

中国 1995 - 2004 年学校群体性癔症的流行特征

苏普玉 陶芳标 孙承业 朱秋鸿 周晓蓉

【关键词】 癔症, 群体性; 流行特征

Analysis on the epidemiologic characteristics of mass hysteria in schools from 1995 to 2004 in China SU Pu-yu*, TAO Fang-biao, SUN Cheng-ye, ZHU Qiu-hong, ZHOU Xiao-rong. *School of Public Health, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Corresponding author: TAO Fang-biao, Email: fbtao@ahmu.edu.cn

【Key words】 Mass hysteria; Epidemiologic characteristics

群体性癔症(癔病)/群发性癔症/集团性癔症(mass hysteria),又称为群体性(群发性)心因性疾病或群体性社会性疾病以及流行性癔症,是由强烈情绪反应或心理暗示激发的急性流行性精神障碍,多见于情感不稳定的儿童青少年,尤其是小学生^[1-4]。其发生均是在“特定背景”下由于集体接触某生疏物品或药物、食用某种食物、吸入某种气体、目睹或听说某种恐惧的情景而诱发。临床表现复杂多样,无特定的躯体症状^[5],个体可表现为癔症性精神障碍(分离障碍)和癔症性躯体障碍(转换障碍),患者缺乏支持主诉或阳性症状的实验室和流行病学证据,无器质性病变^[6],神经系统检查正常,无病理反射。学校是主要的集中学习和生活场所,由于儿童青少年心理结构不稳定,心理发育尚不成熟,缺乏独立的思考识别能力、对突发事件的承受能力差,当应激事件发生引发学生原始应激反应后,往往对情景做出过度评估,并出现相应的心身反应,易造成大脑皮质超限抑制,使皮层下功能增强,并且持续精神紧张又在大脑皮质出现兴奋灶,引出负诱导,出现精神、感觉及运动异常,诱发学校群体性癔症。但是,学校群体性癔症发生的初期往往容易误诊,给控制带来极大的困难,所以学校群体性癔症一旦暴发对家庭、学校、社会以及儿童青少年本身就会产生严重的影响^[7]。

本文利用中国生物医学文献数据库、万方数据库和中国期刊全文数据库,通过主题词和关键词检索 1995 - 2004 年 10 年来报道在学校中暴发的群体性癔症的文献,共检索到 109 篇,排除重复报道 5 篇、临床诊治 6 篇、预防策略 3 篇、综合报道 2 篇、资料信息不全 10 篇、未能查到原文 5 篇;最终使用对事件发生、发展过程(时间、地点、对象、诱因、发病过程、诊断等)具有详实描述且最终诊断明确的学校群体性癔

症暴发文献 78 篇(53 篇在 2000 - 2004 年发表,25 篇在 1995 - 1999 年发表),共记录了 80 起(其中有 2 篇文献各记录了 2 起事件)学校群体性癔症暴发事件。以此描述我国近年来学校群体性癔症的流行特征,为今后避免这一现象在学校中发生提供一定的科学依据。

一、群体性癔症事件起因

1. 公共卫生事件:在 80 起学校群体性癔症中,61 起是由公共卫生事件引发,占暴发总次数的 76.35% (61/80)。

(1) 预防接种:公共卫生事件引发的学校群体性癔症中最常见的是由集体预防接种引起^[4,8,9],占 67.21% (41/61),尤其是接种流行性乙型脑炎疫苗更为普遍(16/41),这与既往相关报道一致^[10]。

(2) 服用预防或治疗药物:由集体服用预防或治疗药物引发 9 起,占公共卫生引发事件的 14.75% (9/61)。国外也常见由集体口服预防药物引发学校群体性癔症^[11]。我国计划免疫工作自 1978 年起步,逐步在全国推行,由于儿童青少年尚未形成稳定的心理素质,他们对陌生的药物不甚了解,尤其是经济、文化落后的农村地区;再加上家长、老师,甚至接种人员对药物不良反应不能正确认识。在这一特殊的环境进行集中接种,一旦有个别同学出现不良反应,极易造成群体性癔症的暴发^[12]。不同疫苗或药物引发的暴发次数不等,这与某种疫苗或药物的普及程度以及学生、家长、老师对疫苗和药物的知晓程度有关,如接种甲、乙肝疫苗引发的癔症暴发次数远远少于接种乙型脑炎疫苗(表 1),这与群众对甲、乙肝疫苗更为了解有很大关系。

(3) 受“污染”的饮食或空气因素:由于共同食用某种“污染”食物或呼吸某种“有毒”的气体(食物受到污染、散发特殊气味、传言饮食或空气中含有毒物等)而引发的学校群体性癔症暴发近年来国内外均有报道^[5,7,13-17]。公共卫生事件引发的群体性癔症中由“污染”饮食或空气引发的频率为 18.03% (11/61),虽然并不很高,但是一旦发生极易与群体性食物中毒相混淆,造成极大的恐惧和人力、物力、财力上的浪费,特别是某些饮食或空气中确有气味或污染,这便很难将真正中毒者与癔症发作者相区别^[5,15]。在刘庆荣等^[18]报道的 29 起群体性食物中毒事故中,有 437 人为单纯心因性反应者,而真正中毒人数为 335 人。随着人们对生物和化学等恐怖事件的日益恐惧^[3,16,19],此类事件与日俱增。在“中毒”事件中如何早期识别“中毒样群体性癔症”,即如何早期将真正中毒患者与由于中毒事件引发的癔症反应者区别开来,这是世界各国中毒事件预防控制中心共同面临的挑战。“污染”食物本身性状(颜色、质地或气味等)也会影响其所致

基金项目:科技部科研院社会公益研究专项基金资助项目(2004DIB1J037)

作者单位:230032 合肥,安徽医科大学公共卫生学院儿少卫生与妇幼保健学系(苏普玉、陶芳标);中国疾病预防控制中心职业卫生与中毒控制所(孙承业、朱秋鸿、周晓蓉)

通讯作者:陶芳标,Email:fbtao@ahmu.edu.cn

癔症的发病率,与这些性状进一步增强儿童的心理暗示有关^[14]。

表1 不同事件类型引发的学校群体性癔症反应率

事件	总起数 ^a (%)	起数 ^b	总人数	反应 人数	反应率 (%)
公共卫生事件					
预防接种					
乙脑疫苗	16(20.00)	14	5 609	1 518	27.06
流脑疫苗	8(10.00)	7	1 060	634	59.81
麻疹疫苗	4(5.00)	4	778	513	65.94
甲、乙肝疫苗	4(5.00)	4	1 455	615	42.27
风疹疫苗	3(3.75)	3	1 229	650	52.89
麻疹、乙脑疫苗	2(2.50)	2	562	248	44.13
注射 PPD	2(2.50)	1	136	114	83.82
白破二联	1(1.25)	1	493	130	26.37
腮腺炎疫苗	1(1.25)	1	412	51	12.38
计	41(51.25)	37	11 734	4 473	38.12
药物					
口服碘油丸	4(5.00)	2	367	112	30.52
口服驱虫药	3(3.75)	3	1 627	212	13.03
氟化泡沫防龋	1(1.25)	1	681	146	21.44
碘钙营养片	1(1.25)	1	140	112	80.00
计	9(11.25)	7	2 815	582	20.67
饮食或空气					
饮水	2(2.50)	0	-	-	-
酸奶或豆奶	2(2.50)	2	1 551	241	15.54
食物	6(7.50)	2	178	69	38.76
空气	1(1.25)	0	-	-	-
计	11(13.75)	4	1 729	310	17.93
单纯精神因素					
迷信谣传	6(7.50)	3	179	64	35.75
疲劳或情绪紧张	13(16.25)	3	1 033	222	21.49
计	19(23.75)	6	1 212	286	23.60
合计	80(100.00)	54	17 490	5 651	32.31

^a 总起数是指 80 起事件中每类事件的数量; ^b 起数是指能获得总人数及反应人数事件的数量

由受“污染”的饮食或空气引发的学校群体性癔症事件有如下一些特点:①实验室检查排除食物中含有有毒成分;②接触者和未接触者均有发病,反应发生在特定的人群中;③具有相同接触史的成人很少或没有发生反应;④低年龄儿童的反应发生率高于高年龄儿童;⑤临床症状主要为胃肠道反应,与食物中毒反应相似,但持续时间短,且反应者症状较为一致。

2. 单纯精神因素:在 80 起学校群体性癔症中此类事件占 23.75% (19/80)。这类癔症在暴发的群体中往往没有明确的诱因,均是由于紧张的气氛所致,所以起初的诊断很难“明确”,这又加剧了紧张的气氛,引发这种心因性疾病的流行。这类群体性癔症相对公共卫生事件引发的群体性癔症有着更广泛的文化、信仰、习俗等思想背景。

(1) 迷信谣传:迷信谣传引发的事件占单纯精神因素引发的群体性癔症的 31.58% (6/19)。在我国文化、经济落后的偏远农村地区,封建思想在一定范围内仍有一席之地,对

儿童青少年产生潜移默化的影响,一些鬼神、讹传可引发学校群体性癔症^[20]。

(2) 疲劳或情绪紧张:疲劳或情绪紧张引发的事件占单纯精神因素引发的群体性癔症的 68.42% (13/19)。各种引起学生情绪紧张的生活事件,如:受到家长、老师批评或惩罚,与同学争吵,考试前的紧张准备,或者遇到突发的生活事件等,都会引发个别儿童癔症发作(尤其是具有癔症素质或癫痫发作史的儿童),如果家长、学校、社会处理不当就会在一定范围内诱发群体性癔症^[21,22]。在特殊时期内,如:军训、考试期间等,由于儿童疲劳和精神紧张也能诱发^[23]。

二、群体性癔症反应发生率

1. 不同事件的反应率:学校群体性癔症发生过程中学生的反应率在 12.38%~83.82% 之间不等(表 1)。获得详实基数资料的 37 起预防接种的反应率为 38.12%,服用药物的 7 起事件的反应率为 20.67%，“特殊”饮食或气体诱发的 4 起暴发事件的反应率为 17.93%，48 起公共卫生事件引发的群体性癔症的总反应率 32.96%；单纯精神因素引发的 6 起事件的总反应率为 23.60%。虽然总体看起来预防接种引发的群体性癔症的总反应率较高,但是各类事件的反应率波动均很大(表 1)。群体性癔症是以环境因素为主,事件的反应率最主要的影响因素是首发病例出现后家长、学校、政府、社会等对这类事件所营造的氛围,所以事件的反应率可能与事件本身无关。无论哪类事件只要处理恰当反应率便很低;相反,如果家长、学校过分紧张,社会过度“关心”,就会使学生的反应率很高^[12,21,24,26]。

2. 不同性别的反应率:在无论哪类事件引发的群体性癔症中,女生的反应率显著高于男生。在 11 起有明确男女基数及反应人数资料中,男生的反应率为 11.47% (321/2798),而女生为 25.59% (608/2376),差异有统计学意义 ($\chi^2 = 173.819, P = 0.000$);临床住院治疗的病例中也以女生为主,与国外报道一致^[6,7]。这与同一年龄阶段女生的心理成熟程度低于男生,而且女生“团伙”现象更为普遍,更易受到自我或他人的暗示有关。

3. 不同年龄的反应率:学校群体性癔症,在小学、初中、高中乃至大学均可发生,其中在小学最为常见,在 80 起中有 55 起发生在小学,可能与小学生预防接种的几率大有关,也可能与小学生心理结构不稳定有关。多见于 7~14 岁的儿童,即小学高年级和初中低年级儿童反应率相对高些,特别是精神因素和生活事件诱发的暴发中尤为显著,由于这个年龄阶段儿童初具思维领悟能力,但还尚未拥有成熟的独立思考能力,更易受到不良暗示。但由食用“污染”食物、空气或口服用药诱发的学校性癔症中,往往年龄越小反应率越高^[11]。

三、群体性癔症的分布特征

1. 时间分布特征:①季节性:74 起有详实时间记录的学校群体性癔症事件中,有 39 起发生在 4~6 月份(占 52.7%),有 24 起发生在 9~11 月份(占 32.4%),群体性癔症多发生在

春末夏初和夏末秋初。上半年的发生次数多于下半年,可能与上半年儿童预防接种的几率要多于下半年有关;未见有寒假或暑假期间儿童群体性癔症暴发事件。②每日发作时间:学校群体性癔症多为学生在校时集体暴发,所以每日发作时间多集中在在校期间,偶有零星的个体在家散发。③潜伏期:群体性癔症的潜伏期长短不一,首发病例的潜伏期在数分钟至几天不等,多在 30 min 以内;续发病例的潜伏期在数分钟至几个月,多在首发病例发生后 1 d 内出现反应。公共卫生事件引发的群体性癔症的潜伏期要短于单纯精神因素引发的事件。④事件持续时间:学校群体性癔症事件持续的时间与事件发生后干预力度和效果有关,如果干预方法得当、力度强,事件的持续时间相对较短,可以仅仅 1-2 d,多数事件持续的时间在 10 d 以内,相反可以持续数月,报道的 80 起事件中 longest 持续了 3 个月之久。80 起事件均为学校群体性癔症暴发事件,但亦有少数事件由于处理不当,而由暴发转为零星的散发,未见单纯散发的学校群体性癔症的报道。

2. 地区分布特征:在 80 起学校群体性癔症暴发中有 55 起发生在农村及乡镇,25 起发生在县市。一个群体所处环境的经济、文化、礼仪以及群体的行为模式是引发学生群体性癔症的重要社会性背景^[10]。

3. 人群分布特征:①年龄分布:在 80 起事件中 55 起发生在小学,21 起发生在中学(初中占大多数),2 起发生在中小学,1 起发生在托儿所,1 起发生在体校,年龄主要集中在 7~14 岁。②性别分布:80 起事件中有 53 起记录了男女的发生人数,男生发生反应的总人数为 1631 人,女生发生反应的总人数为 2440 人,可见女生发生反应人数的绝对值要高于男生,与女生的反应率显著高于男生的结论一致。③其他:对于精神紧张、学习疲劳、成绩不良、身体素质较差,即学校中的“弱势群体”更容易发生反应。在一些群体性癔症事件中反应亦可发生于一些没有接触药物或食物的学生^[21,27]。在 80 起学校群体性癔症中仅有 1 起发生反应的人群中除了学生外还有 2 名女教师,未见有其他人群众体性癔症同时发生反应的报道,所以学校群体性癔症事件发生的人群相对单一。有文献报道群体性癔症暴发中性格内向、父母文化水平低的儿童容易发生反应^[9]。王龙会等^[28]对 30 例临床(散发)心因性反应患者与 30 名正常人进行艾森克个性特征分析,发现心因性反应组 P、N 量表分明显著高于对照组,具有统计学意义,但群体性癔症患者的个性心理特征如何尚很少有研究报道。在 80 起事件中仅报道有 2 起发生在少数民族学校,1 起发生在藏文专业的学生中,大多数学校群体性癔症事件中未报道民族之间的差异。宗教迷信活动对单纯精神因素引发的学校群体性癔症事件影响较大,在 19 起这类事件中有 10 起具有强烈的迷信色彩渲染。

四、群体性癔症的影响因素与发展趋势

1. 首发病例发病的影响因素:在 50 起有详实首发病例发作记录的报道中,有 40 起为女生,其余 10 起为男生,这与学校女生反应率高于男生的结论一致,说明女生心理成熟程

度及接受能力相对同年龄的男生来说更为低下,容易受突发事件或暗示的影响。首发病例的年龄多在 8~15 岁,“污染”食物或服用药物引发事件中首发儿童的年龄相对偏低,这于在不同年龄阶段儿童中反应率结论基本一致。首发病例常由学生紧张、恐惧或晕针、胃肠道反应诱发占 90.0% (45/50),亦有“偶合症”(如偶合上呼吸道感染、局部反应等)的首发病例者 10.0% (5/50)。

2. 续发病例发病的影响因素:群体性癔症的发生至少有 1 个以上的诱因,既可以是单因素又可以是多因素,且受到首发病例的暗示影响,首发病例出现后家长、老师或他人的语言暗示,学校、医务人员等处理不当以及媒体的渲染等^[29],都会加大首发病例的暗示效应,使得事态迅猛发展。一起学校群体性癔症的持续时间、反应人数、症状的严重程度,与首发病例出现后相关人员的处理情况直接相关^[30]。80 起癔症在群体中暴发的续发病例的诱因所占比例分别是:紧张、恐惧或晕针占 100% (80/80),他人或媒体语言暗示占 30% (24/80),偶合症占 7.5% (6/80),饥饿/疲劳或精神紧张占 12.5% (10/80),其中 31 起具有 2 个或 2 个以上的诱因。

3. 发展趋势:群体性癔症的发展通常以“离心”的趋势向外发展,一般以首发病例所在的一个班级、一个寝室为中心向外扩散^[13,14,25,30],反应者出现的先后顺序常与接种疫苗或服用药物的时间顺序不相一致^[13,28],即使停止某种食物或药物反应者仍可继续出现^[13],甚至部分反应者并未接触某种药物或食物^[13,31],与药物或食物中毒所致的发展规律明显不符,与事件本身不存在必然的因果关系。探讨学校群体性癔症的发展趋势可以不考虑药物或食物接触的因素,而与环境的紧张气氛和儿童紧张心理的变化规律相一致。可表现集体同时发病,又集体同时症状消失^[32],反应者出现的频率没有明显的规律,与疾病暴发或流行时病例呈现的单峰分布形式相矛盾。事态的发展速度与首发病例出现后的干预力度有关,即是否能够及时有效切断引发群体性癔症暴发的中介机制(如紧张气氛、恐惧心理、首发病例暗示、家长和老师及其他人员的言语及行为暗示等)有关。

五、临床表现

群体性癔症临床表现呈多样化,癔症性精神障碍主要表现为情感暴发、意识朦胧、假性痴呆、木僵、鬼神附体、四肢乱动、行为冲动、杂乱无章等;癔症性躯体障碍主要表现为运动障碍(痉挛或抽搐发作、肢体疼痛、震颤/瘫痪、失语、共济失调、步态不稳等)、感觉障碍(感觉缺失或过敏、疼痛、失明、失聪等)和植物神经系统功能障碍(头痛、头晕、疲乏无力、面色苍白或青紫、四肢发凉、屏气发作或过度换气、大小便失控、心率加快、厌食、恶心、呕吐、腹痛等)^[11,33]。一方面与儿童心理、生理发育程度及环境有关^[34],另一方面与事件的引发因素有关。其中以植物神经系统功能障碍最为常见,与既往报道一致^[10],在 80 起事件中有 78 起具有此症状,占 97.50% (78/80),且以自诉症状为主,运动障碍和感觉障碍分别占 28.75% (23/80)、21.25% (17/80);癔症性精神障碍有 12 起,

占 15.00% (12/80)。有 33 起具有 2 类或 2 类以上的临床症状,占 41.25% (33/80)。年龄越小症状越单一,年长儿童临床表现相对复杂;公共卫生事件引发的癔症暴发临床症状较为单一(以转化障碍为主),而精神因素引发的癔症多半具有分离障碍和转化障碍^[20]。学校群体性癔症事件主诉均与临床症状、体征和实验室结果不相符。

六、转归和预后

群体性癔症患者经过隔离、精神安慰、心理疏导并配合药物暗示治疗,均能痊愈,预后良好,一般无后遗症,但需注意癫痫发作者的临床治疗。有学者认为群体性癔症发作,其发病机制与癔症有区别,癔症是以个体性格因素占主导地位,而群体性癔症则以环境因素为主^[35]。具有明显素质特征即有鲜明的癔症个性,多种生活事件,即使性质不严重,程度不强烈也可引起癔症发作,即所谓素质性癔症。此类患者常反复发作;不具明显素质特征癔症个性,仅在强烈或持久的生活事件作用下发病,即属反应性癔症,群发性癔症多属于反应性癔症,此类患者症状持续时间较短,复发较少,预后良好。但在群发性癔症者中亦有少部分患者拥有癔症素质,故表现反复发作。

群体性癔症严重影响人们的健康和社会生活,越来越受到全社会的广泛关注,随着时代的发展群体性癔症的报道数量呈上升趋势。美国 9.11 恐怖袭击事件以来国外报告群体性癔症事件也逐年增多,但是所报告的事件只是这类事件中的一小部分^[3]。随着我国疫苗接种的普及、各类生活事件的频繁出现以及人们对各种细菌微生物、有毒有害气体或食物的恐惧,在人们对群体性癔症缺乏“免疫”功能的情况下,群体性癔症暴发将对人们的生活和社会的安定带来很大的影响^[36,37],尤其是学校这类群体尤为值得关注。如何预防各类群发性癔症的发生,以及如何实施有效的干预措施是摆在我们面前的历史性课题。

参 考 文 献

- [1] 陶国泰. 儿童少年精神医学. 南京:江苏科学技术出版社, 1999:260-263.
- [2] Weir E. Mass sociogenic illness. CMAJ, 2005, 172(1):36.
- [3] Bartholomew R, Wessley S. Protean nature of mass sociogenic illness: from possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. Br J Psychiatry, 2002, 180(4):300-306.
- [4] Clements CJ. Mass psychogenic illness after vaccination. Drug Saf, 2003, 26(9):599-604.
- [5] Doyle CR, Akhtar J, Mrvos R, et al. Mass sociogenic illness-real and imaginary. Vet Hum Toxicol, 2004, 46(2):93-95.
- [6] Jones TF. Mass psychogenic illness; role of the individual physician. Am Fam Physician, 2000, 62(12):2649-2653, 2655-2656.
- [7] Jones TF, Craig AS, Hoy D, et al. Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school. N Engl J Med, 2000, 342(2):96-100.
- [8] Clements CJ. Mass psychogenic illness after vaccination. Drug Saf, 2003, 26(9):599-604.
- [9] Peiro EF, Yanez JL, Carraminana I, et al. Study of outbreak of hysteria after hepatitis B vaccination. Med Clin Barc, 1996, 107(1):1-3.
- [10] 谢广中,周立. 群发性癔症与疫苗接种的关系——兼析 30 起群发性癔症的发生. 中国计划免疫, 2000, 6(3):178-180.

- [11] Khiem HB, Huanle D, Phuong NT, et al. Mass psychogenic illness following oral cholera immunization in Ca Mau City, Vietnam. Vaccine, 2003, 21(31):4527-4531.
- [12] Kharabsheh S, Al-Otoun H, Clements J, et al. Mass psychogenic illness following tetanus-diphtheria toxoid vaccination in Jordan. Bull WHO, 2001, 79(8):764-770.
- [13] 陈恩富,许锋华. 一起小学生饮用桶装纯净水引发的群体性癔症. 中国学校卫生, 2003, 24(1):69.
- [14] 程书权,冯均钊. 饮用被枯草杆菌污染的豆奶诱发群体性癔症暴发流行 150 例报道. 临床荟萃, 2001, 16(7):304-305.
- [15] Nemery B, Fischler B, Boogaerts M, et al. The Coca-Cola incident in Belgium, June 1999. Food Chem Toxicol, 2002, 40(11):1657-1667.
- [16] Bartholomew RE. "Mystery illness" at Melbourne Airport: toxic poisoning or mass hysteria? Med J Aust, 2005, 183(11/12):564-566.
- [17] Galloway A, Van Loock F, Demarest S, et al. Belgian coca-cola-related outbreak: intoxication, mass sociogenic illness, or both? Am J Epidemiol, 2002, 155(2):140-147.
- [18] 刘庆荣,何慧芬,左斌,等. 群体性食物中毒事故中的心因反应调查. 华南预防医学, 2004, 30(4):46-48.
- [19] Moscrop A. Mass hysteria is seen as main threat from bioweapons. BMJ, 2001, 323(7320):1023.
- [20] 孙雅仙,朱贤玉. 一起学生群体性心因性癔症调查分析. 中国学校卫生, 2000, 21(6):441.
- [21] 鲁应佳,李贻汉. 一起在校学生引起部分学生群体性癔症爆发的调查. 职业与健康, 2001, 17(2):77.
- [22] 杨正昌,唐光鹏,余正儒,等. 一起学生群体性癔症爆发的调查. 实用预防医学, 2004, 11(2):375-376.
- [23] 王素芹,刘贵平,董小杰. 一起流行性癔症的调查报告. 预防医学情报杂志, 2001, 17(6):438.
- [24] 彭维斌,解平. 一起接种乙肝疫苗引发群体性癔症的调查. 现代预防医学杂志, 2004, 31(4):553-555.
- [25] 陈宗兰,许卫国,王志高. 小学生注射 PPD 发生群体性癔症的调查分析. 中国防痨杂志, 2000, 22(1):41-42.
- [26] 史晓光,赵凤英,马连赞. 一起接种麻疹疫苗引起的群体性癔病反应. 预防医学文献信息, 2000, 6(3):283.
- [27] 张济,李长宝,周志忠,等. 接种吸附精制白喉破伤风二联类毒素诱发群体性癔症的调查报告. 中国计划免疫, 1997, 3(6):297-298.
- [28] 王龙会,朱军,韩云芳,等. 心因性反应患者的艾森克个性分析. 中国行为医学科学, 1998, 7(4):298.
- [29] 李永超,孙曰快,李大罕,等. 一起因接种风疹疫苗诱发群体性癔病的调查报告. 江苏预防医学, 1999, 10(2):15-16.
- [30] 刘保群. 预防接种引起群体性癔症的调查研究. 中国行为医学科学, 2001, 10(3):260-261.
- [31] 李上球,温志明,温学元,等. 一起壮族山村小学生群体性癔病的调查. 中国学校卫生, 1999, 20(6):466.
- [32] 曹国强,杨洪祥,贾荣盛,等. 一起接种流脑疫苗引起群体性癔症的调查报告. 职业与健康, 2001, 17(7):65.
- [33] 王陇德. 卫生应急工作手册. 北京:人民卫生出版社, 2005:378.
- [34] 斐竹英,包新华,秦桐,等. 儿童心因性疾病的临床特点. 中华儿科杂志, 2002, 40(2):263.
- [35] 庞天鉴,曾淑芳. 集团性癔病 57 例报告. 中国神经精神疾病杂志, 1998, 14(1):35.
- [36] Tizon JL, Panella H, Maldonado R. Hysteria epidemics, epidemic conversion disorder or epidemic somatotropic disorders; a new case of a fact for the 21st century. Aten Primaria, 2000, 25(7):479-488.
- [37] Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. JAMA, 2002, 288(5):581-588.

(收稿日期:2006-01-26)

(本文编辑:尹廉)