

中国民用航空局飞行标准司

信息通告

编号：IB-FS-2015-01

下发日期：2015 年 1 月 20 日

编制部门：FS

批准人：胡振江

飞行员心理健康指南

目 录

前 言	3
1、飞行员心理健康的涵义与标准.....	4
1.1 心理健康的涵义	4
1.2 心理健康状态与心理亚健康状态.....	4
1.3 心理正常与心理异常	5
1.4 中国飞行员的心理健康标准	7
2、工作压力与飞行员心理健康.....	9
2.1 压力及其因素	10
2.2 压力的三种理论观点	11
2.3 压力源的概念	12
2.4 压力反应评估	15
2.5 工作压力的预防	18
3、飞行员心理危机与干预.....	18
3.1 心理危机及其临床表现	18
3.2 危机干预的目标和原则	19
3.3 危机干预的步骤和方法	20
3.4 危机干预的技术	23
3.5 异常行为与心理监控	25
3.6 自杀的原因及预防	28
4、飞行员创伤后应激障碍及治疗.....	38
4.1 飞行员心理应激相关障碍	38
4.2 创伤后应激障碍的早期评估	42
4.3 飞行员心理重建	45
4.4 创伤后应激障碍的治疗方法	51
4.5 飞行员创伤后成长	56
5、飞行员的心理健康促进.....	58
5.1 加强日常的心理健康教育	59
5.2 开展心理咨询工作，选择适当的心理治疗方法.....	60
5.3 积极为飞行员提供心理援助，提升心理资本.....	61
附件 1 常见的心理疾病介绍.....	65
附件 2 常见的心理咨询与治疗方法.....	73

前 言

飞行员的身心健康是保障航空安全的重要因素。飞行员需了解心理健康的相关知识，掌握心理健康促进的相应方法，从而保持自身的心理健康，预防心理障碍，保障飞行安全，延长服务年限。本信息通告介绍了飞行员的心理健康对航空安全的重要意义，飞行员的心理异常有可能对航空安全造成的危害，详细介绍了心理健康的基本涵义、心理压力与应对、个体心理危机与干预等相关知识，并提出了飞行员心理健康促进的相关措施。

国际航空运输协会调查表明飞行事故的 80-90%是由人的因素导致的。人的因素作为保障航空安全和效率的关键要素已被广泛认可。作为安全敏感岗位，飞行员的心理健康成为保障航空安全的关键因素之一。

随着航空器的更新换代，其自动化驾驶程度加大，但飞行员的心理负荷随之增加。随着我国民航业的大力发展，飞行员的日常的飞行任务加重，同时飞行员在执行航班任务中随时有可能碰到突发紧急事件，如飞机机械故障、突然变化的恶劣天气、机上紧急医学事件等，甚至有可能遇到劫机等危机事件。各种突发紧急事件发生后，飞行员会产生相应地压力反应，可能会导致体力严重消耗及心理免疫力下降，甚至有可能导致身心健康问题。若这些问题不能得到及时地心理干预，极有可能转化为严重的心

理障碍，如创伤后压力障碍等各类压力相关障碍。

因此，有必要开展飞行员的心理健康教育，维护和促进飞行员的心理健康，这对保障航空安全具有重要意义。

1、飞行员心理健康的涵义与标准

1.1 心理健康的涵义

从广义上讲，心理健康是指一种高效而满意的、持续的心理状态。从狭义上讲，心理健康是指人的基本心理活动的过程内容完整、协调一致，即认识、情感、意志、行为、人格完整和协调，能适应社会，与社会保持同步。

1.2 心理健康状态与心理亚健康状态

世界卫生组织早期 1946 年提出健康的定义为：“健康是一种身体上、精神上和社会适应上的完好状态，而不是没有疾病及虚弱现象。”以上定义指出健康包涵三个基本要素：(1)躯体健康；(2)心理健康；(3)具有社会适应能力。躯体健康和心理健康是互相联系、互相作用的，两者密切相关，缺一不可，无法分割。具有社会适应能力是国际上公认的心理健康首要标准。

根据本人评价、他人评价和社会功能状况三个方面，可以区分一个飞行员目前是处于心理健康状态，还是心理亚健康状态。

（一）心理健康状态

1.本人不觉得痛苦。本人没有痛苦的感觉，或者说快乐的感觉大于痛苦的感觉。

2.他人不感到异常。即心理活动与周围环境相协调，不出现与周围环境格格不入的现象。

3.社会功能良好。即能胜任家庭和社会角色，能在通常社会环境条件下充分发挥自身的能力，实现自我的价值。

（二）心理亚健康状态

心理亚健康状态是介于心理健康与心理疾病之间的状态，它是个人心理素质（如过于好胜、孤僻、敏感等）、生活事件（如工作压力大、晋升失败、被上司批评、婚恋挫折等）、身体不良状况（如长时间加班劳累、身体疾病）等因素综合作用的结果。其特点是：

1.持续时间短暂。此状态持续时间较短，还不能诊断为疾病。

2.症状和损害轻微。此状态症状比较单一，程度较轻，还不能诊断为疾病，对社会功能的影响也较小。处于此类状态的人一般都能正常工作、学习和生活，只是感觉到愉快感小于痛苦感，“很累”、“没劲”、“郁闷”、“应付”是他们常常挂在嘴边的词汇。

3.能自己调整或通过心理咨询解决问题。此状态大部分能通过自我调整，如休息、与朋友倾诉、运动、钓鱼、旅游、娱乐等方式得到改善，严重者可以通过心理咨询得到解决。

1.3 心理正常与心理异常

根据民用航空人员体检合格证管理规则(CCAR-67-R2)，要求民用航空人员无可能影响安全履行职责或可能因履行职责而加重的心理异常。那么，一个人处于心理亚健康状态是不是属于

心理异常呢？是否应停飞呢？

首先，心理正常是指心理活动具备正常功能。在心理正常的范畴内，又可分为“心理健康”和“心理亚健康”两种状态，它们反映的仅仅是正常心理水平的高低和程度如何，如表 1 所示。

表 1 飞行员心理正常和异常与心理健康和亚健康的关系

心理正常		心理异常
心理健康	心理亚健康	各类心理疾病

“是否有精神障碍症状”是区分心理正常与心理异常的标准。心理异常是指心理活动有典型精神障碍，包括严重的焦虑、抑郁、强迫等症状，以及重性的幻觉妄想等精神病症状。心理异常包括一般的精神障碍和严重的精神障碍。精神障碍是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常，导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。严重精神障碍是指疾病症状严重，导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识，或者不能处理自身事务的精神障碍。

区分以上概念很重要，因为心理咨询的对象是心理健康与亚健康的人群，即没有精神障碍的心理正常的人群。而对于心理异常的人，即有精神障碍的患者，心理咨询是无能为力的，必须交由精神科医生处理。

因此，心理亚健康状态不属于心理异常，而是处于心理健康

状态与心理疾病之间的状态。

1.4 中国飞行员的心理健康标准

作为特殊职业群体，飞行员的心理健康状况如何呢？根据近 10 年来中国飞行员心理健康状况的元分析研究表明（邓丽芳，2013 年），飞行员的心理健康水平与一般成人的比较结果表明飞行员的心理健康水平要高于一般成人。这可能与飞行员在选拔、学习培训直至上岗，都会经历严格的心理素质训练，大部分已有较好的心理素质有关。

然而，2004 年的一项研究针对某航空公司的飞行员心理健康状况进行调查分析，发现民航现役飞行员分数比地勤人员略差，其中睡眠和饮食分数差异有统计学意义。30 岁以下的飞行员焦虑得分高于 30 岁以上的飞行员（ $P<0.05$ ）；副驾驶的焦虑分数和 SCL-90 中敌对、偏执分数比机长高（ $P<0.05$ ）；飞行时间在 1000-3000h 之间的飞行员 SCL-90 总分、强迫、睡眠和饮食、躯体、抑郁、精神病性得分高于飞行时间 1000h 以下和 3000h 以上的飞行员（ $P<0.05$ ）。

针对中国民航飞行员的心理健康标准及特征还有待于进一步研究。目前尚没有针对中国民航飞行员群体开展的心理健康调查研究结果，但是我们应重视民航飞行员在不同时期、不同阶段的心理健康问题，开展心理咨询，促进民航飞行员的心理健康，保障飞行安全。

中国飞行员心理健康标准简要表述为三个层面，即：

- 自我和谐（自我意识，生活和学习能力，情绪健康）；
- 人际和谐（人际关系和谐良好）；
- 社会和谐（角色功能，环境适应）。

中国飞行员心理健康标准具体的条目和评估要素包括：

1、认识自我，接纳自我（自我意识）

评价要素：

（1）自我认知：了解自己，恰当地评价自己，有一定的自尊心和自信心。

（2）自我接纳：体验自我存在的价值，接受自己。

2、自我学习，独立生活（生活和学习能力）

评价要素：

（1）学习能力：具有从飞行经验中学习、获得飞行知识与技能的能力。

（2）生活能力：能够独立处理日常生活中大部分的衣食住行活动。

（3）解决问题的能力：能够利用获得的飞行知识、能力或技能解决常见的航空器驾驶问题。

3、情绪稳定，有安全感（情绪健康）

评价要素：

（1）情绪稳定：能够保持情绪基本稳定。

（2）情绪积极：情绪状态能够保持以积极情绪为主导。

（3）情绪控制：能够调控自己情绪的变化。

(4) 安全感：对人身安全、生活稳定等有基本的安全感。

4、人际关系和谐良好（人际关系）

评价要素：

(1) 人际交往能力：具有基本的社会交往能力，能够处理与保持基本的人际交往关系。

(2) 人际满足：能在人际互动中体验到正常的情绪情感，获得满足感。

(3) 接纳他人：能够接纳他人交往中的问题。

5、角色功能协调统一（角色功能）

评价要素：

(1) 角色功能：基本能够履行社会所要求的各种角色规定。

(2) 心理与行为符合所处的环境。

(3) 心理与行为符合年龄等特征。

(4) 行为协调：在社会规范许可范围内，实现个人需要的适当满足。

6、适应环境，应对挫折。

评价要素：

(1) 保持与现实环境接触。

(2) 能够面对和接受现实，积极应对现实。

(3) 能够正确面对并克服困难、挫折。

2、工作压力与飞行员心理健康

2011 年一项针对 238 名军事飞行员的调查研究发现，飞行

员工作压力越大，其心理健康状况就会越差，表现在躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑几个方面。飞行员的积极应对方式与较高的心理健康水平相关，而消极应对方式与较低的心理健康水平相关。高度的工作压力以及不合理的应对方式是影响飞行员心理健康状况的主要原因。虽然飞行员的工作性质和工作环境已经决定了其不可避免时常处于高压状态，但是通过有效地改善工作的氛围和业余时间的娱乐是可以一定程度上缓解飞行员紧绷的神经和疲惫的身体。此外，在应对方式上，比起选择自责、幻想和退避这些消极应对方式对心理健康的危害，飞行员采用解决问题和求助这两种积极应对方式对其心理健康的影响较小。如何在工作中有效利用积极的应对方式，增进心理健康水平，消除因工作压力的心理和行为紊乱，是飞行员心理健康中应该深入考虑的问题。

2.1 压力及其因素

“压力”这一概念源于物理学，物理学中压力（Stress）是指当物体受到试图扭曲它的外力作用时，在其内部产生相应的力。心理压力和物理压力都是对外力的反应，但心理压力和物理压力又不同。心理压力是指个体在生活或工作过程中，由于环境或自身原因引发的紧张感与焦虑感。压力如同一把双刃剑，会给人带来双面影响。指的是适当的压力是做事的推动力，可以增加积极性，但过度的压力则可能给身心健康带来损害，影响工作效率，需要慎重应对。一个完整的压力概念应该包含以下因素：

- 压力源。引起压力的事件，也称压力事件；
- 压力应对。飞行员在面对压力情境时所采取的应对策略；
- 应对资源。影响飞行员压力应对的个人资源、环境资源；
- 压力反应。飞行员在面对压力情境时所产生的生理、心理和行为变化；
- 压力结果。过度的压力对飞行员个体、航空企业均会带来不良效应。

2.2 压力的三种理论观点

压力理论分为有三种观点：刺激式、反应式和交互式：

(1) 刺激式。刺激式概念是将压力看作为环境的刺激，强调社会与外在环境变化对个人的影响。基于这种压力概念，可以把压力研究分为基于刺激的研究和基于反应的研究。基于刺激的研究主要关注的是压力事件的性质。

(2) 反应式。基于反应式概念与基于刺激的研究不同，它关注焦点是压力反应方式、而非压力的性质。反应式概念认为，压力是个人对不良环境的反应，而不是由压力事件的性质刺激产生的。

(3) 交互式。交互式概念则主张把压力看成是人与外界环境动态交流系统中的一部分，强调人与环境的互动关系。在外界环境事件的影响下，人是居于统治地位的主角，整个互动的过

程是连续而非独立的，当个人认为该事件非自己能力所及或危及自己的健康时，压力就会产生。所以，压力是“压力源”与“压力反应方式”的互动的影响结果。

2.3 压力源的概念

压力源是指那些会迫使个体偏离他的正常心理或生理功能的相关因素（Beehr & Newman, 1978）。从职业的角度看，它主要关注的是工作环境对飞行员健康的负面影响，主要的压力来源包括：角色压力（例如角色模糊、角色冲突、角色超载等）、飞行工作量过大、缺乏控制感、人际冲突和组织限制性等方面。压力源可以分为三大类，分别是客观压力源和感知压力源、基于任务的压力源和社会压力源以及挑战性压力源和阻碍性压力源三种类型：

（1）客观压力源与感知压力源。客观压力源（Objective stressors）是指使个体感到压力的环境因素，如超额的飞行工作量，转机型等。研究表明，客观压力源对飞行员的健康有直接的影响。感知压力源（Perceived stressors）是指个体对客观压力源的评价，如感知到的工作量。由于个体的差异性，不同的人可能会对类似的工作环境有不同的感知。

（2）基于工作任务的压力源与社会压力源。基于工作任务的压力源（Task-based stressors）与工作内容和工作任务有关，如飞行任务的难度以及强度等，都可能成为压力源。社会压力源（Social stressors）是指工作场所中的人际关系，如与上级发生

的冲突以及与同事人际关系的处理等。

(3)挑战性压力源与阻碍性压力源。挑战性压力源(Challenge stressors)是工作中飞行员个体为了达到其工作目标和实现自身价值,而必须完成的工作要求,如超负荷工作量、时间压力、高风险责任以及工作的复杂性等。阻碍性压力源(Hindrance stressors)是指工作场所中的需求和因素被个体视为不必要的阻挠和障碍,包括角色冲突,角色模糊,组织派别之争和缺乏职业保障等。这些因素都将阻止目标的达成和个人的成长,并形成压力源。

尽管不同的人对压力有不同的感受,潜在的工作压力还是有规律可循的,这需要我们探索,影响压力的因素是什么?下面主要从环境因素、组织因素和个人因素三方面予以介绍。

(1)环境因素。环境因素主要强调环境的不确定性(Uncertainty),这不仅会影响组织结构的设计,也会影响组织中飞行员的压力水平。它包括经济、政策和技术的不确定性。比如,经济萧条总会伴随飞行员解雇人数增多、薪水下调等后果,人们会为自己的安全保障而倍感压力。

(2)组织因素。组织因素是指来源于组织层面的压力因素,它包括:与飞行工作本身有关的因素以及组织文化(如沟通遇到了障碍问题、缺乏上级的理解和支持等)。

(3)个人因素。导致压力的个人因素更为复杂,相关的因素主要包括:

①角色压力源。角色是指一个人在特定位置时被预期应做的一系列行为。在组织设置中，角色对于协调个体成员的行为有重要作用。员工在组织中可以通过多种正式或非正式的渠道得到角色相关的信息。角色压力源大致分为三类：角色模糊，角色冲突和角色超载。人们在社会上扮演着不同的角色。在家庭领域，个体角色包括子女、配偶或父母等。在工作领域，个体角色包括雇员、经理、实习生或工会代表等。工作和家庭间的角色互动、交叉、重叠关系是非常复杂的。工作—家庭冲突是某种形式的角色间冲突，在其中所起作用的压力源主要是工作和家庭领域互不相容的部分。工作—家庭冲突是双向的：工作侵扰家庭（Work interference with family）和家庭侵扰工作（Family interference with work）。

②人际关系冲突。人际冲突是指一方感觉到另一方已做出或将要做出不符合自身利益行为的一个冲突过程。人际冲突的强度范围可以从轻微的分歧到激烈的争论。在极端的情况下，人际冲突甚至可能导致身体暴力行为。人际冲突并非都是不好的，它分为功能正常冲突（Functional conflicts）和功能失调冲突（Dysfunctional conflicts）。

③情绪劳动者。情绪劳动者是指飞行员要在工作中表现出令组织满意的情绪状态。缺乏工作自主性已被确定为导致飞行员情绪问题的潜在来源。低工作自主性与苦恼、压力反应有显著的相关，既包括心理的症状（如抑郁症），也包括生理的症状（如

头痛）。

④时间管理。由于飞行工作量过重而无权自己控制，过长时间工作对身心都造成损害；工作中自我决策的空间太少，抑制了创造力，进而对工作厌倦及产生压力感。如果这些问题与飞行员晋升机会、成就是否被赏识联系起来，职业成就、就业安全感问题会加剧时间管理的难度，增大感受到的压力。

压力带来的消极后果包括：

（1）工作方面的消极后果。工作压力主要由于工作而产生的一些消极后果的反应。主要包括工作满意感减弱或下降，身心健康问题；在行为上的转变主要表现在工作的生产力下降，飞行安全方面出现问题。

（2）生理方面的消极后果。过度的压力会引起的一系列疾病，如忧郁症、心脏疾病、癌症、头痛、肌肉疼痛、疲倦、失眠、肠胃失调等。

（3）组织方面的消极后果。飞行员因为飞行压力可能导致滥用病休，增加航空公司的医疗保险赔偿，飞行员流失率高后，管理层需要支出庞大的招聘培养费用，此外，还会消耗管理层大量的时间，企业中管理层英年早逝等情况也时有发生，这都将导致组织氛围出现士气低落。

2.4 压力反应评估

面临的工作压力，会对飞行员带来不同程度的不良反应。及时有效的观察到这些不良反应，有助于协助飞行员缓解压

力，预防各种压力所带来的严重不良后果。对飞行员的压力反应的评估，主要包括生理、心理和行为三方面：

1. 生理反应评估

在压力情境下，生理反应主要由自主神经系统控制，当个体处于压力情境时，交感神经系统会比较活跃，这时就会心率上升，血压增加，身体的机警性提高，以及带来诸如葡萄糖、游离脂肪酸等能源的迅速动用等。在频繁重复上述情况时，就会导致一些疾病（如心脏病、糖尿病、癌症和自身免疫性疾病等）。工作压力的生理应激反应包括一些急性的反应指标，如暂时性疲乏、心率上升、呼吸短促、疼痛加剧（尤其是头疼）以及肌肉紧张等，也包括一些慢性健康疾病，如高血压、心血管疾病、免疫力减低出现的症状，如疲乏、失眠以及肌骨病等。通过对员工进行定期身体检查，可以对这些不良的生理压力反应进行有效的监督和评估，以有效预防应激性慢性疾病的产生。

2. 心理反应评估

压力的心理反应包括焦虑紧张、工作满意度下降、自我评价偏低和抑郁症状增加等。有关研究表明，工作压力与沮丧的增加，焦虑、伤心、愤怒、工作满意度下降、离职意愿，同其他消极情绪显著相关。对心理压力反应及时评估，可采用个别或者团体访谈的方法进行。在平时，也可以机组为单位，由机组成员间互相评估，给予出现显著消极情绪的飞行员更多关注，并及时上报情况，以获得专业人员的帮助。

3. 行为反应评估

压力的行为反应主要包括酗酒、抽烟、暴食、使用药物、睡眠问题以及交流沟通存等问题。在沟通行为方面，通常表现为不良的倾听行为、人际疏远或者因压力水平上升，在人际间变得富有攻击性等表现。在飞行员处于高度压力情境时，不良的习惯性行为，如紧张习惯，手指敲击、颠腿、搔抓头皮、咬笔头和坐立不安等行为应激反应就会增多。此外，行为应激反应还包括工作努力程度下降和对工作场所的躲避，比如迟到、缺勤或者跳槽等。对于行为压力反应的评估，同样以在日常工作过程中工作机组成员间的互相观察评估为主，辅以专业人员的访谈性评估。访谈问题如下：

问题 1: 请回忆在过去的六个月里，你有没有在工作/生活中遇到一件事情，是令你感到紧张/压力的（例如：失眠、不安、沮丧）。请详细描述这件事情（例如：时间、地点、人物、原因、经过及结果）。如果受访者回答有，则追问：你应对压力的有效方法是什么？

问题 2: 为什么这件事情对你来说是一个问题？它为什么会令你感到有压力？

问题 3: 当时你实际上做了什么事情去面对上述情况？

问题 4: 你最终用了什么方法去应付此问题？你认为该方法是否有效？

2.5 工作压力的预防

工作中的压力是难以完全避免的。但是，有效的管理可以化解压力，可以提前预防工作压力过大，避免对人产生不良影响。国内外普遍接受 Quick 提出的三级预防压力步骤：

1. 初级预防

用行动减少或消除压力来源，以及正面提升一个有支持性及健康的环境。如改变人事政策，诊断压力工具，发展有支持性的组织气氛，多沟通，让飞行员多参与航空公司决策，减压、提升健康生活活动或课程。

2. 次级预防

增加个人关注并改变减压技巧，从速测试并管理抑郁及焦虑感。例如：压力教育及压力管理课程，简单松弛方法（渐进式肌肉松弛法）、健康生活方式、时间管理训练（定下目标、优先次序）、敢言及解决问题的技巧。

3. 高级预防

关注曾受压力引致严重病态人士的康复及痊愈。例如 24 小时热线服务等。

3、飞行员心理危机与干预

3.1 心理危机及其临床表现

心理危机主要是指飞行员遭遇因某事件或境遇成为无法忍受的困难，且无法应用个人资源或应付机制来解决，而产生的情感、认知和行为方面的功能障碍。处于心理危机状态的个体，其

临床表现可能是多种多样：

（1）情绪改变。焦虑，烦躁，暴躁易怒，愤怒，紧张，恐惧，怕见人，抑郁或情绪不稳，兴趣减退，脆弱，哭泣，惊慌失措，或表面平静却眼神游离等。

（2）认知改变。侵入性画面、声音或气味，注意力不集中，遗忘，过度警觉，不信任他人，自责，或有罪恶感等。

（3）躯体不适。失眠，食欲改变，头痛，腰酸背痛，或感到疲劳等。

（4）行为改变。躲避，回避，呆坐沉思，麻木，模仿行为，或过分投入其他事情或活动，话多等。

（5）攻击破坏性。问题严重时，可出现攻击破坏性行为、自杀、他杀、酒精或物质滥用或依赖等。

3.2 危机干预的目标和原则

心理危机干预就是提供应急性的心理支持，具体目标包括：

（1）稳定引起痛苦的症状/体征；

（2）缓解引起痛苦的症状/体征；

（3）恢复当事人的各种功能；

（4）必要时转诊或随访，以便当事人获得进一步的支持或治疗。简言之，危机干预的目标就是使处于危机中的人重新获得心理控制，让其至少恢复到危机发生前的功能水平。

心理危机干预的原则如下：

（1）确认存在痛苦或功能障碍。动员危机干预团队对严重的突发事件做出反应，然后，针对观察到的让当事人痛苦的体征或报告的症状（需要干预的依据）及出现的功能障碍，积极实施最恰当的危机干预策略。因此，危机干预的前提是有依据表明，个体存在痛苦或功能障碍，而不仅仅是事件本身的出现（严重的突发事件），因为许多经历创伤的个体有天然自我恢复机制，不需要外来的心理支持。

（2）明确干预的优先顺序。进行危机干预时，应明确心理危机干预工作的优先顺序，因为并非所有引起急性痛苦的体征和症状都需要处理。

（3）干预工作体现个体化。在分析个人经历时，一些个体以认知为取向，而另一些个体以情感为取向。以认知为取向的个体从危机中恢复时，往往不受或少受个人情绪的控制，能够获取解决问题和恢复自我控制方面的信息和帮助。相反，以情感为取向的个体，倾向于宣泄式的情绪舒缓以及以共情为基础的干预。

（4）干预人员心理准备就绪。危机干预的时机取决于危机干预人员心理上的准备就绪，而非实际逝去的时间。

（5）选择最佳时机、策略和战术。应选择最佳的危机干预策略和战术，选择中应体现：①针对具体的事件；②针对受影响的具体人群；③在最佳的时机开展危机干预。

3.3 危机干预的步骤和方法

危机干预一般分为六个基本步骤：界定问题、确保安全、提

供支持、找出可能的解决办法、制定计划和获得当事人按计划实施的承诺。现分述如下：

（1）界定问题。危机干预之前需要先评估当事人的平衡状态、能动性、自主性、认知、情绪等精神状况及自杀的危险性；然后，根据评估结果确定干预的主要问题和目标。

（2）确保安全。在危机事件发生后最初的几小时到几天应该提供危机干预，首要的目标就是确保当事人生命安全。然后，再考虑其他问题。

（3）提供支持。接近当事人，了解他们的需要和要求；倾听、安慰和照顾，当然，不要勉强其交谈，这种交流就是提供基本的心理支持，创造危机干预的外部环境。

（4）找出解决办法。综合分析存在的身心问题之后，选出可能的有效的干预措施。这里，要根据个体的具体状况决定干预的次数，究竟是一次干预还是连续性的干预。此时，干预的重点是正常化当事人的反应，即面对如此突发异常事件，出现有别于日常状况的情绪、行为或生理反应是自然的，以解除当事人的担忧、焦虑和害怕，同时，帮助他重建社会支持系统。

（5）制定干预计划。在制定干预计划时，要考虑到干预的不同阶段的措施的差异，比如，在最初的危机干预之后，对于当事人所出现的正常应激反应和困难，应立足于重建和保持他在实际生活中的功能和人际关系，使其尽快履行日常社会职能，同时提供后续的心理康复服务，加速其康复过程，还要预防严重心理

问题的发生和适应不良的行为的出现。

（6）获得当事人按计划实施的承诺。必须获得当事人按计划实施的承诺，才能进行具体的危机干预，可以采用社会心理干预，也可以根据情况对症选用药物治疗。对于那些严重案例，需提供持续的社会支持服务、心理状况评估甚至转诊服务。

在进行危机干预和后续的心理社会支持服务中，可以选用如下具体干预方法：

（1）控制当前压力及应对。针对目前存在的问题，制定解决问题的具体方法并运用这些方法，以提高自控的感觉，增强控制当前压力和解决现实问题的能力。

（2）安排日常的工作和生活。要把缓解压力，增加人际之间的互动，与日常的工作与生活要求结合起来，以预防、减少抑郁和适应不良行为的发生。

（3）培养积极的思维方式。为了减少非适应性的评价和感知对情绪的不良影响，要学习从积极的、有帮助的角度去考虑问题。

（4）寻求和增强社会支持。让个体通过安排的各种活动，逐步投入到社会支持网络中去，以防止其抑郁/退缩行为的发生。

（5）减少诱发的痛苦体验。通过逐步暴露以尽量减少与危机有关的图像、声音或回忆等个体心理上诱发的痛苦体验，以巩固危机干预的成果。

3.4 危机干预的技术

在进行心理危机干预的时候，可以采用以下一些重要的干预技术，如建立安全关系、关注情感表达、倾听和共情等。

1. 建立安全关系

在建立安全的干预关系方面，心理咨询师或心理咨询师的自信和镇定非常重要。首先，建立安全关系尽量安排在一个安静、独立的环境下，即使在当时外部环境缺乏类似境况，也尽量要寻找和创造一个这样的环境，给被干预者一个轻松、自由的空间。同时，在恢复当事人建立安全感的过程中，心理咨询师或心理咨询师要向其展示出强有力的自我功能，传递出“灾难过去了，事态控制住了，你现在安全了”这样的信息，给被干预者带来积极的正性影响，这有助于平息干预者的心态，帮助他恢复一部分自我功能。如果被干预者受伤比较严重或者是儿童等个体时，可以借助毛绒玩具来帮助其重新建立依恋关系，恢复安全感。

2. 关注情感表达

对经历心理创伤的个体进行心理危机干预，比较重要的干预技术是促进被干预者表达情感，帮助其将深层情感浮现，促进心理整合。当事人在经历了危机事件后，往往会出现更多闯入性的画面，并表达出一些情感和个人的体验。有些当事人还会回避情感表达，甚至压抑和转移当前话题。心理咨询师或心理咨询师要通过支持和肯定，用言语、手势或者一定的共情方式，帮助被干预者去表达个人体验，并促进情感宣泄和心理整合。特别是对具

有情感回避和阻抗倾向的当事人，要不断鼓励，通过信任关系和安全氛围的建立，促进其情感的表达。

3. 善用倾听技术

倾听是心理危机干预中另一个非常重要的技术。一个很好的倾听者应能有效地促进被干预者的情感表达，并改善被干预者的孤独感和寂寞感，给予其心理支持。心理咨询师或心理咨询师可以通过非语言行为，如表情、姿势等传递出对当事人的关注，也可以通过回应、参与等方式来促进当事人的表达。如非言语行为在体现“善于倾听方面，主要是通过五种方式来表达：面向被干预者、开放的身体姿态、身体略微前倾、保持良好的目光接触（传达温暖、关切、支持）和身体放松等技巧，就是善于倾听技术的体现。

心理倾听主要是采用多种方式去观察和回应。认真观察被干预者的表情、姿态和变化，并分析与之相关的潜在意义；在被干预者表达过程中，要适当给予回应，通过点头、眼神鼓励、平静表达等，表现出自己对他的理解、认同等，获得对方的信任。

4. 适度表达共情

共情是站在当事人的角度去体会和理解其感受，并给予恰当的反馈，表达出与对方存在共同感受。主要的特征有以下几点：

（1）要从被干预者的角度出发，设身处地地体验对方的内心世界。

（2）通过语言准确地表达对被干预者内心体验的理解。

（3）借助非言语行为，如目光、表情、动作变化、姿势等，表达出对于被干预者的内心体验的知晓。

（4）表达共情应该适时、适度、因人而异。

3.5 异常行为与心理监控

飞行员的冲动、攻击和破坏等明显的异常行为，往往会伤及本人、周围人或造成财产的巨大损失，对飞行安全的危害性大，因而常常受到特别的关注。与此同时，还可以严重影响飞行员的日常生活、社交或职业功能。因此，异常行为成为飞行员心理危机干预的重点内容之一。

1. 异常行为的常见原因

（1）冲动性障碍。冲动性既与自杀、暴力和攻击行为有关，也与成瘾行为有关，如吸毒和病理性赌博。最常见的是冲动控制障碍、酒精或毒品使用障碍患者出现的冲动性攻击行为。冲动控制障碍表现为多次失去控制的冲动性攻击发作，以致出现严重的狂暴行为和破坏财产的行为；发作当时所表现的攻击程度与心理社会应激诱因不成比例，这些表现无法用其他精神障碍来解释。

（2）蓄意行为。其次是有犯罪倾向和严重人格障碍的人蓄意采取的暴力或破坏行为，如反社会型人格障碍或边缘性人格障碍。

（3）情绪激动失控。少部分看似正常的人在情绪激动失控时也会出现冲动、攻击乃至破坏行为。

（4）“非理性”且缺乏动机。最不常见的是精神病患者如精

精神分裂症和双相障碍患者出现的“非理性”且缺乏动机的暴力行为。非常严重的暴力、破坏行为，如杀人、强奸和纵火，会触犯法律。

（5）酒精或毒品使用障碍。酒精或毒品使用障碍有酗酒或吸毒史，并且因为酗酒或吸毒影响自我料理、工作、生活或人际交往等功能。

（6）边缘性人格障碍。边缘性人格障碍的人情绪不稳定，多数时间感到愤怒，常常因为一些小的事情而在高兴与不高兴之间来回摆动，人际关系忽冷忽热，且常有自伤和自杀行为。

2. 异常行为的识别与治疗

（1）全面评估。对于有冲动、攻击和破坏行为等异常行为的个体，需要首先全面评估其精神状况和人格特征，才能有针对性地给予相应治疗或处理。为了早期识别有冲动、攻击或破坏行为倾向的个体，也可以采用中文版的 Barret 冲动量表（BIS II）、Buss & Perry 攻击量表进行评估，得分越高，个体的冲动或攻击倾向越高。

（2）治疗措施

第一、对于冲动控制障碍、酒精或毒品滥用或依赖、人格障碍患者的暴力或破坏性行为的治疗，则主要依赖心理社会治疗，认知行为治疗、精神动力学治疗和支持性心理治疗均可使用；也可根据个体是否合并抑郁或焦虑症状而决定是否应用新型抗抑郁剂进行治疗。

第二、对于冲动控制障碍个体，即使伴发焦虑症状，也应避免使用苯二氮卓类抗焦虑药，以避免药物成瘾乃至更加难以控制冲动。

第三、对于具有反社会人格障碍的个体，无论药物治疗还是心理治疗，效果均不明显；因为他们很难通过心理治疗与治疗师建立治疗关系。但无论如何，如果能够由经验丰富的心理治疗师为他们提供长期的心理咨询和心理治疗服务，对于他们学会理性处理现实环境中的问题会有所帮助；随着时间的推移和年龄的增长，他们也可能逐渐成熟而变得不那么富有攻击性。

第四、对于有边缘性人格障碍的个体，可以采用辩证行为治疗。

第五、早期识别和恰当治疗精神分裂症和双相障碍患者，如使用抗精神病药物或心境稳定剂，可以显著降低此类患者的易激惹，有效预防其暴力行为的发生。

第六、如果单纯因为出现暴力事件而提供治疗，则治疗的目的是降低暴力行为反复出现的频度和严重程度。此种情况下，可以采用认知行为治疗，如引导个人进行愤怒管理，以减少其攻击行为的发生。

第七、如果有自杀危险性，首先要进行危机管理和自杀干预。但对于正常人的攻击暴力行为，很难识别与预防。我们将在下文专门讨论。

3.6 自杀的原因及预防

1.自杀的主要概念

（1）自杀又称自杀死亡，是指以死亡为结局的蓄意自我伤害行为。著名的法国社会学家 Emile Durkheim 将自杀的原因分为三类：

利己性自杀。个体不能恰当地融入社会，并且感到孤独和社会隔离，因而产生自杀行为。

利他性自杀。个体过分紧密地融入社会，并且把社会的需要置于个人的需要之上，认为自杀可以解脱，并且对他人有利。

失范性自杀。因为当事人的社会或道德准则混乱、对这些准则认识不清，或感觉不到他们的存在而产生自杀行为。其核心假设是：当社会不能给人们提供必要的特定强度水平的社会目标和准则时，最脆弱的个体会自杀。因此，要降低自杀率，必须增强社会的整合力和成员之间的相互支持。

（2）自杀未遂

自杀未遂是指有明确的死亡意图或者可以推论出其有死亡意图，而采取的非致命性的自我毁灭行为。曾被称为准自杀、蓄意自伤、非致命性的自杀行为等，这些术语统统属于自我伤害行为。具体名称不同，概念内涵也有所不同。

（3）自杀意念

自杀意念又称自杀意图、自杀念头、主动自杀念头或自杀想法。涉及范围很广，可以从短暂地认为生命无价值和有死亡愿望，

到有具体的自杀计划及满脑子都是自杀念头。一般来说，狭义
的自杀念头是指有伤害或杀死自己的想法，即有主动自杀念头。

（4）自杀计划

自杀计划即个体为实施自杀行为考虑或制定的具体计划，如
考虑自杀时间、地点、方式、日期、安排后事、写遗嘱等。

（5）被动自杀愿望或念头

被动自杀愿望或念头，指希望外力或通过偶然的机遇结束自
己的生命，而非自己主动去结束自己的生命。如希望自己一觉睡
过去，不再醒来；希望自己死去；希望自己出门不慎被车撞死而
非自己主动撞车等。

（6）自杀倾向

自杀倾向，即包括所有与自杀有关的行为和想法，如自杀死
亡、自杀未遂、有具体计划的自杀意念、无具体计划的自杀意念
和自杀交流等。

（7）自杀高危人群

自杀高危人群指那些比一般人群自杀率高的人群，他们具备
一项或多项自杀危险因素。

2、自杀的原因

由于自杀是罕见事件，很难通过前瞻性研究验证哪些因素是
自杀的原因，因此，自杀的原因探讨实际上是自杀的危险因素的
探讨。

（1）生物、心理、社会 and 遗传等危险因素

自杀有着许多生物、心理、社会 and 遗传等危险因素。研究发现，自杀行为的危险性与年龄、性别、抑郁情绪、负性生活事件导致的急性和慢性心理压力、自杀未遂既往史、亲友或熟人的自杀行为史、童年早期的生活经历和精神障碍等因素有关。失眠与自杀意念、自杀未遂和自杀死亡的危险性增加有关。个体具备的危险因素越多，其自杀的危险性越高。

（2）自杀与精神障碍

在我国自杀死亡者中，63%的自杀者自杀当时有精神障碍，自杀未遂者中40%自杀未遂者当时有精神障碍，其中主要为心境障碍，其次为精神病性障碍，第三位为酒精（物质）使用障碍；对于自杀未遂者，人格障碍和焦虑障碍也较常见。

3、评估自杀的危险性

当人们说活着真累、生活没有一点儿意义、流露出轻生想法或者甚至出现自杀行为时，需要评估其自杀倾向的严重程度。为了准确地评估其目前状况，需要找一个适合谈话、安静且不被打扰的场所，并腾出足够的时间与当事人进行交流，这是因为，想自杀的人通常需要更多的时间吐露自己的想法。然后，在有效倾听的基础上评估自杀的危险程度。

自杀评估的主要内容有：

（1）目前的精神状况和诊疗经历。

（2）目前有关死亡和自杀的想法。

（3）目前的自杀计划：具体方式、准备程度、计划多久实

施、遗书等。

(4) 支持系统（家人、朋友等）。

(5) 急性压力。

(6) 慢性或长期的压力。

(7) 躯体和精神疾病史和就诊治疗史。

(8) 个体、亲友和熟人既往的自杀行为史。

为了有效地预防自杀和自杀未遂，需要了解哪些人有自杀的危险性。理想的情况是，了解哪些人有即刻自杀的危险性，甚至预测高危飞行员会在什么时间自杀，但这种评估非常困难，几乎难以实现；也就是说，目前还没有办法通过心理测查、临床检查或生物学检测等手段来准确地预测个体短期内的自杀行为。

自杀危险性评估的主要内容是评估与自杀倾向有关的症状、已知的自杀危险因素以及个体处理急慢性压力的能力。由于国内 63% 的自杀死亡者和 40% 的自杀未遂者自杀当时有精神障碍，其中最主要的是抑郁症，因此，自杀危险性评估量表的重要组成部分之一是抑郁评估。常用的自杀危险性评估量表有 Beck 自杀意念量表、Beck 绝望量表、Beck 抑郁量表、Beck 焦虑量表等。尽管我们可以通过量表评估来了解个体自杀的危险性，但量表评估不能代替临床判断，应结合使用。

4、自杀干预措施

(1) 表现出尊重和关心

面对有自杀倾向的人，需要保持镇静、真诚和坦率，倾听、

理解、关注他的感受（共情），表现出支持和关心，尊重接纳他的想法。

（2）寻找自杀之外的其他解决办法

在评估自杀的危险程度后，找出促使其选择死亡的原因和继续活下来的理由，与其一起寻找自杀之外的其他解决办法，并鼓励他去尝试其他解决办法；确保其远离自杀工具或场所，如远离刀具、高层、江河、农药或其他致死性毒药或药物等；找出其信任的其他亲友来一起提供帮助。如果个体的危险性高，安排人24小时陪伴。

（3）切忌不恰当的治疗表现

在自杀干预的过程中，应避免经常打断他的谈话；同时应切忌下列表现：忽视问题的严重性，表现出震惊、尴尬或惊恐，以恩人自居或要人领情，虚假地允诺一切都会好，刺激他去自杀，言语冒昧或模糊，认为他的问题微不足道，给予虚假承诺，让他独自呆着。

（4）药物治疗或生物治疗

对于符合精神障碍诊断标准的个体，可以根据具体诊断选用药物治疗、心理治疗或合并治疗。对于自杀念头强烈者，为挽救其生命，可以强制入院接受治疗；必要时可使用无抽搐电休克治疗（MECT）以迅速消除其自杀念头，然后，再用药物治疗巩固维持疗效。

（5）心理治疗

由于多数有自杀倾向的个体不符合精神障碍的诊断标准，且自杀危险性与负性生活事件和急慢性心理压力有关，因此，提供恰当的心理治疗就显得非常重要。研究证实，心理社会干预技术和具体的心理治疗方法能有效降低自杀危险性、自杀行为的发生率和死亡率，并且心理治疗，如认知行为治疗、问题解决治疗、人际关系治疗、辩证行为治疗和精神动力学治疗等不仅能增强病人对治疗的依从性，显著降低自杀意念的严重程度，减少自杀行为的发生及减轻相关症状，而且能有效地治疗抑郁症、焦虑障碍和边缘性人格障碍。针对特定技能缺陷开展心理治疗也有好的效果，如增强个体的情绪调节、冲动控制、愤怒管理或人际交往能力等。

5、自杀事件后干预

（1）发布正规信息

假如出现了人员自杀事件，航空公司应迅速安排有媒体应对经验的对内、对外发布正规信息，防止媒体对自杀案例的非理性报道而引发脆弱个体出现“模仿自杀”。鉴于现代社会网络信息发达，任何试图掩盖自杀的行为都是徒劳无益甚至是有害的。要及时发布相关事实以合理引导媒体报道，是自杀事件后进行事后干预的要务之一。

（2）危机后减压团体辅导

针对自杀的相关人员进行危机后减压团体辅导。减压团体的目的是稳定情绪，接纳反应，建立支持，筛选出需要进一步辅导

的个人。减压过程分成六个步骤。

第一步：介绍。团体领导者进行自我介绍，介绍团体规则，仔细解释保密问题。同时，介绍大家认识，建立一种信任关系。

第二步：谈事实。请参加者描述他们所经历的压力事件以及他们自己的一些实际情况，询问参加者在这些事件中的所闻、所见、所嗅及所为，这里强调每一位参加者都要发言。

第三步：谈感受。询问有关当前感受的问题，如事件发生时您有何感受？您目前有何感受？以前您有过类似感受吗？同时，该阶段要关注以下方面：要去正确了解个体对环境和情境的看法；在觉察谈论过去事件时，所选择谈论的主题；要领悟此刻团队成员中心中最关心的事；协助个体看到许多因素造成压力事件，减少航空人员的自责。

第四步：谈症状。请参加者描述自己当前的不良反应症状，如失眠、食欲不振、注意力不集中、记忆力下降、决策和解决问题的能力减退、易发脾气、易受惊吓等；询问在事件发生前后过程中参加者有何不寻常的体验，目前有何不寻常体验？事件发生后，生活有何改变？请参加者讨论其体验对家庭、工作和生活造成什么影响和改变？

第五步：辅导。介绍正常的应对方式；提供准确的信息，讲解事件、应激反应模式；应激反应的常态化；强调适应能力；讨论积极的适应与应付方式；提供有关进一步服务的信息；提醒可能的并存问题（如饮酒）；给出减轻应激的策略；自我识别症状。

第六步：恢复。总结交流的过程；回答问题；提供保证；讨论行动计划；重申共同反应；强调小组成员的相互支持；可利用的资源等。

（3）哀悼仪式、追思会或其他集体活动

在纪念或缅怀死者的同时，也让那些与自杀者有过接触或交往的个体，有机会抒发自己的痛苦感受，同时引导大家针对生活、工作或人际交往中出现的矛盾或冲突以及常见的心理问题，提出积极的、有帮助的建议或解决办法。最好有心理或精神卫生专业人员参加这样的集体活动，以便及时发现有心理问题的个体，并给予单独的一对一的心理帮助，这还可避免负性情绪传染影响整个集体活动。必要时，还可安排转诊以接受进一步的评估治疗。

（4）宣传心理问题的求助途径及解决方法

利用海报、宣传册以及媒体等广泛宣传航空人员常见的心理问题及其解决方法、求助途径，让他们了解身边可用的各种资源，鼓励他们面对自己无法处理的问题时积极寻求帮助，特别是心理帮助。

（5）自杀案例的心理解剖

对于每一个人员自杀案例，事后宜由精神心理专业人员对其亲友和知情人开展系统科学的心理解剖研究，以了解自杀的经过、可能的原因等，为自杀预防和干预工作提供可靠的研究支持。

6、自杀的预防

自杀行为对于个体、家庭、航空企业、社会乃至国家来说，

都是悲剧。为了有效预防自杀，需要从以下三个层面开展自杀预防工作，以建立或完善航空人员的心理健康促进体系和自杀预防体系。

（1）通用策略

自杀事件发生后及时有效的干预固然重要，但更重要的是防患于未然。

第一，建立常规的心理健康促进、自杀预防服务体系以及应急工作方案，是非常重要的工作内容之一。

第二，面向全部航空人员开展自杀预防工作，定期举办心理健康教育和自杀预防健康教育的培训活动，以提高航空人员对自杀问题的认识水平，让航空人员了解自己的心理健康状况，知晓常用的缓解压力或解决问题的自我帮助与互助技巧，了解身边可用的心理援助机构、心理援助或心理危机干预热线、网上心理咨询服务、精神心理门诊或住院服务机构等。

第三，在单位内部和飞机工作环境限制自杀工具或环境，如将高层窗户设置为非敞开式（如仅能开启很小的一部分）；对于天台和其他高层位置，设置高护栏或其他障碍，增加电子眼设备等。

第四，发挥心理援助热线救助和危机干预功能。心理援助热线的建立与服务应特别注意：

- ① 由受过心理干预热线培训合格的专业人员接听来电；
- ② 关心和倾听来电者的痛苦，系统评估其心理状况和自杀

危险性，必要时及时进行有效的干预；

③ 与其他转诊机构建立联系，对心理问题比较严重的飞行员来电者提供转诊和随访服务，以帮助他们渡过心理危机；

④ 帮助飞行员来访者学会舒缓自己的负性情绪、缓解内心的压力；

⑤ 建立电脑数据存储系统，对心理援助热线的服务质量进行常规的监督和督导；

⑥ 对接线员提供继续教育和培训，以不断提高他们心理援助的质量和水平。

（2）选择性策略

面向高危人群开展工作，开展精神障碍筛查、守门人培训、增强对高危人群的支持并提高其技能、提高危机干预服务和转介资源的可及性，例如，与航空公司所在地周边的心理危机干预热线、网上心理咨询服务、面对面心理咨询服务和精神科门诊住院服务等机构建立联系。

此处需要特别提出的是，精神障碍筛查或心理状况测评服务的目的，是让人们了解自己的心理健康状况，而不能将测评结果与飞行员能否从业、培训、晋升晋级挂钩。出现心理异常的航空人员应及时作暂时停飞处理，交由专业的心理鉴定机构进行诊断。

（3）针对性策略

面向航空企业中的具体高危航空人员，开展有针对性的帮助

工作，如面临人际关系冲突、抑郁、有轻生念头或感到压力大的航空人员，帮助他们学习如何处理人际矛盾，处理抑郁和轻生情绪，减轻压力，甚至转诊服务等。

在开展上述工作的同时，还有一个不容忽视的工作，即请专业的研究机构对各种干预措施的实际应用效果进行系统评估和研究，以便在全行业推广应用。

4、飞行员创伤后应激障碍及治疗

由于航空危机事件的突发性，很多人从心理上难以接受危机事件带来的刺激和冲击，尤其是面对亲人去世、身体残疾和财产巨大损失时，对个体身心造成很大的伤害，这会导致一系列情绪问题，如茫然、抑郁、矛盾、自责、焦虑、紧张等。如果危机事件的影响非常大，个体的心理会出现应激反应过度，维持事件加长，严重时甚至出现创伤后应激障碍（Post-traumatic stress disorder, PTSD），这可能会对个体的身心健康和社会功能带来长久的负面影响。

4.1 飞行员心理应激相关障碍

面对航空危机突发事件，人们的心理反应通常经历四个阶段的发展过程：一是冲击期或休克期：这往往在危机事件发生后不久或当时，飞行员主要感到震惊、恐慌、不知所措，甚至出现意识模糊；二是防御期或防御退缩期，由于灾害出现的情境超过了自身的应付能力，由于焦虑加剧和情绪紊乱，难以修复受到损害的认知功能，恢复心理平衡，并且也不知如何做。因此，个体多

会采用否认、退缩和回避等应对行为，解决问题的效果也不好。

三是解决期或适应期。此阶段能接受危机事件带来的现实，通过寻求各种资源，设法解决问题，开始出现焦虑状况缓解、自信心增加等社会功能恢复的情况。四是危机后期或成长期阶段，这时，多数人由于经历了灾害性危机已逐渐适应，变得成熟起来，也具备了一些积极应对的技巧。但也有少数人依然消极应对，出现焦虑、抑郁、分离障碍、进食障碍、酒依赖或药物依赖，严重者甚至出现自伤、自杀等等状态。心理应激障碍的出现是飞行员面对危机的正常反应，如果应激反应障碍超出了一定的强度和持续时间，会对飞行员的正常生活产生严重的影响，就会构成创伤后应激障碍（PTSD）。

心理应激障碍主要分为三大类：急性应激障碍（也称为急性反应性疾病）、创伤后应激障碍和适应性障碍。

1. 急性应激障碍

急性应激障碍是在遭遇航空危机事件后的一种状态，这些危机事件指任何人都难以承受的非常重大的灾难。对飞行员的生命安全造成严重威胁或者对生活带来巨大改变和冲击。

急性应激障碍在应激事件刺激后数分钟至数小时内出现，并在几天内消失，快者几个小时可以恢复。急性应激障碍的严重程度与飞行员个体特征、应对方式有很大的关系，具体的心理行为表现包括：意识改变、行为改变和情绪改变。

（1）意识改变。表现为茫然，不知自己身在何处，对时间和

周围事物不能清晰感知，这种神志不清的状态可能持续几个小时到几天时间。

（2）行为改变。表现为行为明显减少或者增多，并带有盲目性，生活陷入混乱状态，或者动作杂乱、无目的，话多且自言自语。

（3）情绪改变。表现出强烈的情绪，如愤怒、悲伤、恐惧和绝望。

这些表现往往在 24~48 小时后开始减轻，一般持续时间不超过 3 天。如果持续时间超过四周，则会诊断为“创伤后应激障碍”。

2. 创伤后应激障碍

创伤后应激障碍（Post-traumatic stress disorder, PTSD）是指个体经历了突发性、灾难性或者威胁性事件后出现的一种具有明显特征、持续的精神障碍，会导致个体社会功能的一定丧失。这种障碍以再度体验创伤为特征，并伴有情绪的易激惹和回避行为。人的心理活动包括感知、情感和意志行为等各部分之间相互影响，是统一协调活动的有机整体，PTSD 是则是创伤后心理失去了平衡状态，其诱因主要是经历了重大突发性事件。

研究表明，PTSD 反应与人们通常想回避的糟糕的事物、事件，或者与情境有关，例如航空事故等。灵敏而脆弱的意识可能会引导出创伤性记忆。即使尽力避免与创伤性事件面对面的接触，由于创伤性事件的标志总是很显著，且持久不衰，也回避不

了。这也说明，在处理创伤性事件时，人们内心的矛盾态度，也称之为接近—回避性冲突，使得问题并不简单，所以，创伤后应激障碍的症状由于其持久性，往往使人难以忘怀。PTSD 的识别要点主要包括以下三个方面：

第一，侵入性的回忆和反复出现噩梦；

第二，长期回避航空危机事件有关的想法。可能会出现对创伤性事件的某些重要方面失去记忆，出现“心理麻木”。长期处于情感隔离的状态对健康不利，会引发更多的心理障碍和疾病；

第三，身心常处于持续性的焦虑状态。长期处在高度警觉状态，如入睡困难、情绪烦躁等；容易受到惊吓，无法专心做事情，无法正常的生活和工作。长期、巨大的创伤可能会引起人格的明显改变，并导致心理危机。对于创伤后应激障碍作为突发事件后个体可能面临的问题，必须要给予积极的干预，最大限度地降低飞行员受到的精神伤害。

3. 适应性障碍

引发适应性障碍的应激性事件可以是非常强烈和重大的突发事件，也可能是个体长期存在的困难处境，如航空事故，恋爱失败或人际关系紧张等等。无论事件的性质是正面的还是负面的，只要改变了飞行员的生活，都可能成为适应性障碍。适应性障碍是个体不能适应危机事件而导致的结果。适应性障碍除了与应激事件相关之外，与个体的性格特点也密切相关。适应性障碍多在事件发生后的 1-3 个月内缓慢发生，情绪方面的表现异常，

如紧张、担心、郁闷和容易疲倦；行为方面表现为注意力难以集中、做事效率低下、入睡困难。适应性障碍也可能自行消失，但持续的时间比较长一些，处理不当，与急性应激障碍类似，也可能转入创伤后应激障碍。由此可见，创伤后应激障碍是心理咨询师在航空危机管理中关注的重点。

4.2 创伤后应激障碍的早期评估

在对飞行员创伤后应激障碍进行干预和治疗之前，必须对个人进行早期评估，否则容易被其他症状和问题所掩盖。影响创伤后应激障碍发生的因素是多方面的，很难从某个单一因素来预测，创伤事件发生后，需要综合考虑，筛选出创伤后应激障碍的易感者进行早期干预，干预目的以解决问题为主。

1. 早期筛查

对创伤后应激障碍的筛查至少需要考虑到三点：

第一，PTSD 的症状是否显现？

第二，排除已有问题，如药物滥用和各种人格障碍等问题的干扰，重点评估中期及先前发生的创伤事件。

第三，关注身体、时间、社会环境的变化对创伤事件的解释。

目前，应用比较广泛的是事件影响量表，主要用来筛查创伤性事件对个体的影响，可区分航空创伤事件发生后不同时间的应激反应，评估创伤事件对受害者的心理影响。

2. 事件评估

在创伤性事件发生后，就应该根据事件类型，结合创伤后应

激障碍的危险因素，对受害者的生理、心理状态以及应对方式进行全面评估。评估过程中可以使用相关量表进行筛查，早期发现创伤后应激障碍的易感者，应结合其个体特征制订相应的干预计划。在评估过程中，采用的方法主要有结构化访谈和临床测量。结构化访谈可以采用临床检测量表（CAP-1）主要评估 PTSD 症状和 8 个与内疚感相关的症状。同时，还可以检查症状对社会和职业功能的影响。在任务重、时间紧的情况下，可以采用费莱格的创伤图表问卷，以了解个体的受到创伤的次数、持续时间和自我报告出的先前受到创伤的程度。

3. 心理干预

一般说来，受航空事故创伤者会拒绝早期的干预治疗。所以，要在开始阶段就需要营造一种可接纳的氛围，以便受创伤者陈述并面对创伤。同时，心理咨询师也要坦然接纳当事人，尊重和真诚地理解当事人面对的事件。要向当事人说明干预过程中的相关风险，如可能只能部分地恢复功能，事件影响可能持续存在；人格的改变可能对人际交往带来一些影响等。在创伤恢复阶段，主要的任务是让当事人心理稳定下来，要缓解当事人对创伤事件的焦虑。心理干预一般经历以下步骤：

步骤 1：减轻焦虑感。

可以通过放松和冥想训练，要教会当事人怎样放松躯体和肌肉组织，并集中心理意象，放松躯体紧张。同时，可以用生物反馈法和催眠等技术使当事人面对众多的压力、焦虑和消极无力的

心理反应来进行自我控制练习，使当事人能够获得对自己情绪和行为的控制力。通过深度放松和催眠，让当事人回归到创伤事件的情境中，提高负性记忆的浮出能力。

步骤 2：情感麻木和自我否认。

当事人学会放松后，会进入到了情感麻木和自我否认阶段。这一阶段主要是把当事人否认的创伤性事件和隐藏的事实、情感带入到意识领域。干预者要以温和而明确的方式引导当事人重新体验创伤经历中的所有的、可能的细节，使隐藏的负面情绪能得到释放和消除，最终关闭痛苦的回忆。

步骤 3：澄清和解释。

在此阶段，要通过对当事人所描述的情境做出澄清和解释，积极对其处境进行干预。通过把那时那地的创伤和当事人适应不良的努力一起整合到此时此地中，并给予解释和弥补，重新构建积极的心理画面，并能理解其含义。心理干预人员要能承受当事人的防御反应，并投入积极的情感关注。

步骤 4：反思和转变。

心理干预人员要通过行为疏导技术，如冲击和思维停止来帮助当事人，鼓励当事人体验事件发生时的情感反应，并了解他会做出哪些解释。冲击和暴露是除去 PTSD 痛苦回忆外最有效技术之一。通过引发导致恐惧的因素不断显现，使当事人发现其实没有什么可怕的，这会不断减缓、减少导致负面刺激的焦虑感受。同时，心理干预人员要不断补充遗漏部分，并将埋藏在记忆深处

的所有条件刺激暴露出来，使记忆中的有害部分的反应逐步减弱直至消失。

4. 积极的社会支持

研究表明，良好的家庭和社会支持是创伤后应激障碍发生的保护因素。一般认为，创伤事件发生后受到良好社会支持的受害者有较佳的后期恢复能力，得不到充分社会支持者则反之。因此，对受伤害者来说，从家人亲友的关心与支持、心理咨询师的早期介入、社会各界的热心援助到政府全面推动此后的心理重建措施，都能成为有力的社会支持。在实施这种社会支持中，要考虑受伤害者的不同的实际需要，在条件允许的情况下与受害者进行有效的沟通，确定心理援助的主题，以增强社会支持的有效性，尽量降低受伤害者 PTSD 创伤后应激障碍发生的机率。

4.3 飞行员心理重建

根据国内外多项相关研究发现，人群经历灾难后各种心理障碍的发生率已经增加到 17% 以上。除创伤应激障碍外，最常见的还有抑郁障碍和其他焦虑障碍，这是因为，在重大空难发生后，个体原有的平衡被打破，心理结构和社会功能遭到严重的破坏，这类人员是相当脆弱的，特别需要关爱。因此，除了一般性的心理干预工作之后，更是需要对遭受突发事件中失去心理平衡的个体重建心理平衡。心理重建的工作应该包括以下的四个阶段：

1. 悲伤辅导、转向正常生活阶段

悲伤辅导是指协助人们在经历重大灾难之后，在合适的时

间内引发正常的悲伤，并健康地完成悲伤任务，以增进重新开始正常生活的能力。心理重建的目标是协助生者处理与逝者之间因为失落而引发的各种情绪困扰并完成未竟事务。悲伤辅导的具体目标包括：（1）增加失落的现实感；（2）协助当事人处理已表达的或潜在的情感；（3）协助当事人克服失落后再适应过程中的障碍；（4）鼓励当事人向逝者告别，以健康的方式、坦然地重新将感情投注在新的关系里。在悲伤辅导的实施过程中，需要关注如下问题：

第一、评估当事人目前的心理状况。

航空事故可带给经历者突发的、不可预测的创伤和损失。在进行辅导之前，要大体了解此次突发性危机事件的性质、伤亡程度和对经历者的态度有多大影响等基本情况。此时要认真观察当事人当前的环境和状态，在初步做出判断后，跟当事人进行接触，建立支持性关系。同时，通过开放式的提问，对经历者的哀伤程度进行全面评估。

第二、帮助当事人接纳丧亲的事实。

生者必须接纳“死不复生”的事实，才能面对因死亡而引起的复杂情绪与反应。尤其是突然死亡，亲友在毫无心理准备下接到消息，心中必有强烈的不真实感。强化死亡真实感的最好方法之一，是鼓励生者围绕死者去世的事件，进行开放式的讨论。例如：灾难发生时你在哪里？当时的情况怎样？事情是如何发生的？是谁告知你的？亲友们是如何谈这件事的？类似这些问题的讨

论都有助于检视死亡事件的发生，强化死亡的真实感，让生者接受死亡发生的事实。

第三、引导当事人表达悲伤的情绪。

有的当事人在亲历突发性危机事件的同时，面对亲人的突然去世，可能会出现很强的悲伤情绪反应。大部分哀恸的情绪都会令人不安，例如：恐惧、无助、愤怒、愧疚、紧张、焦虑、压抑和悲哀等情绪，在失落发生的初期，人们会有麻木、幻听、幻觉、幻想、混乱、托梦等悲伤行为出现。这些情绪和行为在遭遇失落的早期阶段，由于处于混乱状况，对于这些情绪和行为还无法被认知，或未被察觉，其哀伤的强烈程度容易被忽视。所以，心理咨询师要通过倾听和陪伴，给丧亲者创造情感层面的适度宣泄机会，并给予对方表达适当的反馈。

第四、帮助悲伤者解脱其依附情结。

心理咨询师应该帮助生者适度地面对依附情结的问题，让他/她确认与逝者之间过去所存在的依附关系已经结束，他/她必须在失去逝者的情境中，在自己往后的人生舞台扮演新的角色、建立新的人际关系。 为了达到上述目的，心理咨询师应该了解悲伤者在处理与逝者的依附关系时所可能表现的心理行为特征，必须协助他面对过去的事实，并做出适当的处理，从对于死者的依附情结中解脱出来。

第五、区分“正常”与“病态”的悲伤行为。

一般而言，在哀恸的过程中，个体都会感受到身体的不舒服。

最普遍的症状是头痛、消化不良与四肢疼痛，还有失眠、暴躁、不安、忧郁、缺乏食欲。有些人会去从事激烈的活动，而有些人却提不起兴趣。肌肉紧张、疲劳、记忆力不好及无法集中注意力等情形也会伴随哀恸而来。在辅导过程中，心理咨询师必须具备辨认“正常的”与“病态的”的悲伤行为的能力，才能提供高品质的心理援助服务。

一般而言，对于“正常的”与“病态的”的辨别，应以该悲伤行为是否在常态的悲伤期间有所表现而定。若常态悲伤期表现出过激的症状，心理咨询师应视实际情况给予适当的悲伤治疗，尤其是生理疾病必须在确定后，立即转介到医院接受治疗，否则仅给予悲伤者支持，误认为这些行为是正常的，竭力去帮助他们度过悲伤期，可能失去治疗的时机，加剧患者的病情。所以，如果悲伤者过了正常的悲伤期后，还存在不良防卫或适应型态，如退缩、拒绝等，这说明悲伤者还停留在不真实感状态，还在采取心理防卫机制来减轻其悲伤行为带来的焦虑，就要更多地考虑由临床医师来治疗了。

第六、从短期应对转入到长期疗程。

面对灾难带来的意外的伤亡，生者在完全没有心理准备的情况下，遭受的这些严重失落与心理重创是可以想象的。很多人可能无足够的时间、精力与资源来应变，从而造成了一种情绪休克。此外，需要一段时间才能有效地适应紧急出现的情境，当他竭尽自己的全部资源（能力）时，就会感受到一种耗竭危机。在这种

情况下，个体用来控制其行为的功能暂时丧失，甚至可能形成崩溃状态。此时急需运用危机处理的方式，来发掘生者之内在和外
在的其他资源，以增强其处理及运用资源的能力，解决目前的困
扰问题。这里的关键就是让悲伤辅导从短期的危机应对转为长期
的悲伤疗程，以达到悲伤辅导的目标。可以采用个别辅导与团体
辅导相结合的方式来完成这一转换过程。

2.抚平创伤、接纳专业辅导阶段

突发性事件会给人带来一些创伤，甚至会顷刻间让当事人感到极大的恐惧和悲伤。这种恐惧和悲伤会由于事件的控制和危险的解除，短暂地持续一段时间后会慢慢消失。对于灾难后的创伤，大部分人随着时间的推移会挺过来，慢慢走出阴影。但一些人还是会在恢复正常生活后，将持续地受到创伤后应激障碍（PTSD）的影响，这就需要专业的心理辅导和治疗。需要指出，无论是自我愈合，还是接受心理咨询师的专业辅导，都需要很长的时间才能抚平创伤。在此期间，心理重建的任务一方面是提供专业的心理辅导，另一方面要尊重和理解受灾群众的忧伤情绪和行为发泄，给予足够的关怀和帮助，陪伴他们走过人生中这段最困难的时日。

3.寻找新的平衡、增强信任的阶段

当事人度过灾难后的创伤后，发现“失去”了很多，也会再一次感到“不安”。受创伤者一定要确认，已经无法重新回到原来的生活。最理性的态度就是重新定位自己，逐渐适应之，再找到新

的心理平衡。因此，心理重建要经历的第三个阶段，就是让人们找到自己新的心理平衡点，主要是通过营造新的、和谐的人际关系来实现。和谐的人际关系的营造包括两方面内容：尽可能恢复原有的组织状态和群体关系，这比较容易转化，能够帮助人们比较快地重新获得安全感。此外，要保障人际沟通渠道畅通，可以增进人们的交往，快速地分享信息。这些信息包括可能发生次生灾害的信息、安置措施及物品分发的信息、心理援助计划的信息等，这些信息交流可以减轻焦虑感，增强信任，为营造和谐的人际关系打下基础。

4. 矫正自我、重获控制感的阶段

所谓控制感，是人们对涉及自身的重大事件，是由于自身因素还是外界因素（如命运、他人）的一种信念。控制感的获得与人们的心理健康水平有密切的联系。如果个体能够很好地控制自己对待周围的环境的态度，就能够有效地提高自己成功的机率，这可以通过重建有益的思维方式来获得控制感。为此建议：

（1）矫正过度的自责。帮助丧亲者分析对自己的要求是否恰当，是否现实，学会从另一角度来看待自己的遭遇。

（2）正视改变，适应生活。针对当前的环境，和当事人一起讨论并强调他们拥有的资源，采用有益的思维方式。面对当事人对各种改变的担忧，为他们列举和分析改变的困难，并客观地评估困难，找出解决问题的方法，纠正一些非理性的思维，强调他们对命运的控制感。

（3）展望未来，注入希望。在对当事人进行辅导过程中，利用当事人已有的资源，引导他们展望未来，并帮助他们重新发现生活中有意义并能给予积极回报的事情。在这过程中，援助师要不断强调一种信念：未来的生活一定会更加美好。

（4）总结肯定，鼓励强化。在完成上述过程后，总结自己的变化过程，肯定、鼓励和强化自己已经获得的进步。如果确实无法实现心理重建的目的，就要转介给临床医师去接受专业治疗了。

4.4 创伤后应激障碍的治疗方法

PTSD 的治疗包括三个重要部分：（1）正面对待恐惧及强大的创伤经历；（2）控制和管理心理及生理压力反应；（3）重新建立安全的社会关系及人际效能感。从理论上讲，PTSD 的危机干预的目的是预防疾病、缓解症状、减少共病、阻止迁延。这时的干预具有短程、及时和有效的特点。因此，干预重点是预防疾病和缓解症状。PTSD 早期治疗甚为重要，创伤受害者如能及时得到支持，尤其是家庭的支持，则可能减缓 PTSD 的发生。一旦 PTSD 发展到后期，临床症状达到非常严重的程度，则需结合药物和心理治疗两种方式进行。目前主要的干预措施是认知行为治疗、心理疏泄、严重应激诱因疏泄治疗、想象回忆治疗、以及其他心理治疗技术的综合运用。根据当事人情绪，在开始治疗后的不同时期分别给予不同心理治疗方法，开始采用倾听的方法，以收集资料、建立良好关系为目的，逐渐使其认识问题的严重性，

配合治疗。

1. 心理疏泄和关键事件报告

（1）心理疏泄。心理疏泄是目前用于帮助创伤和危机个体的最常用方法之一。在取得当事人信任的基础上，鼓励其疏泄被压抑的情绪。随着谈话的逐步深入，应该与当事人深入探讨受害经过，使其埋在内心中的情感获得尽情的宣泄。干预方式通常包括各种形式的情绪处理、鼓励回忆或情绪反应正常化等。心理疏泄适用于 PTSD 症状不是特别严重的时期。

（2）关键事件报告。关键事件报告（CISD）原来是为维护受到自然灾害、事故等重要事件应激的紧急救护工作者身心健康的干预措施。现已开始用来干预遭受各种创伤的个人。CISD 分为正式援助和非正式援助两种类型：非正式援助是由受过 CISD 训练的员工援助人员在现场进行的急性应激干预，大概需要 1 小时。正式援助共分为 7 个阶段进行干预，通常在伤害事件发生 24 小时内进行，一般需 2~3 小时完成。具体步骤是：

步骤 1：介绍。

介绍对于建立治疗的信任氛围至关重要。除介绍小组成员和 CISD 的过程和方法外，还要寻求降低阻抗并激发当事人讨论敏感问题。

步骤 2：发现事实。

要求参加的所有成员描述他们各自在这一事件中的角色和任务，并从他们自己的观察角度出发，提供所发生事情的一些具

体事实。

步骤 3：表露想法。

CISD 小组指导者询问当时有关事件发生最初和最痛苦的想法，将事实转向思想，开始将事件人格化，让情绪表露出来。

步骤 4：表达情感。

这是当事人情绪最强烈的阶段，干预者依据现有信息，挖掘出他们最痛苦的一部分经历，鼓励他们承认并表达出各自的情感。

步骤 5：描述经历。

要求小组成员讨论各自在事件中的情感、行为、认知和躯体经历，使小组回过头来对事件有更深刻的认识。

步骤 6：提供指导。

此阶段要强调他们这些反应非常符合严重压力下的症状，都是正常的，并给他们提供一些如何促进整体健康的知识。

步骤 7：总结修正

结束报告并修改计划。CISD 模式对减轻各类事故引起的心灵创伤，保持内环境稳定，促进个体躯体疾病恢复等有重要意义。

2.认知-行为疗法

认知-行为治疗专家认为，人们对事件的错误歪曲的思维是干预的重要对象。通过校正错误的思维方式，可以帮助当事人达到克服非理性与自我否定，增强自我控制，适合于危机稳定后的干预的目的。认知理论认为，认知过程决定着行为的产生，同时

行为的改变也可以影响认知的改变。认知和行为的这种相互作用关系在患者身上常常表现一种恶性循环，即错误的认知观念导致不适应的情绪和行为，而这些情绪和行为也反过来影响认知过程，给原来的认知观念提供证据，使之更为巩固和隐蔽。使问题越来越严重。因此，在认知治疗中，治疗者常常通过行为矫正技术来改变患者不合理的认知观念。这种技术不仅仅针对行为本身，而是时刻把它同患者的认知过程联系起来，并努力在两者之间建立一种良性循环的过程。认知-行为疗法对 PTSD 治疗的一种有效的方法，它包括暴露疗法、认知重建疗法和焦虑管理法等三种方法：

（1）暴露疗法。暴露疗法通常有系统脱敏、延时想象和视觉暴露治疗。系统脱敏技术是使用放松训练，通过对由低至高不同等级的恐惧刺激进行想象暴露的方式，对恐惧刺激进行脱敏。延时想象和视觉暴露治疗来自条件反射理论，对于习惯性恐惧消除有作用。

（2）认知重建法。认知重建法注重对病人的思维、推理和信念以及在认知中包含的态度等进行矫正。尽管各种认知重建法都关心病人的认知，不同的认知治疗学派在治疗技术上各有差异，如 Ellis 的合理情绪疗法认为，病人的情绪障碍和不适应行为是由于存在不合理信念造成的，所以，在治疗时通过与不合理信念辩论来重建信念系统，以改变症状。

（3）焦虑管理法。根据焦虑管理法（AMT），病理性焦虑

源于应付技能缺乏，ATM 为病人提供对付焦虑的技术，这包括：放松训练，积极的自我陈述，呼吸训练，生物反馈和社会技能训练。ATM 旨在当焦虑发生时为病人提供应付方法。最常用的焦虑管理法是应激预防训练。这种方法把一些教育性和技能性的方法结合起来，诸如放松，思维阻断法，改变认知的自我对话等。

3. 其他心理治疗技术

对于 PTSD 的治疗，还有研究者提出了采用其他心理治疗技术：

（1）想象回忆治疗。采用想象回忆治疗方法（IRT），让患者回忆灾难发生时的场景，以此来治疗患者的创伤后应激症状。研究者提示 IRT 对睡眠障碍的患者的治疗可能有效。

（2）宗教信仰知识。还有研究者提示，运用宗教信仰知识对有一定信仰的幸存者进行干预，可能是一个治疗方向。如有牧师的社区具有强大的恢复创伤的功能，在对诸如航空事故等异常应激事件的进行危机干预中，牧师所进行的一系列安慰活动作为危机干预策略之一也可能是行之有效的。

（3）格式塔技术。格式塔技术指深入当事人的过去，并将其带到意识之中，被格式塔实践者称为“未了之事”。通过临床诊断医师和当事人通过不同的角色构建和整合，使当事人能够更好地返回到过去之中。在过去的每一个场景和片段的缓慢回放中，使当事人经历痛苦过程之后，尝试去忘记过去，并回到现实中，帮助他自信地去延续自己的生活。

4. 团体治疗

对于 PTSD 的团体治疗有两种方法：一种是短期的预防治疗，主要针对急性悲伤障碍。通过分享和反馈来进行。另一种是支持性团体，针对在不同时间、不同情境下特定团体来进行心理疏导。支持性团体又称谈话团体，主要是大家在团队活动中，将谈话团体与传统治疗方式给予整合，相互帮助，分享彼此的经历，减轻耻辱感，并催发自豪感的重建。团体治疗的实施阶段如下：

（1）消除猜忌心理，增强相互信赖。在团队中为当事人提供训练和指导。在团队治疗中，团体的领导者主要是心理咨询师，在团队治疗的早期，可以采用多种方法，来消除个人的不信任和猜忌心理，获得信赖。

（2）获得团队的帮助和支持。第二阶段是在团队中维持团队活动，严格管理团队，促进团体其他成员的反应和支持。同时通过无限的耐心来激发个体为他人提供支持，也使自己获得帮助和支持。

（3）逐步回到真实的生活团队。在团队活动后期，指导当事人将过去的经历加以整合，找到其意义和解决方法。随着团队活动的次数逐步减少，个体逐步获得对过去的洞察力。之后，就可以回到真实的生活团体，在家庭和自己的社会支持系统中，获得恢复和成长。

4.5 飞行员创伤后成长

1. 角色转换

经历危机突发事件之后，飞行员成长和发展需要解决的首要问题，就是实现从“受创伤者”“受援助者”的角色转换成帮助者和团队成员等角色。

（1）帮助者角色。尽管飞行员是接受帮助的对象，但是，飞行员并没有丧失帮助他人的能力。通过尽己所能去帮助他人，能体验到自我的价值，感受到自己的能力，其自信心也会增强。图 1 所示，1990-1992 年，志愿者行为竟然对生活满意度产生了积极的影响，有志愿者行为的人的生活满意度要高于没有志愿者行为的人。研究表明，担任帮助者角色能够让身处逆境时拥有更好的心情。

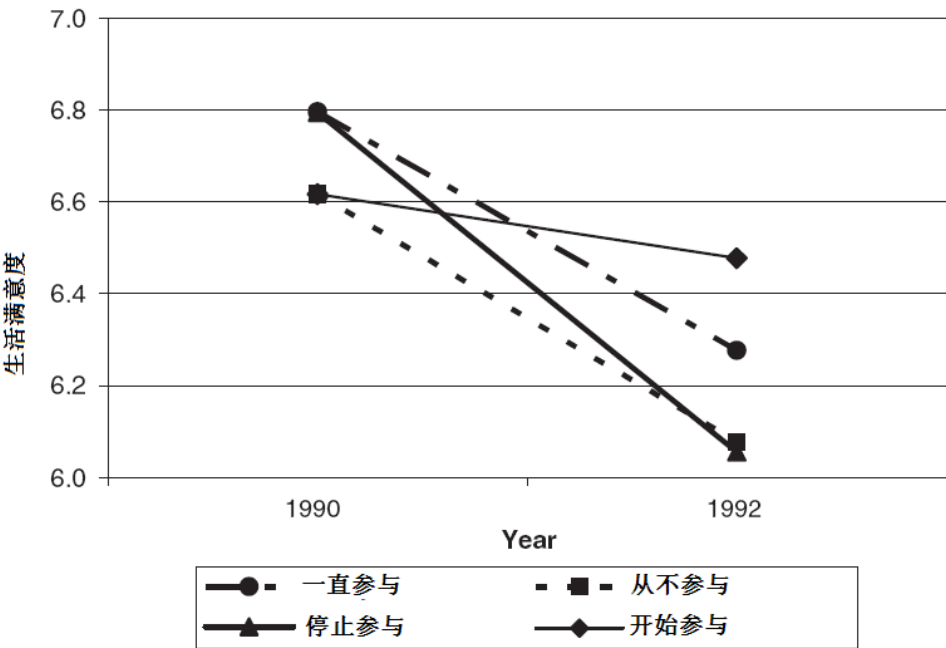


图 1 参与自愿者活动与生活满意感的关系

（2）团体成员角色。由于群体中的协同效应会影响个体行为，因此，让员工在企业重建过程中多参与团体活动，通过承担团队所赋予的责任来与其他团体成员互动，这能使员工意识到自

己在群体中的重要性和责任，从而促进他们以更积极的心态和更负责任的态度投入企业重建的过程中。

2. 飞行员创伤后成长

飞行员创伤后成长应该考虑员工心理重建的问题。心理重建面对的问题不仅是帮助人应对困难，超越痛苦，也要发现积极的自我。这就需要去培养飞行员的抗逆力（**Resilience**）。研究发现，正面情绪（即积极看待问题的情绪）、主控信念（即相信自己可以掌控自己生命的信念）、坚强人格、希望和自我效能会影响个体的抗逆力水平，因此，可以通过培养员工的正面情绪、主控信念、坚强人格、希望和自我效能来提高其抗逆力水平。为了帮助飞行员创伤后成长实现创伤后的恢复和健康成长，组织可以采取如下措施：

（1）树立信心。航空公司要引导飞行员树立信心，保持积极、乐观的情绪；

（2）增强自主性。增加飞行员的工作自主性，促进其获得自己对生活的控制感；

（3）设定目标。应帮助他们恰当地设定绩效目标，合理安排工作任务，增强其自我效能感。

（4）展望未来。要使飞行员看到未来发展的新蓝图，提升他们对于民航事业未来发展的信心。

5、飞行员的心理健康促进

飞行员的心理健康的促进须采取加强日常的心理卫生教育，

提高心理调控和适应能力，以及开展员工心理援助计划，并提供专业的心理咨询和心理治疗等多方面措施。具体如下：

5.1 加强日常的心理健康教育

（一）航空从业人员应了解加强心理卫生对促进身心健康，提高工作效率的重要意义，掌握普及性的心理健康知识，有利用提高他们的心理素质，掌握解决心理问题的方法和技巧，使他们经常处于良好的心理状态，从而减少身心疾病的发生。

（二）要注意生活节奏，合理安排作息时间。飞行员的精神紧张和过度疲劳是引发心身障碍的常见原因。通过合理地组织安排飞行活动、休息、体育锻炼、定期疗养等活动，防止飞行员发生过度疲劳，减少心理压力，保证其心理健康。

（三）要培养飞行员良好的人格（个性）。具有良好个性的人能够正确评价客观事件，产生积极的情绪体验，并采取合适的行为反应方式，从而促进身心健康。人格不健康的人，不能正确对待压力和挫折，会产生不良的情绪和行为反应，从而影响身心健康。

（四）建立良好的人际关系。保持良好的人际关系可使人获得安全感和归属感，消除孤独感，有助于个体的心理健康发展。个人要建立良好的人际关系，应力求做到：

1. 掌握人际交往的基本技巧；
2. 乐对助人，善待对方；
3. 真诚的鼓励和赞美；

4. 团结的愿望和善意的批评；
5. 尊重对方人格，不强加于人。

5.2 开展心理咨询工作，选择适当的心理治疗方法

心理咨询是指心理学工作者运用心理学的方法，对在心理适应方面出现问题并企求解决问题的来访者提供心理援助的过程。心理治疗又称精神治疗，指医务人员运用心理学的理论和技术，通过其言语、表情、举止行为并结合其他特殊的手段来改变病人不正确的认知活动、情绪障碍和异常行为的一种治疗方法。

通过心理咨询，可帮助飞行员认清自己的问题所在，使之能够面对和处理自己人生中的各种问题；可缓解心理压力，提高应付挫折和适应各种环境的能力，从而促进飞行员的心身健康，预防心理障碍，帮助提高飞行质量，延长飞行员的服务年限。

根据《中华人民共和国精神卫生法》第二章心理健康促进与精神障碍预防的有关要求，结合我国民航的实际情况，建议飞行员的心理健康促进工作如下：

首先，政府有关部门制定的突发事件应急预案，应当包括心理援助的内容。发生突发事件，履行统一领导职责或者组织处置突发事件的人民政府应当根据突发事件的具体情况，按照应急预案的规定，组织开展心理援助工作。

其次，各航空运营单位应当创造有益于飞行员身心健康的工作环境，关注飞行员的心理健康；对处于职业发展特定时期或者在特殊岗位工作的飞行员，应当有针对性地开展心理健康教育，

积极开展员工心理援助计划。

各级各类航空院校应当对航空学员进行精神卫生知识教育；配备或者聘请心理健康教育教师、辅导人员，并可以设立心理健康辅导室，对学生进行心理健康教育。

最后，各航空运营单位和飞行员应选择所在地的专业心理咨询机构和从事心理治疗的专业医疗机构为其提供专业服务，促进飞行员的心理健康。

5.3 积极为飞行员提供心理援助，提升心理资本

目前整体的、积极的健康概念指导着现代健康促进的实践，这种概念认为个体和集体的健康是获得高质量生活的手段而不是生活的目的。随着 20 世纪 90 年代末积极心理学的诞生，传统心理学多年来一直关注的是负面的东西，而积极心理学而强调要关注人们好的方面，人的积极方面，人的力量和优势，从而实现提高工作领域绩效的人力资源优势和心理能力。一个人积极发展的心理状态，其特征是：

- 自我效能，面对挑战性的任务信心十足并付出必要的努力以获得成功；
- 乐观，对现在和未来的成功做出积极的归因；
- 希望，对目标锲而不舍，为了取得成功在必要的时候重新调整达到目标的路径；
- 韧性，当身处困难和被问题困扰时，能持之以恒，迅速复原，甚至超越以往，取得成功。

近年来，飞行员的心理疏导问题越来越引起民航局和航空企事业单位的高度重视，建立和谐的劳动关系，实施人本管理，已经成为保持行业稳定、促进组织发展，保障航空安全的紧迫需求。员工援助计划（EAP， Employee Assistant Program）是上世纪末从发达国家引进的员工心理关爱的职业服务领域。经过在我国的多年实践，员工援助计划已经从“帮助员工解除心理问题”拓展到“帮助、促进个体及其组织的适应、发展”的全方位服务，它远远地超越了传统 EAP 强调的“为员工个体负性问题提供矫正”的心理咨询服务，更多地是从提升个人幸福感、促进组织发展和维护社会稳定的高度来考虑问题。

因此，员工援助计划不仅帮助员工个体发现和解决影响其工作绩效的情绪困扰、人际冲突、工作-家庭冲突等问题；更强调依据组织长远发展的需要，从积极主义心理学的角度，通过增强员工的主观幸福感、加强飞行干部的能力提升和基层合作型团队建设，把我国的航空企事业单位建设成为一个具有积极的心理状态、胜任的职业能力和创新的组织文化的健康型组织（Healthy Organization）。

各航空企业应了解把握员工援助计划的服务对象、服务方式、服务范围和服务内容，积极开展员工援助计划的各项工作。随着员工援助计划在我国的快速发展，个别航空公司已在专业机构的帮助下开展了飞行员的员工援助计划。该计划属于工作场所中为个人、组织提供咨询服务的工作，能够帮助管理者发现员工

个体的心理健康、家庭生活、职业发展等问题，并提出一系列辅导措施来帮助员工解决这些问题。通过专业人员对组织和员工及其直系亲属提供的专业咨询、指导和培训，改善组织的环境和氛围，解决员工及其家庭成员的各种心理行为问题，提高员工在组织中的工作绩效。

参考资料:

- HUMAN FACTORS TRAINING MANUAL(ICAO DOC 9683-AN1950)
- Safety Management Manual (SMM)(ICAO Doc 9859)
- Human Factors Policy (FAA Order 9550.8A)
- Claus C. C., Jorg D., Kriebel J.. Principles and Practice of Aviation Medicine. World Scientific Publishing Co Pte.Ltd.2009:611-638
- Carrie H.K.,Gary G.K.,Aeromedical Psychology. Ashgate publishing Limited.2013: 63-90
- 民用航空人员体检合格证管理规则 (CCAR-67-R2)
- 国际疾病分类 ICD-10 精神与行为障碍分类
- 时勘.员工援助师.中国人民大学企业员工心理援助中心
- 皇甫恩, 苗丹民. 航空航天心理学. 陕西科学技术出版社.2000 年第 1 版
- 邓丽芳.近 10 年来中国飞行员心理健康状况的元分析. 心理学.2013,36(1):228-233
- 蔡焯基,中国人自己的心理健康标准.心理与健康,2012 (1) :6-7
- 李静, 凌莉, 梁朝辉. 民航飞行员心理健康状况的调查分析.热带医学杂志, 2004, 4 (4): 421-423

附件 1 常见的心理疾病介绍

常见的心理疾病有神经症、癔症、压力相关障碍、心理因素相关生理障碍、人格障碍、习惯与冲动控制障碍等。

一、神经症

神经症不是指某一种疾病，而是指一组主要表现为焦虑、抑郁、恐惧、强迫、疑病，或神经衰弱症状的精神障碍。

神经症有如下共同特点：

- (1) 有一定的人格基础，起病常常与心理、社会因素有关。
- (2) 症状没有可证实的器质性病变作为基础，与病人的现实处境不相称，但病人对存在的症状感到痛苦和无能为力。
- (3) 有自知力，常常主动求治。
- (4) 病程迁延，多在 3 个月以上。
- (5) 至少有下列症状中的 1 项：① 恐惧；② 强迫症状；③ 惊恐发作；④ 焦虑；⑤ 躯体形式症状；⑥ 躯体化症状；⑦ 疑病症状；⑧ 神经衰弱症状。

严重标准：社会功能受损或无法摆脱的精神痛苦，促使其主动求医。

病程标准：符合症状标准至少已 3 个月（惊恐障碍除外）。

排除标准：排除器质性精神障碍、精神活性物质与非成瘾物质所致精神障碍、各种精神病性障碍，如精神分裂症、偏执性精神病及心境障碍等。

焦虑症是一种以焦虑情绪为主的神经症，包括惊恐障碍和广泛性焦虑两种。惊恐障碍是一种以反复的惊恐发作为主要原发症状的神经症。这种发作并不局限于任何特定的情境，具有不可预测性。广泛性焦虑指一种以缺乏明确对象和具体内容的提心吊胆及紧张不安为主的焦虑症，并有显著的植物神经症状、肌肉紧张及运动性不安，病人因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。

恐惧症（恐怖症）是一种以过分和不合理地惧怕外界客体或处境为主的神经症。病人明知没有必要，但仍不能防止恐惧发作，恐惧发作时往往伴有显著的焦虑和自主神经症状。病人极力回避所害怕的客体或处境，或是带着畏惧去忍受。

场所恐惧症的害怕对象主要为某些特定环境，如广场、闭室、黑暗场所、拥挤的场所、交通工具（如拥挤的船舱、火车车厢）等，其关键临床特征是过分担心处于上述情境时没有即刻能用的出口。如飞行恐惧症。

社交恐惧症的害怕对象主要为社交场合（如在公共场合进食或说话、聚会、开会，或怕自己做出一些难堪的行为等）和人际接触（如在公共场合与人接触时怕与他人目光对视，或怕在与人相对时被人审视等）。

特定的恐惧症的害怕对象是场所恐惧症和社交恐惧症中未包括的特定物体或情境，如动物（如昆虫、鼠、蛇等）、高处、黑暗、雷电、鲜血、外伤、打针、手术，或尖锐锋利物品等。

强迫症指一种以强迫症状为主的神经症。其特点是有意识的

自我强迫和反强迫并存，二者的强烈冲突使病人感到焦虑和痛苦。病人体验到观念或冲动来源于自我，却无法摆脱控制；病人也意识到强迫症状的异常性，但无法摆脱。病程迁延者可以仪式动作为主而精神痛苦减轻，但社会功能严重受损。

二、癔症

癔症是指一种以解离症状（部分或完全丧失对自我身份识别和对过去的记忆）和转换症状（在遭遇无法解决的问题和冲突时产生的不快心情，以转化成躯体症状的方式出现）为主的精神障碍。

本病有如下特点：①没有可证实的器质性病变的基础；②有癔症性人格基础；③起病常受心理社会（环境）因素影响；④除癔症性精神病或癔症性意识障碍有自知力障碍外，自知力基本完整；⑤病程多反复迁延；⑥常见于青春期和更年期，女性较多。

本病包括癔症性精神障碍〔如癔症性遗忘、癔症性漫游、癔症性身份识别障碍、癔症性精神病（癔症性附体障碍、癔症性木僵）等〕、癔症性躯体障碍（如癔症性运动障碍、癔症性抽搐发作、癔症性感觉障碍等）和混合性癔症躯体—精神障碍三种类型。

三、压力相关障碍

指一组主要由心理、社会（环境）因素引起的异常心理反应所导致的精神障碍，也称反应性精神障碍。本组疾病不包括癔症、神经症、心理因素所致生理障碍以及各种非心因性精神病性障碍。决定本组精神障碍发生、发展、病程及临床表现的因素有：

①生活事件和生活处境。如剧烈的超强精神创伤或持续的困难处境均可成为直接病因。②社会文化背景。③人格特点、教育程度、智力水平及生活态度和信念等。

急性压力障碍指在急剧的、严重的精神打击情况下所出现的有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定的盲目性，或者为精神运动性抑制，甚至木僵。本病常常在受到刺激后立刻（1小时之内）发病。如果压力源被消除，症状往往很快消失，预后良好。

创伤后压力障碍是指由异乎寻常的威胁性或灾难性心理创伤所导致的延迟出现和持续时间较长的精神障碍。

适应障碍是指因长期存在压力源或困难处境，加上病人有一定的人格缺陷，所产生的以烦恼、抑郁等以情感障碍为主，同时有适应不良的行为障碍或生理功能障碍，社会功能受损。

四、心理因素相关生理障碍

1.进食障碍

进食障碍是一组以进食行为异常为主的精神障碍，主要包括神经性厌食、神经性贪食和神经性呕吐三种：

神经性厌食指一种多见于青少年女性的进食行为异常，其特征为故意限制饮食，使体重降至明显低于正常的标准，并常常采取过度运动、引吐、导泻等方法以减轻体重。

神经性贪食指一种进食障碍，特征为反复发作和不可抗拒的摄食欲望及暴食行为，病人有担心发胖的恐惧心理，常采取引吐、

导泻、禁食等方法以消除暴食引起的发胖。可与神经性厌食交替出现，两者具有相似的病理心理机制及性别、年龄分布。多数病人是神经性厌食的延续者，发病年龄较神经性厌食晚。

神经性呕吐指一组以自发或故意诱发反复呕吐为特征的精神障碍。

2.非器质性睡眠障碍

指各种心理社会因素引起的非器质性睡眠与觉醒障碍，包括失眠症、嗜睡症和某些发作性睡眠异常（如睡行症、夜惊、梦魇等）。

失眠症指一种以失眠为主的睡眠质量不满意状况。症状标准：（1）几乎以失眠为唯一的症状，包括难以入睡、睡眠不深、多梦、早醒，或醒后不易再睡，醒后有不适感、疲乏，或白天困倦等；（2）具有失眠和极度关注失眠结果的优势观念；（3）至少每周发生3次，并至少已有1个月。严重失眠症患者对其睡眠的数量和质量不满常常引起明显的苦恼或社会功能受损。

嗜睡症指白天睡眠过多的状况。症状标准：（1）白天睡眠过多或睡眠发作；（2）不存在睡眠时间不足的情况；（3）不存在从唤醒到完全清醒的时间延长或睡眠中呼吸暂停；（4）无发作性睡眠病的附加症状，如猝倒症、睡眠瘫痪、入睡前幻觉、醒前幻觉等。（5）几乎每天发生，并至少持续1个月。严重嗜睡症病人为其症状明显感到痛苦或影响社会功能。

睡眠—觉醒节律障碍指睡眠—觉醒节律与正常要求不符，导

致对睡眠质量的持续不满状况。症状标准：（1）病人的睡眠-觉醒节律与所要求的（即与病人所在环境的社会要求和大多数人遵循的节律）不符；（2）病人在主要睡眠时段失眠，而在应该清醒时段出现嗜睡。（3）几乎每天发生，并至少已有 1 个月。严重标准：明显感到苦恼或社会功能受损。

睡行症（梦游症）指一种在睡眠过程中尚未清醒时起床在室内或户外行走，或做一些简单活动的睡眠和清醒的混合状态。症状标准：（1）反复发作的睡眠中起床行走。发作时，睡行者表情茫然、目光呆滞，对别人的招呼或干涉行为相对缺乏反应，要使病人清醒相当困难；（2）发作后自动回到床上继续睡觉或躺在地上继续睡觉；（3）尽管在发作后的苏醒初期，可有短暂意识和定向障碍，但几分钟后，即可恢复常态。不论是即刻苏醒或次晨醒来“睡行”均完全遗忘。（4）反复发作的睡眠中起床行走为数分钟至半小时。该病不明显影响日常生活和社会功能。

3.非器质性性功能障碍

指一组与心理社会因素密切相关的性功能障碍。常见的有性欲减退，勃起功能障碍、早泄、性欲高潮缺乏、阴道痉挛和性交疼痛等。本组疾病的特点是：成年人不能进行自己所希望的性活动；对日常生活或社会功能有所影响；符合症状标准至少已 3 个月；不是由于器质性疾病、药物、酒精及衰老所致的性功能障碍，也不是其他精神障碍症状的一部分。

五、人格障碍

人格是一个人在生活中经常表现出来的较为稳定的个性心理特征的总和，是一个人在与环境相互作用的过程中所表现出来的独特的思维方式、情绪反应和行为特点。一般来说，一个人的人格特征与他所处的环境相适应，就认为他具有正常的人格。

人格障碍是指人格特征明显偏离正常，使病人形成了一贯的反映个人生活风格和人际关系的异常行为模式。这种模式显著偏离了特定的文化背景和一般认知方式，尤其表现在待人接物方面，明显影响其社会功能，造成对社会环境的适应不良，病人为此感到痛苦。

人格障碍可以分为偏执性人格障碍、分裂样人格障碍、反社会性人格障碍、冲动性人格障碍、表演性人格障碍、强迫性人格障碍、焦虑性人格障碍和依赖性人格障碍八个类型。

六、习惯与冲动控制障碍

表现为无清楚的合理的动机而反复出现的行为，对他人及自己的利益都有损害。病人自称这种行为带有冲动性，无法控制。常见的有以下三种：

病理性赌博。这一障碍表现为在个人生活中占据统治地位的、频繁反复发作的赌博行为，且该行为对社会、职业、财产及家庭价值观念与义务都造成损害。病人赌博会置工作于不顾，债台高筑，为得到金钱而撒谎、违法，或躲避偿还债务。他们自称对赌博有一种难以控制的强烈的渴望，脑子总不断浮现赌博的想法、赌博的行为以及赌博的场面。在生活处于压力状态时，这种

向往和专注往往会加剧。本病特点是持续反复的赌博，尽管已造成了消极的社会后果如贫困、家庭关系恶化、个人生活被打乱等，赌博行为仍持续而且常常会加重。

病理性纵火。这一障碍的特征为无明显动机多次地实施或企图实施纵火烧毁财物或其他物品，对与火和燃烧有关的事物存在持续的关注。这种人对灭火器及其他灭火设备、与着火有关的事物以及召唤消防队有异常的兴趣。

病理性偷窃。这一障碍的特征为反复的无法克制的偷窃冲动，但并不是为了本人使用或获取钱财，取而代之的是患者将这些物品丢弃、送人或收藏。

附件 2 常见的心理咨询与治疗方法

目前，各种心理咨询与治疗的学派、体系不断涌现，交替更迭。现重点介绍常见的心理咨询与治疗方法：

一、精神分析疗法

以弗洛伊德的精神分析理论为指导，探讨病人的深层心理，识别潜意识的欲望和动机，解释病理与症状的心理意义，协助病人对“本我”进行剖析，解除“自我”的过分防御，调节“超我”的适当管制；运用病人与治疗者的移情关系，来改善病人的人际关系，使其调整心理结构，消除内心症结，促进人格的成熟，提高适应能力。

适应症：癔症、心理创伤、性心理障碍、人际关系障碍、焦虑症、抑郁性神经症、强迫症、恐怖症、抑郁症和适应障碍等。

二、认知疗法

认知理论认为人的情绪来自人对所遭遇的事情的信念、评价、解释或哲学观点，而非来自事情本身。情绪和行为受制于认知，认知是人心理活动的决定因素。认知疗法就是通过改变人的认知过程和由这一过程中所产生的观念来纠正人的适应不良的情绪或行为。治疗的目标不仅仅是针对行为、情绪这些外在表现，而且还要分析病人的思维活动和应付现实的策略，找出错误的认知并加以纠正。

适应症：情绪障碍、抑郁症、焦虑症、恐怖症、强迫症、行

为障碍、人格障碍、性心理障碍等。

三、行为疗法

行为主义心理学认为人的行为是后天习得的，既然好的行为可以通过学习而获得，不良的行为、不适应的行为也可以通过学习训练而消除。行为疗法是基于严格的实验心理学成果，遵循科学的研究准则，运用经典条件反射、操作性条件反射、学习理论、强化作用等基本原理解，采用程序化的操作流程，帮助患者消除不良行为，建立新的适应行为。

常见的行为治疗及其适应症：

- 1.系统脱敏疗法：社交恐怖症、广场恐怖症、考试焦虑等。
- 2.冲击疗法：恐怖症、强迫症等。
- 3.厌恶疗法：酒精依赖、海洛因依赖、同性恋、窥阴癖、露阴癖、恋物癖、强迫症等。
- 4.阳性强化法：儿童孤独症、癔症、神经性厌食、神经性贪食等。

四、生物反馈疗法

生物反馈疗法是在行为疗法的基础上发展起来的一种治疗技术。实验证明，心理（情绪）反应和生理（内脏）活动之间存在着一定的关联。心理社会因素通过意识影响情绪反应，使不受意识支配的内脏活动发生异常改变，导致疾病的发生。生物反馈疗法将正常的属于无意识的生理活动置于意识控制之下，通过生物反馈训练建立新的行为模式，达到有意识地控制内脏活动和腺

体分泌的目的。能缓解紧张、焦虑状态和抑郁状态，治疗失眠。

适应症：原发性高血压、支气管哮喘、紧张性头痛、血管性头痛、雷诺氏病。

五、家庭治疗与夫妻治疗

家庭治疗是一种以家庭为治疗对象，协调家庭各成员之间的人际关系的治疗方法。通过交流，扮演角色，运用家庭各成员之间的个性、行为模式相互影响、互为连锁的效应，改进家庭成员心理功能，促进家庭成员的心理健康。夫妻治疗（也叫婚姻治疗）是家庭治疗的一种特殊模式。

家庭治疗适应症：家庭危机、子女学习困难，子女行为障碍。

夫妻治疗适应症：婚姻危机，夫妻适应困难，性心理障碍。

需要注意的是，不同的治疗理论和方法有其适用范围和理论上的缺陷，并且每一个治疗者临床工作实践和个人的特点存在差异。因此，对于不同的个体、不同的心理问题应采取合理的治疗方法。心理治疗是一门严格的专业，从事心理治疗必须具备扎实的心理学专业知识、临床实践的经验以及专业道德修养等要求。