**Механизм взаимодействия педагогов и специалистов образования в ситуациях завершенного суицида обучающегося.**

1. При обнаружении тела несовершеннолетнего с признаками самоповреждения (суицида), после вызова «Скорой помощи» (при отсутствии – медицинского работника) и полиции, необходимо безотлагательно известить администрацию образовательного учреждения, в котором учился несовершеннолетний.
2. Директор образовательного учреждения, в свою очередь, извещает о несчастном случае начальника муниципального органа управления образованием.
3. С целью профилактики расширенного суицида (повторных случаев по подражанию) и комплексной реабилитации ближайшего окружения суицидента (одноклассники, друзья, родственники, педагоги) **в первые сутки создается рабочая группа**, состоящая их специалистов здравоохранения ( врач-психиатр/ медицинский психолог, социальный работники специалист по социальной работе), образования, учреждения социального обслуживания, органов опеки и попечительства и иных органов, с целью оказания комплексной помощи подростку с суицидальным поведением и его окружению.

**Что нужно сделать специалисту в первую очередь:**

* Всё время быть в контакте с детьми. Излишняя диагностика и тестирование может препятствовать удержанию контакта.
* Оценить, какое влияние оказало критическое событие и насколько  
  велико оно для ребёнка.
* Оценить психологическое состояние каждого ребёнка и определить детей «группы риска»

***Первичные меры реабилитации (на острой стадии кризиса – до 3 месяцев):***

1. психологический дебрифинг ближайшего окружения суицидента (одноклассники, друзья и т.д.) обеспечивается в течение первых 48 часов после несчастного случая и осуществляется специалистом с базовым педагогическим образованием, прошедшим специальную подготовку, выявляются несовершеннолетние группы риска по признакам:

* 7-10 лет: эмоциональная лабильность с преобладанием сниженного настроения, не характерного до происшествия, слезливость, выраженный негативизм. Во время общения со специалистом дети непоседливы, легко отвлекаются, односложно, формально отвечают на вопросы или игнорируют их. Возможно появление энуреза, энкопреза, заикания, тиков. Утрата интереса к учебе в сочетании с ухудшением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, утрата прежних интересов. Соматовегетативные нарушения (головные боли, боли области сердца, живота). Могут возникать ипохондрические идеи о тяжелом заболевании, страх смерти как собственной, так и близких. Как правило, подобные страхи и мысли настолько значимы, что ребенок безуспешно стремится блокировать не только воспоминания о пережитой травме, но и мысли о неизбежной смерти. Постоянная подавляемая тревога может трансформироваться в гетероагрессию, сопровождающуюся выраженными нарушениями поведения или ауто- агрессией в виде навязчивостей (онихофагия, трихотилломания и пр.). В тяжелых случаях дети становятся заторможенными и пассивными.
* **11-17 лет:** избегает всего, что может напомнить о ситуации. Формирование навязчивых идеи, воспоминаний, содержание которых связано с психотравмой. Они могут провоцироваться внешними стимулами, но могут возникать без видимой причины, в полном покое. Подросток старается бороться с ними, не думать и не вспоминать страшные события, но безуспешно. На короткое время снизить тревогу помогают ритуалы, носящие символический защитный, гетеро- или аутоагрессивный характер. Помимо тревоги, растет чувство вины. Сновидения наполнены страшными образами, вспышек пережитого («flash backs»), которые у подростков чаще всего встречаются в виде ярких гипногогических или гипонопомпических галлюцинаций.

1. Психологическое сопровождение для родственников проводится в случае запроса со стороны семьи, следует отметить, **что в особом внимании нуждаются братья и сестры погибшего, близкие родственники;**

**ВАЖНО!** Чем младше ребенок, тем труднее ему осмыслить происходящее во время психотравмирующей ситуации, тем больше он сориентирован на поведение взрослых, их восприятие происходящего.

1. индивидуальное психологическое консультирование (по запросам);
2. в случае необходимости, организовать медицинскую помощь (консультация психиатра, наблюдение и лечение в стационаре)

***Вторичные меры реабилитации (на отсроченной стадии – от 3 месяцев до 1 года):***

1. внесение в план воспитательной работы школы дополнительных мер по организации здоровьесберегающей среды и профилактике расширенного суицида (классные часы на формирование позитивного мышления, нравственных ценностей и смысла жизни, тренинги, родительские собрания, школьные акции «Я выбираю жизнь», конкурсы рисунков и сочинений «Разноцветная жизнь», кинолекторий и т.д.);
2. обеспечение занятости и досуга одноклассников, близких друзей, братьев и сестер суицидента;
3. профилактика деформаций психоэмоционального состояния педагогов (организация балинтовских групп, групп взаимоподдержки, проблемных мастерских и др.);
4. повышение психологической культуры населения (информационно-просветительская работа, реклама Телефона доверия, использование имеющихся ресурсов социума по оказанию помощи детям и семьям, оказавшимся в кризисной ситуации).