

## 国外自杀心理学研究与理论评介

王求是<sup>1,2</sup> 刘建新<sup>1</sup> 申荷永<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>华南师范大学心理学系, 广州 510631) (<sup>2</sup>暨南大学深圳旅游学院, 深圳 518053)

**摘要** 以自杀致病理论、自杀评估理论、自杀治疗理论为线索, 回顾与总结了国外近十年来的自杀心理学理论与研究概况, 同时重点介绍了致病理论中的应激—易感模型、逃避自我理论、杀死自我理论; 自杀评估理论中的 SSF 评估、四阶段过程模式; 自杀治疗理论中的 SATIR 理论和荣格艺术治疗理论等, 并做了简短评论。

**关键词** 自杀, 心理学, 自杀评估, 自杀治疗, 心理致病。

**分类号** R395

中国每年自杀死亡人数约为 29 万, 每年有 200 万自杀未遂者接受医学治疗, 自杀已成为年轻人死亡的首位原因。这一严重社会现象逐渐引起了社会与学界的高度关注。2004 年 11 月回龙观医院和北京心理危机研究与干预中心提出了《建立中国国家预防自杀计划》, 计划共有 11 个工作目标, 其中有 5 个直接关系到心理学领域。可见, 心理学对自杀的研究极其重要。然而目前国内关于自杀的绝大多数研究都集中在流行病学领域, 心理学的研究十分少见。在 1994~2004 年《心理学报》、《心理科学》、《心理科学进展》上, 没有一篇以“自杀”为篇名的文章。为了让国内同仁对国外的自杀心理学的研究情况有一个基本了解, 本文将从自杀的原因、评估、治疗三大方面对近十年来西方的有关研究和理论做评述性介绍, 以供国内同仁参考。

### 1 自杀致病理论

#### 1.1 概况

2003 年 Leenaars 研究了十位著名的心理学家 Adler、Binswanger、Freud、Jung、Menninger、Kelly、Murray、Shneidman、Sullivan、and Zilboorg 对自杀原因的假设, 用聚类分析法将其分成如下八大类型

[1]。(1) 不能忍受的心理痛苦。人们自杀的主要目标是想从无助、绝望、悲痛、情感剥夺、受人遗弃等再也无法忍受的心理痛苦中解脱出来。(2) 认知狭隘。思维僵化、以偏概全、目光短浅等是自杀者共有的认知状态, 也是最为危险的精神状态。(3) 表达间接。他们的情感、态度等的正反两面相互纠缠, 混杂难分; 攻击性得不到直接表达, 只好转而变为谦卑、顺从、自责和受虐倾向; 自杀的原因还没有在意识中呈现出来。(4) 适应不良。自杀者认为自己非常脆弱, 根本无力应对外在挑战和自己对生活的要求。表现出焦虑障碍、心境障碍、精神分裂等症。(5) 自我。自我是自杀的本质性的相关因素。当自我被一系列的创伤性生活事件严重削弱时, 它丧失了发展建设性的关系的能力, 经常受到良心尖锐的指责, 最终失去了对生命的保护性的作用。(6) 人际关系。自杀者难以建立或保持良好的人际关系, 经常在人际上受到灾难性的打击, 对自尊、自主、成就等的需求尤其是对依附别人的需求得不到满足或总是受挫。(7) 遭拒—攻击。人们对恋爱受挫、婚姻失败、工作不顺等被人拒绝的创伤性事件耿耿于怀, 将对别人的愤怒和攻击转向自己。(8) 身份—逃逸。失去了理想之物, 如健康、自由、工作、青春, 并非常强烈地将这个狼狈的身份认同于自己, 痛到极处便逃避生活、走向死亡。

收稿日期: 2005-03-25

通讯作者: 王求是, E-mail: wqs\_7@163.com

### 1.2 三种自杀致病理论

在国外最近十余年的研究中,逐渐形成了三种比较有代表性的自杀致病理论,它们分别侧重神经生物基础、认知因素和心理动力因素。

#### 1.2.1 应激—易感模型

1999年由曼和他的同事提出<sup>[2]</sup>。由于大部分有精神疾病患者很少实施自杀行为,因此精神疾病不能作为预测自杀的指标。他们则发现自杀者身上有某种自杀的易感性或是特质,基因的组成结构以及后天获得的敏感性对个体的易感性或素质都有影响。5-羟色胺被认为是这种易感性的重要的生物基础,它的活动水平基本上由基因决定,很少与机体状态相关。Korpi等也找到许多证据证明自杀行为与5-羟色胺功能降低有关<sup>[3]</sup>。去甲肾上腺素也影响自杀的易感性,但不如5-羟色胺对自杀的影响那么恒定。他们认为基因遗传是重要的,但并不意味着自杀是一种“宿命”,因为易感性也受后天的影响:创伤性事件和不良的心理社会环境会加重其生物的易感性;同样,良好的社会环境和和谐的人际关系都会减轻易感性。

导致应激的生活状态及因素包括急性精神病或躯体疾病、严重的酒精与药物依赖、严重的心理创伤、工作压力或家庭危机。当易感性人群处于应激状态时,其内在的易感性就会表现为易激惹、易愤怒、易受伤的倾向,比常人更容易导致自杀。

在此基础上,曼提出了广义的自杀过程中的应激-易感模型,认为自杀是应激因素、保护性因素(包括家庭、社会、文化等因素)与个体素质(包括易感性、人格、认知等因素)三者之间相互影响的过程。可见他们认为心理、行为、环境等因素在导致自杀和防止自杀的过程中起着举足轻重的作用。

这一理论不仅打破了自杀是某种精神疾患、或单纯是某种危机应对的结果的传统看法,而且注意到了易感性的生物和心理两个层面,并将易感性放到各种个体素质和社会文化环境的角度上来加以考察,为自杀的评估和治疗提供了一个新的视角,近年来颇受关注。但是该理论的生物性基础还存在着困难,甚至受到质疑:比如据曹莉萍提供的国外

资料表明,色氨酸羟化酶基因和5-羟色胺转运体基因都是与5-羟色胺合成、激活、转运和作用等过程相关的酶,但是前者与自杀没有直接相关,只和某种与自杀有关的人格相关,而后者则与自杀完全无关<sup>[4]</sup>。

#### 1.2.2 逃避自我理论

此理论最早由Baechler 1975年提出,后经Baumeister 1990年完善<sup>[5]</sup>。此理论集多种理论之大成(如Vallacher等的行为身份理论、Pennebaker的思维层次理论、Carver等的自我知觉理论、Higgins的自我差异理论、归因理论),将自杀中的认知因素与动力因素融为一炉。

逃避理论认为只有环环相扣地经历以下六个阶段,自杀才会发生:

(1)最近的某个事件或状况达不到自己的期望和标准。可能是因为期望高得不切实际或者是确实出现了严重问题、重大挫折,也有可能两者均有。

(2)不恰当地往内归因。将对事情的消极评价转换成了对自己的责备,认为自己有某种稳定的、不好的特点,会使以后遇到更多的麻烦。

(3)觉得自己没有能力、不受人喜欢、有罪等等,也就是开始出现自卑和低声自尊。

(4)由此产生消极情绪,即因自己达不到自己的标准而抑郁,因自己没有完成外在的责任与义务而焦虑。

(5)认知降低。为了驱除抑郁或焦虑,人们对自己或自己的行为只从具体的短期的角度来看待,只注意眼前的活动和感觉,只考虑近期目标,让意义的维度从感知和思考领域中消失。比如降低对身份的意识就可以减少负罪感。

(6)当降低认知策略也不能抵挡恶劣的情绪和观念时,长期的认知降低带来的丧失意义、不分对错、易于冲动等特点,就会使死亡在当下成为逃避恶劣情绪和痛苦自我意识的手段。

此理论解释性较强,比如,有些自杀者没有表现出焦虑和抑郁,因为它们被认知降低解除了。有些自杀者也并无冲动的性格特点,因为冲动是认知降低、抑制解除所致。很明显,认知理论是此派的

核心。

### 1.2.3 杀死自我 (ego suicide) 理论

由荣格心理学家戴维·罗森 1993 年提出<sup>[6]</sup>。依据荣格的理论,自我是意识的中心,同时也是一个情结,其原型核心为自性(Self)。人的自性化过程,实际上是一个不断地杀死自我,不断地与自性靠近的过程。罗森认为在一生之中人至少有三次机会去体验这种象征性的杀死自我和新生:早年、中年、晚年。其中他尤其看重早年。Margaret Mahler 等认为人们在两岁时就有了自我意识,此后自我就认同于内在的父母和外在的社会标准。明智的父母会给予子女很多的支持和赞赏,以使他们更多地成为自己,这部分就成了积极的自我,反之成为消极的自我。到了青春期,人们在生理、心理、社会、精神上都会经历巨大的变化,必然要求在心理上象征性地杀死自我,尤其是要杀死消极的占支配地位的代表父母声音的自我和来于社会的人格面具和自我意象,这是不可逾越的人生阶段,否则就会受到惩罚。纽伊曼说过:“大量的事实告诉我们,一般来说,一个不能象征性地‘杀死’父母的‘好孩子’,在其以后的生活中,将以牺牲自己的独立性或是类似的危险作为高昂的代价。”<sup>[6]</sup>青少年的自我非常脆弱,任何强烈一点的挫折都有可能导致非常强烈的情绪,杀死消极自我的冲动就可能被误读成杀死自己的身体,产生实际的自杀行为。

自杀不过是杀死自我的误用,而人的心性发展过程实际上就是一个不断杀死自我、不断趋近自性的过程,这与中国的禅宗与庄子的“吾丧我”有相通之处。这种理论性的假设也得到了不少心理分析学家的临床验证,但有关的实证性和量化研究非常薄弱。

## 2 自杀评估理论

### 2.1 概况

自杀评估的理论起步于对自杀危险的评估,人们就此提出的理论很多。Joiner(1999)参照了当时绝大多数的评估理论,简明地总结出自杀危险评估的七大项目:(1)是否有自杀经历;(2)目前的自杀

症状;(3)新近的压力;(4)冲动性和自我控制能力;(5)一般性症状的描述,即精神疾病诊断中的轴 1 轴 2 中的症状;(6)其他的易感性因素包括家庭、生理病史或者不正常的性行为;(7)保护性因素。如婚姻、子女、职业、较好的问题解决能力和自我控制能力。其中以前两项最为重要,因为有过多次自杀经历的人比只有一次或只有自杀意念的人更容易自杀。在一般性的心理症状中,绝望比抑郁更能预测自杀<sup>[7]</sup>。人们不仅研究了自杀的危险性因素,同时也研究出来了不少测评工具对自杀的其它方面进行测量,如自杀意念、自杀行为、先前自杀的致命性、对自杀的态度和观念等等。

虽然几十年来自杀评估理论和相关量表层出不穷,但它们到底在治疗的实际工作中起到了多大作用,却并不是很清楚。不过人们一般最常问的问题如:自杀计划、自杀史、物质滥用,却被证明是对实际工作最有帮助的评估。

### 2.2 两种评估理论

#### 2.2.1 SSF(自杀状况表格)评估

Jobes 等 2000 年设计了一种自杀评估方式,它以 Beck, Baumeister, Linehan, Jobes 的理论为依据,以病人为专家,以医患真诚合作的方式,采取量化和质化并举的思路对自杀进行评估,共有五部分。

(1)以 Shneidman 的理论为基础,对心理痛苦、心理压力、心理混乱(愤怒、绝望、自我憎恨)的近况进行测量,并按它们对自杀影响的程度进行排序,(2)判断以上五个方面与别人和自己相关的程度,即哪些是自己哪些是别人引起的。(3)请他们分别列出生和死的理由,并请他们根据重要性排序。然后,请他们从心理痛苦,心理压力等五个方面来评估自己求生和求死的程度,然后分别排序,最后让他们回答一个开放性的问题:有一个什么东西可以让他们不再想去自杀。虽然评估的完成有赖于医患合作,但是前三部分主要还是由病人来完成,后两部分更多的工作由治疗师完成。(4)直接评估病人的自杀史、物质滥用、自杀计划、手段的致命性等。(5)在医患双方都对病人的自杀有了深刻而丰富的了解的基础上,制定一个解决问题的方

案<sup>[7]</sup>。

### 2.2.2 四阶段过程模式

四阶段过程模式由 Matt Stoelb、Jennifer Chiriboga 在 1998 年提出<sup>[8]</sup>。此模式将自杀危险因素分成首要危险因素(有过自杀史、心境障碍、绝望),次要危险因素(物质滥用、人格或行为障碍),外部因素(家庭功能、自杀批露、自杀支持、生活压力、同性恋倾向),将测量数据和临床判断结合起来,与对自杀现状(自杀意念、自杀意图、自杀计划)的调查一起对病人进行四个阶段的循序渐进的评估。其评估过程如下:

第一阶段对首要危险因素评估,如有症状(如自杀史)就可以形成有严重自杀危险的初步假设;无症状,则根据评估师的临床经验,如无必要再测,则视为无危险,如有必要,可初步假设为有低度自杀危险。

第二阶段对自杀现状进行评估。在第一阶段为严重危险者如有第二阶段的症状(如有自杀意念),可定为有严重的自杀危险,若无,可定为中度自杀危险;在第一阶段为低度危险者,若有症状,则定为严重自杀危险,若无可定为低度自杀危险。

第三阶段对次要危险因素评估。在第二阶段为严重自杀危险者,若有症状(如物质滥用)则为有严重自杀危险且带有冲动性,若无症状,仍为严重自杀危险;第二阶段为中度危险者如有症状,则升为“高度危险”且有冲动性,若无症状,则仍为中度危险;第二阶段为低危险者,若有症状则需要回到第一阶段、第二阶段重新进行测量,若无则仍为低危险者,不进入第四阶段评估。

第四阶段对自杀保护性因素评估。若外部保护因素不好,则在第三阶段的基础上的评估上加上“外在不良”字样,若外部无不良因素,则维持第三阶段的判断结果。

第四阶段评估结束后所得的八个可能工作模式再加上低危险模式共九个模式,对精确评估自杀的严重性,采取正确的治疗和防御等都将起到积极作用。这种过程模式能够提高评估的精确性,减少判断中的偏见。当然该模式的有效性还有待进一步的研究,其细节也有待于进一步完善。

## 3 心理治疗理论

### 3.1 概况

Richman 和 Eyman (1990) 检验了三种主要的自杀治疗方法,一是个体的,二是团体的,三是家庭的。认为对非住院病人最有效的办法是个人治疗。在个体疗法中,研究表明认知行为疗法和辩证行为治疗效果较好。这两种方法的相同之处是都以问题解决作为核心技术。而辩证行为治疗还包括其它核心技巧,如心智训练、人际交往技巧、心理调节能力、冥想技术等等<sup>[2]</sup>。但是在疗效方面,Wendy Lum 等对十几年来研究成果进行总结,得出推论,那就是问题解决型短期治疗在减轻自杀意念、抑郁和绝望方面是有效的,但是并不能减少自杀行为,而以解决特别技能缺陷为目的的长期治疗如对情绪和决断力进行治疗的辩证行为疗法在减少实际自杀行为时显得更为有效<sup>[8]</sup>。

团体治疗为病人提供一个支持网络,提供一个社会技巧提高的环境。团体活动的主题包括家庭关系、同侪关系、以及对情绪和冲动的控制能力。

家庭治疗是通过调整家人的沟通模式,来提高家庭解决问题的能力,来给病人更多的支持。其中中心目标在于增加家庭成员对自杀行为意义的理解,提高家庭的运转功能。

### 3.2 两种较有代表性的治疗理论

#### 3.2.1 SATIR 治疗理论

SATIR 治疗是 Stair 于 1991 年提出的<sup>[9]</sup>。他认为每个人都在努力地生存和发展,治疗就是要解放出生命的能量。此派将外在的行为看成是内在对自己和别人期望的外在表达,将此期望看成是内心深处没有被满足的人类普遍的渴望,这个渴望直接与个人发展和成长的生命需要相关联。因此它的治疗有四个主要目的:提高自尊、鼓励做出更好的选择、提高责任感、提高真实度。除了遵循一般的治疗原则外,以下的提问是治疗中的关键因素:

建立关系:“你希望我们在一起会发生什么呢”  
“在生活中你想有什么改变?”这既能确立治疗目标又能满足他内在的需要。

提高自尊:“你什么时候感觉最好?”“你能认识到你有着很深很深的感情,像一个歌者般深沉的情感吗?”如果说有,可以问:“此时,你能意

识到你是喜欢音乐的吗,那是一种什么样的感觉。”

做出更好选择:“你能在今天选择活下去,而不是死吗?”另外还可以创造体验性的时刻:“闭上眼睛,当你感到哪个地方痛时,你能给点同情给它,让它开始呼吸吗。”然后,问他:“在这个易受到伤害的部位,你能找到生活与成长的内在力量吗?”

增强责任感:病人内在对生命的要求不能由别人而必须由自己给予满足。“当你伤害你自己时,你如何才能不再期望别人应该能知道你的痛苦。”“你是否愿意把生命的礼物给自己,而不是等着别人把你的生命给你。”“你如何才能向自己伸出友爱、关照的手?”

提高真实度。这是要提高病人在言行上忠实于自己内在感觉的能力。“当看上去没有人注意到你时,你有什么反应?”降低过去负性经历的影响:“你想原谅你的父母没有按着你所需要的方式来理解你吗?”如果消极的过去不再压迫病人,他就可能变得更为真实:“你能允许自己带着错误去生活吗?你能不能再因为自己有生活下去的勇气而强迫性地惩罚自己?”

### 3.2.2 荣格式艺术治疗

戴维·罗森将艺术治疗的办法用来帮助因抑郁而引起的自杀人群。其方法是让病人将自己的感受、思想、梦用画画、跳舞、雕塑、唱歌等方式表现出来。做完之后,要求病人给作品命名,并进行自由联想、原型阐释等工作。其实质是以积极想像的方法,激发病人身上的治愈原型,将破坏性的情绪创造性地转换成建设性的情绪,将病人的无形的情结或原型形象化,使之得以面对和处理。其治疗一般要经过以下几个阶段<sup>[6]</sup>:

(1) 杀死自我。首先病人会表现出强烈的阻抗和愤怒等消极情绪。这时治疗师要给病人以积极关注,点明他身上拥有的潜质、能力、天分,让他退回(regression),以暴露、面对、理解、扬弃其自我中的不足与缺陷。阻抗消失后,接下来是面对和解决来于个体无意识层面的冲突。消极的父母情结、自我的阴暗部分会显露出来,治疗师此时同样要帮助病人体认并加强积极自我的力量,并通过表达和分析,“杀死”其消极的自我。最后正在被杀

死的消极自我和假我会把健康的自我和身份拖入到无意识的象征性死亡之中,就像是连体婴儿要同归于尽一样。此时治疗进入非常痛苦和艰难的时刻。

(2) 重回母体。病人会经常觉得自己正在死去,会变得非常孤独、焦虑、混乱、退缩、失望,病人就像退回到了母亲子宫一样,完全地依赖于治疗师,集体无意识中的冲突出现。若积极的转换和治疗同盟发挥出色,向无意识的退回(regression)就成为“自性(Self)支持下的退回”。然后,容纳了更多阴影和阿尼玛或阿尼姆斯的自我重新整合,日趋强大,自我—自性之轴开始发展。希望增多,抑郁减少。

(3) 重生与分离。治疗的频度降低,作为对立面统一的自性经常在病人的作品中以阴阳、男女、好坏等的对立统一形式表现出来,一般表现为曼陀罗等普遍的象征形式。重生的体会是自我实现的最后阶段,这时“自己(self)-自性(Self)之轴建立了起来。当病人行动和解决生活问题的能力越来越强,作品的创造性越来越高之时,就意味着新我已经建立。治疗可以结束了。

## 4 评价与展望

通过以上评述性介绍,我们发现国外自杀心理学的研究与理论,对我们确实具有重要的启发意义。但是其不足之处也十分明显,最引人关注的是:

(1) 自杀原因的解释有待完善。自杀现象非常复杂,概念和分类有待加强<sup>[10]</sup>。自杀的原因有个人的心理因素,也有个人的人际因素,甚至还会有社会和文化因素等<sup>[11]</sup>,对这些纷繁复杂的自杀现象给出一个统一的解释应该成为一门学科理论建设的奋斗目标。(2) 心理治疗的效果并不理想。一方面其他的心理治疗派别在这方面的成就少有学术性报道,另一方面行为认知治疗和辩证行为治疗的效果如上所述,也并不理想。可能是因为其他派别治疗的过程和结果因其治疗方法的特殊性,难以得到严谨的实证,另一方面治疗效果不好也可能是因为研究的样本过小。(3) 心理评估方面有待加强。大多数的评估为自我报告式的量化评估,其评估的目的非常明确,容易使被评估者有夸张隐瞒的倾向,而且它对自杀者深层的个体性强的信息难以把

握，因此其效度值得怀疑。国外现在已经开始重新关注投射性的测验，比如罗夏墨迹测试、主题统觉测试 (TAT) [12]。个人认为自杀是一个非常复杂的个体心理现象，需要个体化的信息，需要来于潜意识的信息，投射性的测试可以作为自我报告式评估的有益的补充。除以上两种投射外，绘画测试、词语联想测试都可以做一些尝试性的研究。另外对自杀现象进行心理评估及干预时的法律伦理限度也是国内心理工作者要去研究和注意的理论和实际问题，比如人们是否有自杀的权利，如果有，不经别人允许，再三强行干预是不是违法伦理和法律的行为。

总之，无论是问题出在对自杀的解释，还是治疗方法，或是治疗的评估方面，心理学界都应该不断地反思和努力，因为对自杀做出自己的贡献是有良知的心理学责无旁贷的重任。

参考文献

[1] Antoon A, Windsor L. Can a theory of suicide predict all 'suicide' in the elderly? *Crisis*, 2003, (24): 7~16  
 [2] Danuta Wasserman 主编. 李鸣等译. 自杀：一种不必要的死亡. 北京：中国轻工业出版社，2003. 189~194  
 [3] 赵汉清. 危机干预与自然预防 (三) 自杀的生物学标志研究现状 (综述). *临床精神医学杂志*, 1997, (5):279~281

[4] 曹莉萍. 自杀的遗传学研究. *国外医学精神病学分册*, 2001, (1): 20~23  
 [5] Roy F. Baumeister. Suicide as Escape From Self. *Psychological Review*, 1990, 97(1): 90~113  
 [6] Rosen D H. Transforming Depression:Healing the Soul Through Creativity. United states of America: G.P. Putnam's Sons, 1993  
 [7] Wong S A. Effectiveness of an Assessment and Treatment Protocol for Suicide Outpatients. Washington, DC: ProQuest information and Learning Company, 2003  
 [8] Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359~370  
 [9] Lum W, Smith J, Ferris J. Youth suicide intervention using the Satir Model. *Contemporary Family Therapy*, 2002, 24(1): 139~159  
 [10] 胡泽卿. 自杀的概念与分类. *华西医学*, 1995, (1): 38~40  
 [11] 刘长林, 钱锦晶. 论五四思想家对自杀现象的研究. *史学月刊*, 2003, 6: 59~68  
 [12] Bishop J, Martin A, Costanza S, et al. Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2000, 30(3):289~305

## Latest Introduction to Psychological Theories of Suicide

Wang Qiushi, Liu Jianxin, Shen Heyong

(Department of Psychology, South China Normal University, Guangzhou 510631, China)

**Abstract :** This article presented a concise summary of recent psychological theories in the fields of pathology , assessment and therapy of suicide. On such bases it introduced several theories within these aspects respectively in detail :Escape from self theory ,Ego-suicide theory ;SSF assessment, Four stage process model assessment; SATIR therapy model, Jungian art therapy ,etc.. Finally a brief evaluation and prospect were provided.

**Key words:** suicide, psychology, psychotherapy, pathology, assessment.