

当代中国的自杀率： 话语之争的一个案例

谢立中

摘要：对于当代中国人的自杀率，不同的研究文献提供了非常不同的一些数字。这些数字之间的差别，既源于不同文献作者所用原始数据方面的差异，也源于这些作者对原始数据进行调整和修订时所用方法方面的差异。由于我们对于这些原始数据的“正确性”以及不同作者对原始数据进行调整和修订时所用方法的“正确性”难以作出绝对的判断，因此，对这些作者所提供的不同自杀率数字的“正确性”，我们也无法作出绝对的判断。我们只能将其视为文献作者在一些特定前提条件下所完成的一些关于当代中国人自杀率的话语建构。

关键词：中国自杀率 话语之争

作者谢立中，北京大学社会学系教授（北京 100871）。

在社会学实证研究中存在一种较普遍的认识：当研究者就某一个现象作出不同描述、对某一个问题给出不同答案时，其中必定有且也只有一个是“准确的”、或最接近“准确”地再现了客观现实的。因此，要想继续考察这个现象或研究这个问题，研究者的大部分工作（包括选择合理的概念或定义、精致的理论模型、科学的调查研究方法等）都将集中在努力甄别出一个最“准确”地再现了客观现实的答案。在《惟一“真实”的基尼系数是否可得？》等文章和著作中，^① 笔者曾试图说明：在很多情况下，只要我们对上述观念不持一种过于偏执的态度，就能够发现有许多意见分歧并非是由对现实掌握程度的差别所造成的，而是由研究人员所处话语系统之间的差别造成，更多体现为“话语之争”，而非“事实之争”。由此形成的意见分歧其实是一种虚假的意见分歧。对于这种虚假的意见分歧，我们永远无法对它们的准确与否作出

^① 参见谢立中：《惟一“真实”的基尼系数是否可得？》，《社会学研究》2013年第5期；《实证、诠释与话语：以现代化研究为例》，《社会》2008年第3期；《“中国社会”：给定实在，抑或话语建构》，《江海学刊》2008年第3期；《社会现实的话语建构——以“罗斯福新政”为例》，北京：北京大学出版社，2012年；等等。

有效判断。我们所能做的，就是努力辨析其背后的话语系统及相关规则，并尝试从这一话语系统出发去理解从它们之中衍生出来的相关话语。研究者在“当代中国的自杀率到底有多高”这个问题上所产生的意见分歧恰属于此类“话语之争”。

一、当代中国的自杀率到底有多高

2002年，费立鹏（Michael R. Phillips）与其同事在《柳叶刀》上发表了一篇题为《中国的自杀率：1995—99年》的研究论文。^①在这篇论文中，费立鹏及其同事报告说，根据他们自己的研究结果，1995—1999年间中国的年均自杀率为23/10万。

费立鹏等人的论文在国内外引起了较大反响。但若干年后，中国自杀学研究专家何兆雄在《学术论坛》杂志上发表了一篇文章，^②明确地对费立鹏等人的研究成果提出质疑。除了指责费立鹏等人在自己文章中提出的自杀率数字不仅经常变化，且依据常常不足（如常常是引自国外的一些文献，但对所引数字的可靠性又没有进行考证）之外，何兆雄还将费立鹏等人的自杀率数据与其他文献提供的数字相对照，认为费的数字明显过高，与多数文献不一致，不足为信等等。

事实上，费立鹏等人的上述文章并不是有关当代中国人自杀率的第一篇研究报告。在此之前，有关机构或研究人员就已经断续地研究和报告过中国人的自杀率状况。但是，在不同的文献之间，有关当代中国人自杀率的数据差别很大。例如，关于1990年中国人的自杀率，不同的文献所提供的数据，就在13.9/10万到30.3/10万之间发生变化。关于1994年中国人的自杀率，世界卫生组织报告说是13.9/10万，中国学者何兆雄报告说是16.78/10万，费立鹏与刘华清则报告说1990—1994年间中国每年平均自杀率为29/10万。同样，关于1998年中国人自杀死亡的数字，按照世界卫生组织（WHO）的估计，人数为41万，而全国疾病监测点（DSP）系统的自杀报告死亡率为13.89/10万，即全国死于自杀的人数约为17万。

费立鹏等人的论文在一定程度上正是针对中国自杀率数据方面这种巨大差异而来。他们在文中描述了中国自杀率数据的不一致状况，提出了自己的应对或改进方案。文中提出的新自杀率数据，正是他们运用改进后的方案对1995—1999年间中国的自杀率进行考察的结果。尽管如此，费立鹏等人的研究成果仍未被所有人接受。

那么，费立鹏等人在上述论文中提出的中国自杀率数字到底不可信？在众多文献所提供的那些中国自杀率数字之间，到底哪一个才是最可信的？一句话，中国的自杀率到底有多高？对于这样一个问题，我们能否获得一个绝对可靠的终极答案？

① Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99," *The Lancet*, vol. 359, March 2002, pp. 835-840.

② 何兆雄：《中国自杀率高不高？——我说不高！》，《学术论坛》2008年第2期。

为了回答上述问题，有必要对费立鹏及其批评者有关自杀率的研究文献进行分析，考察他们在各自研究文献中所提供的自杀率数字是如何形成的。

二、不同数据的生成

（一）费立鹏等人《中国的自杀率：1995—99年》中中国自杀率估算数据的生成

按照费立鹏等人的叙述，该文的自杀及自杀率数据系作者由中国卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统提供的1995—1999年人口死亡率资料（根据《国际疾病分类标准（第9版）》进行分类）推算生成。具体推算步骤大体如下：

首先，从中国卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统提供的1995—1999年人口死亡率资料中获得属于自杀范畴的人口数据。该资料提供了中国城市与农村、男女、18个年龄组（每5岁一年龄组）不同原因的死亡率（总共72组人群）。

其次，对该资料提供的死亡率数据进行必要的调整。由于卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统覆盖的城市人口与农村人口的比例（57：43）与国家统计局数据显示的同期城乡人口比例（22：78）有较大出入，费立鹏等人根据国家统计局报告的1995—1999年人口数据，^①对该登记系统每年的死亡率数据按性别、年龄组以及城乡人口比例进行了调整，并根据国家统计局1995年1%抽样调查的结果分配72组人群中每组人口所占的比例，使该样本人口能代表全国的情况。^②

在作了上述调整之后，作者发现，如果直接将上述死亡登记系统登记的死亡率数据推广至全国人口，总的自杀率为19.6/10万。这和何兆雄推算出的1994年中国全国自杀率数字（16.78/10万）相差3个百分点左右。

不过，由于意识到死亡登记过程中可能存在漏报现象，费立鹏等人又补充采取了第三个步骤来对上述数据进行调整。他们采用国家统计局报告的年死亡率估计值来推算卫生部死亡登记系统漏报的死亡率。作者将国家统计局报告的每年的死亡总数按比例分配到72组人群，从而推算每组人群的预期死亡人数；根据1995年1%抽样调查中每组人群死亡人数占死亡总数的比例来分配本研究中每组死亡人数占总死亡人数的比例。然后，通过比较每组人群的预期死亡人数（根据国家统计局的数据）以及根据卫生部资料中每组人群总的粗死亡率计算出的死亡人数，来推算卫生部死亡登记系统每年每个年龄组、男女、城市与农村人群的漏报的死亡率。最后，根据计算出的漏报

① 国家统计局人口和社会科技统计司编：《中国人口统计年鉴》，北京：中国统计出版社，1996—2000年。

② Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99," p. 836.

的死亡率对卫生部的自杀率数据进行调整,然后根据调整后的自杀率以及每一年每人群的相应人口数推算出每年每人群的自杀人数。不同人群的年均自杀人数为这5年相应人群自杀人数的简单平均数,年均自杀率等于这5年某一人群的自杀总人数除以相应的人口总数。通过合并相应人群的数目来计算全国、城市与农村、男女的自杀人数与自杀率。根据调整后的自杀率数据发现,这5年期间的年均自杀率(根据1995年的人口进行标准化)相当稳定,最低为1999年的22.6/10万,最高为1997年的24.3/10万,平均自杀率为23.2/10万,比未调整的自杀率高18%左右。

(二) 全球疾病负担 (GBD) 研究课题和世界卫生组织 (WHO) 对中国自杀率估计数字的生成

C. J. L. Murray 和 A. D. Lopez 在一项名为“全球疾病负担”(GBD)的研究中估算1990年中国的自杀率为30.3/10万,而世界卫生组织(WHO)在1999年出版的《世界卫生报告》中则估计出中国1998年的自杀率为32.9/10万。相比而言,费立鹏等人按照上述方法估算出来的中国1995—1999年的平均自杀率(23.2/10万)显著低于GBD和WHO估计的上述自杀率数字。那么,造成这种差别的主要原因是什么呢?

按照费立鹏等人的叙述,GBD和WHO在对中国的自杀率数字进行估计时,使用的有关中国人自杀死亡的原始数据不是上述费立鹏等人采用的卫生部死亡登记系统记录的自杀数据,而是中国预防医学科学院下属的一个样本相对较小,但样本结构相对更具代表性的流行病学监测系统——中国疾病监测(DSP)系统提供的自杀死亡人口数据。^①费立鹏等人曾发现根据这两个系统数据推算出的1990年的自杀率是非常接近的,^②但是根据DSP系统推算出的1995年至1997年的年均自杀率(15.4/10万)低于同期按卫生部死亡登记系统数据估算的调整自杀率(20.2/10万)。按照这一发现,费立鹏等人以卫生部死亡登记系统提供的数据估算出来的1995—1999年中国自杀率也应该高于GBD和WHO以DSP系统提供的数据估算出来的自杀率才对。然而,事实却完全相反。导致这种结果的原因是什么?费立鹏等人对此进行了考察,发现原因主要是由于GBD和WHO对DSP的数据进行了以下两方面的调整:

首先,GBD和WHO报告的作者通过应用一般增长—平衡等方法对估算期内的中国人口数据进行调整来估计总的死亡人数,^③因此他们估计出漏报的死亡率比直

① DSP系统的数据,145个监测点覆盖人口1000万,每年报告5万例死亡,这一样本人口是卫生部死亡登记系统样本人口的1/10。

② Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99," pp. 835-840.

③ A. D. Lopez et al., *Life Tables for 191 Countries: Data, Methods and Results* (GPE Discussion Paper No. 9), Geneva: World Health Organization WHO, 2000. 转引自 Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99."

接从国家统计局数据中计算出的漏报的死亡率高得多，然后再用这一高得多的漏报的死亡率来对粗死亡率数字进行调整。例如，WHO 估计 1998 年中国有 930 万人死亡，^① 而中国国家统计局估计有 807 万人死亡，^② 二者相差 15%。费立鹏等人似乎认为这种调整有其合理性，他们也认为，“国家统计局根据每年 1/1000 户抽样调查的结果估计总的死亡人数，在该抽样调查中询问每个被调查者在过去一年中该户家庭中的死亡人数；这些调查存在回忆偏倚，因此可能会低估总的死亡人数，特别是孩子的死亡。”^③

其次，GBD 和 WHO 所作的另一个调整是将 DSP 数据中编码为“意外死亡，外部原因不明”和“其他种类的暴力死亡”的许多案例看做自杀案例。如前所述，费立鹏等人曾发现按照 DSP 数据推算出的 1995 年之后几年的自杀率要低于按卫生部死亡登记系统数据估算出的结果，费立鹏等人认为，造成这种差异的部分原因可能是 DSP 数据中的死亡分类与卫生部数据中的死亡分类不一样：前者包含“意外死亡，外部原因不明”这一分类，而卫生部采用的《国际疾病分类标准》中则没有该分类。费立鹏等人认为，这一分类中有些案例可能是死于自杀，这就可能导致总死亡人数中有相当大比例的死亡在 DSP 数据中未归入“自杀”，而在卫生部数据中则被归入了“自杀”。GBD 的研究人员在以 DSP 数据^④为基础估算 1990 年中国自杀率的过程中，认为有 34% (2197/6465) 的“意外死亡”被登记为上述两类未具体分类的死因，因此将这些案例中的许多案例归入了自杀案例；这种调整使得自杀占总死亡的比例从原来的 3.0% (1448/48122) 上升到 4.6% (2233/48122)，升高了 53.3%。^⑤

(三) 费立鹏等人对自杀统计错报现象的估计

在《中国的自杀率：1995—99 年》发表后的研究过程中，费立鹏等人又意识到除了漏报现象外，无论是卫生部统计信息中心的死亡记录，还是 DSP 系统的死亡记

① World Health Organization, *The World Health Report 1999*, Geneva: WHO, 2000. 转引自 Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99."

② 国家统计局人口和社会科技统计司编：《中国人口统计年鉴》，北京：中国统计出版社，1996—2000 年。

③ Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99," p. 839.

④ 卫生部卫生防疫司和中国预防医学科学院：《1990 年中国疾病监测年报》，北京：华夏出版社，1992 年。

⑤ 但费立鹏等人在对 1990 年的 DSP 数据进行详细评估后发现 2197 例未具体分类的意外死亡案例中有 932 例实际是死亡原因不明，认为这些案例可能不应被归入自杀案例。参见 Michael R. Phillips, Xianyun Li and Yanping Zhang, "Suicide Rates in China, 1995-99," p. 839.

录,都还可能存在着一定的错报现象,这种错报现象对于准确估计中国的自杀率也会有一定影响。为了消除这种现象对自杀率的计算可能产生的影响,在《中国人群自杀死亡报告准确性评估》中,^①费立鹏等人又通过采用心理解剖法对伤害死亡案例进行研究的方法来对1995年8月至2000年8月间DSP系统关于中国人群自杀死亡报告的准确性进行评估。具体步骤和方法如下:

首先,由经过严格培训的公共卫生医师和精神科医师组成研究小组,定期(每隔3—6个月)到每个监测点用经过2年现场测试、修改5次的自制意外死亡研究问卷对死者的家属及周围知情者分别进行调查;每个案例的调查时间约2个小时。该问卷将定性与定量研究方法相结合,包括三部分主要内容:(1)针对死亡原因和经过的开放式深入访谈并现场录音(征得被试同意);(2)用于评估死者生前的社会经济状况及死亡当时的环境状况的定式问卷,包括一般人口学资料、伤害方式、伤害死亡经过、60个项目的生理事件量表、生命质量量表、躯体情况及经济状况等;(3)用略加修改的定式精神科检查,按《美国精神障碍诊断统计手册第IV版》的诊断标准确定死者当时有无精神障碍。

其次,参与对家属和周围知情者分别开展调查的1—3名调查员在完成调查后,根据该被试者提供的所有资料判断该案例属于自杀的可能性(0%—100%,即从肯定不属于自杀至肯定属于自杀)。然后,未参与调查的1—3名负责质量监督的研究者在详细了解每个案例的两种调查资料之后独立评估该案例属于自杀的可能性。

最后,计算出每个案例所有调查员和研究人员所做判断的均值,以此评估该案例属于自杀的可能性,并将其划为3个等级:“肯定属于自杀”(平均百分比 $>90\%$, $n=852$)、“有疑问”(10%—90%, $n=79$)、“不属于自杀”(10%—90%, $n=721$)。分析时如果某案例属于自杀的可能性的均值 $\geq 50\%$,就把该案例看做自杀案例。有一些案例中,因家属和周围知情者提供的资料不一致,自杀可能性判断也就不一致,此时则由课题负责人在参考所有资料与调查员深入讨论后判定这些案例是否属于自杀。

该课题组成员选择DSP系统145个监测点中的23个监测点,收集1995年8月至2000年8月死亡证明书上记录为“其他伤害死亡”、“伤害死亡原因不明”和“精神疾病”的死亡案例,从中抽取了1932例进行入户死因核查,最终有1653例进入分析。将死亡医学证明书上记录的原始上报死因与详细入户调查后判断的死因进行比较,然后用此结果调整自杀率。结果发现,原始上报死因为自杀的857例中有16例(1.87%)通过调查后判断为其他伤害死亡;上报为其他伤害死亡的721例中有39例(5.41%)判断为自杀;上报为伤害死亡原因不明的35例中有17例(48.57%)判断为自杀;上报为精神疾病的40例中有6例(15.00%)判断为自杀。

^① 王黎君、费立鹏等:《中国人群自杀死亡报告准确性评估》,《中华流行病学杂志》2003年第10期。

经错报漏报调整后，将粗自杀率从 13.65/10 万调整到了 22.99/10 万。经过这样一种评估后，中国的实际自杀率高于按照原始上报数据计算并公布的报告数据（1998 年估计为 13.89/10 万），并且和费立鹏等人在《中国的自杀率：1995—99 年》一文中估算出的自杀率数据相差不远。具体诊断结果如下：

1. 原始上报的死因与专业人员判断的死因结果比较：在 1653 例死亡案例中，经入户调查重新判断死因后共有 96 例（5.81%）与原始上报死因不一致，其中 16 例由原始死因为“自杀”改为“伤害死亡”，62 例由原始死因为“其他伤害死亡”、“伤害死亡原因不明”和“精神疾病”改为“自杀”，以及 18 例由原始死因为“伤害死亡原因不明”改为“其他伤害死亡”。96 例中，84 例（87.50%）的死因很明确，专业人员评估为“肯定属于自杀”或“不属于自杀”；仅有 12 例（12.50%）因专业人员判断属于自杀之可能性的均值界于 10%—90% 之间而划分为“有疑问”。故重新判断死因后，1653 例死亡案例中约 99% 的死因判断很明确，仅约 1%（12/1653）的案例死因判断有疑问。重新判断死因后，实际死于自杀的案例增加到 903 例。在死亡医学证明书上记录的非自杀案例中，“伤害死亡原因不明”案例的实际死因为“自杀”的比例最高，其次是“精神病”和“其他伤害死亡”。而在“其他伤害死亡”案例中，原始记录为“意外中毒”和“其他暴力”案例的实际死因为自杀的比例较高。

2. 自杀率的调整：根据 23 个监测点入户调查结果，对 1998 年和 1999 年 DSP 系统上报的相应死亡数据进行了调整。按四类死因中实际死于自杀的比例进行调整后，1998 年和 1999 年实际应有 3129 例自杀案例，比原始上报的 2442 例高出了 28.13%，而自杀占总死亡的构成比也从 2.61%（2442/93645）提高到 3.34%（3129/93645），故调整后的自杀率为 17.83/10 万，比直接利用 DSP 系统的数据估算出的自杀率数字（13.65/10 万）提高了约 31%。最后，按 DSP 系统 1998 年报告的漏报率（22.46%）进行校正，^① 得出的自杀率为 22.99/10 万。这一估算结果与前述费立鹏等人利用卫生部死亡登记系统的数据估算出的 1995—1999 年中国年均自杀率相差不远，而比直接利用 DSP 系统的数据直接估算出的自杀率数字提高了 68%。

（四）何兆雄中国自杀率估算数据的生成

在《自杀病学》等著作和文章中，何兆雄以不同的资料和方法为据推算出了有

^① 中国疾病监测系统自 1990 年开始收集 145 个疾病监测点地区人群中的出生、死亡（含死因）案例，以及甲乙丙类传染病的发生情况。为了确保收集资料的完整性，1991—1994 年每年，以后每三年在每个监测点抽取 2000 户，涵盖 5000 人，询问该家庭中过去 3 年出生和死亡的人数，并与报告的出生卡和死亡卡核对，确定每一监测点的出生、死亡报告数据的漏报率。

关年份的中国全国自杀率数字，并据此对费立鹏等人的自杀率数据提出质疑。

首先，何兆雄借《中国人口（1989—1990）》丛书中刊载的有关省份意外死亡数字及全国意外死亡数字推算出全国自杀死亡数字及自杀率。具体方法是：“将已知的若干省自杀占意外死亡数的百分比，进行加权平均，然后推算出全国的及各省的自杀率。”

根据《中国人口（1989—1990）》各省分册，我们可以得到有关省份自杀人数占意外死亡人数的百分比。具体如下：

表1 中国部分省份（区）自杀占意外死亡百分比^①

省 别	统计年份	意外死亡率（1/10万）	自杀占意外死亡百分比	全省人口（万）
山 东	1981—1985	48.22	22.00	7637
四 川	1982	60.0	24.00	10022
内 蒙 古	1973—1975	47.15	59.31	1705
浙 江	1973—1975	73.94	19.83	3560
广 东	1981	49.69	50.00	5884
宁 夏	1981—1982	54.91	64.62	393
吉 林	1974—1976	34.20	29.00	2064

以表1中的“全省人口数”为权数对上述各省“自杀占意外死亡百分比”进行加权平均，可以求得上述各省自杀占意外死亡的平均比重。具体算式如下：^②

$$22 \times 7637 + 24 \times 10022 + 59.31 \times 1705 + 19.83 \times 3560 + 50 \times 5884 + 64.62 \times 393 + 29 \times 2064 / 7637 + 10022 + 1705 + 3560 + 5884 + 393 + 2064 = 1680 + 2405 + 1011.23 + 705.94 + 2942 + 254 + 599 / 31265 = 9597.7 / 31265 = 30.69\%$$

再以上述各省自杀占意外死亡的平均比重乘以全国意外死亡率，就可以推知全国自杀死亡率。按照《中国人口》江苏人口分册第135页显示，1973—1977年全国意外死亡率为59.96/10万，则全国自杀死亡率为： $59.96/10万 \times 30.69\% = 18.40/10万$ 。

作者认为“上述数据可能偏高”（并没有陈述其理由），因此又以另一种方式推算出了一个有所不同的全国自杀率数据。与前一个数据不同，这个数据是以世界卫生组织公布的有关数字为依据推算出来的。据世界卫生组织1989年和1990年《世界卫生统计年报》所公布的数字，中国有关年份中不同性别的自杀率如下：

① 何兆雄：《自杀病学》，北京：中国中医药出版社，1997年，第148页。

② 何兆雄：《自杀病学》，第148页。原文分子式中少写了“19.83×3560”这一项。其他个别数字也可能有误，但不影响本文论述。

1987年 男 14.9/10万, 女 20.4/10万
 1988年 男 15.0/10万, 女 19.5/10万
 1989年 男 14.7/10万, 女 19.6/10万

再根据1990年《中国统计年鉴》公布的除台湾地区外中国全国人口数字, 就可以推算出以上相关年份中中国全国自杀人数及自杀率数字。以上年份中除台湾地区外中国全国人口数字为:

1987年 男 55685万, 女 52415万
 1988年 男 56473万, 女 53141万
 1989年 男 57314万, 女 53877万

由此推算出以上年份中国全国自杀人数及自杀率数字如下:

1987年自杀人数189877人(男82930, 女106947), 自杀率17.56/10万;
 1988年自杀人数186333人(男82709, 女103624), 自杀率17.18/10万;
 1989年自杀人数189850人(男84251, 女105599), 自杀率17.07/10万。^①

除此之外, 作者还以国家统计局社会统计司《中国社会统计资料》1987年公布的中国分城乡人口自杀率数字为依据, 以与上述类似的方法推算出了另一套有关年份中国全国的自杀率。按照这套数字, 1979年中国全国人口的自杀率为14.46/10万, 1980年中国全国人口的自杀率为14.83/10万, 1985年中国全国人口的自杀率为23.26/10万, 1984—1986年三年全国人口平均自杀率为22.79/10万。^② 1999年, 作者又以世界卫生组织公布的有关资料为依据(1994年中国男性自杀率为14.4/10万, 女性自杀率为17.8/10万)推算出中国全国人口自杀率为16/10万。^③

2003年, 何又用一种“新方法”推算出1994年中国全国人口自杀率为16.78/10万。具体推算过程如下:^④

(1) 根据世界卫生组织1995年《世界卫生统计年报》中公布的中国选定地区有关数据(见表2)中相关人群的死亡人数与死亡率比例数据, 可以推算出当年总人口中:^⑤ 乡村男性人口占52.4%、女性人口占47.6%; 城市男性人口占47.8%、女性人口占52.2%。

① 何兆雄:《自杀病学》, 第149页。

② 何兆雄:《自杀病学》, 第182—183页。

③ 何兆雄:《论非正常死亡》,《医学与哲学》2003年第10期。

④ 何兆雄:《论非正常死亡》,《医学与哲学》2003年第10期。

⑤ 原文为“死亡人数中”, 疑有误。参见何兆雄:《论非正常死亡》,《医学与哲学》2003年第10期。此外, 此处引用的数字及下文和表格(表3、表4)的数字似也有计算错误, 但无碍本文的论述, 故只部分更正。

表2 1994年中国选定地区死亡数据

死因	一切原因死亡		自杀死亡		他杀死亡	
	人数	死亡率	人数	死亡率	人数	死亡率
人数及死亡率(1/10万)						
乡村						
男	183152	690.5	6279	23.7	881	3.3
女	149507	586.2	7788	30.5	264	1.0
城市						
男	197082	627.7	2026	6.5	1148	3.7
女	162221	543.9	2098	7.0	388	1.3

死因	事故死亡		其他事故副作用及远期效应	
	人数	死亡率	人数	死亡率
人数及死亡率(1/10万)				
乡村				
男	878	3.3	1045	3.9
女	229	0.9	561	2.2
城市				
男	329	1.0	1218	3.9
女	47	1.2	718	2.4

注：本统计资料涵盖1亿—1.2亿人口地区，城乡各一半，计有36个城市和64个县。

(2) 中国内地1994年总人口数12.2146亿，其中城市人口数（未包括城镇居民和农民工）为5.1817亿，估计入城农民工人口为0.9亿—1.1亿，取其中值1亿，与原有城市人口相加，则城市实有居民人口为6.1817亿。由此可得出农村人口为6.0681亿。将城乡人口数与上述城乡男女各人群的比例相乘，即可得出以下人口数据：农村人口中男31796.85万人，女28884.16万人，合计60681万人；城市人口中男29380.27万人，女32084.73万人，合计61465万人。

(3) 将城乡男女各人群数字与表2中各个相关人群的各类死亡率数字相乘，则得到表3中的相关数据。

表3 1994年中国内地各项死亡推定数据

死因	一切原因死亡		自杀死亡		他杀死亡	
	人数	死亡率	人数	死亡率	人数	死亡率
人数及死亡率(1/10万)						
乡村						
男	2195572	690.5	75342	23.7	10493	3.3
女	1693189	586.2	88096	30.5	2888	1.0
合计	3888761	640.7	163438	26.9	13381	2.2
城市						
男	1844182	627.7	19097	6.5	10870	3.7

续表 3

死因	一切原因死亡		自杀死亡		他杀死亡	
女	1742161	543.0	22459	7.0	4171	1.3
合计	3586343	583.6	41556	6.76	15041	2.44
死因	事故死亡		其他事故副作用及远期效应			
人数及死亡率 (1/10 万)	人数	死亡率	人数	死亡率		
乡村						
男	285535	89.8	12400	3.9		
女	182268	63.1	6354	2.2		
合计	467793	77.09	18754	3.09		
城市						
男	140436	47.8	11458	3.9		
女	988187	30.8	7700	2.4		
合计	239623	38.88	19158	3.1		

根据表 3 中数据，即可得到以下表 4 中的数据。

表 4 1994 年中国内地城乡合计死亡率

自杀死亡率	$(163438+41556) / 12.21462 \text{ 亿} = 204994 / 12.21462 \text{ 亿} = 16.78 / 10 \text{ 万}$
事故死亡率	$(46793+239623) / 12.21462 \text{ 亿} = 707416 / 12.21462 \text{ 亿} = 57.91 / 10 \text{ 万}$
他杀死亡率	$(13381+15041) / 12.21462 \text{ 亿} = 28422 / 12.21462 \text{ 亿} = 2.33 / 10 \text{ 万}$
全国死亡率	$7475104 \text{ (全国死亡人数)} / 12.21462 \text{ 亿 (全国人口)} = 612 / 10 \text{ 万}$
自然死亡率	$[7475104 \text{ (全国死亡人数)} - 928789 \text{ (自杀、他杀、事故死亡合计)}] / 12.21462 \text{ 亿} = 6546315 / 12.2146 \text{ 亿} = 535.9 / 10 \text{ 万}$

从表 4 中可知，1994 年中国内地全体居民的自杀率为 16.78/10 万。

不过，大概是觉得世界卫生组织公布的数据可能更为权威，在多数场合，何兆雄都引用上述 1989 年的自杀率数字（17.07/10 万）作为中国全国自杀率的代表性数字。

三、谁的估计结果更为可信

除了上述学者之外，还有其他一些人（如杨功焕等）也对当代中国人的自杀率进行过计算。但上面介绍的这些文献已经足以向我们表明，在“当代中国人的自杀率到底是多少”这个问题上，情况是多么令人困惑。以 1995 年左右年份中国人的自杀率数字为例，在上述文献中，我们至少可以得到以下几个不同的数字：

表5 1995年左右中国人自杀率相关数据

编号	数字提供者	年份	中国总人口自杀率
1	费立鹏等	1995—1999	19.6/10万
2	费立鹏等	1995—1999	23.23/10万
3	GBD	1990	30.3/10万
4	WHO	1998	32.9/10万
5	费立鹏等	1995—2000	17.83/10万
6	费立鹏等	1995—2000	22.99/10万
7	何兆雄	1994	16/10万
8	何兆雄	1994	16.78/10万

在上面这些关于中国人自杀率的数字中，最低的数字是16/10万，最高的数字则是32.9/10万，两者相差1倍左右。虽然前一个数字涉及的年份是1994年，后一个数字涉及的年份是1998年，前后相差了4年时间，有可能是自杀率的实际变化造成了自杀率数字上的差异。但无论是经验的考察还是理性的分析都可以告诉我们，这种情况（4年间中国人实际自杀率上升1倍）发生的概率微乎其微。这种数字上的差异更可能是数字生产方式方面的差异所致。而那些针对同一年份或时间段的不同自杀率数字，更是只能用数字生产方式上的差异来解释。这就使我们不得不去思考这样一个问题：对于这些用不同数据生产方式生产出来的自杀率数字，我们该怎样来加以对待呢？

1. 编号1自杀率数字的“准确性”

参照费立鹏等人在《中国的自杀率：1995—99年》一文中的叙述，编号1的自杀率数据是以中国卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统提供的1995—1999年人口死亡率资料中所获的属于自杀范畴的人口数据为基础计算出来的。不过，由于发现卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统覆盖的城市人口与农村人口的比例（57：43）与国家统计局数据显示的同期城乡人口比例（22：78）有较大出入，费立鹏等人在计算中国居民的自杀率之前，根据国家统计局报告的1995—1999年人口数据，对该登记系统每年的死亡率数据按性别、年龄组以及城乡人口比例进行了调整，并根据国家统计局1995年1%抽样调查的结果分配72组人群中每组人口所占的比例，使该样本人口能代表全国的情况。因此，编号1的自杀率数字至少在以下条件存在时才可能是可靠的或“准确的”，即中国卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统提供的1995—1999年人口死亡率资料中所获的属于自杀范畴的人口数据是准确无误的（至少没有漏报和错报现象）。但费立鹏等人后续的一些研究则警示我们，这一条件很可能是不存在的。

2. 编号 2 自杀率数字的“准确性”

编号 2 的自杀率数字是费立鹏团队的研究人员判断中国卫生部统计信息中心下属的死亡登记系统提供的 1995—1999 年人口死亡资料可能会有漏报现象后，对其进行了进一步的调整后计算出来的。调整的具体方法和步骤是：“采用国家统计局报告的年死亡率估计值来推算卫生部死亡登记系统漏报的死亡率。作者将国家统计局报告的每年的死亡总数按比例分配到 72 组人群，来推算每组人群的预期死亡人数；根据 1995 年 1% 抽样调查中每组人群死亡人数占死亡总数（死亡总人数为 79619 人）的比例来分配本研究中每组死亡人数占总死亡人数的比例。然后，通过比较每组人群的预期死亡人数（根据国家统计局的数据）以及根据卫生部资料中每组人群总的粗死亡率计算出的死亡人数，来推算卫生部死亡登记系统每年每个年龄组、男女、城市与农村人群的漏报的死亡率。最后，根据计算出的漏报的死亡率对卫生部的自杀率数据进行调整，然后根据调整后的自杀率以及每一年每组人群的相应人口数推算出每年每组人群的自杀人数。”正如费立鹏等人已意识到的，用这种方法对卫生部死亡登记系统的数据进行调整，实际上也是以一些隐含的假设为前提的。譬如，首先，必须假定国家统计局报告的死亡率估计值比卫生部和 DSP 报告的死亡率数据更为准确（否则就没有任何理由拿国家统计局报告的死亡率估计值来做参照）；其次，必须假定每组人群中各种死亡原因漏报的死亡率均一样；再次，必须假定国家统计局的人口数据系统和卫生部或 DSP 的数据系统所使用的一些基本概念，如“城市人口”、“农村人口”定义完全或大体相同；等等。但事实上，这些假设也并不一定能够成立。譬如，就像费立鹏等人认识到的那样，首先，我们并无充分的根据来断定国家统计局报告的死亡率估计值比卫生部和 DSP 报告的死亡率数据更为准确。其次，在实际情况中，每组人群中各种死因的死亡漏报率很难完全一样。而且，更大的困难在于，我们实际上根本无法来判断按照上述方法推算出来的各种死因的死亡漏报率与实际的漏报率到底有多大的差别（因为“实际漏报率”本身就是一个有待探究并将充满争议的未知数）。再次，费立鹏等人也已经发现，至少就他们所考察的这个时间段而言，卫生部和 DSP 两个死亡登记系统所采用的“城市人口”与“农村人口”的定义与国家统计局的定义有所不同：国家统计局将城市和城镇人口作为城市人口，卫生部和 DSP 系统则将大、中型城市的“非农业人口”作为城市人口，将县和城镇人口作为“农村人口”。因此，费等人自己也不得不承认，将卫生部的城市死亡率数据推广至统计局报告的城市人口，将卫生部的农村死亡率数据推广至统计局报告的城镇和县人口，显然“不是完美无缺的”。

3. 编号 3 和编号 4 自杀率数字的“准确性”

按照前面的叙述，我们可以知道，编号 3 和编号 4 的自杀率数字若要能够成立，必须以以下假设为前提：

第一，GBD 和 WHO 报告的作者应用来对估算期内的中国人口数据进行调整并

估计此一时期内总死亡人数的统计方法——一般增长—平衡方法——具有无可争议的可靠性；

第二，GBD 和 WHO 对 DSP 数据所作的另一个调整，即将 DSP 数据中编码为“意外死亡，外部原因不明”和“其他种类的暴力死亡”的许多案例看做自杀案例，这一做法具有无可争议的合理性。

如果以上两个前提存在，那么编号 3 和编号 4 的自杀率数字就可以被认为具有无可争议的“正确性”；反之，我们就不能不得出不同的答案。

对于上述第一个假设，费立鹏等人认为有一定合理性。他们认为国家统计局通过在抽样调查中询问每个被调查者在过去一年该户家庭中死亡人数的方法来获得人口死亡的数据，这种做法可能有一些问题。因为“这些调查存在回忆偏倚，因此可能会低估总的死亡人数，特别是孩子的死亡”。对此，我们首先可以提出以下质疑：人口死亡（无论是成人的死亡还是孩子的死亡）不是一件普通事件，很难相信一个被调查者对自己家中仅仅“过去一年”中的死亡人数都会有“回忆偏倚”。其次，即使我们同意费立鹏等人的判断（入户调查中的被调查对象在回忆前一年家中的死亡人数时会有“偏倚”），但我们也很难确定 GBD 和 WHO 报告的作者应用一般增长—平衡方法来对估算期内的中国人口数据所作的调整以及对此时期总死亡人数所作的估计是否一定与“实际”情况相一致（因为“实际情况”本身也是一个有待探究并将永远充满争议的未知数）。

对于上述第二个假设，我们也没有办法判断是否一定成立。GBD 的研究人员在以 DSP 数据为基础估算 1990 年中国自杀率的过程中，将许多原被登记为“意外死亡，外部原因不明”和“其他种类的暴力死亡”的死亡案例重新归入自杀案例，必定有其自认为适当的判定标准。只有当这个标准能够被（过去、现在、将来的）所有人都接受为合理的标准时，GBD 研究人员的做法才可以被认定为具有绝对的或确定的“正确性”；反之则否。虽然由于资料的缺乏，我们无法对此作出详细的讨论，但根据以往的研究经验，我们可以确定，这样一种能够为所有人都接受为“正确”的自杀判定标准是不存在的。因此，即使 GBD 的研究人员在对死亡案例的属性重新加以判定时严格遵守了判定标准，其结果的“正确性”也只能是在该标准赖以引申出来的话语体系中得到确定。对于受其他不同话语体系引导和约束的研究人员来说，由于可能会形成不同的自杀判定标准，GBD 研究人员工作结果的“正确性”就可能会饱受质疑。但反过来，我们也不能斩钉截铁地说 GBD 研究人员的工作结果绝对缺乏“准确性”（只要 GBD 研究人员在对死亡案例的属性重新加以判定时严格遵守了判定标准）。因为按照 GBD 研究人员所属的话语体系，他们所遵守的判定标准可能是完全合理的。

4. 编号 5 和编号 6 自杀率数字的“准确性”

编号 5 的自杀率数字是费立鹏等人判断无论是卫生部统计信息中心的死亡记录，

还是 DSP 系统的死亡记录，都还可能存在着一定的错报现象后，通过采用心理解剖法对伤害死亡案例进行研究的方法来对 1995 年 8 月至 2000 年 8 月间 DSP 系统关于中国人群自杀死亡数据进行评估和调整初步计算出来的。和前面几个数字类似，这一数字的可靠性完全取决于费立鹏等人采用心理解剖法来对从 DSP 系统中抽调出来的 1653 个相关死亡案例的死因报告进行评估时对每个案例死因重新所作判断的可靠性。

那么，费立鹏等人在对 1653 个死亡案例的死因重新加以评估时所作的判断到底是否“准确”或“可靠”呢？为了回答这个问题，我们需要对费立鹏等人在从事这项工作时所完成的每个案例的死因判断过程本身进行分析。而为了能够进行这种分析，我们又需要获得记录了每个案例死因判断过程的那些文字材料（相关调查问卷，相关访谈记录，参与现场调查的调查员在完成调查后根据该被试者提供的所有资料对该案例属于自杀的可能性进行判断的讨论记录，未参与现场调查的负责质量监督的研究者在详细了解每个案例的两种调查资料之后对该案例属于自杀的可能性独立加以评估的分析报告，在上述研究者的判断出现分歧的情况下课题负责人对这些案例是否属于自杀加以判断的报告等）。然而，遗憾的是，我们目前没有能够搜集到这样一些资料，因此，也无法在这里展开分析。但和以上情况一样，根据国内外以往的研究经验，同样可以确定，即使我们获得了这些资料，也只能对费立鹏等人在对 1653 个死亡案例的死因重新加以评估时所依据的判断标准（自杀死亡的判断标准、非自杀死亡的判断标准）、推理思路以及这些标准和推理赖以成立的话语系统有一个初步的了解，并以此为基础，对费立鹏等人所做的每项死亡案例评估结果在该话语系统之下的“准确性”进行判断：若严格遵循统一的标准、推理过程严谨、理由充足，就是“准确”的，否则就是不“准确”的。然而，尽管如此，这种合理性也只是一种相对的“准确性”，而非绝对的“准确性”：对于受其他不同话语体系引导和约束的研究人员来说，这些评估结果就可能被认为是不“正确”的。而对于这样一些分歧，我们是没有办法来对它们之间的对错作出终极判断的。

编号 6 的自杀率数字则是费立鹏等人在编号 5 的基础上，参照 DSP 系统 1998 年报告的漏报率（22.46%），对编号 5 数字进行校正后得出的。因此，除了编号 5 数字的可靠性问题外，编号 6 数字的可靠性还取决于 DSP 系统 1998 年所报告之漏报率的可靠性。

5. 编号 7 和编号 8 自杀率数字的“准确性”

编号 7 和编号 8 的自杀率数字是何兆雄以世界卫生组织公布的有关资料为依据、用两种有所不同的方法推算出来的。因此，这两个自杀率数字的“准确性”首先就取决于世界卫生组织公布的相关资料的“正确性”及其何兆雄所用推算方法的“准确性”。而根据前述相关文献提供的信息我们又可以发现，世界卫生组织公布的中国自杀率数字又是以 DSP 的数据加以修订后推算而来。世界卫生组织在以 DSP 的自

杀数据为基础推算中国相关年份自杀率时至少对 DSP 的数据进行了两个环节的调整：首先，运用一般增长—平衡方法对估算期内中国人口数据进行调整并估计此一时期内总死亡人数；其次，对 DSP 数据中编码为“意外死亡，外部原因不明”和“其他种类的暴力死亡”的许多案例重新判定为自杀案例。我们前面说过，世界卫生组织在这两个环节上对 DSP 自杀数据所作调整之结果的可靠性取决于其所用调整方法的可靠性。而前面的分析试图表明，对于这种可靠性，我们既没有办法加以保证，也没有办法加以否认。就此而言，对于编号 7 和编号 8 自杀率数字的可靠性，也只能采取一种将信将疑的态度。

四、结 语

综上所述，对于当前中国人的自杀率，不同的研究文献提供了非常不同的数字。这些数字之间的差别，既源于不同文献作者所用原始数据方面的差异，也源于这些作者对原始数据进行调整和修订时所用方法方面的差异。由于我们对于这些原始数据的“准确性”以及不同作者对原始数据进行调整和修订时所用方法及相关前提的“准确性”难以作出绝对的判断，因此，对于这些作者所提供的不同自杀率数字的“准确性”，也就无法作出绝对的判断。对于这些不同的自杀率数字，只能将其视为文献作者在一些特定的前提条件下所完成的一些关于当前中国人自杀率的话语建构。在各自设定的前提条件成立的情况下，它们都可能是可靠的；而在各自设定的前提条件受到怀疑的情况下，它们就都可能是不可靠的。因此，对于这些不同“话语建构”结果的“准确性”（或“谬误性”），我们只能作出一种相对的判断，而无法作出一种绝对的判断。即对于“当前中国的自杀率到底有多高”，我们也无法获得一个绝对可靠的终极性答案。在此意义上，这些文献作者之间就“谁的自杀率数据更为准确”这一问题所发生的争论，更多地是一种“话语之争”，而非“事实之争”。

〔责任编辑：李凌静 责任编辑：冯小双〕

relies on the adequacy of legal resources, and is difficult to put into practice if not guaranteed by human, material and financial resources; we therefore need to look for low-cost alternative measures and strategies suited to local characteristics. Rule by good law depends on reaching a consensus about good law; one cannot rely upon one model of the rule of law to evaluate other models' degree of development. Differences in the rule of law among countries or regions with varying social conditions do not lie in the control of power, but in the manner of such control. In evaluating the rule of law, one must pay attention to the difference in different countries' governance structures, for what one country resolves through law another country may resolve through non-legal means.

(6) The Optimization of Criminal Evidence System in China *Zhang Dong* • 125 •

In recent years, legislation on criminal evidence in China has been enriched increasingly, with a criminal evidence system preliminarily formed. From the perspective of application of the two important evidence rules of the standard of proof for "beyond reasonable doubt" and the exclusion of illegal evidence, however, the legislation on criminal evidence did not reach its objective. One reason behind this phenomenon is related to the application of law or the implementation of system, but more importantly, it is because no optimal configuration has been carried out for the evidence system. The optimization of evidence system does not mean to deny the existing evidence system in China; rather, it means instead, based on the existing system and observing the rule of application of evidence, to optimize the settings of evidence rules at the level of legislation, eliminate unreasonable factors hindering the application of optimization of evidence system, and thus fulfill the optimized operation of evidence system and reach the objective of criminal litigation. For the optimization of evidence system, legislation should define the rules of evidence in a common sense, some critical rules of evidence should not be absent, and priority should be given to preset rules of evidence. That matches better with the core values of the principle of trial centered criminal procedure and the principle of evidentiary adjudication.

(7) Suicide Rates in Contemporary China: A Case of Disputed Discourse

Xie Lixiong • 149 •

The research literature provides markedly varying figures for the contemporary Chinese suicide rate. The disparities in these figures come from both the differences in the original data used by different authors, and the dissimilarity in the methods these authors used when adjusting and revising the original data. Because it is hard to make absolute judgments about the accuracy of the original data and the methods in question, it is not possible to make absolute judgments about the accuracy of the different figures these authors provide for the suicide rate. We can only view them as the construction of a discourse on the contemporary Chinese suicide rate carried out by researchers under given preconditions.