همگی به‌عنوان شاخص‌های هشداردهنده در نظر گرفته می‌شوند. چنین رویکردی، امکان شناسایی بیماران در معرض خطر را قبل از وقوع اقدام عملی فراهم می‌آورد و فاصله بین تشخیص بالینی و پیشگیری عملی را کاهش می‌دهد.

تحلیل‌های نظری و بالینی نشان می‌دهند که نشانگان بحران خودکشی شامل سه مؤلفه اصلی است: (۱) شدت انگیزه خودکشی، که ناشی از ترکیب احساس درماندگی، ناامیدی و فشار روانی حاد است، (۲) تغییرات رفتاری، شامل انزوای اجتماعی، کاهش تعاملات حمایتی و رفتارهای مخاطره‌آمیز، و (۳) کاهش منابع مقابله‌ای، که توانایی فرد را برای مدیریت بحران محدود می‌کند. این سه مؤلفه به صورت تعاملی عمل می‌کنند و الگوهایی ایجاد می‌کنند که پیش‌بینی دقیق‌تر خطر قریب‌الوقوع خودکشی را ممکن می‌سازد بدین ترتیب، این

مفهوم، نه تنها شامل افکار و تمایلات خودکشی است، بلکه عوامل مرتبط با کاهش توانایی مقابله با بحران‌های روانی، افزایش انگیزش خودکشی و تغییرات رفتاری مشخص (مانند انزوای اجتماعی یا رفتارهای مخاطره‌آمیز) را نیز در بر می‌گیرد. این رویکرد چندبعدی، به پژوهشگران اجازه می‌دهد تا تعامل پیچیده بین علائم روانی و شرایط محیطی را بررسی کنند و در نتیجه، پیش‌بینی خطر را با دقت بالاتری انجام دهند.

از منظر کاربرد بالینی، مزیت اصلی این رویکرد، فراهم آوردن معیارهای مدون و قابل ارزیابی برای تصمیم‌گیری سریع است. اما با وجود پیشرفت‌های اخیر، کاربرد بالینی نشانگان بحران، هنوز با چالش‌هایی همراه است. از جمله این چالش‌ها می‌توان به تنوع بالینی بیماران، تفاوت‌های فرهنگی در ابراز بحران روانی و نیاز به سنجش‌های عینی و قابل اطمینان برای علائم زیستی و رفتاری اشاره کرد. با توجه به مطالب گفته شده، نشانگان بحران خودکشی، بطور کلی، در دنیا، یک پژوهش نوین و جدید است که از عمر پژوهشی آن تقریباً، تنها حدود یک دهه می‌گذرد (۱۵). در ایران نیز، هنوز هیچ‌گونه اقدام پژوهشی و علمی در راستای شناسایی و سنجش این اختلال، صورت نگرفته است. بنابراین، توسعه شاخص‌های کمی و کیفی و طراحی پروتکل‌های مداخله هدفمند، مسیر پیشروی پژوهشی و بالینی در این حوزه را تعیین می‌کند. همچنین، توسعه ابزارهای استاندارد برای ارزیابی چندبعدی نشانگان بحران، به همراه آموزش بالینی متخصصان، ضروری است تا این مدل بتواند در تصمیم‌گیری‌های بالینی تأثیرگذار باشد.

در نهایت، نشانگان بحران خودکشی با ارائه یک چارچوب مدون و مبتنی بر شواهد، پتانسیل آن را دارد که به یک معیار ارزشمند در تشخیص خطر قریب‌الوقوع خودکشی تبدیل شود. این رویکرد می‌تواند فاصله بین شناخت نظری از خودکشی و اقدامات عملی پیشگیری را کاهش دهد و امکان طراحی مداخلات فوری، دقیق و متناسب با نیاز هر مراجع را فراهم آورد.

با وجود اهمیت نشانگان بحران خودکشی در شناسایی خطر قریب‌الوقوع خودکشی، این مطالعه مروری با محدودیت‌هایی همراه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، منابع و شواهد موجود محدود و متنوع هستند؛ تفاوت‌های

روش‌شناسی، ابزارهای ارزیابی و معیارهای تعریف نشانگان بحران، یکپارچگی و مقایسه نتایج را دشوار می‌کند. دوم، امکان سوگیری انتشار وجود دارد، زیرا مطالعات با یافته‌های مثبت بیشتر منتشر شده و شواهد منفی یا ناموفق کمتر در دسترس بوده‌اند. سوم، مرور ممکن است محدود به مقالات منتشرشده به زبان انگلیسی یا پایگاه‌های داده خاص باشد، که منجر به از دست رفتن برخی منابع ارزشمند از زبان‌ها و محیط‌های دیگر می‌شود. در نهایت، بسیاری از مطالعات مورد بررسی طراحی مقطعی یا توصیفی دارند و داده‌های طولی یا کمی کافی برای تحلیل روندهای بلندمدت خطر خودکشی فراهم نکرده‌اند. این محدودیت‌ها نشان‌دهنده ضرورت پژوهش‌های آینده با روش‌شناسی منسجم‌تر، داده‌های طولی و رویکردهای چندبعدی برای تعمیق فهم نشانگان بحران خودکشی است.

با توجه به محدودیت‌های موجود در شواهد و تنوع روش‌شناسی مطالعات گذشته، پژوهش‌های آینده می‌توانند مسیرهای زیر را دنبال کنند. نخست، انجام مطالعات طولی و چندمرکزی به منظور بررسی روند تحول نشانگان بحران خودکشی و پیش‌بینی دقیق‌تر خطر قریب‌الوقوع اقدام به خودکشی ضروری است. دوم، توسعه و اعتبارسنجی ابزارهای استاندارد و کمی برای ارزیابی چندبعدی نشانگان بحران، شامل مولفه‌های روان‌شناختی، رفتاری و زیستی، می‌تواند دقت تشخیص بالینی را افزایش دهد. سوم، پژوهش‌های تطبیقی و فرهنگی، به ویژه در جمعیت‌های متنوع، به شناسایی تفاوت‌ها و الگوهای بومی در ابراز بحران روانی کمک خواهد کرد. همچنین، ادغام داده‌های زیستی و رفتاری با روش‌های تحلیل پیشرفته مانند یادگیری ماشین، می‌تواند مدل‌های پیش‌بینی خطر خودکشی را بهبود بخشد و امکان طراحی مداخلات پیشگیرانه هدفمند و فوری را فراهم آورد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که نشانگان بحران خودکشی، قابلیت تشخیص به هنگام و مجزا از بررسی سایر اختلالات را در حوزه شناسایی و سنجش عوامل خطر زود هنگام در اقدام خودکشی دارد، بررسی عمیق‌تر این موضوع، متناسب با بافت فرهنگی ایران، نه تنها در حوزه گسترش پژوهش‌های مرتبط با خودکشی به‌ویژه، بلکه به خصوص در پیشگیری سطح اول،

8. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. The stigma of suicide scale. *Crisis*. 2013. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000156>

9. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1979;47(2):343. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.47.2.343>

10. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American journal of psychiatry*. 2011;168(12):1266-77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

11. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001;8(4):443-54. <https://doi.org/10.1177/107319110100800409>

12. Osman A, Gutierrez PM, Jiandani J, Kopper BA, Barrios FX, Linden SC, et al. A preliminary validation of the Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory with normal adolescent samples. *Journal of clinical psychology*. 2003;59(4):493-512. <https://doi.org/10.1002/jclp.10154>

13. Osma J, Peris-Baquero O, Suso-Ribera C, Farchione T, Barlow D. Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*. 2022;32(3):329-42. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>

14. Galynker I. The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk: Oxford University Press; 2023.

15. Yaseen ZS, Hawes M, Barzilay S, Galynker I. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019;49(4):1124-35. <https://doi.org/10.1111/sltb.12495>

16. Control CfD, Prevention. Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS) 2010. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2015.

17. Bloch-Elkouby S, Gorman B, Schuck A, Barzilay S, Calati R, Cohen LJ, et al. The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of counseling psychology*. 2020;67(5):595. <https://doi.org/10.1037/cou0000423>

18. Park JY, Rogers ML, Bloch-Elkouby S, Richards JA, Lee S, Galynker I, et al. Factor structure and validation of the revised suicide crisis inventory in a Korean population. *Psychiatry investigation*.

در بحث غربالگری و همچنین، در پیشگیری سطح دوم و سوم و در بحث اقدام نیز مفید و کارآمد خواهد بود. بنابراین، نتایج این پژوهش برای کلیه سازمان‌های کلان در سطح کشور که در حیطه خودکشی و پیامدهای آن درگیر هستند، می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد و کارآمد و مؤثر باشد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Mohamadpour F. Effectiveness of compassion-based online therapy on suicidal thoughts and pain catastrophizing in female patients with multiple sclerosis in the relapsing–remitting phase. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1128308. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1128308>

2. Turecki G, Brent D, Gunnell D, O'Connor R, Oquendo M, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*. Vol. 5. No. 1. 2019. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

3. Mousavi SM, Narimani M, Asgari SS. Suicidal Ideation Modeling based on Body Image and Rumination with the Mediation of Social Phobia in Individuals with Gender Dysphoric Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;14(4):39-51. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.26298.2394> [Persian]

4. alizadeh birjandi z, Janbozorgi M, Rasoolzadeh Tabatabaee Sk, Fathi-Ashtiani A. Test of the Interpersonal Suicide Theory (IPTs) on Iranian Students: the role of thwarted belongingness and perceived burdensomeness on Suicidal Desire and suicidal attempt. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;12(4):37-48. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.20003.1846> [Persian]

5. Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral sciences & the law*. 2019;37(3):223-39. <https://doi.org/10.1002/bsl.2397>

6. Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes J. Suicide risk assessment inventory: A resource guide for Canadian health care organizations. Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute. 2011;79.

7. ENA; MR, C. Knott L. Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Death studies*. 1997;21(1):25-58. <https://doi.org/10.1080/074811897202128>

- 2021;295:1280-91.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.048>
- 29.American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
- 30.Barzilay S, Assounga K, Veras J, Beaubian C, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. *Journal of affective disorders*. 2020;276:183-90.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.053>
- 31.Rogers ML, Gorday JY, Joiner TE. Examination of characteristics of ruminative thinking as unique predictors of suicide-related outcomes. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;139:1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.001>
- 32.Flint J, Cohen L, Nath D, Habib Z, Guo X, Galynker I, et al. The association between the suicide crisis syndrome and suicidal behaviors: the moderating role of personality traits. *European Psychiatry*. 2021;64(1):e63.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2235>
- 33.Pia T, Galynker I, Schuck A, Sinclair C, Ying G, Calati R. Perfectionism and prospective near-term suicidal thoughts and behaviors: The mediation of fear of humiliation and suicide crisis syndrome. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(4):1424.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17041424>
- 34.Hawes M, Galynker I, Barzilay S, Yaseen ZS. Anhedonia and suicidal thoughts and behaviors in psychiatric outpatients: The role of acuity. *Depression and anxiety*. 2018;35(12):1218-27.
<https://doi.org/10.1002/da.22814>
- 35.Li X, Ren Y, Zhang X, Zhou J, Su B, Liu S, et al. Testing the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior in Chinese adolescents. *Archives of suicide research*. 2021;25(3):373-89.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690607>
- 36.Cohen LJ, Ardan E, Yaseen Z, Galynker I. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018;48(5):613-23.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12387>
- 37.Bakhtar M, Rezaeian M. The Prevalence of Suicide Thoughts and Attempted Suicide Plus Their Risk Factors Among Iranian Students: A Systematic Review Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017;15(11):1061-76.
<https://doi.org/10.1001.1.17353165.1395.15.11.5.0> [Persian]
- 2023;20(2):162.
<https://doi.org/10.30773/pi.2022.0208>
- 19.Miri M, Rezaeian M, Ghasemi SA. A Systematic Review on the prevalence and Causes of Suicide (Thoughts and Actions) In Iranian School and University Students. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022;21(5):551-74.
<https://doi.org/10.52547/jrums.21.5.551> [Persian]
- 20.Sauer-Zavala S, Gutner CA, Farchione TJ, Boettcher HT, Bullis JR, Barlow DH. Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior therapy*. 2017;48(1):128-38.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- 21.Schechter MA, Goldblatt MJ. Suicide: A transdiagnostic phenomenon. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 2020. p. 136-7.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20200310-02>
- 22.Calati R, Nemeroff CB, Lopez-Castroman J, Cohen LJ, Galynker I. Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: what to test next? A concept paper. *International journal of neuropsychopharmacology*. 2020;23(3):192-205.
<https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz063>
- 23.Stone DM. Changes in suicide rates—United States, 2018–2019. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2021;70.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7008a1>
- 24.Joiner TE, Simpson S, Rogers ML, Stanley IH, Galynker II. Whether called acute suicidal affective disturbance or suicide crisis syndrome, a suicide-specific diagnosis would enhance clinical care, increase patient safety, and mitigate clinician liability. *Journal of Psychiatric Practice*. 2018;24(4):274-8.
<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000315>
- 25.Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes M, Briggs J. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and anxiety*. 2017;34(2):147-58.
<https://doi.org/10.1002/da.22559>
- 26.Rogers ML, Galynker I, Yaseen Z, DeFazio K, Joiner TE. An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute suicidal affective disturbance and suicide crisis syndrome. *Psychiatric Annals*. 2017;47(8):416-20.
<https://doi.org/10.3928/00485713-20170630-01>
- 27.Cohen LJ, Gorman B, Briggs J, Jeon ME, Ginsburg T, Galynker I. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019;49(2):413-22.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12439>
- 28.Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS, Lawrence OC, Rogers ML, Richards J, et al. The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of affective disorders*.