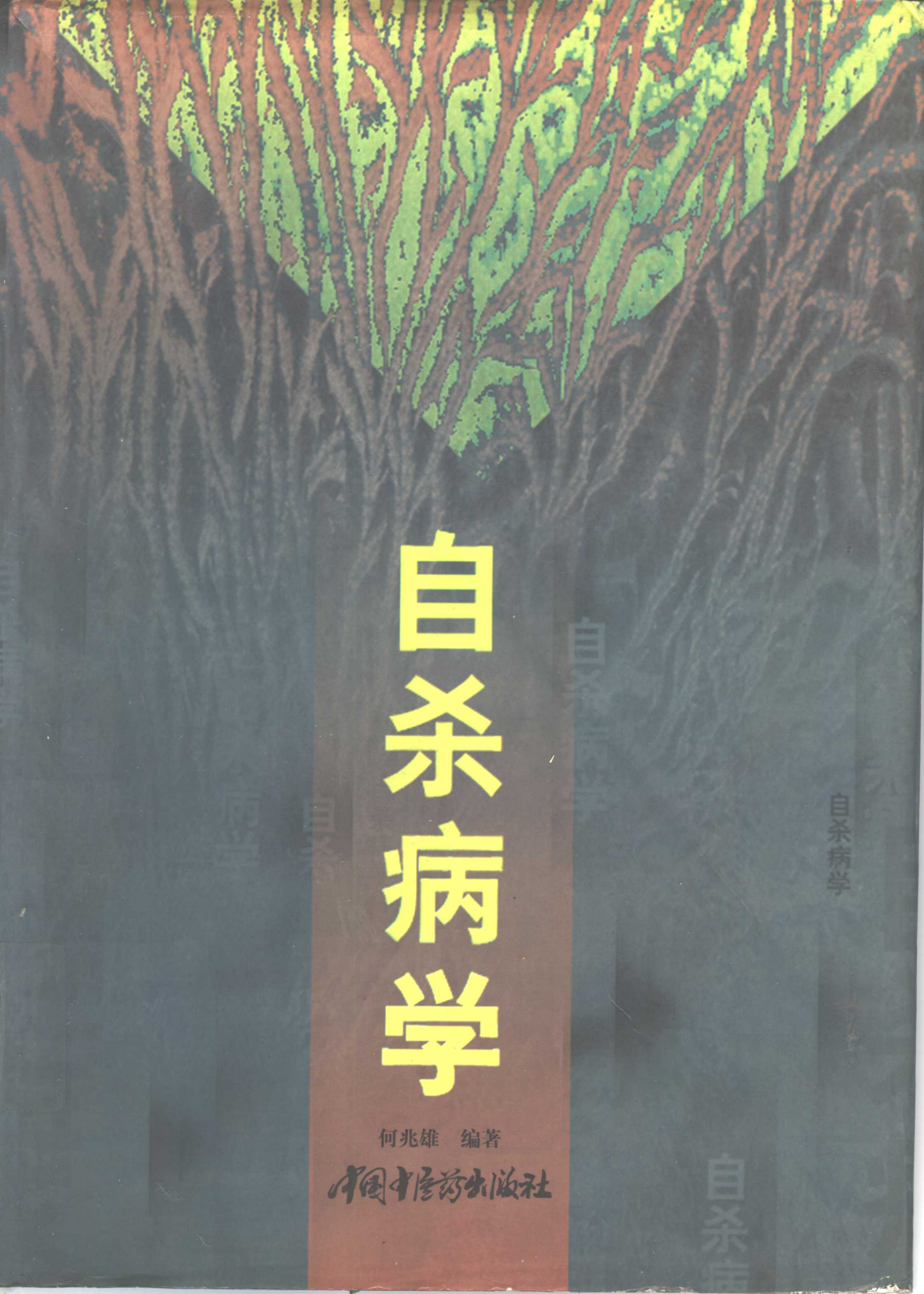




自杀病学

何兆雄 编著

中国中医药出版社

自杀病学

自杀病

自杀病学

何兆雄 编著

中国中医药出版社

• 北京 •

图书在版编目 (CIP) 数据

自杀病学/何兆雄编著. -北京: 中国中医药出版社,
1997.9

ISBN 7-80089-617-X

I. 自… II. 何… III. 自杀-研究 IV. R749.99 清代 IV.

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 16766 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路七号 电话: 64151553 邮码: 100027)

印刷者: 北京北七家印刷厂印刷

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 787×1092 毫米 16 开

字 数: 1156 千字

印 张: 46.5

版 次: 1997 年 9 月第 1 版

印 次: 1997 年 9 月第 1 次印刷

册 数: 2000

书 号: ISBN7-80089-617-X/R·616

定 价: 70.00 元

序

此次何兆雄先生将其多年研究的成果交付出版，欣闻之下，不胜庆幸之至。长期以来，有关中国的自杀问题以及自杀研究，对于我们国外同行，实在不甚了了，可说处于空白状态。几年之前，我得悉何先生在此方面孜孜不倦，全力以赴，锲而不舍并乐此不疲地进行研究，使我感动殊深。作为何先生委托作序的撰稿人，又是自杀研究的同道，我对先生的研究及书稿的出版，深表敬意，我相信日本的专业研究者以及世界的专业研究者，与我也有同感。

中国是日本的邻邦，在悠久的文明史中，有许多文明的精华，值得我们学习和借鉴，时至今日，仍然毫不逊色。近年众多中国有志青年，不远千里，负笈东瀛，他们学习认真，人格高尚，令我敬佩。中国博大精深的文化，日本人民多年以来就有深刻的印象。何先生的研究成果中，也反映出这种博大精深的气派，他根据世界学术界普遍接受的共识，并在此基础上进行文化交流，用比较文化的方法进行研究，表现得非常出色。

我从先生的研究成果中发现，先生的许多见解独到，而且精辟、连贯。深信此书的出版在世界自杀研究史来说，是有划时代意义的。

稻村 博

1994年9月

稻村 博为日本自杀预防学会事務局常务理事、日本一桥大学教授。

前言

自杀行为常常被当作一个谜。而对自杀现象的研究在我国一度成为禁区。自杀的流行病学数据一度成为保密或讳莫如深的问题,自杀病学的出现更使人大为诧异。然而,自杀现象是同人类社会并存的。自杀的历史从人类开始的时候起,真正把自杀作为社会现象和病理现象进行研究,是从19世纪开始的。自杀之谜逐步被打破,自杀现象已逐步成为学者研究的课题。1992年12月在南京召开的第一届全国自杀预防和危机干预讨论会,就标志着这一禁区的被打破,这一研究课题为有关部门所认可。1994年,中国心理卫生协会危机干预专业委员会的成立,意味着正式放开这一科研区域的研究。自杀流行学的调查工作早已经在四川、山东、江苏、内蒙、福建等地立项调查,并得到政府部门的认可和资助。一向保密的中国自杀率也已经先后由国家统计局(1987年)在《中国社会统计资料》和1989年、1990年的世界卫生组织卫生统计年报上发表,自杀率不再被认为是保密材料。这些事实,无疑对中国的自杀预防和学术研究工作都是一个鼓舞和促进。本书正是在这种形势下进行调查和研究后而著成的。

本书的基本观点是自杀属于一种疾病,自杀病学是一个学科群。所谓疾病就是人在生物、心理和社会方面的不完全良好。因此,自杀行为并不神秘,完全可以从多学科进行多方位的探讨,揭开这个神秘外衣。但本书写作的目的不仅在于探秘,更重要的是立足于预防。全中国每年有21万人自杀,全世界每年有65~70多万人自杀,这是一种恶性疾病,必须引起人们的注意。科学的态度是正视它,把自杀率控制或降低到可能的限度,而不是讳疾忌医,或把自杀率作为社会或政绩的评价标准。

本书的特点是用文化人类学和文化生态学的方法对自杀病学进行研究,并结合传统学科的方法和研究成果进行多学科研究。19世纪法国权威学者涂尔干指出,研究自杀不能离开统计数字。美哉斯言。世界上的事物、现象纷繁错杂,人们不能随便掇拾一两个案例去说明一些带普遍性的问题。而且科学的本质属性就是可重复性,因此本书的统计表繁多,有作者亲自调查的,有作者根据前人和时人的资料进行统计的,也有作者直接转引同道的,资料都分别注明出处,以昭信守。

本书是调查了13个民族(包括汉族)15 000份问卷和6 000例样本(包括100例病理尸检)后写成的。历时4年,行程万里。由云贵高原、中越边界、五岭山脉到北部湾上的海岛都有调查者的脚印。

本书作者计算,中国大陆的年自杀率为17.07/10万(1989年),男女性别比为8:10。汉族高于少数民族,华人高于居留国其他种族居民。许多少数民族居民点还是自杀的空白区(一定时期内)或准空白区。自杀意念阳性率高的居民点,自杀率或自杀发生率不一定高。本书特点之一是运用文化人类学材料描述自杀率和自杀意念阳性率的地区分布和民族差异。

青年的蓄意自伤,特别是农村青年妇女的蓄意自伤问题,或者说农村少妇服农药蓄意自伤和自杀问题,是当今中国突出的社会问题。对待自杀,目前流行的对策为预防对策、危机对策和事后对策三个阶段。学者把它分为三级预防,发现自杀征兆作为一级预防。本书把预防对策由微观控制扩大到宏观调控,即不能只停留在临床先兆及其心理治疗方面,应该从心

理卫生和道德教育入手。自杀行为是一种身心疾病加社会原因造成的，应该作专门处理。但如同性教育一样，防止自杀行为的教育，应该从小学便开始。

在本书行将付梓之际，感谢北京医科大学沈渔邨教授和湖南医科大学杨德森教授的关怀。感谢广西医科大学何金生副教授、李向红副教授为本书所作的统计处理。感谢我的亲密助手蒋海波、赖其平、李柳永诸先生以及李克信主任医师为本书搜集资料所作的卓有成效的工作。感谢我所调查的地区各级领导给予的方便与支持。

最后，我要深深感谢哺育我的，并给我最大支持的广西医科大学图书馆。

目 录

前言	1	一、自杀病学是生死学的一个分支	22
第一章 自杀的疾病性质	3	(一) 死亡定义	22
一、自杀行为是个谜	3	(二) 死亡标准	24
(一) 精神医学中的对立判断	3	(三) 死亡分类	25
(二) 社会学的对立判断	4	(四) 死亡取向	25
(三) 哲学家的理论与实践脱节	4	二、自杀术语学	27
(四) 伦理学褒与贬的对立	5	(一) 汉语	27
二、揭开自杀之谜的途径	5	(二) 拉丁语系	28
(一) 自杀与灵魂——科学与灵学	6	(三) 切腹与自焚	29
(二) 濒死体验不是生命之后的生命	6	三、自杀病学的研究对象	29
(三) “科学”灵魂的真实意图	8	(一) 自杀病学的定义	29
三、濒死体验与自杀之谜	10	(二) 自杀病学的学科性质	31
(一) 濒死体验并非自杀者的特异现象	10	(三) 自杀病学的特点	32
(二) 濒死体验研究无助于判定自杀的神秘性质	11	四、自杀病学的任务	32
(三) 濒死体验的年龄差异同生活经验相关	12	(一) 研究自杀行为的规律性	32
(四) 濒死体验的地区差异同生活经历有关	12	(二) 从防治出发研究环境对自杀病的影响	33
四、“科学”的灵魂说不是自杀的病因学	13	(三) 从防治出发研究自杀病病因学	33
(一) 感觉剥夺说	13	(四) 从实践出发研究预防、干预与事后对策	34
(二) 适应反应说	13	五、自杀病学研究方法	35
(三) 中毒性精神病说	14	(一) 逻辑哲学方法	35
(四) 人格解体说	14	(二) 各学科的特殊方法——还原论	35
(五) 其他假说	14	(三) 系统方法	36
五、死亡时间与灵魂无关	15	六、自杀病学的功能	37
(一) 自杀、他杀或自然死亡同生日无关	15	(一) 认识的功能	37
(二) 死亡时刻确有集中的时候	16	(二) 教育的功能	37
六、自杀是一种疾病	16	(三) 预防的功能	37
(一) “自杀是一种疾病”的命题符合现行的疾病定义	18	七、自杀病学在医学和社会学教育中的地位	37
(二) 自杀是疾病的理论根据	18	第三章 自杀历史学	39
(三) 自杀是疾病的事实根据	19	一、自杀史	39
(四) 自杀的疾病规律性	20	(一) 自杀不是人类独有	39
第二章 自杀病学的学科性质	22	(二) 自杀与人类文明同时开始	40
		(三) 中国古籍中的自杀描述	40
		(四) 欧洲经典著作中的自杀描述	43

(五) 自杀的道德与法	53	(一) 汉区佛教与自杀道德	108
二、自杀病学史	57	(二) 道教	108
(一) 自杀病学理论研究	59	八、马克思主义的自杀道德观	109
(二) 重要论著	74	(一) 马克思的早期理论活动	109
三、自杀预防史	79	(二) 马克思主义的早期活动家接受安乐死	111
(一) 自杀预防的早期活动	79	九、习俗害怕自杀	113
(二) 自杀预防的中期活动	79	(一) 惧怕自杀的表现	113
(三) 防止自杀的当代活动	80	(二) 恐惧心理的来源	114
第四章 自杀伦理学	86	十、自杀的现代争论	115
一、自杀道德是一个道德难题	86	(一) 自杀是犯罪	115
(一) 生命神圣论、生命价值论还是生命质量论	86	(二) 自杀是不道德的	115
(二) 生命义务论还是生命权利论	87	(三) 自杀是精神病	116
(三) 自律论还是他律论	87	(四) 自杀的自由化观点	116
二、危机干预是个道德难题	88	第五章 自杀分类学	117
(一) 自杀者的难题是既想死又想活	88	一、自杀分类学史	117
(二) 医生的难题是尊重自杀者肉体的自我还是精神的自我	88	(一) 伦理学分类	117
(三) 医学难题是是否承认合理自杀	89	(二) 社会学分类	117
三、欧洲奴隶时代的道德迷惘	90	(三) 心理分析学派分类	118
四、宗教人本主义	93	(四) 精神病学分类	120
(一) 中世纪欧洲的神学道德	93	(五) 国际分类法	121
(二) 基督教	94	二、自杀分类法及其意义	121
(三) 佛教	95	(一) 方法	121
(四) 伊斯兰教	96	(二) 意义	122
五、道德人本主义	97	(三) 当前自杀分类学的缺陷	123
(一) 蒙田	97	三、涂尔干分类法	124
(二) 多恩	97	(一) 利他性自杀	124
(三) 斯宾诺莎	97	(二) 利己性自杀	126
(四) 孟德斯鸠	98	(三) 失范性自杀	127
(五) 伏尔泰	98	(四) 宿命论自杀	128
(六) 休谟	98	四、心理学分类法	129
(七) 康德	99	(一) 梅宁格分类法	129
(八) 叔本华	99	(二) 施耐德曼分类法	131
(九) 包尔生	100	五、生物医学分类法	135
六、中国的道德人本主义	100	(一) 标准分类法	135
(一) 儒家	101	(二) 综合分类法	137
(二) 墨家	102	第六章 自杀人口统计学	141
(三) 道家	103	一、自杀人口统计学的历史、任务与方法	141
(四) 法家	104	(一) 人口、人口统计学与自杀	141
(五) 杂家	105	(二) 自杀人口统计学的任务	142
七、中国的宗教人本主义	107	二、自杀人口	143

(一) 自杀人口的理论意义	143	(一) 地区分布	191
(二) 单一人口论	144	(二) 人群分布	197
(三) 区分人口论	146	(三) 时间分布	234
(四) 重迭人口论	146	四、分布模式	243
三、中国的自杀人口	148	(一) 带状型	243
(一) 自杀率	148	(二) 反差型	244
(二) 自杀未遂率	149	(三) 密集型	245
(三) 自杀意念	150	(四) 暴发型	245
四、自杀率的可靠性	150	(五) 散在型	246
(一) 自杀率的可靠性低于客观现实	150	(六) 辐射型	247
(二) 自杀率可靠性低的原因	151	(七) 凝聚型	247
(三) 假阳性与假阴性的来源	151	(八) 空白型	248
(四) 错误分类的影响	153	第八章 自杀意念	249
五、自杀人口类型与人口模式	153	一、定义	249
(一) 自杀与人口的年龄结构	154	(一) 定义	249
(二) 自杀与人口模式、人口密度	157	(二) 测定自杀意念的意义	250
六、高发区与低发区	161	(三) 规范化的自杀意念	251
(一) 高发区	161	(四) 自杀意念与自杀企图的区别	254
(二) 普通地区	162	二、测定方法	254
(三) 低发区	163	(一) 经典法	254
(四) 准空白区	163	(二) 贝克氏法	255
七、自杀率与社会背景	163	(三) 三式普查法	257
(一) 自杀率与产值、收入	163	三、人群分布	265
(二) 自杀率与卫生保健	165	(一) 总分布率	265
(三) 自杀率与社会保障	166	(二) 常态分布	267
(四) 自杀率与文化素质及人际沟通	167	(三) 地域分布	268
八、自杀的判定	169	(四) 民族分布	287
(一) 自杀率的地区差异部分来自认知因 素	169	(五) 职业分布	318
(二) 判定自杀的人员、素质及其任务	171	四、易感性	330
(三) 猝死通知书(英国)样本	174	(一) 罗亭现象	330
(四) 自杀登记制度	176	(二) I级自杀意念	331
第七章 自杀流行病学	180	(三) 性别	334
一、一览表	180	(四) 文化	334
(一) 禁区与忌讳	180	(五) 年龄	335
(二) 一览表	181	(六) 婚姻	336
(三) 一览表的缺陷和补充	181	(七) 气质	337
(四) 一览表的模糊性	185	(八) 人格	338
二、中国的一览表	188	第九章 准自杀	341
(一) 《中国人口》公布的自杀率	188	一、定义	341
(二) 中国的一览表的模糊性	190	(一) 定义	341
三、分布特征	191	(二) 概念	342
		(三) 术语	344

二、分类	345	(四) 世界各国自杀人口性别比例逐年上 升	418
(一) 社会学分类法	345	(五) 中国妇女自杀率高、性比低的原 因	420
(二) 心理学分类法	345	(六) 葡萄牙现象	421
(三) 临床分类法	346	五、年龄与自杀	422
(四) 自杀病学分类法	347	(一) 自杀率的年龄分布	422
三、频率	348	(二) 中国自杀人数、自杀率的年龄分布	425
(一) 发生率	348	(三) 少年期自杀	426
(二) 比例	352	(四) 青年期自杀	435
四、社会学考察	357	(五) 中年期自杀	442
(一) 性别	357	(六) 老年期自杀	445
(二) 年龄	359	六、职业与自杀	452
(三) 抚育环境	360	(一) 概述	452
五、青少年蓄意自伤	376	(二) 知名人士	454
(一) 概念	376	(三) 工人	457
(二) 人群分布	379	(四) 农民	459
(三) 诊断	381	(五) 学生	461
(四) 预防与治疗	382	(六) 教师	468
六、致病因子	385	(七) 医师	469
(一) 环境因素	385	(八) 军人	473
(二) 生物学因素	389	七、特殊情况下的自杀	479
(三) 心理学因素	389	(一) 监狱	479
七、诊断	392	(二) 他杀与自杀	482
(一) 前驱阶段	392	(三) 医院	485
(二) 危机阶段	393	(四) 集体自杀	489
(三) 恢复阶段	395	(五) 集中营	493
第十章 自杀社会学	401	八、家族与自杀	494
一、政治与自杀	401	(一) 家族性自杀	494
(一) 战争与自杀	401	(二) 家庭矛盾性自杀	495
(二) 革命与自杀	403	(三) 家庭协议自杀	495
(三) 政变与自杀	403	(四) 亲子自杀	496
二、经济与自杀	404	九、情爱与自杀	500
(一) 传统观点	404	(一) 频率	501
(二) 实际情况	404	(二) 年龄与职业	501
(三) 中国大陆自杀率情况	406	(三) 时间与地点	502
三、文化与自杀	407	(四) 自杀手段	502
(一) 民族性格	407	(五) 自杀动机	503
(二) 传统习俗	409	十、自杀与手段	504
(三) 宗教	409	(一) 自杀手段的本质属性	505
四、性别与自杀	415	(二) 地区差异	505
(一) 中国各组年龄自杀率的性别差异	415	(三) 年代差异	509
(二) 中国自杀人数的性别分布	416		
(三) 中国自杀人口的性别比例	417		

(四) 种族差异	512	(四) 微观预防	590
(五) 性别差异	512	二、危机对策	617
(六) 年龄差异	514	(一) 危机干预的定义及对策	617
(七) 有效性分析	516	(二) 危机的形成及发展	632
(八) 可接受性分析	519	(三) 危机的干预技术	635
(九) 研究自杀手段的意义	521	三、事后对策	636
十一、遗书	523	(一) 未死者如何抢救	636
(一) 概说	523	(二) 防止再度自杀(蓄意自伤)	645
(二) 形式	525	(三) 自杀死亡案件的处置	650
(三) 内容	526	第十三章 边缘性自杀	653
(四) 真假遗书的鉴别	530	一、吸烟	653
(五) 研究遗书的意义	531	(一) 永恒的悲剧	653
第十一章 自杀病因学	534	(二) 流行学	656
一、自然生态因素	534	(三) 伤害性	661
(一) 气候与地区差异	534	(四) 致死性	667
(二) 气候与年代差异	535	(五) 风险/效益分析	671
(三) 自然景观与颜色	536	(六) 预防与控制	674
(四) 环境污染	537	二、酗酒	675
(五) 重大的自然灾害	537	(一) 流行学	675
二、社会生态因素	537	(二) 伤害性	676
(一) 社会整合力	537	(三) 致死性	684
(二) 角色冲突	539	(四) 风险/效益分析	688
(三) 生活节奏	540	三、性乱	688
(四) 社会心态	541	(一) 定义	688
(五) 生活事件	544	(二) 历史与现状	689
(六) 人口老化	545	(三) 性乱的恶果	691
(七) 家庭转型	547	(四) 伤害性	695
三、心理因素	550	(五) 致死性	698
(一) 心理脆弱性	550	四、吸毒	699
(二) 心理传染性	556	(一) 概念	699
(三) 病态心理	561	(二) 非法毒品是性药	701
四、生物因素	565	(三) 流行学	702
(一) 图像诊断研究	565	(四) 伤害性	702
(二) 遗传学研究	566	(五) 致死性	704
(三) 生物化学研究	567	五、安乐死	705
(四) 躯体疾病	569	(一) 概念与分类	705
(五) 精神疾患	573	(二) 历史性	706
第十二章 自杀病的预防与控制	582	(三) 不可接受性	708
一、预防对策	582	(四) 可接受性	709
(一) 防止自杀病的意义	582	(五) 现实性	711
(二) 防止自杀病的有效性	584	(六) 条件性	712
(三) 宏观预防	586	附录: 参考文献	715

前言

自杀行为常常被当作一个谜。而对自杀现象的研究在我国一度成为禁区。自杀的流行病学数据一度成为保密或讳莫如深的问题,自杀病学的出现更使人大为诧异。然而,自杀现象是同人类社会并存的。自杀的历史从人类开始的时候起,真正把自杀作为社会现象和病理现象进行研究,是从19世纪开始的。自杀之谜逐步被打破,自杀现象已逐步成为学者研究的课题。1992年12月在南京召开的第一届全国自杀预防和危机干预讨论会,就标志着这一禁区的被打破,这一研究课题为有关部门所认可。1994年,中国心理卫生协会危机干预专业委员会的成立,意味着正式放开这一科研区域的研究。自杀流行学的调查工作早已经在四川、山东、江苏、内蒙、福建等地立项调查,并得到政府部门的认可和资助。一向保密的中国自杀率也已经先后由国家统计局(1987年)在《中国社会统计资料》和1989年、1990年的世界卫生组织卫生统计年报上发表,自杀率不再被认为是保密材料。这些事实,无疑对中国的自杀预防和学术研究工作都是一个鼓舞和促进。本书正是在这种形势下进行调查和研究后而著成的。

本书的基本观点是自杀属于一种疾病,自杀病学是一个学科群。所谓疾病就是人在生物、心理和社会方面的不完全良好。因此,自杀行为并不神秘,完全可以从多学科进行多方位的探讨,揭开这个神秘外衣。但本书写作的目的不仅在于探秘,更重要的是立足于预防。全中国每年有21万人自杀,全世界每年有65~70多万人自杀,这是一种恶性疾病,必须引起人们的注意。科学的态度是正视它,把自杀率控制或降低到可能的限度,而不是讳疾忌医,或把自杀率作为社会或政绩的评价标准。

本书的特点是用文化人类学和文化生态学的方法对自杀病学进行研究,并结合传统学科的方法和研究成果进行多学科研究。19世纪法国权威学者涂尔干指出,研究自杀不能离开统计数字。美哉斯言。世界上的事物、现象纷繁错杂,人们不能随便掇拾一两个案例去说明一些带普遍性的问题。而且科学的本质属性就是可重复性,因此本书的统计表繁多,有作者亲自调查的,有作者根据前人和时人的资料进行统计的,也有作者直接转引同道的,资料都分别注明出处,以昭信守。

本书是调查了13个民族(包括汉族)*15 000份问卷和6 000例样本(包括100例病理尸检)后写成的。历时4年,行程万里。由云贵高原、中越边界、五岭山脉到北部湾上的海岛都有调查者的脚印。

本书作者计算,中国大陆的年自杀率为17.07/10万(1989年),男女性别比为8:10。汉族高于少数民族,华人高于居留国其他种族居民。许多少数民族居民点还是自杀的空白区(一定时期内)或准空白区。自杀意念阳性率高的居民点,自杀率或自杀发生率不一定高。本书特点之一是运用文化人类学材料描述自杀率和自杀意念阳性率的地区分布和民族差异。

青年的蓄意自伤,特别是农村青年妇女的蓄意自伤问题,或者说农村少妇服农药蓄意自伤和自杀问题,是当今中国突出的社会问题。对待自杀,目前流行的对策为预防对策、危机对策和事后对策三个阶段。学者把它分为三级预防,发现自杀征兆作为一级预防。本书把预防对策由微观控制扩大到宏观调控,即不能只停留在临床先兆及其心理治疗方面,应该从心

理卫生和道德教育入手。自杀行为是一种身心疾病加社会原因造成的，应该作专门处理。但如同性教育一样，防止自杀行为的教育，应该从小学便开始。

在本书行将付梓之际，感谢北京医科大学沈渔邨教授和湖南医科大学杨德森教授的关怀。感谢广西医科大学何金生副教授、李向红副教授为本书所作的统计处理。感谢我的亲密助手蒋海波、赖其平、李柳永诸先生以及李克信主任医师为本书搜集资料所作的卓有成效的工作。感谢我所调查的地区各级领导给予的方便与支持。

最后，我要深深感谢哺育我的，并给我最大支持的广西医科大学图书馆。

第一章 自杀的疾病性质

自杀有一层神秘的外壳，虽然自杀是常见现象，要揭开这道神秘的外壳，有可知论，也有不可知论，不可知论会滑到灵魂假说那边去。于是，自杀更成为神秘莫测的行为。从可知论出发探索，自杀行为归根结底是一种疾病。因此，要阐明自杀的本质，必须先行分析自杀行为是个谜的来源，以及自杀与濒死体验的关系，才能最后形成自杀是一种疾病的结论。

一、自杀行为是个谜

自杀行为是个谜，那是因为自杀带悖论性质，即同一事物中，带有两种截然相反的判断。

(一) 精神医学中的对立判断

人怕死偏要去死。

在精神医学的基础上，近年来形成一门新的学科，那就是自杀病学，尽管自杀病学的研究者是各种专业的人员，但基本队伍是精神病科医生。自杀流行学的调查和研究表明，自杀率近百年来是逐年上升（局部地区或国家处于下降或稳定的趋势），特别是准自杀（即俗称自杀未遂）更是急剧上升。所以精神医学如今又开拓了一个新的研究领域即死亡焦虑或死亡恐怖（thanatophobia）。研究表明，死亡恐怖是多发性的常见死亡心理。死亡恐怖不仅神经质、精神质的人有，正常人照样有；不仅是临死时才有，在围产期已经开始形成；不仅是智商高的人才有死亡恐怖心理，智商低的人照样有。这就是一种悖论。一方面怕死是众多人的心理，然而自杀者却偏偏不怕死，而且不怕死的人却越来越多，甚至一怒之下，可以寻死。正如人生来是怕死的，自杀者决定自杀时，却往往害怕死亡。死亡恐怖心理的存在，使自杀在精神医学方面披上一层神秘的外衣。

婴儿怕死，也有3岁儿童自杀，儿童有死亡焦虑却又认为死亡是可逆的。

存在主义对死亡恐怖的解释是因为人们发现了人的生命意义。V. Frankle 就认为死亡的不可避免性是一种普遍性的存在危机。（McCarthy, J. B., 1982; 9）然而，事实上死亡恐怖在婴儿期便开始形成。引起死亡恐怖或死亡焦虑的因素有：（1）婴儿期的依赖和失助；（2）母亲及他人的常性（Constancy）感觉在婴儿身上逐步发育。婴儿在怕黑和怕失掉母亲的恐惧方面同害怕死亡是一样的，虽然儿童期并不真正害怕死亡，甚至以为死亡是可逆的，因此轻于尝试自杀。精神分析学派甚至提出儿童期的死亡恐怖来自阉割焦虑，即男性儿童害怕失去阴茎。这种假说无疑是论据不足的，因为至少在女孩中就不存在。但儿童的死亡恐怖可以在下列情况下出现：（1）父母打骂；（2）针对父母的死亡愿望的反应；（3）对父母给予身体约束的结果；（4）怕黑或怕盲。关于儿童期便有死亡焦虑同儿童认为死亡是可逆的假说是相互矛盾的。前者不能解释为什么3岁儿童也会自杀，后者不能解释为什么0~10岁的儿童自杀率低。

实验证明：神经质、精神质患者同正常人的死亡焦虑无显著差异，但临床发现，神经和精神病患者的自杀率较普通人口高。研究表明智商和教育程度在死亡焦虑方面无显著性差异，但临床发现社会地位高的专业人员，有许多行业的自杀率较普通人口高，英国名牌大学的大学生，自杀率比普通人口高。但省立大学则否。

临终病人怕死，但到死时并不怕死。

临床观察表明，重症患者和临终病人的死亡恐怖强烈。Hinton, J. 曾访问过 100 例半年内即将要死亡的病人，以及 100 例半年内不会死的病人，3/4 的濒死病人知道自己预后，较对照组有更多的焦虑和抑郁，但抑郁比焦虑更强烈。另一个研究同上述观察又大相径庭。Kalish, R. 研究了 300 例从死亡边缘救回来的病人（疾病、车祸、溺水及其他事故），被访者表示死的时候并不恐惧，倒是存在一种躁狂状态。77% 回答不怕死亡，只有 12% 说有一种回忆过去生活的体验，虽然怕死也是他们的意识流，但不是主要的。怀念别人、怀念家庭和爱人却是主要的。这就是说真正要死的时候，却又不怕死了。（Mc Carthy, J. B., 1982）

用主题统觉测验（TAT）测定女人比男人害怕死亡，有显著性差异。用客体人格测验表明，也是女人死亡焦虑较男人高。然而流行病学调查统计表明，西方人口男子自杀多于女子，中国大陆人口女子自杀多于男子。

怕死同不怕死的对立表现是自杀行为之谜的基本内容。死亡恐怖自小有之，但人们偏要去死。死亡恐怖有性别差异，女性较男性高，在中国女性也比男性自杀率高。死亡恐怖无年龄差异，但自杀率有年龄差异。死亡恐怖无文化、智商差异，但自杀率有职业差异与社会地位差异。重病和濒危病人有强烈的死亡恐怖，但从死亡中获救者自述临死时心境平静。

（二）社会学的对立判断

有人把自杀行为看作是愚昧落后的行为，自杀率高的地方被看作是社会凝聚力（或称整合力）削弱的结果。但也有人把自杀率高看作是社会发展的结果。非洲大陆和西亚、南美的自杀率较低，而在工业社会高度发达的日本，居然出现三个著名小说家（其中一人为诺贝尔奖金获得者）先后自杀，他们都是文学界的精英，而且是由于愤世嫉俗而自杀，终究不能把这些人的行为也看成是愚昧行为。

1946 年的诺贝尔物理奖金获得者 Bridgman, P. 因患重病，在 1961 年自杀。在遗书中说：“社会令一个人如此下场并不是光彩的，这可能是我所能做工作的最后一天了。”（Trent, B., 1986b）Bridgman 并不愚昧，他因患佩吉特氏病（①变形性胃炎，②乳头乳晕炎性癌变），转化为癌，疼痛异常，很快丧失活动能力，不得不出此下策。1970 年，日本著名作家三岛由纪夫切腹自杀后，1972 年另一位诺贝尔奖金获得者川端康成也切腹自杀。三岛切腹是在日本禁止切腹自杀之后，想用切腹自杀去唤醒国民保护日本文化的历史传统，并把切腹作为日本文化的组成部分。

历史和当代不乏人类文化精英们的自杀。远自亚里士多德到屈原，近自芥村龙之介（1892~1967 年）到邓拓（1912~1966 年），都是知识分子中的佼佼者。但是也确实存在许多愚昧性自杀，这种自杀者梦想死后可以到天堂，或者投胎到荣华富贵之家，或降生于遍地黄金之土。近年震动新闻界的江西东部农村青年妇女多起集体自杀事件便是例证。愚昧者自杀，智慧者也自杀，无一能免，加重了自杀行为的神秘色彩。

（三）哲学家的理论与实践脱节

有许多思想家赞成自杀，他自己也自杀了。塞内加是古罗马暴君尼禄皇帝的宰相，他赞成自杀，认为这是解脱苦难和年老的办法。后来他获罪于尼禄皇帝，被迫自杀。他在割脉自杀之前说：“我这些血是供奉丘比特的神酒。”他兑现了自己的理论。小卡图和老普林尼也采取这种立场，他们也自杀了。斯多噶学派认为自杀是人的自由，要不要继续活下去是个人的事情。这种观点对罗马哲学影响很大。然而尽管如此，古罗马自杀的人多，但少见有名的学

者。17世纪以后,欧洲的著名思想家休谟和孟德斯鸠都把自杀权当作人权的一部分,但是他们却偏偏要放弃这部分人权,没有自杀。

耐人寻味的是反对自杀的人,或者对自杀抱中立态度的人,最后却选择自杀。古希腊有三个著名的思想家,他们是师徒三代学者,祖师苏格拉底对自杀抱无可无不可的态度,最后以自杀告终。师父柏拉图赞成自杀,可他岿然不动。徒弟亚里士多德反对自杀,反而以自杀结束自己的生命。苏格拉底说:“虽然人是上帝的财产,自杀便是破坏上帝的财产,等于掠夺,但是如果死亡被证明是必要的,上帝也可以允许。”苏格拉底对自杀采取折衷态度,但结果他接受了自杀的结局。原因是他拒绝越狱逃跑,宁愿服毒也不作逃犯。柏拉图赞成自杀,认为有的人可以例外,譬如极度忧伤和贫穷,特殊的苦恼以及难免的倒运等。但柏拉图并没有选择自杀,虽然他的一生不见得是一帆风顺。亚里士多德反对自杀,他跟师父不同,不赞成有什么例外,他认为自杀是弱者的行动,是对社会的攻击。然而,亚里士多德又认为“自杀是最不幸的善人和最幸福的恶人的义务,”把自己列入例外,他最后却接受了自杀。自杀前,亚里士多德无可奈何地说:“尤里波斯(海峡名),把我吞没吧!因为我无法理解你。”其实,无法理解的是自杀行为本身。自杀毕竟是一个谜。

(四) 伦理学褒与贬的对立

对于自杀,历来就有两种截然对立的评价,一曰善,二曰恶。亚里士多德是古希腊最早也是最伟大的伦理学家,他谴责自杀,认为自杀是弱者的行为。这种思想延续了几千年。但是又有谁能解释,还有什么比用自己的手结束自己的生命,能够从高处跌下不惜粉身碎骨,甚至纵火烧身更勇敢的呢?同猛兽搏斗被誉为勇敢,无非是因为奋不顾身,但未必就会死。而自杀的目的就是死亡。恐怕再也没有比这更勇敢的了。所以有的思想家才说,要说自杀是弱者的行为,有谁敢来试一试。

古罗马的塞内加就赞扬过自杀是一种勇敢行为,说干就干,无愧英雄本色。他说过:“单纯地活着不见得好,要活就要活得好。因此聪明人不是该活多久便活多久,而是他想活多久便活多久。”法国19世纪的早期自杀病学学者雅克·珀歇(Jacques Pauchet, 1758~1830年)就说过:“不能把自杀看作是一种胆怯的行为,是对法律和荣誉的犯罪。”(马恩全集42卷305页)。马克思在引用珀歇的这段话时,在法律二字之后,加上“社会”二字,即不能当作对社会的犯罪。有许多资料说明,马克思和恩格斯是在重病后采用安乐死的方法逝世的。而马克思的女婿拉法格,一位早期的马克思主义理论家和政治活动家,他们夫妇俩是在年老体衰的70岁相约到教堂注射毒药自杀的。然而,在我国有一段时期却对一些受政治迫害自杀的人加上“自绝于党和自绝于人民”的罪名。

本书并不赞成自杀,也不鼓励自杀。但对于那些受政治迫害而自杀抗议的政治家、思想家,致以无限的敬意。他们是英勇的。有的人自杀时还手持《正气歌》,有的人在自杀时还叨念着忠于自己的信仰和组织,有的人在自杀时深恐干扰了别人。这些都是善行。不过,从迫害者的立场上看,这些抗议都是攻击或是背叛。但是,确实有许多刑事犯罪者,反革命者,反动的政治、军事家,他们在末日来临时畏罪自杀,这种自杀不值得同情,更不能赞扬,只是罪有应得。因此,对待自杀不能一概而论,这就增加了自杀的神秘色彩。

二、揭开自杀之谜的途径

自杀既然是个谜,由于人为的原因,自杀的神秘色彩越来越浓厚。人人都怕死,但自杀者却有非凡的勇气寻死;贫穷会自杀,但自杀率高的地方往往是文化、经济发展的地方;自

杀是浪费了生命,但生命价值高的人偏要浪费。如何揭开自杀之谜,老百姓说是鬼魂作祟,有些存在主义论者也归结到灵魂,因此有必要弄清是否有灵魂存在。

(一) 自杀与灵魂——科学与灵学

研究自杀有两条途径,一条是灵学——神学途径,另一条是科学途径,两条途径采取的是截然相反的方法,争论的焦点是有没有灵魂。

原始人相信有灵魂,因为他们对自然不了解,无法解释梦与濒死体验现象。神学相信有灵魂,因为它要作为一种精神鸦片缓解人们的痛苦,把幸福寄托在明天或来世。灵学相信灵魂,它脱掉神学的外衣,带有近代的时代特征,它披上了科学的外衣,而且被一批著名的自然科学家所支持。在自杀的研究方面,科学和灵学的分歧,集中在有无灵魂方面。

本世纪60年代,有两本代表性的有关自杀的著作。探索自杀的科学途径以 Stengel, E. 的“Suicide and attempted suicide”(《自杀与企图自杀》)为代表。这是一本当代科学文献的综述。斯廷格尔教授(神经精神病学家和心理分析家)认为“自杀的研究表明:人类的行动,尽管是个人的行动,但同时要跟别人发生作用,个人行动不能同社会背景孤立分开。”因此,“自杀企图是适应的失败,同时又是一种适应。”而“死亡则是一种躯体状态,自杀是一种行为事件。”灵学的途径以 Hillman, J. 为代表,其著作是“Suicide and the Soul”(《自杀与灵魂》)。Hillman 是美国青年心理学家,在瑞士苏黎世的荣格研究所工作,希尔曼认为“死亡是一种体验,是由一种现实到另一种现实的过渡。自杀只是一种象征”(Litman, 1970)。

希尔曼的代表性在于他露骨地宣传了灵魂的存在。他比之以后称为“生命之后的生命”或“死亡中的生命”是直率得多了。按照希尔曼的理解,我们这一代人的中心问题是灵魂和它的敌人的冲突。希尔曼论题中的灵魂是虚无飘渺的东西,他拿不出一个案例材料,“所谓灵魂是一个模糊的概念,它抵制一切定义,也抵制诸如此类的信条,它使人发生一种形而上学的和浪漫的联想。它同宗教平分秋色。”所谓敌人,“它包括医学、神学、法学、学院派心理学以及社区”(Litman, 1970)。

在自杀病学研究中有无灵魂之争,是要不要以防止自杀为目的的问题,而不是一般的神学和科学之争。

科学的自杀病学研究,最终目的是为了预防自杀,学科体系的建立也以预防自杀为目的。灵学的自杀研究只是为了说明灵魂的存在,成为神学的奴仆。希尔曼就认为精神分析家的目的是了解他的精神分析对象的灵魂。而防止自杀的思想是反治疗的,因为灵魂需要从死亡体验以便达到根本的改变。通常死亡体验是采取一种心理学形式的,但是因自杀引起的机体死亡,可能又是唯一有死亡体验形式的。(Litman, 1970)

基于上述原因,有必要先行讨论灵魂有无的问题。因为在当代,灵魂已经披上了“科学”的外衣。

(二) 濒死体验不是生命之后的生命

濒死体验(Near death experience NDE)指由于严重创伤或疾病,但意外地被抢救过来,以及绝处逢生,侥幸脱险的人所叙述的他们在死亡关头的深刻主观体验。(Greyson, B. et al; 1980) Moody 收集 150 例有濒死体验的材料,汇集成书,于 1975 年在美国出版,题名《生命之后的生命》(Moody, R.; 1975)。死亡研究专家 Kubler/Ross 为该书作序,指出自己也有相同的结论和材料。她支持穆迪的观点。穆迪同希尔曼不同的是搜集了迄今最多的案例。此书在 1980 年中国的译本中已由译者改名《濒死体验》,而收入美国 1978 年出版的《生物医学