การทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

NON-SUICIDAL SELF-INJURY IN ADOLESCENTS

นายแพทย์ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา ... จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (self-injurious behaviors; SIB) หมายถึง พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยตรงและโดยเจตนา ซึ่งรวมถึงการทำร้ายตนเองแบบไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ในบทความนี้เจาะจงเฉพาะการทำร้ายตนเองแบบไม่มีเจตนาฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันจากหลายด้านในชีวิตประจำวัน โดยรวบรวมข้อมูลงานวิจัย บทความทางวิชาการ เพื่อให้เข้าใจถึงสาเหตุ รูปแบบและพฤติกรรม ผลกระทบ แนวทางการบำบัดรักษา และแนวทางการป้องกัน ดังนี้

นิยามและความหมาย

การทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (non-suicidal self-injury; NSSI) คือ พฤติกรรมที่บุคคลทำร้ายร่างกายของตนเองโดยปราศจากเจตนาที่จะฆ่าตัวตาย เช่น การกรีดแขน การทุบตัวเอง หรือการดึงผมอย่างรุนแรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับอารมณ์ที่รุนแรง เช่น ความโกรธ ความเศร้า หรือความรู้สึกว่างเปล่า พฤติกรรมนี้มักเริ่มต้นในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจอย่างมาก และเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางต่อปัญหาทางสุขภาพจิต

จากงานวิจัยในหลายประเทศพบว่า อัตราการเกิด NSSI ในวัยรุ่นอยู่ในช่วง ร้อยละ 13-23 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในประเทศไทย แม้ว่าการศึกษาในวงกว้างยังมีจำกัด แต่ก็พบว่ามีวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดด้วยอาการทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

NSSI มีความแตกต่างจากพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ตรงที่ผู้กระทำไม่ได้มีความต้องการตาย แต่มีเป้าหมายเพื่อระบายอารมณ์ หรือดึงดูดความสนใจจากผู้อื่น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า NSSI เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในอนาคตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม

สาเหตุ

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (NSSI) ในวัยรุ่น มีความซับซ้อน และมักมีสาเหตุหลายประการที่เชื่อมโยงกัน ทั้งทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม โดยงานวิจัยต่างประเทศได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมนี้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตวิทยา

พบว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวล (anxiety) มีแนวโน้มสูงที่จะใช้ NSSI เป็นกลไกในการจัดการกับความรู้สึกด้านลบ บางรายใช้ NSSI เพื่อปลดปล่อยความรู้สึกเจ็บปวดทางอารมณ์ เปลี่ยนให้เป็นความเจ็บปวดทางกายแทน

ความบอบช้ำทางจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma) การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว หรือการถูกทอดทิ้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิด NSSI ในช่วงวัยรุ่น

ภาวะ alexithymia หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถระบุหรือแสดงอารมณ์ของตนเองได้ชัดเจน ส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม และหันไปใช้ NSSI แทน

การควบคุมอารมณ์บกพร่อง (emotion dysregulation) เป็นปัจจัยสำคัญที่พบในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรม NSSI โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาในการจัดการกับความเครียดหรือความผิดหวัง

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ความขัดแย้งในครอบครัว วัยรุ่นที่เติบโตในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง การเลี้ยงดูแบบเข้มงวด หรือขาดการดูแลเอาใจใส่ มักมีความเสี่ยงต่อ NSSI สูงกว่ากลุ่มอื่น

การกลั่นแกล้ง (bullying) การถูกรังแกหรือถูกทำร้ายในโรงเรียนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในวัยรุ่น LGBTQ+ ที่มีแนวโน้มเผชิญกับการกลั่นแกล้งมากกว่ากลุ่มทั่วไป

แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน ในบางกรณีวัยรุ่นอาจเริ่มทำร้ายตนเองเพื่อเลียนแบบ หรือเข้ากลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมเดียวกัน ซึ่งพบได้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะเปราะบางทางจิตใจ

3. อิทธิพลของสื่อและเทคโนโลยี

โซเชียลมีเดีย (social media) ช่วยให้มีการเปิดรับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ NSSI ผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ เช่น Instagram, TikTok หรือ Twitter (X) ซึ่งอาจกระตุ้นหรือทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว โดยเฉพาะในกรณีที่เนื้อหาเหล่านั้นไม่ได้ถูกควบคุม

การขาดทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) วัยรุ่นที่ไม่มีการเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับอารมณ์ ความล้มเหลว หรือการปฏิเสธ อาจเลือกใช้วิธี NSSI เป็นทางออกชั่วคราว

รูปแบบและพฤติกรรม

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (NSSI) มีความหลากหลายทั้งในด้านวิธีการ ความถี่ แรงจูงใจ และสถานการณ์แวดล้อม โดยทั่วไป พฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นในลักษณะลับ ๆ และยากต่อการสังเกตหากไม่มีการพูดคุยหรือตรวจพบทางกายภาพโดยบังเอิญ

1. รูปแบบการกระทำ (Methods)

จากข้อมูลวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรม NSSI มักใช้วิธีการกรีดผิวหนัง (cutting) มากที่สุด (70-80%) รองลงมาคือการข่วนหรือขูดผิวตนเอง (30-50%) การทุบหรือตีตัวเอง (25-40%) การดึงผมหรือฟันเล็บ (20-30%) และการลนไฟ เผาไหม้ตัวเอง (10-20%)

พฤติกรรมเหล่านี้มักกระทำในบริเวณที่สามารถปกปิดได้ง่าย เช่น ต้นแขน ต้นขา หรือหน้าท้อง โดยจะเลือกวิธีที่ให้ความรู้สึกเจ็บชัดเจนแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต

2. ความถี่และความต่อเนื่อง

วัยรุ่นบางคนอาจกระทำ NSSI เพียงไม่กี่ครั้ง ในขณะที่บางคนมีพฤติกรรมซ้ำอย่างต่อเนื่องนานหลายเดือนหรือหลายปี พบว่าความถี่เฉลี่ยอยู่ที่ 1-3 ครั้งต่อเดือน แต่บางรายอาจกระทำบ่อยกว่านั้นในช่วงที่มีความเครียดสูง

งานวิจัยชี้ว่าการกระทำที่ถี่และรุนแรงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือโรคบุคลิกภาพแบบไม่มั่นคง (borderline personality disorder)

3. อารมณ์ก่อนและหลังการกระทำ

วัยรุ่นมักรายงานว่ารู้สึก เครียด สับสน เศร้า หรือโกรธ ก่อนทำ NSSI และต้องการหาทางระบาย หลังจากทำร้ายตัวเอง อาจรู้สึก โล่ง เบาใจ หรือรู้สึกควบคุมตนเองได้มากขึ้น แต่ในหลายกรณีอาจเกิดความรู้สึกผิดและละอายตามมา

การวิจัยพบว่า NSSI ทำหน้าที่เป็นกลไกควบคุมอารมณ์ (emotion regulation strategy) มากกว่าการเรียกร้องความสนใจในกรณีส่วนใหญ่

4. พฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับ NSSI

พบว่าพฤติกรรมที่มีความเชื่อมโยงกับ NSSI สูง ได้แก่

- การเก็บวัตถุมีคมไว้ในที่ลับ เช่น ใบมีด หรือเข็ม
- การใส่เสื้อแขนยาวตลอดเวลา แม้ในสภาพอากาศร้อน เพื่อลดโอกาสที่ผู้อื่นจะเห็นรอยแผล
- การเขียนหรือวาดภาพเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความตาย หรือบาดแผล
- การใช้คำพูดตำหนิตนเองอย่างรุนแรง เช่น “ฉันไร้ค่า”, “ฉันสมควรเจ็บปวด” เป็นต้น

ผลกระทบ

การทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (NSSI) ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และผู้คนรอบตัว ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมอื่นที่เป็นอันตรายยิ่งขึ้น

1. ผลกระทบทางร่างกาย

พฤติกรรม NSSI มักก่อให้เกิดแผลถลอก แผลฉีกขาด หรือแม้แต่แผลไฟไหม้ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจติดเชื้อรุนแรง เกิดแผลเป็นถาวร สร้างผลกระทบต่อภาพลักษณ์ตนเองและความมั่นใจในอนาคต

แม้ว่าจะไม่มีความตั้งใจฆ่าตัวตาย แต่อาจมีบางครั้งที่การทำร้ายรุนแรงเกินกว่าที่ตั้งใจไว้ และก่อให้เกิดการเสียเลือดจำนวนมากหรือการบาดเจ็บร้ายแรง

2. ผลกระทบทางจิตใจ

ผู้ที่ทำ NSSI มักรู้สึกผิดหลังจากกระทำ และมักละอาย ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ อันเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล

ความกลัวการถูกตัดสินหรือไม่เข้าใจจากผู้อื่น อาจทำให้วัยรุ่นปิดบังพฤติกรรมของตน นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและลดการเข้าถึงความช่วยเหลือ

NSSI อาจกลายเป็นพฤติกรรมที่ทำซ้ำเมื่อเกิดอารมณ์เชิงลบ ผู้กระทำบางรายอาจรู้สึกติด กลายเป็นพฤติกรรมเสพติด (behavioral addiction) ยากที่จะเลิกได้ด้วยตนเอง

3. ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอนาคต

งานวิจัยพบว่าผู้ที่เคยมีพฤติกรรม NSSI มีความเสี่ยงสูงขึ้นที่จะพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตถึง 3-4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แม้ว่าจุดเริ่มต้นของ NSSI จะไม่มีความต้องการตาย แต่การทำซ้ำพฤติกรรมนี้บ่อยครั้งอาจทำให้ขอบเขตของความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจพร่ามัว และนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

4. ผลกระทบต่อครอบครัวและระบบสนับสนุน

ครอบครัวอาจเกิดภาวะเครียด โดยเฉพาะเมื่อพ่อแม่ไม่เข้าใจหรือมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมนี้ เช่น มองว่าเป็น “การเรียกร้องความสนใจ” หรือ “นิสัยเสีย” ซึ่งจะยิ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกห่างเหิน

ผลกระทบทางการศึกษาและทางสังคม พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรม NSSI อาจขาดเรียน ตัดขาดจากกิจกรรมทางสังคม หรือถูกกลั่นแกล้งหากเพื่อนรู้ถึงพฤติกรรมของตน

แนวทางการบำบัดรักษา

การบำบัดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่นต้องอาศัยความเข้าใจเชิงลึกถึงสาเหตุทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรม การรักษาควรดำเนินควบคู่ระหว่างจิตบำบัด การสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และการสร้างระบบป้องกันในระดับชุมชน

1. การทำจิตบำบัด (Psychotherapeutic Interventions)

การทำจิตบำบัด (psychotherapy) มีหลายรูปแบบซึ่งมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

- CBT (Cognitive Behavioral Therapy) มุ่งปรับความคิดเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และพัฒนาทักษะในการจัดการอารมณ์ มีหลักฐานว่าสามารถลดความถี่ของ NSSI ได้ในวัยรุ่น
- DBT (Dialectical Behavior Therapy) เน้นการยอมรับตนเองและการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ เหมาะกับวัยรุ่นที่มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ได้รับการยอมรับในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรม NSSI ซ้ำซาก
- MBT (Mentalization-Based Therapy) พัฒนา “การเข้าใจจิตใจตนเองและผู้อื่น” เพื่อช่วยจัดการอารมณ์และความสัมพันธ์ มีประสิทธิภาพในกลุ่มที่มีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์

2. การสนับสนุนจากครอบครัว

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับ NSSI ร่วมกับการฝึกทักษะให้กับครอบครัว ในการสื่อสารที่เปิดเผยและไม่ตัดสิน (non-judgmental communication) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของวัยรุ่น และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัว

3. การสนับสนุนจากโรงเรียน

โรงเรียนมีบทบาทสำคัญ ความตื่นตัว และความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตของครู สามารถเป็น “ด่านแรก” ที่ช่วยระบุผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้ก่อนที่จะรุนแรง นอกจากนี้ การสนับสนุนให้โรงเรียนมีนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญประจำโรงเรียนจะช่วยเสริมสร้างช่องทางการปรึกษาที่ปลอดภัย

4. การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

โดยทั่วไป การรักษาด้วยยาจะไม่ใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการรักษา NSSI เว้นแต่มีความผิดปกติทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า หรือ PTSD

การรักษาด้วยยาสามารถเลือกใช้ยาตามสภาพปัญหา และระดับความรุนแรง ได้หลายกลุ่ม เช่น กลุ่มยาต้านเศร้า (anti-depressant) กลุ่มยารักษาอาการทางจิต (anti-psychotic) และกลุ่มยาปรับระดับอารมณ์ (mood stabilizer)

แนวทางการป้องกัน

การป้องกันการทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (NSSI) ในวัยรุ่น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว โรงเรียน และสังคม

1. การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)

การให้ความรู้เรื่องอารมณ์ การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ และการรู้เท่าทันพฤติกรรม NSSI ช่วยให้วัยรุ่นมีทักษะในการป้องกันปัญหาทางอารมณ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ

2. การป้องกันในครอบครัว (family-based prevention)

การใช้เวลาคุณภาพในครอบครัว การสื่อสารเชิงบวก รวมถึงการปรับเปลี่ยนการเลี้ยงดูให้เหมาะสมกับช่วงวัย โดยเฉาะช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง สับสน และการค้นหาตนเอง

การหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจและรับมือกับพฤติกรรม NSSI ได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ตัดสินหรือละเลย รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเมื่อพบว่ามีปัญหาแล้วจัดการเบื้องต้นไม่ได้ผล

3. การป้องกันในโรงเรียน (school-based prevention)

การบูรณาการเนื้อหาด้านสุขภาพจิตและทักษะชีวิตเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอน ร่วมกับการเฝ้าระวัง สังเกต และประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้สามารถจัดการปัญหาอย่างทันท่วงที พบว่ามีโปรแกรมที่ใช้ในโรงเรียนหลายประเทศ ช่วยลดอัตราการเกิด NSSI และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

4. การควบคุมสื่อและการสร้างพื้นที่ปลอดภัย

การส่งเสริมให้ใช้โซเชียลมีเดีย (social media) อย่างปลอดภัย การใช้สื่ออย่างสร้างสรรค์ การจำกัดการเผยแพร่ภาพและข่าวที่มีเนื้อหาเป็นอันตราย และการสนับสนุนแพลตฟอร์มที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตเชิงบวก เป็นการป้องกัน NSSI ที่มีประสิทธิภาพ

บทสรุป

การทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย (Non-Suicidal Self-Injury: NSSI) เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในวัยรุ่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย พฤติกรรมนี้มีความซับซ้อนทั้งในแง่ของแรงจูงใจ ความหลากหลายของรูปแบบ และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จากการศึกษาพบว่า NSSI มักเกิดขึ้นจากการบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ความเครียด ความบอบช้ำทางจิตใจในอดีต ปัญหาครอบครัว การ2กลั่นแกล้งทางสังคม และอิทธิพลจากสื่อ

รูปแบบที่พบได้บ่อยที่สุดคือการกรีดผิวหนัง ข่วน ทุบ ตี หรือลนไฟตนเอง ซึ่งอาจกลายเป็นพฤติกรรมที่เสพติดและทำซ้ำเรื้อรังหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

แนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการทำจิตบำบัด เช่น CBT, DBT, และ MBT ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และระบบชุมชน รวมถึงการรักษาด้วยยา

แนวทางการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการอารมณ์ในวัยรุ่น การป้องกันในระดับครอบครัว โรงเรียน และสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

Burke, T. A., Hamilton, J. L., Cohen, J. N., Stange, J. P. & Alloy, L. B. (2016). Identifying a physical indicator of suicide risk: Non-suicidal self-injury scars predict suicidal ideation and suicide attempts. **Compr Psychiatry,** 65: 79-87.

Denton, E. & Álvarez, K. (2024). The global prevalence of nonsuicidal self-injury among adolescents. **JAMA Netw Open,** 7(6): e2415406.

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. **Personal Disord.** 1(1): 67-75.

Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. **J Clin Child Adolesc Psychol,** 44(1): 1-29.

Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model, **Clin Psychol Rev,** 32(6): 482–95.

Long, Q., Huang, B., Tang, Y., Wu, J., Yu, J., Qiu, J., Huang, Y. & Huang, G. (2024). Peer victimization and non-suicidal self-injury among high school students: the mediating role of social anxiety, mobile phone addiction, and sex differences. **BMC Psychiatry,** 24(1): 25.

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,** 53(10):1082-91.

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. **Can J Psychiatry,** 59(11): 576-85.

van Geel, M., Goemans, A. & Vedder, P. (2015). A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. **Psychiatry Res,** 230(2): 364-8.

บทความทั้งหมดยินดีให้นำไป เผยแพร่เพื่อความรู้ได้ โดยกรุณาอ้างอิงแหล่งที่มา

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2568). **การทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตายในวัยรุ่น.**

จาก https://www.happyhomeclinic.com/sp21-nssi-teen.html

(บทความต้นฉบับ: พฤษภาคม 2568)