วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

บทความฟื้นฟูวิชาการ

อยู่ก็ได้ ตายก็ดี: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ปิยภรณ์ กรวยทอง[1*], ณัฐกานต์ พงศ์บริพัตร[1], พนมพร พุ่มจันทร์[2], สุชาดา สกลกิจรุ่งโรจน์[2], เอื้ออนุช ถนอมวงษ์[3], มณฑิรา บุญทิพย์[4]

[1] *นิสิตปริญญาตรี ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*

[3] *อาจารย์ประจำ ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*

[4] *นักวิจัย ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*

[*] ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. piyabhorn.kt@gmail.com

รับบทความ: 9 กรกฎาคม 2566 | **แก้ไขบทความ:** 5 สิงหาคม 2566 | **ตอบรับบทความ:** 26 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบรุนแรงซึ่งพบได้ในทั่วโลก และยังคงมีการศึกษาจำนวนมากถึงสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ความคิดอยากตาย บทความนี้จึงสนใจที่จะทำความเข้าใจผู้ที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน เนื้อหานำเสนอประกอบด้วยความหมายและนิยามของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน แนวคิดทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน กระบวนการคัดกรองความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน และกระบวนการด้านจิตบำบัดที่เกี่ยวข้อง โดยผู้เขียนมุ่งหวังให้บทความนี้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจและนำข้อมูลไปช่วยเหลือดูแลให้บุคคลที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน, ความคิดอยากตาย, การฆ่าตัวตาย

Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Review Article

When Life Is Considered Not Worth Living: Passive Suicidal Ideation

Piyabhorn Kruaithong[1*], Nattakarn Phongboriphat[1], Panomporn Phoomchan[2], Suchada Sakolkijrungroj[1], Uea-anut Tanomwong[3], Monthira Boonthip[4]

[1] Bachelor of Sciences, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University*

[3] *Lecturer, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University*

[4] *Researcher, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University*

[*] Corresponding author, e-mail. piyabhorn.kt@gmail.com

Received: 9 July 2023 | **Revised:** 5 August 2023 | **Accepted:** 26 September 2023

Abstract

Suicide remains a serious public health problem found throughout the world. There have been many studies into the causes leading to suicide. One of the main reasons for successful suicide is suicidal ideation. In this article we aim to arrive at a better understanding of people with passive suicidal ideation. We explore the meaning and definition of passive suicidal ideation; the concepts, theories, and factors related to passive suicidal ideation; the screening process for passive suicidal ideation; and the related psychotherapeutic processes. The insight so generated will be useful for practitioners and allow them to better understand and help people with passive suicidal ideation.

Keywords: Passive suicidal ideation, Suicidal ideation, Suicide

บทนำ

การฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้นมีความซับซ้อน โดยการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่รุนแรง ในทุกปีผู้คนกว่า 703,000 รายจบชีวิตของตนเองและมีผู้คนอีกจำนวนมากที่พยายามจะฆ่าตัวตาย (World Health Organization [WHO], 2021) ซึ่งความคิดในการฆ่าตัวตายนั้นยังคงเป็นจุดเริ่มต้นและปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Franklin et al., 2017) โดยความคิดอยากตายนั้นสามารถแบ่งได้ออกเป็นความคิดอยากตายแบบมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation) และความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

เมื่อเปรียบเทียบกับความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation) ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation) ยังคงมีการกล่าวถึงในจำนวนน้อยกว่าและความสำคัญในเชิงคลินิกยังคงคลุมเครือ (Liu et al., 2020) โดยทั่วไปความปรารถนาที่จะตายหรือความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนมักจะไม่ถูกนำไปพิจารณาเป็นความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น โดย 1 ใน 3 ของคนที่เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายในอดีตนั้นเคยมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน และในเวชปฏิบัติทางจิตเวชเองยังมีความเชื่ออย่างแพร่หลายว่าความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่าความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (Baca-Garcia et al., 2011; Simon, 2014)

การศึกษาเรื่องความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในประเทศไทยยังคงมีอยู่อย่างจำกัด แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาเรื่องนี้อยู่เป็นจำนวนมาก (Baca-Garcia et al., 2011; Beck et al., 1979; Liu et al., 2020; May et al., 2015; Wastler et al., 2023) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการนำเสนอเรื่องความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในบริบทของความคิดอยากตายหรือการฆ่าตัวตายร่วมด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายและนิยาม แนวคิดทฤษฎี ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การคัดกรอง รวมถึงกระบวนการในการช่วยเหลือและบำบัดรักษาทางจิตวิทยา เพื่อให้ผู้ที่สนใจหรือบุคลากรทางการแพทย์ได้เห็นความสำคัญในการทำความเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ของการประเมินความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในบริบทของความคิดอยากตายหรือการฆ่าตัวตายในเชิงการประเมินความเสี่ยงและการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

ความหมายและนิยามของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ความคิดอยากตาย (suicidal ideation)

ในภาษาอังกฤษมีคำศัพท์ที่ใช้อธิบายได้หลายคำด้วยกัน เช่น suicidal ideation, suicidal idea, suicidal thought, suicidal thinking และ death wish โดยทั่วไปแล้วมักเป็นที่เข้าใจว่าความคิดอยากตายเป็นความคิดหรือการพิจารณาอย่างจงใจในการปลิดชีวิตของตนเอง และอาจนับรวมตั้งแต่การคิดแค่เพียงชั่ววูบถึงการวางแผนในการลงมือฆ่าตัวตายและอาจนำไปสู่การกระทำความรุนแรงต่อตนเอง (self-directed violence) (Ashkanazi, 2018; Crosby et al., 2011) ยกตัวอย่างเช่น “ฉันคิดว่าคงไม่มีอะไรดีสำหรับฉันในอนาคต” “ฉันคิดว่าชีวิตนี้คงไม่มีคุณค่ามากพอที่จะมีชีวิตอยู่” “ฉันคิดเกี่ยวกับการตายและภาวะใกล้ตาย” “ครอบครัวคงดีขึ้นถ้าไม่มีฉัน” “ฉันนึกถึงการฆ่าตัวตาย” (Rozanov & Rakhimkulova, 2017) โดยความคิดอยากตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation)
2. ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน (active suicidal ideation)

ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนเป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะตาย โดยบุคคลที่มีความคิดนี้มีการวางแผนในการทำให้ตนเองตาย (Booniam et al., 2020) มีความตั้งใจในการกระทำเพื่อฆ่าตัวตายโดยมีวิธีการ (Turecki & Brent, 2016) เช่น การรับประทานยาเกินขนาด การรมควัน การใช้อาวุธ เป็นต้น ระดับความรุนแรงของความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนนี้แบ่งออกได้ ดังนี้ (Posner et al., 2008)

- active suicidal ideation with some intent to act, without specific plan มีความคิดอยากตายและมีแผนการที่ไม่ระบุถึงเวลา สถานที่ หรือรายละเอียดถึงวิธีการที่จะลงมือกระทำอย่างชัดเจน (มีวิธีที่จะใช้ลงมือฆ่าตัวตายแต่ไม่มีแผนอย่างเจาะจง) เช่น “ฉันมีความคิดที่จะกินยาเกินขนาด แต่ฉันไม่ได้วางแผนว่าจะกระทำเมื่อไหร่ ที่ไหน อย่างไร”
- active suicidal ideation with specific plan and intent มีความตั้งใจอย่างชัดเจนและมีแผนอย่างเฉพาะเจาะจงในการฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน เป็นความปรารถนาหรือความคิดที่อยากจะตายและไม่ต้องการมีชีวิตอยู่อีกต่อไป มีความต้องการที่จะหลับแล้วไม่ตื่นอีก (Davis, 2018; Posner et al., 2011) มองเรื่องการตายหรือการทำร้ายตัวเองในแง่ดี โดยมองว่าตนเองนั้นไม่มีคุณค่ามากพอที่จะมีชีวิตอยู่หรือทำร้ายตนเอง รวมถึงมองว่าคนในครอบครัวจะมีชีวิตที่ดีกว่าหากตนเองตายไป (May et al., 2015; Raue et al., 2007) บุคคลนั้นไม่มีแผนในการลงมือกระทำการฆ่าตัวตายด้วยตนเอง ไม่มีแผนการหรือความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองจบชีวิตด้วยตนเอง มีความคาดหวังให้ปัจจัยอื่น ๆ มาทำให้ตนเองเสียชีวิต เช่น ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เมินเฉยต่อการตายโดยไม่รู้ตัว เป็นต้น ความคิดอยากตายที่ผุดขึ้นมาชั่วคราว (fleeting suicidal ideation) มักเกิดขึ้นได้บ่อยพร้อมไปกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนและทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Harmer et al., 2023; Simon, 2014)

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเกิดจากการเผชิญความเจ็บปวด สิ้นหวัง และการไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้น ความคิดอยากตายประเภทนี้จึงเป็นระยะแรกของการฆ่าตัวตาย และความคิดนี้จะไม่พัฒนาไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนที่ชัดเจนหากบุคคลมีความเชื่อมโยงทางสังคมที่มากพอ ซึ่งทำให้เห็นถึงเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ (Klonsky & May, 2015)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

การศึกษาเกี่ยวกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน มีผู้ศึกษาอยู่ด้วยกันหลายแนวคิดทฤษฎี และมักถูกกล่าวถึงในแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (the interpersonal psychological theory of suicidal behaviour: IPT)

ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Joiner (2005) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ในผลงานหนังสือที่ชื่อว่า Why People Die by Suicide (2005) (Joiner, 2005; Knizek & Hjelmeland, 2018) แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้มีสิ่งที่เหนือกว่าทฤษฎีอื่น ๆ ที่เคยมีมา คือ การอธิบายและให้เหตุผลว่าเพราะเหตุใดคนส่วนมากที่มีความคิดอยากตายถึงไม่ลงมือพยายามฆ่าตัวตาย (Chu et al., 2017)

นอกจากนี้ Van Orden และคณะ (Van Ordan et al., 2010) ซึ่งหนึ่งในนั้นรวมถึง Joiner (2005) ได้ทำการศึกษาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตายโดยละเอียด และได้สรุปว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้นเกิดจาก 3 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1. ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness) การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองนั้นไม่ถูกให้ความสำคัญหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยรวมถึงความโดดเดี่ยว (loneliness) และการขาดการดูแลซึ่งกันและกัน (the absence of reciprocal care) เป็นระดับของสภาวะทางจิตใจที่เป็นผลมาจากความรู้สึกเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่อยู่ (Chu et al., 2017; Van Orden et al., 2012) การแยกตัวทางสังคม (social isolation) เป็นหนึ่งในปัจจัยในการทำนายที่เชื่อถือได้ของความคิดอยากตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่ร้ายแรงในทุกช่วงวัย
2. การรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระ (percieved burdensomeness) มักเกิดขึ้นเมื่อเกิดความขัดแย้งในครอบครัว การตกงาน และการเจ็บป่วย บุคคลจะมีการประเมินตนเองโดยมองว่าการตายย่อมมีคุณค่ามากกว่าการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิด

การรับรู้ว่าตนเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว และมีความรู้สึกเกลียดตนเอง (self-hate)

3. ความสามารถในการฆ่าตัวตาย (acquired capability for suicide) การฆ่าตัวตายไม่อาจทำได้โดยง่าย หากบุคคลนั้นมีความกลัวในการลงมือฆ่าตัวตาย แม้ว่าตามสัญชาตญาณของมนุษย์แล้วจะมีกลไกในการกลัวต่อการฆ่าตัวตายและความตาย แต่ในบุคคลที่ฆ่าตัวตาย มักจะมีความสามารถในการเอาชนะกับความกลัวเหล่านั้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ความกลัวการฆ่าตัวตายลดลง ได้แก่ การอดทนต่อความเจ็บปวดทางกายได้ และการลดความกลัวตายลงผ่านวิธีการที่ทำให้เกิดความเคยชินและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความกลัวซ้ำ ๆ

โดยมีสมมติฐานว่าความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนนั้นเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระ ซึ่งถ้าหากว่าบุคคลนั้นมีความคิดหรือการรับรู้ของสองปัจจัยนี้เป็นเวลานาน โดยหากมองว่าเป็นสิ่งที่คงที่และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (เช่น หมดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่) จะพัฒนาไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนการชัดเจนได้

ทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย (the three-step theory (3ST) of suicide)

แนวคิดทฤษฎีนี้ Klonsky and May (2015) ได้กล่าวว่า ความคิดอยากตายเกิดจากองค์ประกอบของความเจ็บปวด (pain) และความสิ้นหวัง (hopelessness) และยังกล่าวถึงความเชื่อมโยงของบุคคลต่อสังคม ความสนใจ งาน หรือสิ่งที่มีความหมายสำหรับการมีชีวิตอยู่ของบุคคลนั้น ๆ โดยถ้าบุคคลมีความเจ็บปวดและสิ้นหวัง แต่ยังมีความเชื่อมโยง บุคคลนั้น ๆ ก็จะมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน (passive suicidal ideation)

โดยทฤษฎีอธิบายถึงความคิดอยากตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบไปด้วย ความเจ็บปวด ความสิ้นหวัง การเชื่อมโยงทางสังคม และความสามารถในการฆ่าตัวตายใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาของความคิดอยากตาย (the development of suicidal ideation)

ความคิดอยากตาย เกิดจากองค์ประกอบร่วมกันของความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง ความเจ็บปวดในที่นี้มักหมายถึงความเจ็บปวดทางจิตวิทยาหรือความเจ็บปวดทางอารมณ์ อาจรวมถึงความเจ็บปวดในกรณีอื่นได้เช่นกัน ถ้ามีเพียงความเจ็บปวดหรือความสิ้นหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลจะไม่เกิดความคิดอยากตายได้ เช่น บุคคลเผชิญความเจ็บปวดแต่ยังมีความหวังก็จะมุ่งมั่นเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกันบุคคลที่สิ้นหวังแต่ไม่ได้เผชิญความเจ็บปวดในแต่ละวันก็จะไม่มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การมีความคิดอยากตายจึงต้องมีความเจ็บปวดและความสิ้นหวังร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 ความเข้มข้นของความคิดอยากตายในระดับสูงหรือปานกลาง (strong versus moderate suicidal ideation)

ขั้นตอนนี้กล่าวถึงความเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคม ความสนใจ งาน หรืออะไรก็ตามที่มีความหมายสำหรับการมีชีวิตอยู่ของบุคคลนั้น ๆ มีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยถ้าบุคคลเผชิญความเจ็บปวดและสิ้นหวังแล้วตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่มีการเชื่อมโยงทางสังคมมาก ความเข้มข้นของความคิดอยากตายจะอยู่ในระดับปานกลาง เช่น บุคคลเผชิญกับความเจ็บปวดและสิ้นหวังในแต่ละวัน แต่ยังมีความเชื่อมโยงผูกพันต่อลูกของตนเอง จะมีความเข้มข้นของความคิดฆ่าตัวตายน้อย ต่างจากบุคคลที่เผชิญความเจ็บปวดและรู้สึกสิ้นหวัง รวมถึงมีการเชื่อมโยงทางสังคมน้อย ทั้งครอบครัว สังคมรอบข้าง งาน ความสนใจ จะมีความเข้มข้นของความคิดอยากตายสูงขึ้น ถ้ามีความเชื่อมโยงทางสังคมที่มากกว่าความเจ็บปวดที่บุคคลนั้นได้รับ บุคคลนั้น ๆ จะมีความคิดอยากตายแบบไม่มีแผนชัดเจน อย่างไรก็ตาม หากบุคคลมีทั้งความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง และความเชื่อมโยงทางสังคมขาดหายไปหรือน้อยกว่าความเจ็บปวด บุคคลนั้นจะมีความคิดอยากตายที่รุนแรงและความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะจบชีวิตของตน ดังนั้นความเชื่อมโยงทางสังคมในทฤษฎีนี้จึงเป็นเครื่องมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการจากความคิดสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (progression from ideation to suicide attempt)

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย คือ ความสามารถของบุคคลในการพยายามฆ่าตัวตาย โดย Joiner (2005) ให้เหตุผลตามหลักชีววิทยาและวิวัฒนาการ โดยปกติแล้วบุคคลจะมีการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด การบาดเจ็บและความตาย จึงเป็นเรื่องยากที่ผู้คนจะพยายามฆ่าตัวตายแม้จะมีความคิดอยากตายที่รุนแรง ในขั้นตอนที่ 3 นี้ได้อธิบายครอบคลุมถึงสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ลักษณะติดตัว (dispositional factors) ซึ่งตัวแปรที่ถูกควบคุมโดยพันธุกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น ความไวต่อความเจ็บปวด โรคกลัวเลือด บุคคลที่มีความอดทนต่อความเจ็บปวดทางกายสูง (physical pain endurance) จะมีแนวโน้มในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า เช่นเดียวกับบุคคลที่เป็นโรคกลัวเลือดก็จะมีความสามารถในการพยายามฆ่าตัวตายต่ำกว่าคนที่ไม่เป็นโรคกลัวเลือด

จึงเห็นได้ว่าจากทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเกิดจากการเผชิญความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง โดยมีความเชื่อมโยงทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันที่จะไม่ทำให้ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเปลี่ยนไปเป็นความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจน ซึ่งภาพรวมของทฤษฎีนี้สามารถอธิบายได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปภาพรวมของทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย

หมายเหตุ. Adapted from "suicide, suicide attempts, and suicidal Ideation", by E. D. Klonsky, A. M. May, & B. Y. Saffer, 2016, *Annual review of clinical psychology, 12*, pp.307-330. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-09320

ทฤษฎีรูปแบบการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: IMV)

ทฤษฎีนี้ O'Connor and Kirtley (2018) ได้บูรณาการรูปแบบระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย รวมถึงหลักการของ stress-diathesis model โดยทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็นรูปแบบ 3 ระยะที่แสดงถึงบริบทชีวจิตสังคม (biopsychosocial context) ของแนวทางสู่ความคิดอยากตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ ระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ ระยะแรงจูงใจ และระยะตั้งใจ โดยกล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ ในขณะที่ระยะแรงจูงใจกล่าวถึงการเกิดความคิดอยากตายจากความรู้สึกล้มเหลว และความรู้สึกถูกลดคุณค่า ก่อนจะเปลี่ยนจากความคิดไปสู่

การกระทำในระยะตั้งใจจากการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจ

1. ระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (pre-motivational phase) เป็นระยะก่อนที่ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้น โดยมีปัจจัยทางด้านชีววิทยา พันธุกรรม หรือความเปราะบางในการรับรู้ (cognitive vulnerability) หรือเรียกว่า diathesis ตามทฤษฎี stress-diathesis model รวมถึงความแตกต่างของลักษณะเฉพาะบางอย่าง เช่น ระดับสารสื่อประสาทเซโรโตนิน บุคลิกภาพแบบสมบูรณ์แบบ (perfectionist) รวมกับความเครียด (stress) ที่มักเป็นผลจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและสภาพแวดล้อม เช่น การตกงาน การสูญเสีย การได้รับบาดเจ็บที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น ทำให้เกิดแรงจูงใจที่ที่นำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายขึ้นมา

2. ระยะแรงจูงใจ (motivational phase) มีพื้นฐานจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) (Ajzen, 1991) ซึ่งกล่าวว่าความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรม และการรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ การขาดทักษะการแก้ปัญหา การจัดการที่ไม่เหมาะสม อคติ และการครุ่นคิดซ้ำ ๆ เป็นสิ่งที่เป็นภัยคุกคามต่อการควบคุมตนเอง (threat to self-moderators) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดอยากตาย ได้แก่ ความรู้สึกล้มเหลว (defeat) และความรู้สึกถูกลดคุณค่า (humiliation) โดยถ้าบุคคลมองไม่เห็นถึงทางออกของปัญหาจะนำไปสู่ความรู้สึกถูกกักขัง (entrapment) เกิดความปั่นป่วนทางจิตใจ ซึ่งเป็นแรงจูงใจและปัจจัยที่สามารถก่อให้เกิดความคิดอยากตายได้

ดังนั้น ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระ การไม่มีอนาคต ไม่มีเป้าหมาย กฎเกณฑ์ทางสังคมที่เข้มงวดมากเกินไป การขาดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทัศนคติที่ไม่ดี และการขาดการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนผ่านจากความรู้สึกถูกกักขังไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนหรือไม่มีแผนชัดเจนได้

3. ระยะตั้งใจ (volitional phase) ปัจจัยที่ควบคุมการเปลี่ยนแปลงจากความคิดอยากตายสู่การพยายามฆ่าตัวตายหรือทำให้ตนเองเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย เช่น ความสามารถในการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย ความกล้าในการฆ่าตัวตาย ความหุนหันพลันแล่น ความไวต่อความเจ็บปวดทางร่างกาย ความไร้ความกลัวเกี่ยวกับความตาย การจินตนาการ และพฤติกรรมในอดีต เป็นต้น ก่อให้เกิดความตั้งใจในการเปลี่ยนผ่านจากความคิดอยากตายสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎี IMV โดย O'Connor and Kirtley (2018)

1. ความเปราะบางหรือความอ่อนไหวรวมกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต (รวมถึงความทุกข์ยากลำบากในวัยเด็ก) เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความคิดฆ่าอยากตาย

2. การกำเนิดของปัจจัยในระยะก่อนเกิดแรงจูงใจ (เช่น ความสมบูรณ์แบบที่สังคมกำหนด) จะเพิ่มความไวต่อสัญญาณของความรู้สึกพ่ายแพ้

3. ความพ่ายแพ้ (defeat) ความรู้สึกถูกลดคุณค่า (humiliation) และการถูกกักขัง (entrapment) เป็นตัวแปรหลักต่อการเกิดความคิดอยากตาย

4. ความรู้สึกถูกกักขังเป็นสิ่งที่เชื่อมระหว่างความพ่ายแพ้และความคิดอยากตาย

5. ปัจจัยในระยะตั้งใจเป็นสิ่งที่ควบคุมการเปลี่ยนจากความคิดหรือเจตนาไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

6. บุคคลที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองจะแสดงระดับของตัวแปรในระยะแรงจูงใจและระยะตั้งใจในระดับที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

7. ความรู้สึกเป็นทุกข์จะมีมากขึ้นในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ และเมื่อเวลาผ่านไป และความตั้งใจจะถูกแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนด้วย 4P model และบริบทชีวจิตสังคม (biopsychosocial context)

จากการศึกษา พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการมีความคิดอยากตายและการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก เช่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การถูกทอดทิ้งหรือกลั่นแกล้ง (Harmer et al., 2023) รวมถึงปัจจัยที่เป็นไป

ตามลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความสิ้นหวังโดดเดี่ยว ซึ่งปัจจัยอื่น ๆ เหล่านี้จะต้องมีการพิจารณาร่วมด้วย จึงเห็นได้ว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงปัจจัยเดียวอาจไม่สามารถทำนายการเกิดความคิดอยากตายและการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wong et al., 2021 ; Franklin et al., 2017)

ดังนั้น การพิจารณาให้เห็นภาพรวมทั้งรูปแบบปัจจัยชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) และปัจจัย 4P (The 4P's) ต่อการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน จะทำให้เห็นภาพปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมซึ่งเป็นตัวอย่างของปัจจัยต่อการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความคิดอยากตายและการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงตัวอย่างปัจจัยต่อการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนตามรูปแบบ 4P และปัจจัยทางชีวจิตสังคม

4P	ปัจจัยทางชีวภาพ	ปัจจัยทางจิตวิทยา	ปัจจัยทางสังคม
predisposing factors ปัจจัยเสี่ยงเดิมก่อนเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน	- อายุ - พันธุกรรม - โรคทางกาย - โรคทางจิตเวช - ประวัติการทำร้ายร่างกายตนเอง	- อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด - ทัศนคติดีต่อความตาย ทัศนคติไม่ดีต่อการมีชีวิตอยู่ - ประสบการณ์ที่เคยได้รับความรุนแรงหรือกระทบกระเทือนต่อจิตใจ - กลไกการป้องกันตนเอง เช่น somatization	- ครอบครัวขาดความอบอุ่น - การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม - ฐานะขัดสน ขาดสภาพคล่อง - สภาพสังคมที่เต็มไปด้วยความตึงเครียด
precipitating factors ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน	- การใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น	- ความเครียด - ความคาดหวังในตนเอง - สัมพันธภาพแตกแยก	- การถูกทอดทิ้งหรือกลั่นแกล้ง - เศรษฐกิจความเป็นอยู่ - เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ เช่น ตกงาน สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
perpetuating factors ปัจจัยที่ทำให้ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนคงอยู่	- การเจ็บป่วยเรื้อรัง - การไม่เข้ารับการรักษา - การติดสารเสพติด	- ความรู้สึกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม - รู้สึกเป็นภาระ - ความรู้สึกล้มเหลว ถูกลดคุณค่า - ความรู้สึกเจ็บปวด - ความสิ้นหวัง - การหาทางแก้ไขปัญหาไม่ได้ หรือการแปลความหมายของเหตุการณ์ในมุมมองของบุคคลนั้น ๆ ในแง่ลบ	- ไม่ได้รับความสนใจหรือความช่วยเหลือ
protective factors ปัจจัยป้องกันความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน	- สุขภาพดี - การเข้ารับการรักษา	- การปรับตัว - ความหมายและเหตุผลในการใช้ชีวิต - ความรู้สึกไม่ติดค้างในใจ - การยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษา	- การมีความเชื่อมโยงทางสังคม - มีคนสนิทใกล้ชิด

การคัดกรองความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ตามความเป็นจริงแล้ว ไม่มีใครสามารถรับรู้ได้ว่าบุคคลไหนที่กำลังมีความคิดอยากตาย หากบุคคลนั้นไม่มีการเปิดเผยออกมาโดยทันทีทันใดหรือถูกสอบถามจากคนใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องมีวิธีการในการประเมินความคิดเหล่านั้น (Husky et al., 2016) ซึ่งวิธีการที่นิยมใช้เพื่อประเมินในปัจจุบันได้แก่ การสังเกตสัญญาณเตือนถึงความคิดอยากตาย การสัมภาษณ์หรือสอบถาม การใช้แบบทดสอบ หรือแบบสอบถาม หรือมาตรวัดที่เกี่ยวข้องที่มีการถามถึง

เรื่องของความคิดอยากตายโดยมีแผนชัดเจนและไม่มีแผนชัดเจน

การสังเกต ในการสังเกตนั้น จะดูจากพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนทั้งสีหน้า แววตา น้ำเสียง ท่าทางในการแสดงออก (American Foundation for Suicide Prevention, 2023; National Institute of Mental Health, 2023) ได้แก่

- พฤติกรรมซึ่งแสดงออกถึงความวิตกกังวล
- นอนหลับมากขึ้นหรือน้อยลงอย่างผิดสังเกต
- มีการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ
- ประสบกับเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การถูกทอดทิ้ง

การหย่าร้าง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

- ประสบกับความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- มีความเครียดสะสมเป็นระยะเวลายาวนานจากการถูกคุกคาม การถูกกลั่นแกล้ง ปัญหาความสัมพันธ์หรือการว่างงาน
- บอกเล่าถึงความรู้สึกหรือความสิ้นหวังไร้จุดมุ่งหมาย ถูกกักขัง หรือเจ็บปวด รู้สึกเหมือนว่าตนเองนั้นเป็นภาระของบุคคลอื่น รวมถึงไม่มีเหตุผลในการใช้ชีวิตอีกต่อไป ไม่มีทางออกสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้น
- อารมณ์แปรปรวนอย่างผิดสังเกต
- มีความโกรธหรือพูดถึงการล้างแค้นผู้อื่น
- แยกตัวออกไปอยู่คนเดียวตัดขาดจากครอบครัวและเพื่อน
- พูดหรือบอกว่ามีความต้องการที่จะตายหรืออยากจบชีวิตของตนเอง
- จัดการธุระส่วนตัวต่าง ๆ เช่น ทำพินัยกรรม
- ออกไปเยี่ยมเยียนหรือเรียกให้ผู้อื่นมาหาเพื่อบอกลา
- ระบุถึงลักษณะและวิธีการต่าง ๆ ที่อาจจะเลือกใช้ เช่น สืบค้นข้อมูลด้านยาพิษหรือยาต่าง ๆ จากอินเทอร์เน็ต ซื้อปืน เป็นต้น
- มีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมประมาทหรือเสี่ยงต่อชีวิตมากขึ้น

การสัมภาษณ์ผู้ที่ความคิดอยากตาย ในการถามคำถามต่าง ๆ จะยึดองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ได้แก่ ความคิดอยากตาย แผนการ การเข้าถึงวิธีการ เจตนา โอกาสที่จะเสียชีวิต ปัจจัยป้องกัน และการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า และใช้คำถามปลายเปิด (Harmer et al., 2023) เช่น

- คุณรู้สึกอย่างไรบ้าง
- อะไรทำให้คุณมีความคิดที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่
- คุณคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ หรือมีแผนการอย่างไรในการฆ่าตัวตาย
- มีอะไรทำให้คุณรู้สึกว่ายังอยากมีชีวิตอยู่บ้าง

วิธีการสุดท้าย **การใช้แบบสอบถาม** ปัจจุบันยังไม่มีแบบสอบถามโดยเฉพาะสำหรับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน จึงต้องใช้วิธีการประเมินความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนในแบบสอบถามหรือแบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนโดยถามถึงความปรารถนาที่จะตาย ตัวอย่างเช่น

the scale for suicide ideation โดย Beck et al. (1979) เป็นมาตรวัดประเมินความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างข้อคำถามเช่น

- คุณจะใช้ชีวิตอยู่บนความไม่ประมาท
- คุณจะใช้ชีวิตหรือจะตายให้เป็นไปตามโอกาสที่จะเกิดขึ้น
- คุณหลีกเลี่ยงสิ่งที่จำเป็นในการรักษาหรือการคงอยู่ของชีวิต

the passive ideation scale suicidal โดย May et al. (2015) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการจำแนกผู้ที่ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ตัวอย่างข้อคำถามเช่น

- คุณรู้สึกดีกว่า หากตนเองตายไป
- ครอบครัวของฉันคงจะดีกว่านี้ หากฉันตายไป

Columbia-suicide severity rating scale โดย Posner et al. (2008) มีข้อคำถามเกี่ยวกับความปรารถนาที่จะตาย เช่น

- คุณนึกถึงการตายหรือคิดจะว่าเป็นอย่างไรหากคุณตายไป
- คุณเคยปรารถนาที่จะตายหรือปรารถนาที่จะนอนหลับและไม่ตื่นอีกเลยไหม

ในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับประเด็นการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนการชัดเจนโดยตรง แต่มีแบบประเมินการฆ่าตัว

ตาย 8 คำถาม (8Q) (Department of Mental Health, n.d.) ที่มีข้อคำถามบางข้อที่เกี่ยวข้องกับการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนการชัดเจน ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น

- ในเดือนที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า
- ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
- ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (ซึ่งบุคคลที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนจะไม่ได้มีการวางแผนไว้ตามทฤษฎีข้างต้น)

กระบวนการในการช่วยเหลือและบำบัดรักษาทางจิตวิทยาสำหรับผู้ที่มีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

ในการให้การช่วยเหลือโดยทั่วไปนั้นสำหรับบุคคลที่มีความไม่สบายใจไม่มาก ให้ตั้งใจรับฟังเรื่องราว เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้เล่าระบายความรู้สึก โดยผู้ที่ให้การบำบัดรักษาและผู้ที่ไม่สบายใจร่วมกันหาทางออกของความทุกข์และความไม่สบายใจนั้น นอกจากนี้แล้วจากหลาย ๆ การศึกษาพบว่ามีหลากหลายวิธีในการบำบัดรักษาเพื่อลดหรือไม่ให้เกิดความคิดอยากตาย ทั้งเป็นการใช้ยาและการทำจิตบำบัด ในที่นี้จึงขอนำเสนอการทำจิตบำบัด 3 รูปแบบที่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ดังนี้

cognitive behavior therapy (CBT) เป็นรูปแบบของการรักษาทางจิตที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีในการเปลี่ยนแปลงความคิด เช่น ความสิ้นหวัง ความไม่มั่นใจในตนเอง และพฤติกรรม เช่น การหลีกเลี่ยง การหนีปัญหา ฯลฯ โดยในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมนั้นจะเป็นการให้รับรู้ถึงความคิดที่เป็นปัญหาและประเมินใหม่ตามความเป็นจริง เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ เรียนรู้การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ และการใช้บทบาทสมมติเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมปัญหาและสามารถเผชิญหน้าและแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งสามารถช่วยลดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน โดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและการทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา หรือรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความหวัง

ตัวอย่างการบำบัดแบบ CBT โดย Stanley et al. (2009)

ระยะเริ่มต้นของการบำบัด ในช่วง session ที่ 1-3 ของการบำบัด

- chain analysis เป็นการหาปัจจัยเสี่ยงและเหตุการณ์กระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดอยากตาย ตลอดจนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมตอบสนองต่อเหตุการณ์เหล่านี้
- safety planning เป็นการช่วยให้ผู้รับการบำบัดจัดลำดับความสำคัญในการรับมือและขอความช่วยเหลือเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- psychoeducation การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายแก่ผู้รับการบำบัด
- addressing reasons for living and building hope การทำให้เกิดความหวังและหาเหตุผลในการใช้ชีวิตอยู่ต่อไป
- case conceptualization เป็นการทำความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับกลไกความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และบริบทแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการคิดฆ่าตัวตายกับผู้รับการบำบัด โดยวางแผน ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินตามแผนการบำบัดและปรับแก้ไขตามความเหมาะสม

ระยะกลางของการบำบัด session ที่ 4-9 ฝึกทักษะแก้ไขปัญหา

- individual skill modules เช่น การหากิจกรรมเพื่อช่วยในการผ่อนคลาย การตรวจจับอารมณ์ของตนเอง การควบคุมอารมณ์และการฝึกความอดทนต่อความเครียด เป็นต้น
- family skill modules ด้วยการฝึกการแก้ไขปัญหาภายในครอบครัวและการแก้ไขรูปแบบการสื่อสารของครอบครัว

ระยะท้ายของการบำบัด session ที่ 10-12 เป็นการทบทวนทักษะต่าง ๆ ที่ได้ฝึกฝนมาเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

- relapse prevention task เป็นการทดสอบทักษะและความสามารถในการรับมือพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในอนาคต ถ้าหากผู้รับการบำบัดมีปัญหาในการนำทักษะที่ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ นักบำบัดอาจจะช่วยทำให้เห็นปัญหาและอาจทบทวนทักษะที่สอนไปแล้วหรือเพิ่มทักษะใหม่
- continuation phase เป็นระยะที่นักบำบัดอาจช่วยเหลือผู้รับการบำบัดและครอบครัวต่อในการเรียนรู้และนำทักษะที่แนะนำไปใช้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการบำบัดจะมีการสรุปในภาพรวม การทบทวนทักษะที่ประสบความสำเร็จที่ได้เรียนรู้การบำบัดและเป้าหมายที่บรรลุ ตลอดจนอภิปรายว่าจำเป็นต้องมีการบำบัดรักษาสำหรับปัญหาอื่น ๆ หรือไม่

interpersonal psychotherapy (IPT) เป็นการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาที่เน้นการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Joiner, 2005) กลไกของ IPT มีผลต่อโครงสร้าง 2 อย่างที่สำคัญ คือ การไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้การเป็นภาระ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ของ 2 อย่างรวมกับความสิ้นหวังอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ โดย IPT จะปรับปรุงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล และลดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่สร้างความเครียด วิธีการบำบัด IPT นี้ ช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมโยงทางสังคมมากขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ลดหรือไม่เกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนได้

ตัวอย่างการบำบัดแบบ IPT แบบย่อ โดย Klomek et al. (2021)

ระยะเริ่มต้นของการบำบัด

- risk assessment ประเมินอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยแบบสอบถาม
- safety plan จัดลำดับความสำคัญในการรับมือและขอความช่วยเหลือเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- chain analysis สรุปและมองหาถึงเหตุการณ์ก่อนหน้าที่จะเกิดความคิดอยากตาย
- presenting the intervention ทำความเข้าใจถึงแผนการให้ความช่วยเหลือกับบุคคลที่มีความเกี่ยวข้อง บทบาทของแต่ละฝ่าย และข้อจำกัด เช่น ตัวผู้รับการบำบัด ผู้ปกครอง
- psychoeducation ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย

ระยะกลางของการบำบัด

- closeness circle ใช้แผนภาพวงกลมเพื่อแสดงถึงความใกล้ชิดสนิทสนมของบุคคลรอบข้างผ่านการวางตำแหน่งชื่อของแต่ละคนไว้ในวงกลมในระยะที่แตกต่างกัน
- มองหาถึงปัญหาที่จะปรับแก้ไขลงในแผนการให้ความช่วยเหลือ
- ฝึกเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงทักษะในการจัดการอารมณ์และพฤติกรรม

ระยะท้ายของการบำบัด สรุปภาพรวมในกระบวนการบำบัดและให้คำแนะนำในการรักษาอื่น ๆ ต่อไป

problem-solving therapy (PST) เป็นการบำบัดทางจิตวิทยาที่เน้นการสนับสนุน มุ่งให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้หรือพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหา และสามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้กับปัญหาชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตและกาย โดยการบำบัดนี้มีฐานจากทฤษฎีการแก้ปัญหาทางสังคม (social problem-solving theory) ซึ่งระบุขั้นตอนการแก้ไขปัญหา 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นพบ (การหาวิธีแก้ไขปัญหา)
2. ประสิทธิภาพ (การนำวิธีแก้ปัญหาไปใช้)
3. การตรวจสอบ (การประเมินผลลัพธ์)

ตัวอย่างการบำบัดแบบ PST โดย Eskin et al. (2008)

- definition of problems การระบุถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อเจอกับปัญหา
- goal setting กำหนดเป้าหมายที่ทำสำเร็จได้ชัดเจน และเป็นไปตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังเป็นการระบุถึงจุดแข็ง (strengths) และทรัพยากร (resources) ที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล
- generating alternative solutions การหาแนวทางที่หลากหลายเพื่อแก้ปัญหา มีการระดมความคิด (brainstorming) และให้จินตนาการถึงการให้คำแนะนำกับบุคคลที่มีปัญหาแบบเดียวกัน ให้หาแนว

ทางการแก้ปัญหานั้นให้ได้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าแนวทางนั้นดีหรือไม่

- decision making หาแนวทางที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและทำให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
- solution implementation ฝึกฝนการแก้ปัญหาด้วยแนวทางการแก้ปัญหาที่เลือกไว้ โดยมีการสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาร่วมด้วย
- assessment and verification ประเมินและตรวจสอบผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหา

การบำบัดด้วยวิธี PST จะกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดกำหนดปัญหาและจัดการปัญหาทีละปัญหา ผู้บำบัดคอยสนับสนุนให้เผชิญหน้าและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถลดการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนได้จากการส่งเสริมทักษะแก้ไขปัญหา เสริมพฤติกรรมเชิงบวก แก้ไขความรู้สึกการเป็นภาระและความสิ้นหวังที่เป็นสาเหตุของการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน

จากแนวทางจิตบำบัดทั้ง 3 รูปแบบที่ได้นำเสนอในข้างต้นนั้น สามารถสรุปออกมาเป็นจุดเด่นและประสิทธิภาพของจิตบำบัดแต่ละรูปแบบได้ ดังนี้

- การบำบัดแบบ CBT มีจุดเด่น คือ เป็นการบำบัดรายบุคคลเป็นหลัก มีความยืดหยุ่นในแผนการบำบัดตามความต้องการของผู้รับการบำบัด ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ความคิดอยากตาย การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ สามารถช่วยลดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน โดยการเปลี่ยนแปลงความคิดและการทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา เพิ่มทักษะการจัดการแก้ไขเมื่อต้องเจอกับความเครียดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความหวัง
- การบำบัดแบบ IPT มีจุดเด่น คือ เป็นการบำบัดที่เน้นที่ประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งผู้มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตายมักมีปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์และมีความยากลำบากในการแบ่งปันหรือระบายความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้รับการบำบัด เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะช่วยลดหรือไม่เกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนได้ และใช้ระยะเวลาไม่นาน
- การบำบัดแบบ PST มีจุดเด่น คือ เป็นการบำบัดที่ส่งเสริมแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ผู้รับการบำบัดสามารถทำได้ เพิ่มทักษะในการรับมือและการจัดการกับปัญหา เพิ่มความกล้าแสดงออก เพิ่มความมั่นใจในตนเองของผู้รับการบำบัดซึ่งเป็นปัจจัยในการป้องกันโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ลดความรู้สึกการเป็นภาระและความสิ้นหวังที่เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิดความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนการชัดเจน

นอกจากนี้ ในประเทศไทยนั้นยังมีโทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉิน หรือช่องทางโซเชียลมีเดีย สำหรับผู้ที่มีความคิดอยากตาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ต้องการผู้รับฟังหรือผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งผู้เขียนได้ทำการรวบรวมไว้ดังภาพที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้ผู้รับฟังและคำปรึกษา รวมถึงแนวทางการแก้ไขในเบื้องต้น ซึ่งลดความตึงเครียดและบรรเทาความสิ้นหวัง ณ ขณะนั้น



ภาพที่ 2 สรุปภาพรวมโทรศัพท์สายด่วนฉุกเฉิน และช่องทางโซเชียลมีเดียสำหรับให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตายในประเทศไทย

สรุป

ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนเกิดจากการเผชิญความเจ็บปวดและสิ้นหวัง ความรู้สึก ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนจึงเป็นระยะแรกของการฆ่าตัวตาย และความคิดนี้จะไม่พัฒนาไปสู่ความคิดอยากตายโดยมีแผนการหากมีความเชื่อมโยงทางสังคมที่มากพอ ซึ่งการมีความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทั้งด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมที่ส่งผลต่อการเกิดการพัฒนาของความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจน ซึ่งในการประเมินความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนนิยมใช้ 3 วิธี คือ การสังเกต การสัมภาษณ์และการใช้แบบประเมินหรือแบบสอบถามทางจิตวิทยา รวมถึงสามารถบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การบำบัดแบบ cognitive behavior therapy, interpersonal psychotherapy และ problem-solving therapy รวมถึงการให้การช่วยเหลือด้วยสายด่วนต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความสิ้นหวังและความตึงเครียด

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความคิดอยากตายโดยไม่มีแผนชัดเจนอยู่อย่างจำกัด จึงคาดหวังว่าบทความนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในอนาคตต่อไป และมีส่วนช่วยในการตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอยากตายโดยมีไม่แผนชัดเจนที่สามารถช่วยในการประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายและการบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าในเนื้อหาทฤษฎีต่าง ๆ มักกล่าวถึงความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล เพื่อน ครอบครัว รวมถึงสังคมรอบข้างที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตาย หากผู้คนในสังคมยังมองว่าเรื่องของการตั้งคำถามถึงการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ไม่สมควรถาม หรือตัดสินบุคคลที่มีความคิดอยากตายไปก่อนว่า “คิดสั้น” ย่อมมีโอกาสทำให้เกิดความสูญเสียตามมาได้ แต่การรับฟังบุคคลนั้นอย่างตั้งใจ มีความใส่ใจ สังเกตถึงน้ำเสียง สีหน้าท่าทางของบุคคลที่ท่านกำลังรับฟังอยู่ อาจเป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างมากสำหรับผู้ที่สิ้นหวัง มีความคิดอยากตายให้กลับมามีสติและสามารถช่วยเหลือให้บุคคลนั้นกลับมาใช้ชีวิตได้

นอกเหนือจากคนใกล้ชิดที่มีบทบาทในการช่วยเหลือแล้ว หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรอิสระยังมีความจำเป็นอย่างมากในการให้บริการเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตายเช่นเดียวกัน หากมีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรเพื่อให้บริการในด้านการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมมากขึ้น มีการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจควบคู่กัน รวมถึงประชาสัมพันธ์ช่องทางการบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากตายมากขึ้น ซึ่งนับว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อทุกภาคส่วน

เอกสารอ้างอิง (References)

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

American Foundation for Suicide Prevention. (2023). *Risk factors, protective factors, and warning signs*. https://afsp.org/risk-factors-protective-factors-and-warning-signs# warning-signs

Ashkanazi, G. A. (2018). Suicidal ideation. In J. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan, (Eds). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. Springer, Cham. 343-352. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_2136-2

Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, *134*(1-3), 327-332. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343-352. https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343

Booniam, S., Wongpakaran, T., Lerttrakarnnon, P., Jiraniramai, S., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2020). Predictors of passive and active suicidal ideation and suicide attempt among older people: A study in tertiary care settings in Thailand. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*, 3135-3144. https://doi.org/10.2147/NDT.S283022 (in Thai).

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1313-1345. https://doi.org/10.1037/bul0000123

Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A., Parks, S. E., Gfroerer, J., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥18 years--United States, 2008-2009. Morbidity and mortality weekly report. *Surveillance Summaries (Washington, D. C.: 2002)*, *60*(13), 1-22.

Davis, S. J. (2018, August 1). *The sad truth about passive suicidal ideation and actions*. Thrive Global. https://community.thriveglobal.com/the-sad-truth-about-passive-suicidal-ideation-and-actions/

Department of Mental Health. (n.d.). *Manual for suicide behaviors screening*. Retrieved April 5, 2023, from https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20230116133019331 7.pdf (in Thai).

Eskin, M., Ertekin, K. & Demir, H. (2008) Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(2), 227-245. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9172-8

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 187-232. https://doi.org/10.1037/bul0000084

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2023). *Suicidal ideation*. StatPearls Publishing.

Husky, M. M., Zablith, I., Alvarez Fernandez, V., & Kovess-Masfety, V. (2016). Factors associated with suicidal ideation disclosure: Results from a large population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *205*, 36-43. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.054

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press

Klomek, A. B., Catalan, L. H., & Apter, A. (2021). Ultra-brief crisis interpersonal psychotherapy-based intervention for suicidal children and adolescents. *World Journal of Psychiatry*, *11*(8), 403-411. https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i8.403

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the 'ideation-to-action' framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114-129. https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 307-330. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204

Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). To die or not to die: A qualitative study of men's suicidality in Norway. *BMC Psychiatry*, *18*(1),

263. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1843-3

Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine*, *50*(3), 367-383. https://doi.org/10.1017/S0033291719003911X

May, C. N., Overholser, J. C., Ridley, J., & Raymond, D. (2015). Passive suicidal ideation: A clinically relevant risk factor for suicide in treatment-seeking veterans. *Illness, Crisis & Loss*, *23*(3), 261-277. https://doi.org/10.1177/1054137315585422

National Institute of Mental Health. (2023). *Frequently asked questions about suicide*. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zalazny, J., Burke, A., Oquendo, M., & Mann, J. (2008). *Columbia-suicide severity rating scale (CSSRS)*. The Columbia Lighthouse Project. https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(12), 1266-1277. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704

Raue, P. J., Meyers, B. S., Rowe, J. L., Heo, M., & Bruce, M. L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 32-37. https://doi.org/10.1002/gps.1649

Rozanov, V. A., & Rakhimkulova, A. S. (2017). Suicidal ideation in adolescents-a transcultural analysis. In U. Kumar (Ed.), *Handbook of suicidal behaviour*. (pp.267-285). Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-4816-6_15

Simon, R. I. (2014). Passive suicidal ideation: Still a high-risk clinical scenario. *Current Psychiatry*, *13*(3), 13-15.

Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(10), 1005-1013. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, *387*(10024), 1227-1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)002342

Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E., Jr. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychological Assessment*, *24*(1), 197-215. https://doi.org/10.1037/a0025358

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide.

Psychological Review, *117*(2), 575-600. https://doi.org/10.1037/a0018697

Wastler, H. M., Khazem, L. R., Ammendola, E., Baker, J. C., Bauder, C. R., Tabares, J., Bryan, A. O., Szeto, E., & Bryan, C. J. (2023). An empirical investigation of the distinction between passive and active ideation: Understanding the latent structure of suicidal thought content. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *53*(2), 219-226. https://doi.org/10.1111/sltb.12935

Wong, A., Chan, I., Tsang, C. H. C., Chan, A. Y. F., Shum, A. K. Y., Lai, E. S. Y., & Yip, P. (2021). A local review on the use of a bio-psycho-social model in school-based mental health promotion. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 691815. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.691815

World Health Organisation (WHO). (2021, June 17). *Suicide*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide