



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ИСТОРИКО-ФИЛОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Профилактика суицидального поведения подростков в условиях
социально-реабилитационного центра**

Выпускная квалификационная работа по направлению
39.03.02 Социальная работа
Направленность (профиль) программы бакалавриата
«Социальная защита и обслуживание семей и детей»
Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:
96,51 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована / не рекомендована
« 1 » 09 2026 г.

Зав. кафедрой философии и социального
образования, д-р филос. наук, профессор
С. В. Борисов

Выполнила:
студентка группы ЗФ-524-
103-5-1
Сергеева Маргарита
Михайловна

Научный руководитель:
канд. пед. наук, доцент
Т. Г. Пташко

Челябинск
2026

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	8
1.1 Характеристика суицидального поведения подростков как формы девиации	8
1.2 Содержание деятельности по профилактике суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре	18
Выводы по первой главе	29
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ	31
2.1 Анализ результатов социологического исследования вопроса склонности подростков к суицидальному поведению	31
2.2 Разработка и реализация проекта профилактики суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре	44
Выводы по второй главе	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	61
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	73

ВВЕДЕНИЕ

Проблема суицидального поведения подростков сохраняет высокий уровень социальной значимости, поскольку затрагивает одновременно безопасность ребенка, состояние семьи, эффективность учреждений социальной защиты и готовность межведомственной системы к раннему реагированию. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно вследствие суицида погибает более 720 тыс. человек, а в возрастной группе 15–29 лет суицид относится к ведущим причинам смерти [65].

Для социальной работы это означает необходимость смещения акцента с единичной кризисной помощи на системную профилактику, раннее выявление и сопровождение несовершеннолетнего в конкретной социальной среде [51; 53].

Подростковый возраст является периодом повышенной уязвимости: формируется идентичность, возрастает значимость сверстников, усиливается зависимость самооценки от внешней оценки, а способность к прогнозированию последствий и самостоятельному обращению за помощью еще неустойчива [8; 24]. Поэтому переживание школьного отвержения, семейного конфликта, насилия, социальной изоляции или цифровой травли может быстро приобретать характер субъективной безвыходности [16; 21; 25].

Для российских условий особую актуальность имеют данные современных популяционных исследований, показывающих, что суицидальное поведение несовершеннолетних не сводится к медицинской проблеме и требует участия специалистов образования, социальной защиты, здравоохранения, органов опеки и комиссий по делам несовершеннолетних [6; 27].

Значимым остается вопрос: кто именно ежедневно фиксирует социальные факторы риска, координирует маршрут помощи и обеспечивает непрерывность сопровождения подростка после выявления кризисных признаков.

Особое место в данной системе занимают социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних. В такие учреждения поступают дети и подростки, находящиеся в трудной жизненной ситуации либо социально опасном положении; у них чаще присутствуют семейное неблагополучие, нарушения привязанности, педагогическая запущенность, опыт насилия, дефицит поддерживающих взрослых и разрыв привычных социальных связей [34; 51]. Следовательно, сама база социально-реабилитационного центра объективно концентрирует группу повышенного профилактического внимания.

В социально-реабилитационном центре профилактика суицидального поведения должна осуществляться не как разовая беседа, а как социальная технология. Такая технология включает установление безопасного контакта, социальную диагностику, выявление факторов риска и защитных ресурсов, передачу информации психологу и медицинскому работнику, работу с семьей, организацию полезной занятости, правовое информирование, цифровую безопасность и постреабилитационное сопровождение [7; 35; 37].

Степень разработанности проблемы. Эпидемиологические, клинко-психологические и социальные факторы суицидального поведения подростков представлены в исследованиях А. Я. Басовой, П. В. Безменова, В. И. Быковой, Е. В. Макушкина, М. И. Суботич и в коллективной монографии под редакцией Е. Г. Дозорцевой, О. Д. Пуговкиной, А. Б. Холмогоровой [6; 8; 27; 44; 49].

Проблема несуйцидального самоповреждения, эмоциональной дисрегуляции, межличностной уязвимости и негативного самоотношения раскрывается в работах Н. Н. Васягиной, С. Ю. Кузнецовой, О. С. Павловой, Н. А. Польской, Д. Ю. Г. Тактуевой, М. Е. Финашиной, К. Якубовской [9; 24; 30; 33; 55].

Семейные, цифровые и социально-педагогические факторы риска, а также вопросы прогнозирования опасного поведения рассматриваются Е. Г.

Дозорцевой, А. А. Кастальской-Бороздиной, П. Н. Кобецем, В. Е. Купченко, В. А. Мудровым и В. В. Чернухиной [16; 20–21; 25; 28; 58].

Организационные основы профилактики и междисциплинарного сопровождения подростков представлены в методических рекомендациях НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, работах Е. С. Бариновой, О. В. Белоус и в методическом письме Минпросвещения России [3; 5; 7; 35].

Нормативная основа исследования включает Закон РФ № 3185-1, постановление Правительства РФ № 896, распоряжение Правительства РФ № 1058-р и федеральные законы № 120-ФЗ, № 124-ФЗ, № 323-ФЗ, № 436-ФЗ, № 442-ФЗ [18; 34; 37; 50–54].

Международная рамка исследования представлена современными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, в которых подчеркиваются ответственная коммуникация о суициде, раннее выявление кризисных признаков и доступность своевременной помощи [64–65].

Библиографическая база исследования включает современные научные публикации 2023–2026 гг. по проблемам суицидального риска подростков, несуицидального самоповреждения, цифровой социализации, буллинга, семейных и межличностных факторов. В отечественных работах последних лет рассматриваются гендерные различия показателей риска, принятие решения у подростков с самоповреждением, влияние анонимности и цифровой среды, психологическое благополучие, отношение к самоубийству, психологическая боль, школьная травля, мотивы суицидальных попыток, методы оценки риска, особенности привязанности и страх смерти [1–2; 4; 10–13; 22–23; 26; 29; 31–32; 36; 40–41; 59; 61; 63].

Теоретико-методические основы социальной работы с семьей, детьми и подростками раскрываются в учебниках и учебных пособиях И. А. Григорьевой, В. И. Загвязинского, О. А. Селивановой, Л. И. Кононовой, Е. Н. Приступы, В. Д. Роика, В. С. Торохтия и А. А. Шульги, Е. И. Холостовой; практические аспекты

профилактики и социального сопровождения несовершеннолетних представлены в публикациях Н. Л. Большаковой, Е. В. Зориной, Р. М. Садыкова, Н. А. Стариковой, А. В. Табаковой, Ю. А. Фионик, В. А. Хана, Т. И. Целевич и М. В. Шайковой [14; 19; 38–39; 42–43; 45–48; 56–57; 60; 62].

Использованы зарубежные источники: международная рамка исследования представлена материалами Всемирной организации здравоохранения, где акцентированы ответственная коммуникация о суициде, раннее выявление кризисных признаков и доступность своевременной помощи [64–65].

Актуальность выпускной квалификационной работы определяется противоречием между высоким уровнем социального риска у подростков, находящихся в социально-реабилитационном центре, и недостаточной конкретизацией повседневной деятельности специалиста по социальной работе в профилактике суицидального поведения.

Это обусловило выбор темы квалификационного исследования: «Профилактика суицидального поведения подростков в условиях социально-реабилитационного центра».

Объект исследования – суицидальное поведение подростков.

Предмет исследования – содержание и организация деятельности специалиста по социальной работе по профилактике суицидального поведения подростков в условиях социально-реабилитационного центра.

Цель исследования – теоретически обосновать, разработать и реализовать проект профилактики суицидального поведения подростков в условиях социально-реабилитационного центра.

Задачи исследования:

- 1) раскрыть понятие девиации и охарактеризовать суицидальное поведение подростков как форму аутоагрессивной девиации;
- 2) определить содержание и технологию профилактики суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре;

3) провести и описать результаты социологического исследования на определение склонности подростков к суицидальному поведению;

4) разработать проект профилактики суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре и определить критерии оценки его результативности.

Методы исследования: анализ научной литературы и нормативных документов; анализ открытых сведений и локальных материалов базы исследования; социальное проектирование; метод социального паспорта учреждения; наблюдение; беседа; экспертная оценка факторов риска и защитных ресурсов; обобщение и систематизация данных.

База исследования – Муниципальное казенное учреждение социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска.

Практическая значимость работы состоит в разработке технологической схемы профилактики, диагностических форм, проекта групповой и индивидуальной работы, а также приложений, которые могут применяться специалистом по социальной работе совместно с психологом, воспитателями и внешними службами при соблюдении требований конфиденциальности и профессионального разграничения компетенций [3; 7; 35; 50; 53].

Структура работы включает введение, две главы, выводы по главам, заключение, список использованных источников из 65 наименований и приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

1.1 Характеристика суицидального поведения подростков как формы девиации

Понятие девиации связано с отклонением поведения от социальных норм, признанных в конкретном обществе, группе и возрастной среде. Девиантное поведение не является отдельным «плохим поступком»; оно отражает нарушение устойчивых способов взаимодействия личности с нормами, ожиданиями, институтами и значимыми людьми [44; 49].

В подростковом возрасте оценка девиации требует особой осторожности, поскольку часть протестных, рискованных или демонстративных действий может быть связана с возрастным кризисом, но устойчивое самоповреждение, опасное пренебрежение собой и суицидальные высказывания выходят за пределы нормативного возрастного поиска.

Современные исследования рассматривают девиантное и суицидальное поведение подростков как многофакторный процесс, в котором взаимодействуют личностная уязвимость, дефицит социальной интеграции, неблагоприятные условия среды и ограниченность доступных способов совладания [44; 49].

Реакция окружения также влияет на самоотношение подростка: постоянное определение его как «трудного», «лишнего» или «безнадежного» усиливает стигматизацию, снижает готовность обращаться за помощью и закрепляет социальную изоляцию [33; 49; 55; 64].

В современной отечественной литературе девиантное поведение трактуется как система действий, отклоняющихся от правовых, нравственных, социальных и возрастных норм и нарушающих социальную адаптацию личности

[44; 49]. Для задач социальной работы важен не только факт нарушения нормы, но и его функция: подростковая девиация часто выступает сигналом неблагополучия, способом привлечения помощи, реакцией на насилие, отвержение или длительную невозможность выразить переживания приемлемым способом [33; 49; 55].

Основные подходы к пониманию девиации и их значение для профилактической работы систематизированы в таблице 1.

Таблица 1 – Подходы к пониманию девиации и значение для профилактики

Подход	Содержание	Практическое значение
Социологический	Отклонение от норм связано с интеграцией личности, давлением среды, конфликтом целей и доступных ресурсов	Специалист оценивает не только подростка, но и социальную ситуацию: семью, школу, группу сверстников, доступность помощи
Психологический	Девиация рассматривается как способ реагирования на фрустрацию, травму, дефицит саморегуляции и нарушенное самоотношение	Необходимо выявлять эмоциональное состояние, навыки совладания, самооценку и способность обращаться за поддержкой
Социально-работный	Отклоняющееся поведение выступает индикатором риска и основанием для адресного сопровождения	Профилактика строится через кейс-менеджмент, восстановление ресурсов и межведомственную маршрутизацию

Источник: составлено автором.

Суицидальное поведение относится к аутоагрессивным формам девиации. При аутоагрессии разрушительное действие направлено не вовне, а на самого субъекта, поэтому внешне «тихий» подросток может находиться в более тяжелом состоянии, чем подросток с открытой конфликтностью [44].

Такое понимание важно для социально-реабилитационного центра: риск проявляется не только в прямых угрозах, но и в отказе от помощи, изоляции, резком снижении интересов, самоповреждении и обесценивании собственной жизни [24; 35].

Под суицидальным поведением понимается континуум переживаний и действий: антивитальные мысли, фантазии о смерти, суицидальные мысли, намерения, планирование, попытка и постсуицидальное состояние [6].

Суицидальный кризис характеризуется переживанием интенсивной психологической боли, сужением представлений о возможных решениях и субъективным ощущением отсутствия выхода из ситуации [44; 49].

Современные модели подчеркивают, что переход от мыслей к попытке зависит от сочетания мотивационного напряжения, чувства безнадежности, доступности помощи и способности подростка к импульсному действию [44; 49].

Необходимо разграничивать суицидальные действия и несуйцидальное самоповреждение. Самоповреждение может выполнять функции снижения эмоционального напряжения, самонаказания, возвращения чувства контроля или сообщения о боли, не всегда сопровождаясь намерением умереть [15; 30; 61].

Однако устойчивое самоповреждение повышает вероятность суицидального риска, особенно если сочетается с депрессивными переживаниями, травмой, буллингом, зависимым поведением или предыдущей попыткой [15; 27; 30; 49; 61].

Подростковая суицидальность имеет возрастную специфику.

Во-первых, подросток часто воспринимает ситуацию в логике «все или ничего»: временная неудача кажется окончательной, конфликт – необратимым, отвержение – доказательством полной ненужности [8; 24].

Во-вторых, значимость группы сверстников и цифровой среды делает подростка особенно чувствительным к публичному унижению, кибербуллингу и исключению из общения [21; 33].

В-третьих, способность планировать будущее и удерживать альтернативные решения еще недостаточно сформирована.

Существенную роль играют психологические факторы риска: безнадежность, депрессивные переживания, тревожность, эмоциональная

лабильность, импульсивность, низкая фрустрационная толерантность, ригидность мышления и дефицит навыков саморегуляции [44].

Для подростка с высоким риском характерно болезненное самообвинение, зависимость от внешней оценки, трудность вербализации чувств и утрата представлений о позитивном будущем [33; 55].

Семейные факторы формируют устойчивый фон риска. Хронические конфликты, эмоциональное отвержение, насилие, алкоголизация, пренебрежение потребностями, непоследовательность воспитательных требований и отсутствие безопасного взрослого резко уменьшают возможности подростка получить поддержку до развития кризиса [25; 49].

Для воспитанников социально-реабилитационного центра этот блок особенно значим, поскольку само помещение в учреждение часто связано с семейным неблагополучием или невозможностью обеспечить безопасность ребенка в семье [34; 51].

Социально-педагогические факторы связаны с образовательной средой. Буллинг, кибербуллинг, унижение, неуспеваемость, конфликты с педагогами, школьная тревожность и отвержение сверстников не только ухудшают настроение, но и меняют самоотношение подростка [21; 33].

Школа выступает для него пространством социального признания; при постоянном неуспехе она превращается в источник стыда и беспомощности.

Цифровая среда не является самостоятельной универсальной причиной суицидального поведения, но способна усиливать уязвимость. Проблемное использование социальных сетей, публичная травля, распространение унижающего контента, доступ к деструктивным материалам и романтизация саморазрушения повышают риск у подростков с уже имеющимся эмоциональным неблагополучием [16; 21; 25; 58].

Поэтому профилактика должна включать цифровую гигиену и формирование критического отношения к онлайн-контенту.

Клинические и биографические факторы включают депрессивные и тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, травматический опыт, насилие, утраты, предыдущие попытки и самоповреждение [6; 8; 24; 44].

Специалист по социальной работе не ставит диагноз, но обязан распознавать социально значимые маркеры неблагополучия: резкую изоляцию, отказ от контактов, высказывания о бессмысленности жизни, раздачу вещей, опасное поведение, внезапное «прощальное» поведение и утрату планов на будущее [3; 35].

Основные группы факторов риска суицидального поведения подростков представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Основные группы факторов риска суицидального поведения подростков

Профилактическое значение выделенных факторов риска для социально-реабилитационного центра представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Факторы риска и профилактическое значение для социально-реабилитационного центра

Группа факторов	Типичные проявления	Профилактическое значение
Психологические	Безнадежность, тревога, депрессивные переживания, импульсивность, негативная Я-концепция	Раннее выявление, индивидуальная беседа, подключение психолога, обучение саморегуляции
Семейные	Конфликт, отвержение, насилие, дефицит поддержки, непоследовательные требования	Оценка безопасности контакта, семейное консультирование, психообразование, межведомственная защита
Социально-педагогические	Буллинг, изоляция, неуспеваемость, конфликт с педагогами, сужение круга общения	Работа с коммуникацией, восстановление учебного маршрута, поддержка значимых связей
Цифровые	Кибербуллинг, деструктивный контент, зависимость от онлайн-оценки	Цифровая гигиена, медиабезопасность, ограничение опасного контента
Клинические и биографические	Самоповреждение, предыдущая попытка, психические расстройства, травма, ПАВ	Немедленная маршрутизация к психологу и врачу, план безопасности, контроль повторного риска

Источник: составлено автором.

Наряду с факторами риска необходимо учитывать защитные факторы. Риск снижается при наличии хотя бы одного значимого взрослого, доступного для доверительного разговора; при включенности подростка в безопасную группу; при развитых навыках обращения за помощью; при наличии целей, интересов, позитивного опыта преодоления трудностей и стабильного режима дня [8; 49].

В условиях социально-реабилитационного центра эти факторы могут не только фиксироваться, но и целенаправленно формироваться через деятельность специалистов.

При анализе суицидального поведения подростков необходимо отдельно учитывать трудности, которые сопровождают кризисное состояние. Психологические трудности проявляются в безнадежности, самообвинении, тревоге, импульсивности, эмоциональной неустойчивости и неспособности выразить переживания словами. Педагогические трудности связаны со школьной дезадаптацией, пропусками, низкой учебной мотивацией, конфликтами с педагогами и сверстниками.

Социальные трудности выражаются в отсутствии поддерживающих взрослых, разрыве семейных и дружеских связей, правовой неосведомленности, бедности, неблагополучии семьи и недоверии к системе помощи [8; 25; 33; 49].

Следовательно, девиантное поведение в данной работе рассматривается как система поступков и форм активности, отклоняющихся от социальных, правовых, нравственных и возрастных норм и нарушающих социальную адаптацию подростка. Суицидальное поведение является особой аутоагрессивной формой девиации, поскольку разрушительное действие направляется на самого субъекта и может развиваться от антивитаальных мыслей до попытки.

Причинами суицидального поведения подростков выступает не один изолированный фактор, а сочетание личностной уязвимости, семейного неблагополучия, школьной дезадаптации, буллинга, цифровых рисков, травматического опыта, самоповреждения, дефицита поддержки и недостаточной доступности своевременной помощи [6; 21; 27; 44].

Поэтому профилактика должна быть направлена не только на кризисное реагирование, но и на раннее выявление тех условий, которые постепенно формируют у подростка переживание безвыходности.

Современные исследования подчеркивают, что риск суицидального поведения у подростков формируется не линейно, а как результат взаимодействия уязвимости, стрессовой ситуации и доступности защитных

ресурсов. Один фактор сам по себе не всегда приводит к кризису, однако повторяющиеся конфликты, отсутствие взрослого, переживание стыда, травля и дефицит навыков саморегуляции создают устойчивую ситуацию психологической перегрузки [8; 44; 49].

Для подростков, находящихся в социально-реабилитационном центре, важно учитывать эффект накопленного неблагополучия. Помещение в учреждение может сопровождаться разрывом привычных связей, неопределенностью будущего, переживанием вины или стыда за семейную ситуацию. Даже если центр объективно обеспечивает безопасность, сам факт смены среды может усиливать тревожность и потребность в поддерживающем контакте.

Суицидальные высказывания подростка не следует рассматривать только как демонстративность. В подростковом возрасте демонстративность может быть способом сообщения о неблагополучии, особенно если ребенок не владеет навыком прямого обращения за помощью. Для социальной работы принципиально важно реагировать на такие высказывания как на сигнал риска, а не как на средство манипуляции.

Отдельное значение имеет понятие безнадежности. Подросток в кризисе может не отрицать существование помощи вообще, но субъективно не видеть ее доступной для себя: «мне не поверят», «все равно ничего не изменится», «меня только накажут». Поэтому профилактика должна включать не только информирование о службах, но и создание опыта безопасного обращения к конкретному взрослому.

Проявления суицидального поведения подростков и соответствующие задачи социальной профилактики представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Проявления суицидального поведения подростков и задачи социальной профилактики

Проявление	Содержание	Профилактическая задача специалиста
Антивитальные переживания	Мысли о нежелании жить, ощущение усталости от жизни без сформированного плана	Установить контакт, выяснить социальную ситуацию, подключить психолога при устойчивости высказываний
Суицидальные мысли	Размышления о смерти как возможном выходе из ситуации, фиксация на безысходности	Оценить наличие риска, не оставлять подростка без внимания, организовать консультацию специалиста
Суицидальное намерение	Появление внутренней готовности к действию, обсуждение сроков или условий	Немедленно маршрутизировать к психологу и медицинскому работнику, обеспечить безопасность среды
Суицидальная попытка	Совершенное действие, направленное на причинение вреда себе с возможным летальным исходом	Обеспечить экстренную помощь, межведомственную фиксацию случая и дальнейший план сопровождения
Посткризисное состояние	Период после попытки или острого кризиса, когда риск повторного эпизода может сохраняться	Организовать постреабилитационный контроль, семейную работу и непрерывность профессиональной помощи

Источник: составлено автором.

Содержательно суицидальная девиация отличается от многих иных форм отклоняющегося поведения тем, что внешняя активность подростка может быть минимальной. Риск может развиваться на фоне внешней послушности, замкнутости, снижения инициативы и отказа от общения. Поэтому в СРЦН необходимо обращать внимание не только на конфликтное поведение, но и на резкое «затихание» подростка.

Социальный работник в такой ситуации оценивает не клинический диагноз, а социальные условия риска: кто является для подростка значимым

взрослым, где возникает конфликт, есть ли опыт насилия, какова ситуация в школе, какие цифровые контакты усиливают стресс, может ли подросток назвать безопасное место и человека для обращения за помощью.

Защитные факторы выполняют компенсаторную функцию. Даже при наличии неблагополучия риск может снижаться, если подросток имеет хотя бы одного взрослого, который верит ему, не обесценивает переживания и помогает выстраивать последовательный план действий. Поэтому в профилактике важно не только уменьшать риски, но и целенаправленно усиливать защитные связи и навыки.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Девиантное поведение – это система поступков и форм активности, отклоняющихся от социальных, правовых, нравственных и возрастных норм и нарушающих социальную адаптацию подростка.

2. Суицидальное поведение подростка представляет собой не изолированный поступок, а сложную аутоагрессивную девиацию, возникающую на пересечении личностной уязвимости, неблагополучных отношений, социальной дезадаптации и дефицита поддержки.

3. Причинами суицидального поведения подростков выступают сочетание личностных, семейных, социально-педагогических, цифровых, клинических и биографических факторов: безнадежность, депрессивные переживания, семейный конфликт, насилие, буллинг, кибербуллинг, самоповреждение, предыдущая попытка и отсутствие поддерживающего взрослого.

4. Трудностями подростка с суицидальным поведением являются психологические (безнадежность, тревога, самообвинение, импульсивность, эмоциональная неустойчивость), педагогические (школьная дезадаптация, пропуски, неуспеваемость, конфликты с педагогами и сверстниками), социальные (дефицит поддерживающих взрослых, семейное неблагополучие, изоляция, правовая неосведомленность и недоверие к системе помощи).

1.2 Содержание деятельности по профилактике суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре

Профилактика суицидального поведения – это система мер, направленных на предупреждение возникновения суицидальных мыслей, намерений и действий, снижение вероятности перехода от кризиса к попытке, а также предупреждение повторного риска после пережитого кризисного эпизода [3; 35; 49].

В социально-реабилитационном центре профилактика должна пониматься как комплексная социальная технология, поскольку она требует последовательных этапов, распределения ролей, фиксации результатов и межведомственного взаимодействия [7; 37; 53].

В научной и практической литературе выделяются первичная, вторичная и третичная профилактика. Первичная ориентирована на всех воспитанников и подростков с отдельными факторами неблагополучия; вторичная – на несовершеннолетних с признаками кризиса, самоповреждения, изоляции, буллинга или тяжелого семейного конфликта; третичная – на подростков после попытки, тяжелого кризиса и на их ближайшее окружение [3; 35; 49].

В практической литературе данная логика соотносится с универсальными, селективными и индикативными профилактическими вмешательствами [3; 49].

Современные рекомендации Всемирной организации здравоохранения задают гуманистическую рамку профилактики: уважение достоинства человека, снижение стигматизации, ответственную коммуникацию и своевременное обращение за профессиональной помощью [64–65].

Для учреждений, работающих с несовершеннолетними, эти положения дополняются российскими требованиями к защите прав ребенка, охране здоровья и обеспечению безопасных условий социального обслуживания [50; 52–53].

В профилактической работе особое значение имеют раннее выявление кризисных признаков, развитие навыков обращения за помощью и недопустимость сенсационного или травмирующего обсуждения суицидальной тематики [3; 35; 64].

Российская нормативная база определяет межведомственный характер помощи несовершеннолетним. Федеральный закон № 120-ФЗ устанавливает основы системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [51].

Федеральный закон № 442-ФЗ позволяет оказывать социально-психологические, социально-педагогические, социально-правовые и иные услуги в системе социального обслуживания [53].

Федеральный закон № 124-ФЗ закрепляет приоритет защиты прав и законных интересов ребенка [52].

Нормы охраны здоровья, психиатрической помощи и информационной безопасности образуют дополнительные основания для маршрутизации и защиты подростка [18; 50; 54].

Специфика социально-реабилитационного центра определяется тем, что учреждение не только предоставляет временное пребывание и социальные услуги, но и восстанавливает социальные связи, защищает права ребенка, взаимодействует с семьей и службами системы профилактики [34].

Поэтому профилактическая работа здесь не должна сводиться к психологическому занятию. Она включает социальную диагностику, правовую защиту, организацию безопасного режима, педагогическое сопровождение, семейную работу, медицинскую маршрутизацию и контроль постреабилитационного этапа [37; 51; 53].

Нормативные и международные основания профилактической деятельности систематизированы в таблице 4.

Таблица 4 – Нормативные и международные основания профилактики

Документальная группа	Основное значение	Применение в СРЦН
Рекомендации ВОЗ	Ответственная коммуникация о суициде, снижение стигматизации, раннее выявление кризисных признаков и доступность помощи	Опора на достоинство подростка, безопасная среда, корректное информирование и своевременная маршрутизация
Российское законодательство	Профилактика безнадзорности, социальное обслуживание, охрана здоровья, защита от вредной информации	Законное основание для услуг, межведомственной передачи информации и маршрутизации к специалистам
Методические рекомендации	Факторы риска, предикторы, алгоритмы выявления, профилактика в организациях, работа специалистов	Использование карт риска, консилиума, индивидуального плана безопасности и контроля повторного риска

Источник: составлено автором.

Деятельность специалиста по социальной работе в СРЦН можно представить как социальную технологию, состоящую из пяти последовательных этапов: выявление, оценка, маршрутизация, сопровождение и контроль. Технологический подход означает, что каждое действие имеет цель, исполнителя, документальную фиксацию и ожидаемый результат [5; 53].

Без такой структуры профилактика становится зависимой от личной инициативы отдельных специалистов и теряет непрерывность.

Первый этап – выявление. Он включает наблюдение за поведением подростка, анализ документов при поступлении, первичную беседу, фиксацию семейных, педагогических, цифровых и клинически значимых факторов риска. На этом этапе специалист по социальной работе не оценивает психиатрический статус, но фиксирует социальные признаки кризиса и передает информацию психологу либо медицинскому работнику [3; 35].

Второй этап – оценка риска и ресурсов. Важно не только перечислить неблагоприятные факторы, но и определить защитные ресурсы: наличие поддерживающего взрослого, готовность подростка к контакту, интересы, значимые отношения, навыки обращения за помощью, возможность безопасного семейного взаимодействия [8; 49].

Такая оценка позволяет разграничить общую профилактическую работу и случаи, требующие немедленного междисциплинарного вмешательства.

Третий этап – маршрутизация. При наличии прямых высказываний о желании умереть, плана, предыдущей попытки, самоповреждения, выраженной безнадежности или острого насилия подросток не должен оставаться в поле только одного специалиста. Необходимы подключение психолога, медицинского работника, законного представителя, органов опеки, КДН, образовательной организации и иных служб в пределах компетенции и с соблюдением конфиденциальности [37; 50–51].

Четвертый этап – сопровождение. Оно включает индивидуальные беседы, составление плана безопасности, групповые занятия по саморегуляции и обращению за помощью, правовое информирование, семейные встречи, работу с цифровой безопасностью, организацию досуга и восстановление учебного маршрута [7; 64].

Важно, чтобы подросток получал не абстрактные призывы «держаться», а конкретные навыки: как распознать ухудшение состояния, кому сообщить, как снизить напряжение, какие действия опасны, какие службы доступны. Внешним ресурсом раннего обращения может выступать телефон доверия, поскольку он позволяет подростку сообщить о кризисе в более безопасной и менее стигматизирующей форме [17].

Пятый этап – контроль и постреабилитационное сопровождение. После выбытия из центра риск может сохраняться, особенно если подросток

возвращается в конфликтную семью, неблагополучную школу или прежнюю цифровую среду [25; 27].

Поэтому в индивидуальном плане должны быть указаны ответственные лица, сроки контрольного контакта, внешние службы, условия продолжения психологической и социальной помощи, а также признаки, при которых требуется повторное обращение.

Последовательность социальной технологии профилактики суицидального поведения в социально-реабилитационном центре представлена на рисунке 2.

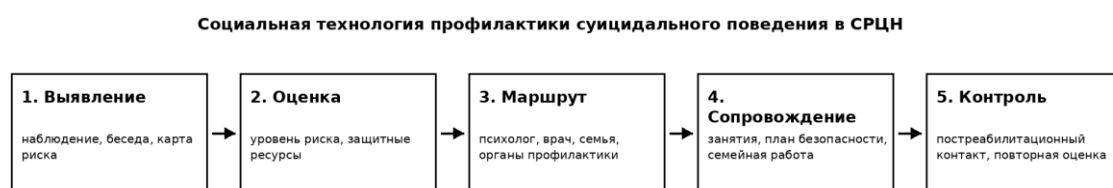


Рисунок 2 – Социальная технология профилактики суицидального поведения в СРЦН

Этапы, действия специалиста и ожидаемые результаты профилактической технологии конкретизированы в таблице 5.

Таблица 5 – Технологическая карта профилактики суицидального поведения подростков в СРЦН

Этап	Действия специалиста по социальной работе	Результат
1. Выявление	Первичный контакт, наблюдение, анализ документов, заполнение карты социально значимых факторов риска	Зафиксированы признаки риска и ресурсы, определена необходимость подключения специалистов
2. Оценка	Совместное обсуждение случая с психологом, воспитателем, медицинским работником	Составлен предварительный маршрут помощи и перечень

Окончание таблицы 5

2. Оценка	определение уровня профилактического внимания	защитных мер
3. Маршрутизация	Организация консультаций, уведомление ответственных служб в пределах компетенции, связь с законными представителями	Подросток включен в междисциплинарное сопровождение, исключено «выпадение» из помощи
4. Сопровождение	Индивидуальные и групповые занятия, правовая информация, работа с семьей, полезная занятость, план безопасности	Снижены социальные стрессоры, подросток знает способы обращения за помощью и самопомощи
5. Контроль	Контроль исполнения маршрута, постреабилитационный контакт, повторная оценка факторов риска	Обеспечена непрерывность помощи после выбытия из центра

Источник: составлено автором.

Первичная профилактика в СРЦН должна быть направлена на всю среду учреждения. Она включает стабильный и предсказуемый режим дня, уважительный стиль общения, правила безопасного проживания, доступность взрослого для разговора, развитие навыков саморегуляции, правовое просвещение, занятия по коммуникации и цифровой безопасности [7; 35; 49].

Для подростков из неблагополучной среды именно предсказуемая и принимающая организация жизни становится самостоятельным защитным фактором.

Вторичная профилактика ориентирована на подростков, у которых уже обнаружены признаки кризиса. Ее содержание включает индивидуальный план помощи, план безопасности, ограничение опасных ситуаций, обязательное подключение психолога, консультацию врача при необходимости, семейную оценку и контроль выполнения решений консилиума [3; 35].

Здесь недопустимы нравоучение, обвинение, запугивание или публичное обсуждение состояния подростка.

Третичная профилактика охватывает ситуации после суицидальной попытки, тяжелого кризиса или самоповреждения. Задача специалиста по

социальной работе – обеспечить непрерывность сопровождения, согласовать внешние службы, подготовить безопасные условия возвращения в семью либо иной маршрут, а также организовать поственцию для ближайшего окружения, если кризис затронул группу воспитанников [3; 35; 37; 64].

Следовательно, профилактика суицидального поведения в СРЦН является комплексной социально-психологической технологией, в которой специалист по социальной работе выполняет роль координатора случая. Он не заменяет психолога, врача или педагога, но объединяет сведения о семье, среде, правах, услугах и внешних ресурсах в единый маршрут помощи подростку [5; 53].

Специалист по социальной работе в условиях СРЦН – это субъект профессиональной помощи, который выявляет социальные факторы неблагополучия, координирует межведомственное сопровождение, поддерживает контакт с семьей, фиксирует маршрут помощи и обеспечивает непрерывность социальной поддержки подростка. Его деятельность осуществляется на основе федеральных законов о профилактике безнадзорности, гарантиях прав ребенка, социальном обслуживании, охране здоровья, психиатрической помощи и защите детей от вредной информации, а также с учетом методических рекомендаций российских профильных организаций и современных рекомендаций ВОЗ [3; 18; 34–35; 37; 50–54; 64–65].

Технологии социальной работы представляют собой упорядоченную систему профессиональных действий, имеющих цель, этапы, исполнителей, формы фиксации и критерии результата. В работе с подростками, склонными к суицидальному поведению, основной технологией выступает профилактика, поскольку она позволяет выявлять риск до наступления острого кризиса, снижать воздействие стрессоров и укреплять защитные ресурсы.

Профилактика понимается как система первичных, вторичных и третичных мер. Первичная профилактика направлена на создание безопасной среды и развитие жизненных навыков; вторичная – на работу с подростками, у которых

уже проявляются признаки кризиса; третичная – на предупреждение повторного риска после попытки, тяжелого кризиса или самоповреждения [3; 7; 35; 49].

Профилактика в СРЦН должна быть встроена в повседневную организацию жизни учреждения. Подросток получает профилактическую помощь не только на занятии, но и в режиме дня, в способе реагирования взрослых на конфликт, в правилах проживания, в доступности индивидуального разговора и в отсутствии стигматизирующих оценок.

Принцип разграничения компетенций является обязательным условием безопасности. Специалист по социальной работе не проводит клиническую диагностику и не назначает лечение, однако именно он часто первым видит социальный фон риска: семейную ситуацию, отсутствие поддержки, правовую проблему, образовательную дезадаптацию, конфликт со сверстниками или цифровую травлю.

Документальная фиксация в профилактической работе выполняет не формальную, а защитную функцию. Карта риска, протокол беседы, протокол консилиума и индивидуальный маршрут позволяют передавать информацию между специалистами, не терять важные признаки и контролировать выполнение решений. При этом сведения о состоянии подростка должны использоваться только в объеме, необходимом для помощи.

Разграничение функций специалистов при профилактике суицидального поведения представлено в таблице 6.

Таблица 6 – Разграничение функций специалистов при профилактике суицидального поведения в СРЦН

Специалист	Основные функции	Результат для профилактики
Специалист по социальной работе	Социальная диагностика, анализ семьи, карта риска, связь со службами, координация маршрута	Исключается потеря подростка между службами, фиксируются социальные причины

Окончание таблицы 6

		кризиса
Педагог-психолог	Психологическая диагностика, консультации, групповые занятия, план безопасности, кризисная поддержка	Определяется эмоциональное состояние и способы психологической помощи
Воспитатель	Ежедневное наблюдение, поддержка режима, фиксация изменений поведения, профилактика конфликтов	Риск выявляется не эпизодически, а в повседневной среде
Медицинский работник	Первичный медицинский осмотр, оценка необходимости медицинской помощи, направление к врачу	Обеспечивается своевременная медицинская маршрутизация
Администрация учреждения	Организация консилиума, взаимодействие с внешними ведомствами, контроль исполнения решений	Профилактика приобретает управляемый и ответственный характер

Источник: составлено автором.

Особую значимость имеет стиль профессионального общения. В профилактической беседе недопустимы обвинение, обесценивание, давление, угрозы наказания, публичное обсуждение переживаний подростка. Более продуктивны спокойная позиция взрослого, уточняющие вопросы, признание серьезности состояния, конкретизация ближайших безопасных действий и предложение профессиональной помощи.

В работе с семьей необходимо различать поддерживающий и небезопасный семейный контакт. Если родители или законные представители готовы к взаимодействию, специалист разъясняет признаки кризиса, правила общения и необходимость выполнения рекомендаций. Если семья является источником насилия или угрозы, приоритетом становится защита подростка и межведомственное реагирование [37; 51].

Алгоритм действий при выявлении высокого риска у подростка представлен в таблице 7.

Таблица 7 – Алгоритм действий при выявлении высокого риска у подростка

Шаг	Действие	Ответственный	Форма фиксации
1	Спокойно установить контакт, исключить публичное обсуждение состояния	Специалист, воспитатель	Служебная запись, отметка наблюдения
2	Не оставлять подростка одного при признаках острого риска	Воспитатель, дежурный специалист	Отметка в журнале наблюдения
3	Передать информацию психологу и медицинскому работнику	Специалист по социальной работе	Карта риска, сообщение ответственному лицу
4	Провести междисциплинарное обсуждение случая	Администрация, команда СРЦН	Протокол консилиума
5	Составить индивидуальный план безопасности и маршрут помощи	Психолог, специалист по социальной работе	План безопасности, индивидуальный маршрут
6	Организовать связь с законными представителями и внешними службами в пределах компетенции	Администрация, специалист	Запрос, уведомление, лист договоренностей
7	Провести повторную оценку состояния и контроль исполнения решений	Команда сопровождения	Повторная карта риска, итоговый протокол

Источник: составлено автором.

Постреабилитационное сопровождение является обязательным продолжением профилактики. После выбытия из центра подросток может вернуться в среду, где сохраняются семейные конфликты, школьное напряжение или цифровая травля. Поэтому маршрут помощи должен включать внешних ответственных специалистов, сроки контрольного контакта и условия повторного обращения за помощью.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Специалист по социальной работе – это субъект профессиональной помощи, который выявляет социальные факторы неблагополучия, координирует межведомственное сопровождение, поддерживает контакт с семьей, фиксирует

маршрут помощи и обеспечивает непрерывность социальной поддержки подростка.

2. Деятельность специалиста по социальной работе осуществляется на базе таких нормативно-правовых документов, как Федеральные законы № 120-ФЗ, № 124-ФЗ, № 442-ФЗ, № 323-ФЗ, Закон РФ № 3185-1, Федеральный закон № 436-ФЗ, постановление Правительства РФ № 896, распоряжение Правительства РФ № 1058-р, а также методические рекомендации российских профильных организаций и современные рекомендации ВОЗ.

3. Технологии социальной работы – это упорядоченная система профессиональных действий, имеющих цель, этапы, исполнителей, формы фиксации и критерии результата.

4. Основной технологией социальной работы с подростками, склонными к суицидальному поведению, является профилактика.

5. Профилактика – это система мер, направленных на предупреждение возникновения суицидальных мыслей, намерений и действий, снижение вероятности перехода от кризиса к попытке и предупреждение повторного риска.

6. Видами профилактики являются первичная, вторичная и третичная профилактика: первичная направлена на создание безопасной среды для всех воспитанников, вторичная – на работу с подростками с признаками кризиса, третичная – на предупреждение повторного риска после попытки, тяжелого кризиса или самоповреждения.

7. В СРЦН содержанием деятельности специалиста по социальной работе по профилактике суицидального поведения выступает последовательность этапов: выявление признаков риска, оценка факторов риска и ресурсов, маршрутизация к психологу, врачу и службам системы профилактики, индивидуальное и групповое сопровождение, работа с семьей, составление плана безопасности при необходимости и постреабилитационный контроль.

Выводы по первой главе

По итогам первой главы можно сделать следующие выводы.

1. Девиантное поведение – это система поступков и форм активности, отклоняющихся от социальных, правовых, нравственных и возрастных норм и нарушающих социальную адаптацию подростка.

2. Суицидальное поведение подростка представляет собой не изолированный поступок, а сложную аутоагрессивную девиацию, возникающую на пересечении личностной уязвимости, неблагоприятных отношений, социальной дезадаптации и дефицита поддержки.

3. Причинами суицидального поведения подростков выступают сочетание личностных, семейных, социально-педагогических, цифровых, клинических и биографических факторов: безнадежность, депрессивные переживания, семейный конфликт, насилие, буллинг, кибербуллинг, самоповреждение, предыдущая попытка и отсутствие поддерживающего взрослого.

4. Трудностями подростка с суицидальным поведением являются психологические (безнадежность, тревога, самообвинение, импульсивность, эмоциональная неустойчивость), педагогические (школьная дезадаптация, пропуски, неуспеваемость, конфликты с педагогами и сверстниками), социальные (дефицит поддерживающих взрослых, семейное неблагополучие, изоляция, правовая неосведомленность и недоверие к системе помощи).

5. Специалист по социальной работе – это субъект профессиональной помощи, который выявляет социальные факторы неблагополучия, координирует межведомственное сопровождение, поддерживает контакт с семьей, фиксирует маршрут помощи и обеспечивает непрерывность социальной поддержки подростка.

6. Деятельность специалиста по социальной работе осуществляется на базе таких нормативно-правовых документов, как Федеральные законы № 120-ФЗ, №

124-ФЗ, № 442-ФЗ, № 323-ФЗ, Закон РФ № 3185-1, Федеральный закон № 436-ФЗ, постановление Правительства РФ № 896, распоряжение Правительства РФ № 1058-р, а также методические рекомендации российских профильных организаций и современные рекомендации ВОЗ.

7. Технологии социальной работы – это упорядоченная система профессиональных действий, имеющих цель, этапы, исполнителей, формы фиксации и критерии результата.

8. Основной технологией социальной работы с подростками, склонными к суицидальному поведению, является профилактика.

9. Профилактика – это система мер, направленных на предупреждение возникновения суицидальных мыслей, намерений и действий, снижение вероятности перехода от кризиса к попытке и предупреждение повторного риска.

10. Видами профилактики являются первичная, вторичная и третичная профилактика: первичная направлена на создание безопасной среды для всех воспитанников, вторичная – на работу с подростками с признаками кризиса, третичная – на предупреждение повторного риска после попытки, тяжелого кризиса или самоповреждения.

11. В СРЦН алгоритмом деятельности специалиста по социальной работе по профилактике суицидального поведения выступает последовательность этапов: выявление признаков риска, оценка факторов риска и ресурсов, маршрутизация к психологу, врачу и службам системы профилактики, индивидуальное и групповое сопровождение, работа с семьей, составление плана безопасности при необходимости и постреабилитационный контроль.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

2.1 Анализ результатов социологического исследования вопроса склонности подростков к суицидальному поведению

Базой исследования является Муниципальное казенное учреждение социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска. Учреждение относится к специализированным организациям для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, и обеспечивает временное пребывание, социальную поддержку, защиту прав ребенка, восстановление социальных связей и взаимодействие со службами системы профилактики [34].

Для практической части был использован социальный паспорт базы исследования и диагностический блок, включающий анализ личного дела, наблюдение, беседу с подростком, беседу с законным представителем, карту социально значимых факторов риска и экспертное обсуждение маршрута помощи. Оценка не подменяет клиническую диагностику: она фиксирует социальные признаки неблагополучия и определяет уровень профилактического внимания со стороны специалистов СРЦН [3; 35].

Основные характеристики базы исследования представлены в социальном паспорте в таблице 8.

Таблица 8 – Социальный паспорт базы исследования

Позиция социального паспорта	Содержание
Полное наименование	Муниципальное казенное учреждение социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для

Позиция социального паспорта	Содержание
	несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска
Категория получателей услуг	Несовершеннолетние и семьи с детьми, находящиеся в трудной жизненной ситуации, социально опасном положении, нуждающиеся в социальной реабилитации и сопровождении
Основные задачи учреждения	Временное пребывание и сопровождение несовершеннолетних; социальная реабилитация; защита прав; восстановление семейных и социальных связей; профилактика безнадзорности, семейного неблагополучия и социального сиротства
Виды помощи	Социально-бытовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социально-правовая, социально-медицинская и консультативная помощь в пределах компетенции учреждения
Специалисты	Специалист по социальной работе, социальный педагог, воспитатель, медицинский работник, педагог-психолог при наличии в штатном расписании, администрация учреждения
Партнеры системы профилактики	Органы опеки, КДН и ЗП, образовательные организации, медицинские организации, подразделения по делам несовершеннолетних, кризисные и консультационные службы

Источник: составлено автором.

Социологическое исследование проводилось в логике констатирующего этапа. В качестве формы представления результатов использованы десять обезличенных карт социального скрининга подростков 12–17 лет. Количественные показатели представлены в обобщенном виде, без раскрытия персональных сведений воспитанников.

Оценка склонности к суицидальному поведению осуществлялась по трем уровням профилактического внимания. Низкий уровень означал наличие отдельных факторов неблагополучия без признаков острого кризиса. Умеренный уровень фиксировался при сочетании нескольких факторов риска, эмоциональной изоляции, школьной дезадаптации или выраженной семейной конфликтности. Высокий уровень предполагал наличие самоповреждения, предыдущей попытки, прямых высказываний о бессмысленности жизни,

выраженной безнадежности или необходимости немедленного подключения психолога и медицинского работника [3; 35].

Распределение подростков по уровню профилактического внимания представлено в таблице 9.

Таблица 9 – Распределение подростков по уровню профилактического внимания

Уровень профилактического внимания	Количество подростков	Доля, %	Интерпретация
Низкий	2	20	Отдельные факторы неблагополучия при наличии защитных ресурсов и готовности к контакту
Умеренный	6	60	Сочетание нескольких факторов риска, требующее индивидуального сопровождения и наблюдения
Высокий	2	20	Наличие выраженных признаков кризиса, требующее немедленной маршрутизации к психологу и медицинскому работнику
Итого	10	100	Группа социального скрининга

Источник: составлено автором.

Соотношение уровней профилактического внимания подростков наглядно представлено на рисунке 3.

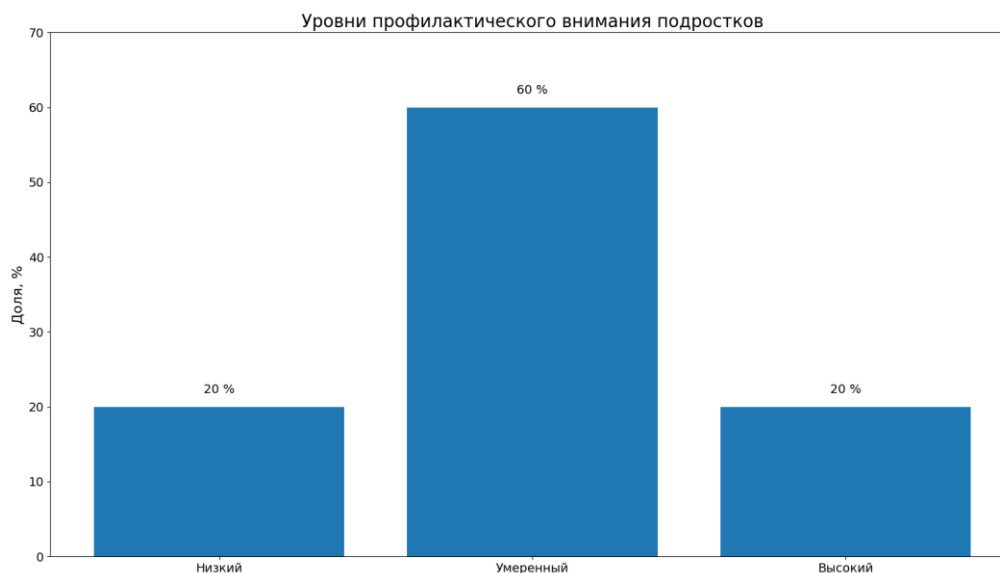


Рисунок 3 – Уровни профилактического внимания подростков

Согласно представленным данным, преобладающим является умеренный уровень профилактического внимания – 60 % группы. Это означает, что большая часть подростков не находится в ситуации выявленного острого риска, однако имеет сочетание социальных и эмоциональных трудностей, которые требуют системного сопровождения. Высокий уровень выявлен у 20 % подростков; такие случаи должны рассматриваться междисциплинарно и не могут оставаться только в поле специалиста по социальной работе.

Частота выявленных факторов риска представлена в таблице 10.

Таблица 10 – Частота выявленных факторов риска

Фактор риска	Количество подростков	Доля, %	Профилактическое значение
Семейный конфликт / неблагополучие	8	80	Необходима семейная оценка, работа с законными представителями и службами системы профилактики
Отсутствие поддерживающего взрослого	7	70	Требуется закрепление безопасного взрослого и развитие навыка обращения за помощью
Школьная дезадаптация	6	60	Необходима координация с образовательной организацией и восстановление учебного маршрута
Изоляция / утрата интересов	6	60	Требуется наблюдение, индивидуальная беседа и включение в полезную занятость
Буллинг / отвержение сверстниками	5	50	Необходимо восстановление безопасных контактов и защита от травли
Кибербуллинг / опасный онлайн-контент	4	40	Требуется беседа о цифровой безопасности и ограничение деструктивного контента
Самоповреждение в анамнезе	2	20	Необходима консультация психолога, план безопасности и контроль повторного риска
Предыдущая суицидальная попытка	1	10	Требуется немедленная междисциплинарная маршрутизация и постреабилитационный контроль

Источник: составлено автором.

Частота ведущих факторов риска наглядно представлена на рисунке 4.

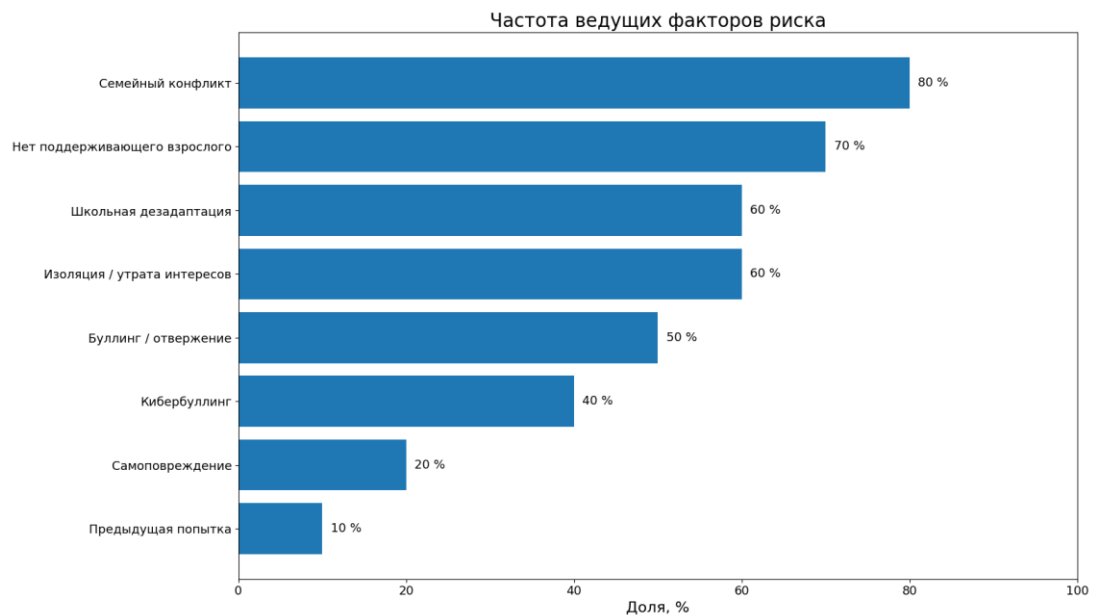


Рисунок 4 – Частота ведущих факторов риска

Наиболее часто в группе отмечены семейный конфликт и дефицит поддерживающего взрослого. Это подтверждает, что в условиях СРЦН профилактика суицидального поведения не может ограничиваться индивидуальной беседой с подростком: значимой становится работа с семьей, восстановление безопасных связей, правовая защита и межведомственная маршрутизация. Школьная дезадаптация, изоляция и буллинг также выступают устойчивыми направлениями профилактического воздействия.

Выявленные у подростков защитные ресурсы представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Выявленные защитные ресурсы подростков

Защитный ресурс	Количество подростков	Доля, %	Значение для профилактики
Интересы, занятия, полезная активность	5	50	Позволяют включать подростка в поддерживающую среду и формировать образ будущего
Наличие доверительного взрослого	4	40	Снижает изоляцию и повышает вероятность своевременного обращения за помощью

Защитный ресурс	Количество подростков	Доля, %	Значение для профилактики
Планы на ближайшее будущее	4	40	Поддерживают жизненную перспективу и дают материал для индивидуальной работы
Готовность просить о помощи	3	30	Требует тренировки конкретных способов обращения к взрослому
Безопасная группа сверстников	3	30	Снижает влияние одиночества, буллинга и социальной изоляции

Источник: составлено автором.

Соотношение выявленных защитных ресурсов представлено на рисунке 5.

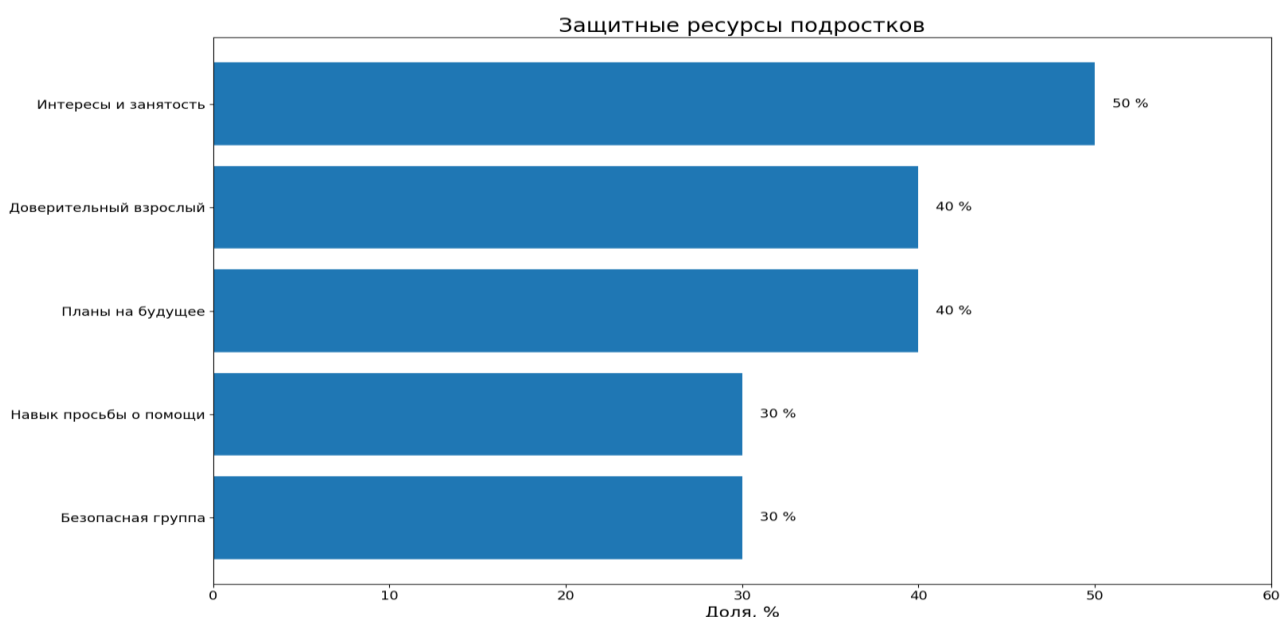


Рисунок 5 – Защитные ресурсы подростков

Полученные данные показывают, что защитные ресурсы выражены слабее, чем факторы риска. Только часть подростков может назвать взрослого, к которому готова обратиться в трудной ситуации, и лишь 30 % демонстрируют устойчивый навык просьбы о помощи. Поэтому проект профилактики должен включать не только информирование о рисках, но и формирование конкретных навыков саморегуляции, обращения к специалистам, восстановления безопасных связей и планирования ближайшего будущего.

Маршрутизация подростков по результатам социального скрининга представлена в таблице 12.

Таблица 12 – Маршрутизация подростков по результатам социального скрининга

Уровень внимания	Основные действия специалиста по социальной работе	Подключаемые специалисты / службы	Ожидаемый результат
Низкий	Общая профилактическая беседа, карта контактов помощи, включение в занятия проекта	Воспитатель, социальный педагог	Сохранение адаптации и укрепление защитных ресурсов
Умеренный	Индивидуальная беседа, карта риска и ресурсов, семейный контакт, наблюдение в динамике	Педагог-психолог, социальный педагог, при необходимости образовательная организация	Снижение стрессоров, восстановление контакта со значимыми взрослыми
Высокий	Немедленная передача информации ответственным специалистам, план безопасности, ограничение опасных ситуаций, межведомственный консилиум	Психолог, медицинский работник, администрация учреждения, органы системы профилактики	Обеспечение безопасности подростка и непрерывного сопровождения

Источник: составлено автором.

Организация констатирующего исследования строилась по принципу минимизации риска для подростков. Исследование не предполагало публичного обсуждения личных переживаний и не включало вопросов, которые могли бы провоцировать травматизацию. Основной акцент был сделан на социально значимых факторах риска и ресурсах, которые могут быть зафиксированы специалистом в рамках его профессиональной компетенции.

Для аналитической части была использована обезличенная модель представления результатов социального скрининга. Единицей анализа выступала карта сопровождения подростка, а не персональная история. Такой подход позволяет показать результаты исследования в таблицах и диаграммах, не

раскрывая персональные сведения воспитанников и не нарушая требования конфиденциальности.

Методический инструментарий констатирующего исследования систематизирован в таблице 13.

Таблица 13 – Методический инструментарий констатирующего исследования

Метод	Что выявлялось	Почему метод применим в СРЦН
Анализ документов	Причина поступления, семейный статус, обучение, сведения о сопровождении	Позволяет увидеть исходный социальный контекст без повторной травматизации подростка
Наблюдение	Адаптация, контакты со сверстниками, изоляция, эмоциональные реакции, режим поведения	СРЦН обеспечивает ежедневное наблюдение в естественной среде проживания
Индивидуальная беседа	Готовность к контакту, наличие значимого взрослого, трудности, опыт просьбы о помощи	Позволяет выявить субъективное восприятие ситуации подростком
Карта факторов риска	Семейные, школьные, цифровые, биографические и поведенческие признаки риска	Дает единую форму фиксации для междисциплинарного обсуждения
Карта ресурсов	Поддерживающие взрослые, интересы, цели, безопасные места, службы помощи	Позволяет строить профилактику не только вокруг рисков, но и вокруг ресурсов
Консилиум	Уровень профилактического внимания и маршрут сопровождения	Объединяет сведения социальных, педагогических, психологических и медицинских специалистов

Источник: составлено автором.

В качестве критериев отнесения подростка к уровню профилактического внимания учитывались не только отдельные признаки, но и их сочетание. Низкий уровень фиксировался при наличии отдельных неблагоприятных обстоятельств при сохранении контакта и защитных ресурсов. Умеренный уровень определялся при сочетании нескольких факторов риска, эмоциональной изоляции, школьной дезадаптации или выраженного семейного конфликта. Высокий уровень устанавливался при признаках самоповреждения, предыдущей попытке, прямых

высказываниях о бессмысленности жизни, выраженной безнадежности или необходимости немедленного подключения специалистов [3; 35].

Полученные результаты имеют прикладное значение: они показывают не только наличие риска, но и то, какие направления работы должны быть включены в проект. Если ведущими факторами выступают семья и отсутствие поддерживающего взрослого, проект должен включать семейный блок и формирование безопасного контакта; если выражены школьные и цифровые факторы, необходимы занятия по коммуникации, защите от травли и цифровой безопасности.

Обезличенные результаты социального скрининга сведены в таблицу 14.

Таблица 14 – Обезличенная сводная карта результатов социального скрининга

Шифр	Уровень внимания	Ведущие факторы риска	Защитные ресурсы	Маршрут помощи
П-1	Высокий	Семейный конфликт, отсутствие взрослого, школьная дезадаптация, изоляция, самоповреждение, предыдущая попытка	Единичный интерес к творческой деятельности	Психолог, медицинский работник, план безопасности, семейная оценка, внешний маршрут
П-2	Высокий	Семейный конфликт, отсутствие взрослого, кибербуллинг, самоповреждение	Готовность к индивидуальному контакту после адаптации	Психолог, план безопасности, цифровая безопасность, контроль повторного риска
П-3	Умеренный	Семейный конфликт, отсутствие взрослого, школьная дезадаптация, изоляция	Интересы, отдельные цели на будущее	Индивидуальное сопровождение, восстановление учебного маршрута
П-4	Умеренный	Семейный конфликт, буллинг, школьная дезадаптация	Поддерживающий взрослый, навык обращения за помощью	Работа с коммуникацией, профилактика буллинга, семейная беседа
П-5	Умеренный	Семейный конфликт, кибербуллинг,	Готовность обсуждать	Индивидуальное сопровождение,

Шифр	Уровень внимания	Ведущие факторы риска	Защитные ресурсы	Маршрут помощи
		изоляция, отсутствие взрослого	трудности при доверительном контакте	цифровая безопасность, карта ресурсов
П-6	Умеренный	Семейный конфликт, отсутствие взрослого, школьная дезадаптация, буллинг	Поддерживающий взрослый, безопасная группа, цели будущего	Социально-педагогическое сопровождение, семейная работа, групповые занятия
П-7	Умеренный	Семейный конфликт, школьная дезадаптация, кибербуллинг, изоляция	Интересы, цели на ближайший месяц	Индивидуальная беседа, цифровая безопасность, восстановление учебной мотивации
П-8	Умеренный	Семейный конфликт, отсутствие взрослого, изоляция	Позитивная реакция на участие в занятиях	Закрепление безопасного взрослого, карта контактов помощи
П-9	Низкий	Отсутствие взрослого, изоляция, буллинг	Поддерживающий взрослый, интересы, безопасная группа, навык обращения за помощью	Общее наблюдение, включение в групповую работу
П-10	Низкий	Школьная дезадаптация, буллинг, кибербуллинг	Поддерживающий взрослый, интересы, цели будущего, безопасная группа	Профилактические занятия, цифровая безопасность, наблюдение

Источник: составлено автором.

Сводная таблица показывает, что высокий уровень профилактического внимания выявлен у двух подростков. Оба случая характеризуются сочетанием нескольких факторов риска и наличием самоповреждения либо предшествующего кризисного эпизода. В таких ситуациях работа специалиста по социальной работе должна быть немедленно соединена с психологической и медицинской маршрутизацией.

Умеренный уровень выявлен у шести подростков. Для данной группы характерны семейный конфликт, дефицит поддерживающего взрослого, школьная дезадаптация, изоляция и отдельные цифровые риски. Эта группа является основной целевой группой проекта, поскольку именно здесь профилактическое сопровождение может предупредить углубление кризиса.

Низкий уровень выявлен у двух подростков. Наличие низкого уровня не означает отсутствия профилактической работы: такие подростки нуждаются в наблюдении, включении в безопасную группу и развитии навыков обращения за помощью. Первичная профилактика позволяет не допустить перехода отдельных факторов неблагополучия в устойчивый кризис.

Соотношение факторов риска и планируемых направлений проекта представлено в таблице 15.

Таблица 15 – Соотношение факторов риска и направлений проекта

Выявленный фактор	Проявление в группе	Ответ проекта
Семейный конфликт	Отмечен у 8 подростков; связан с напряжением, недоверием, непоследовательностью требований	Семейные встречи, оценка безопасности контакта, памятка для родителей, межведомственный маршрут
Отсутствие поддерживающего взрослого	Отмечено у 7 подростков; снижает вероятность своевременного обращения за помощью	Закрепление безопасного взрослого, карта контактов, тренировка просьбы о помощи
Школьная дезадаптация	Отмечена у 6 подростков; проявляется в пропусках, тревоге, снижении мотивации	Восстановление учебного маршрута, взаимодействие с образовательной организацией
Изоляция и утрата интересов	Отмечена у 6 подростков; усиливает фиксацию на переживаниях	Групповые занятия, полезная занятость, карта ресурсов и интересов
Буллинг и кибербуллинг	Отмечены у части подростков; формируют стыд, страх и переживание небезопасности	Модули «Буллинг и границы», «Я и социальные сети», алгоритм защиты
Самоповреждение и предыдущая попытка	Отмечены у подростков высокого уровня внимания	План безопасности, консультация психолога и медицинского

Выявленный фактор	Проявление в группе	Ответ проекта
		работника, контроль повторного риска

Источник: составлено автором.

Выраженность защитных ресурсов подростков представлена на рисунке 6.

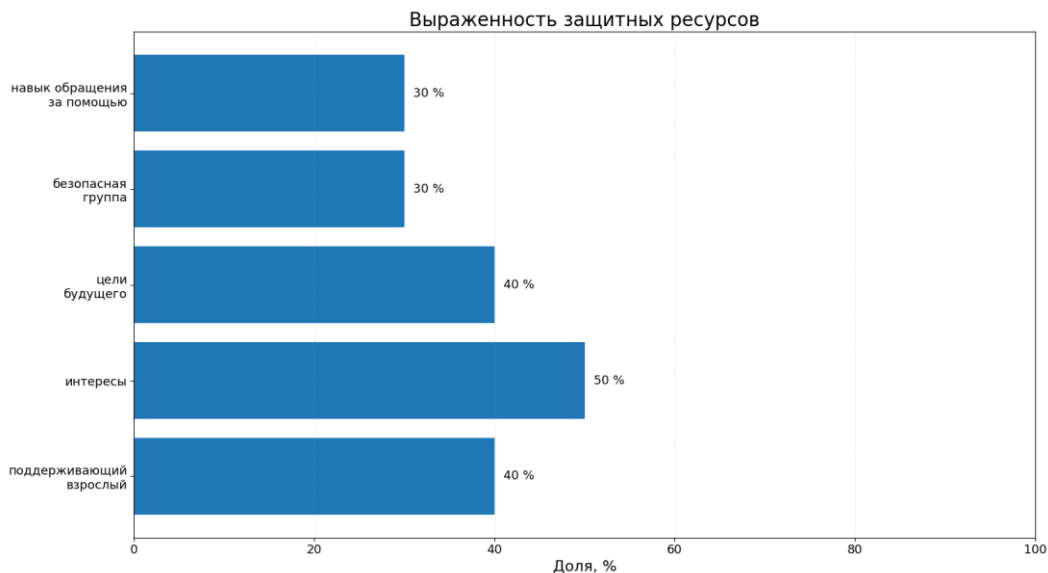


Рисунок 6 – Выраженность защитных ресурсов подростков

Анализ защитных ресурсов показывает, что наиболее выраженным ресурсом являются интересы подростков, однако они представлены неустойчиво и требуют поддержки со стороны взрослых. Значимый взрослый назван только частью группы, что подтверждает необходимость специально формировать безопасный контакт в рамках проекта.

Навык обращения за помощью выражен слабее других ресурсов. Это означает, что подростки могут находиться рядом со специалистами, но не использовать помощь до момента острого ухудшения состояния. Поэтому в проект включается отдельный тренинг речевых формул обращения к взрослому.

Маршруты сопровождения подростков по итогам скрининга представлены на рисунке 7.

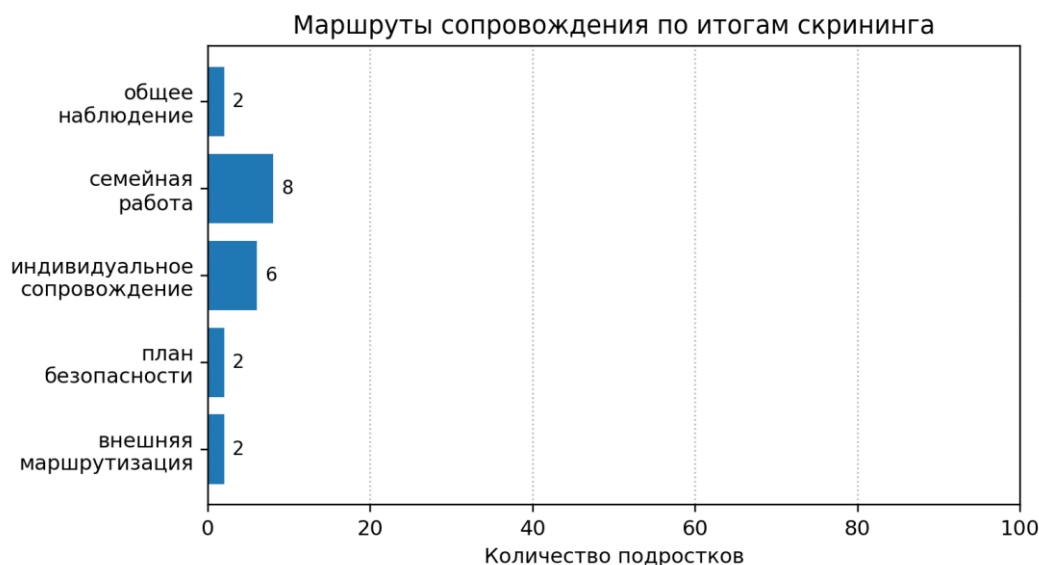


Рисунок 7 – Маршруты сопровождения подростков по итогам скрининга

Маршрутизация по итогам скрининга показывает, что большинство случаев требует не только наблюдения, но и индивидуального сопровождения. Семейная работа является наиболее частым направлением, поскольку семейный конфликт и отсутствие поддерживающего взрослого выступают ведущими социальными факторами риска.

Для двух подростков необходим план безопасности и внешняя маршрутизация. В таких случаях профилактическая работа не может ограничиваться групповыми занятиями: требуется персональный план, контроль состояния, взаимодействие с психологом, медицинским работником и службами системы профилактики.

Таким образом, результаты социологического исследования показывают, что подростки, находящиеся в СРЦН, характеризуются высокой концентрацией социальных факторов риска: семейным конфликтом, дефицитом поддерживающих взрослых, школьной дезадаптацией, изоляцией, буллингом и

цифровыми угрозами. При этом защитные ресурсы сформированы недостаточно устойчиво, что повышает значение адресной профилактической работы.

Выявленные особенности определяют содержание проекта: он должен быть направлен на формирование безопасного контакта, обучение просьбе о помощи, развитие саморегуляции, цифровую безопасность, работу с семьей и закрепление индивидуального маршрута сопровождения. Именно эти направления легли в основу проекта «Ресурс жизни».

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Практическая часть исследования осуществлялась на базе МКУ СО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска.

2. Констатирующее исследование показало преобладание умеренного уровня профилактического внимания: 60 % подростков нуждаются в индивидуальном сопровождении и динамическом наблюдении.

3. Ведущими социальными факторами риска являются семейный конфликт, отсутствие поддерживающего взрослого, школьная дезадаптация, изоляция, буллинг и цифровые угрозы; именно они определяют содержание профилактического проекта.

4. Защитные ресурсы подростков выражены недостаточно устойчиво, поэтому практическая работа должна быть направлена на закрепление безопасного взрослого, формирование навыка просьбы о помощи, развитие саморегуляции, цифровую безопасность и семейное сопровождение.

2.2 Разработка и реализация проекта профилактики суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре

На основе теоретического анализа и результатов социального скрининга разработан проект профилактики суицидального поведения подростков «Ресурс

жизни». Проект ориентирован на подростков 12–17 лет, находящихся в СРЦН, и реализуется специалистом по социальной работе совместно с педагогом-психологом, социальным педагогом, воспитателями, медицинским работником и внешними службами при необходимости [37; 53; 64].

Ключевая идея проекта состоит в том, что профилактика должна строиться не вокруг запугивания или запретительной беседы, а вокруг формирования у подростка реальных ресурсов безопасности: доверительного взрослого, навыка просьбы о помощи, умения распознавать ухудшение состояния, безопасного поведения в сети, поддержки семьи и понятного маршрута сопровождения.

Основные параметры проекта «Ресурс жизни» представлены в таблице 16.
Таблица 16 – Паспорт проекта «Ресурс жизни»

Параметр	Содержание
Название проекта	«Ресурс жизни»: профилактика суицидального поведения подростков в условиях СРЦН
Целевая группа	Подростки 12–17 лет, находящиеся в социально-реабилитационном центре; семьи и законные представители; специалисты учреждения
Цель проекта	Снижение социально-психологических факторов суицидального риска через формирование безопасной среды, навыков обращения за помощью, эмоциональной саморегуляции, цифровой безопасности, правовой информированности и индивидуального маршрута сопровождения
Задачи проекта	Выявить факторы риска и защитные ресурсы; обучить подростков безопасным способам получения помощи; развить навыки саморегуляции и коммуникации; организовать семейный блок; согласовать маршрут сопровождения подростков с умеренным и высоким уровнем риска
Срок реализации	8 недель с возможностью повторения цикла; при краткосрочном пребывании подростка блоки используются модульно
Формы работы	Индивидуальные беседы, социальный скрининг, групповые занятия, тренинги, семейные встречи, правовое информирование, консилиум, постреабилитационный контакт
Ожидаемый результат	Подросток знает доступных взрослых и службы помощи, умеет обозначать ухудшение состояния, владеет простыми приемами саморегуляции; для подростков группы риска сформирован маршрут сопровождения

Источник: составлено автором.

Партнеры проекта и предусмотренные виды поддержки представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Партнеры проекта и виды поддержки

Партнер / участник	Вид поддержки
Педагог-психолог СРЦН или приглашенный специалист	Психологическая диагностика, индивидуальные консультации, участие в плане безопасности, проведение занятий по саморегуляции
Социальный педагог и воспитатели	Наблюдение в повседневной среде, поддержка режима, включение подростков в полезную занятость, фиксация изменений поведения
Медицинский работник	Оценка необходимости медицинской маршрутизации, участие в консилиуме при высоком уровне риска
Органы опеки, КДН и ЗП, ПДН	Межведомственное сопровождение, защита прав ребенка, реагирование на семейное неблагополучие и угрозу безопасности
Образовательные организации	Восстановление учебного маршрута, профилактика школьной дезадаптации, работа с буллингом
Кризисные и консультационные службы	Консультирование, телефон доверия, помощь в экстренных и посткризисных ситуациях

Источник: составлено автором.

Проект реализуется в три этапа. Подготовительный этап включает утверждение рабочей группы, подготовку карт риска, памяток, плана занятий и алгоритма действий при выявлении высокого риска. Диагностический этап включает первичный социальный скрининг, заполнение карты ресурсов и определение уровня профилактического внимания. Основной этап представлен модульными занятиями и индивидуальной работой. Завершающий этап включает повторную оценку, итоговый консилиум, маршрут после выбытия и контрольный контакт.

Содержание групповых занятий построено на принципах безопасности и недопустимости травмирующего обсуждения способов суицида. Подростки не обсуждают конкретные сценарии саморазрушения; акцент делается на распознавании сигналов кризиса, обращении за помощью, саморегуляции,

защите от буллинга, цифровой безопасности, правах и доступных службах помощи [3; 35; 64].

Календарный план реализации проекта «Ресурс жизни» представлен в таблице 18.

Таблица 18 – Календарный план реализации проекта «Ресурс жизни»

№	Решаемая задача	Мероприятие и содержание	Срок	Ожидаемый результат
1	Выявить факторы риска и ресурсы	Стартовая индивидуальная беседа, заполнение карты риска и карты ресурсов	1 неделя	Определен уровень профилактического внимания, выделены защитные ресурсы
2	Сформировать безопасный контакт	Занятие «К кому я могу обратиться»: взрослые в центре, телефон доверия, правила обращения за помощью	1–2 неделя	Подросток знает конкретные контакты помощи
3	Научить распознавать кризис	Групповое занятие «Сигналы кризиса»: эмоциональные, телесные и поведенческие признаки ухудшения	2 неделя	Составлен индивидуальный лист самонаблюдения
4	Развить саморегуляцию	Практикум «Стоп-реакция»: пауза, дыхание, переключение внимания, обращение к взрослому	3 неделя	Освоены безопасные техники снижения напряжения
5	Развить навык просьбы о помощи	Тренинг речевых формул: «мне небезопасно», «мне нужна консультация», «мне нельзя оставаться одному»	4 неделя	Сформирован скрипт обращения к взрослому
6	Снизить влияние буллинга и насилия	Групповая беседа «Буллинг, границы, безопасность»: алгоритм защиты и сохранение доказательств кибертравли	5 неделя	Подросток знает действия при травле и угрозах
7	Сформировать цифровую безопасность	Практикум «Я и социальные сети»: деструктивный контент,	6 неделя	Составлена памятка цифровой безопасности

№	Решаемая задача	Мероприятие и содержание	Срок	Ожидаемый результат
		приватность, онлайн-конфликты		
8	Расширить правовую информированность	Правовой практикум «Мои права и службы помощи»	6 неделя	Составлена карта служб помощи
9	Подключить семью	Семейная встреча: поддерживающая коммуникация, признаки кризиса, договоренности о безопасности	6–7 неделя	Оформлен лист договоренностей с семьей
10	Закрепить маршрут	Итоговый консилиум и постреабилитационный план	8 неделя	Сформирован маршрут после выбытия и ответственные лица

Источник: составлено автором.

Информационное сопровождение проекта организуется внутри учреждения: размещается краткая памятка о целях проекта и службах помощи, проводится вводная встреча с подростками, готовятся карточки «К кому обратиться», памятка для родителей и краткая инструкция для специалистов по алгоритму действий при выявлении риска. Публичное освещение проекта не должно раскрывать персональные данные воспитанников и не должно содержать сенсационного описания темы суицида [64].

Индивидуальный план безопасности составляется только при умеренном или высоком уровне риска и с участием психолога либо иного компетентного специалиста. Он фиксирует признаки ухудшения состояния, безопасные действия подростка, взрослых для немедленного обращения, телефоны помощи, ситуации, требующие ограничения, и ближайший безопасный план на 24 часа [3; 35].

Планируемые количественные результаты проекта представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Планируемые количественные результаты проекта

Показатель	Планируемый результат
Количество подростков, прошедших первичный социальный скрининг	10 человек в пилотном цикле
Количество групповых занятий	8 занятий
Количество индивидуальных бесед	не менее 10 бесед
Количество семейных контактов	не менее 4 встреч / консультаций
Количество индивидуальных планов безопасности	по числу подростков с умеренным и высоким уровнем риска
Количество итоговых консилиумов	1 итоговый консилиум по завершении цикла

Источник: составлено автором.

Качественные результаты и способы их оценки представлены в таблице 20.

Таблица 20 – Качественные результаты и способы оценки

Качественный результат	Способ оценки
Подросток знает взрослых и службы, к которым можно обратиться при ухудшении состояния	Беседа, карта контактов помощи, повторный опрос
Сформированы первичные навыки саморегуляции и паузы перед импульсивным действием	Наблюдение, лист самонаблюдения, обратная связь подростка
Снижена изоляция подростка за счет включения в безопасную группу и полезную занятость	Наблюдение воспитателей, участие в занятиях, анализ динамики поведения
Семья или законные представители информированы о признаках кризиса и правилах поддержки	Лист договоренностей, семейная консультация, контрольный контакт
Сформирован маршрут помощи после выбытия из центра	Протокол консилиума, индивидуальный маршрут, отметка о контрольном контакте

Источник: составлено автором.

Примерная смета расходов проекта представлена в таблице 21.

Таблица 21 – Примерная смета расходов проекта

№	Статья расходов	Количество	Стоимость, руб	Итого, руб
1	Бумага А4 для карт риска, памяток и листов самонаблюдения	5 упаковок	400	2000
2	Ручки шариковые	5 упаковок	120	600
3	Печать памяток для подростков и родителей	100 экз	15	1500
4	Печать информационного постера внутри учреждения	2 шт	600	1200
5	Папки для индивидуальных маршрутов сопровождения	20 шт	50	1000
6	Канцелярские материалы для групповых занятий	1 комплект	1500	1500
7	Вода и одноразовые стаканчики для групповых встреч	1 комплект	1000	1000
Итого				7800

Источник: составлено автором.

Дальнейшее развитие проекта возможно через включение его модулей в локальную профилактическую программу учреждения. После завершения пилотного цикла целесообразно подготовить методическую папку: карту риска, форму плана безопасности, памятку для родителей, календарный план занятий, форму итогового консилиума и форму пострерабильтационного контроля.

Реализация проекта предполагает модульный принцип. Это важно для СРЦН, поскольку срок пребывания подростков может различаться. Если подросток находится в учреждении непродолжительное время, реализуются обязательные минимальные элементы: первичная беседа, карта риска, карта контактов помощи, план безопасности при необходимости и передача маршрута ответственным специалистам.

При полном цикле работы проект реализуется в течение восьми недель. Каждая неделя связана с отдельной задачей: установление безопасного контакта,

распознавание сигналов кризиса, тренировка просьбы о помощи, развитие саморегуляции, работа с буллингом, цифровая безопасность, правовое информирование, семейное взаимодействие и итоговый консилиум.

Содержание модулей проекта и ожидаемые изменения представлены в таблице 22.

Таблица 22 – Содержание модулей проекта и ожидаемые изменения

Модуль	Содержание работы	Ожидаемое изменение
Безопасный контакт	Знакомство с проектом, обсуждение правил конфиденциальности, карта взрослых для обращения	Снижение тревоги и появление понятного адресата помощи
Сигналы кризиса	Обсуждение эмоциональных, телесных и поведенческих признаков ухудшения состояния	Подросток умеет раньше распознавать ухудшение состояния
Как просить о помощи	Тренировка речевых формул обращения к взрослому, разбор безопасных ситуаций	Формируется практический навык обращения за поддержкой
Стоп-реакция	Пауза, дыхание, переключение, выход из конфликтной ситуации, обращение к взрослому	Снижается вероятность импульсивного действия
Буллинг и границы	Алгоритм защиты от травли, сохранение доказательств, обращение к взрослым	Подросток знает способы защиты и не остается один с угрозой
Я и социальные сети	Цифровая гигиена, опасный контент, приватность, кибербуллинг	Снижается влияние цифровых факторов риска
Мои права и службы помощи	Права ребенка, службы защиты, детский телефон доверия, контакты учреждения	Расширяется поле доступных решений и снижается беспомощность
План будущего	Ближайшие цели на неделю и месяц, карта ресурсов, безопасный маршрут после выбытия	Появляется краткосрочная жизненная перспектива

Источник: составлено автором.

Стартовая беседа проводится индивидуально. Ее задача – не выяснить все подробности травматичного опыта, а установить контакт, объяснить подростку доступные формы помощи, определить значимых взрослых и понять, какие

ситуации вызывают наибольшее напряжение. По итогам беседы заполняется карта риска и карта ресурсов.

Групповые занятия строятся так, чтобы не выделять подростков группы риска публично. Все участники получают общие навыки самонаблюдения, саморегуляции, обращения за помощью и цифровой безопасности. Это снижает стигматизацию и позволяет подросткам с умеренным риском включаться в работу без ощущения, что они «особые» или «проблемные».

Индивидуальная работа проводится с подростками, у которых выявлены умеренный и высокий уровни профилактического внимания. В нее входят уточнение факторов риска, составление карты ресурсов, обсуждение безопасных действий, согласование контактов помощи и контроль выполнения рекомендаций консилиума.

Семейная встреча проводится только при оценке безопасности контакта. Если семья способна выступать ресурсом, с родителями обсуждаются правила поддерживающего общения, признаки кризиса, недопустимость обесценивания и порядок обращения за профессиональной помощью. Если семья является источником угрозы, акцент переносится на межведомственную защиту ребенка.

Основные риски реализации проекта и меры управления ими представлены в таблице 23.

Таблица 23 – Управление рисками реализации проекта

Возможный риск	Как может проявиться	Профилактическая мера
Стигматизация подростков	Участники могут воспринимать проект как работу только с «проблемными» детьми	Проводить занятия как универсальные навыки безопасности и поддержки для всех подростков
Недоверие к специалистам	Подросток отказывается от беседы, избегает контакта, дает формальные ответы	Начинать с нейтральных тем, соблюдать конфиденциальность, не давить и не требовать немедленной откровенности

Возможный риск	Как может проявиться	Профилактическая мера
Повышение тревоги при обсуждении темы	Подросток может болезненно реагировать на прямые разговоры о кризисе	Не обсуждать способы суицида, использовать безопасный язык, опираться на ресурсы и действия помощи
Небезопасная семейная среда	Родители обесценивают состояние, усиливают конфликт или применяют насилие	Оценивать безопасность контакта, подключать органы системы профилактики и не передавать семье лишние сведения
Краткий срок пребывания подростка	Не удастся пройти полный восьминедельный цикл	Использовать обязательный минимальный пакет: карта риска, карта помощи, план безопасности, передача маршрута
Формальное выполнение мероприятий	Занятия проведены, но маршрут помощи не закреплён	Фиксировать результат каждого этапа: карту, договоренность, план, ответственного, срок контроля

Источник: составлено автором.

Оценка результативности проекта должна проводиться не по одному показателю, а по совокупности процессуальных, поведенческих и организационных критериев. Это связано с тем, что профилактика суицидального поведения не может гарантировать мгновенное исчезновение риска; ее задача – сделать риск выявленным, управляемым и включенным в маршрут помощи.

Индикаторы оценки результативности проекта представлены в таблице 24.
Таблица 24 – Индикаторы оценки результативности проекта

Группа индикаторов	Показатели	Способ проверки
Процессуальные	Количество заполненных карт риска, проведенных занятий, индивидуальных бесед и семейных контактов	Журналы работы, карты случая, календарный план
Диагностические	Изменение уровня профилактического внимания, уточнение факторов риска и ресурсов	Первичная и повторная карта риска, консилиум

Группа индикаторов	Показатели	Способ проверки
Поведенческие	Готовность подростка назвать взрослого для обращения, знание безопасных действий и телефонов помощи	Итоговая беседа, карта контактов, наблюдение
Семейные	Наличие договоренностей с родителями или законными представителями при безопасном контакте	Лист договоренностей, протокол семейной встречи
Организационные	Наличие маршрута после выбытия, ответственных лиц и срока контрольного контакта	Индивидуальный маршрут, постреабилитационная отметка

Источник: составлено автором.

Завершение проекта не означает завершения сопровождения подростка. Итоговый консилиум должен определить, какие риски снижены, какие сохраняются, кто отвечает за контакт после выбытия, какие внешние службы подключены и при каких признаках требуется повторная помощь. Такой подход обеспечивает непрерывность профилактики.

Информационные материалы проекта должны быть простыми и практичными. Для подростка полезна карточка с конкретными формулировками обращения за помощью и контактами взрослых. Для родителей необходима памятка о признаках кризиса и правилах неосуждающего общения. Для специалистов требуется краткий алгоритм действий при выявлении высокого риска.

Проект может быть повторен несколько раз в течение учебного года или календарного года учреждения. При повторной реализации целесообразно обновлять календарь занятий с учетом состава группы, возраста подростков, длительности пребывания и выявленных ведущих факторов риска.

Таким образом, по результатам параграфа 2.2 можно сделать следующие выводы.

1. Проект «Ресурс жизни» является социальным проектом профилактики суицидального поведения подростков в условиях СРЦН, разработанным на основе теоретического анализа и результатов социального скрининга.

2. Проект оформлен с учетом структуры социального проекта: определены цель, задачи, целевая группа, сроки реализации, формы работы, партнеры, календарный план, ожидаемые результаты, смета, риски реализации и способы оценки результативности.

3. Содержание проекта включает модули безопасного контакта, распознавания сигналов кризиса, просьбы о помощи, саморегуляции, профилактики буллинга и цифровых рисков, правового информирования, семейной работы и постреабилитационного маршрута.

4. Проект может применяться полностью или частично в зависимости от срока пребывания подростка в СРЦН; обязательный минимальный пакет включает первичную беседу, карту риска, карту ресурсов, карту контактов помощи, план безопасности при необходимости и передачу маршрута ответственным специалистам.

Выводы по второй главе

По итогам второй главы можно сделать следующие выводы.

1. Практическая часть исследования осуществлялась на базе МКУ СО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска.

2. Констатирующее исследование показало преобладание умеренного уровня профилактического внимания: 60 % подростков нуждаются в индивидуальном сопровождении и динамическом наблюдении.

3. Ведущими социальными факторами риска являются семейный конфликт, отсутствие поддерживающего взрослого, школьная дезадаптация,

изоляция, буллинг и цифровые угрозы; именно они определяют содержание профилактического проекта.

4. Защитные ресурсы подростков выражены недостаточно устойчиво, поэтому практическая работа должна быть направлена на закрепление безопасного взрослого, формирование навыка просьбы о помощи, развитие саморегуляции, цифровую безопасность и семейное сопровождение.

5. Проект «Ресурс жизни» является социальным проектом профилактики суицидального поведения подростков в условиях СРЦН, разработанным на основе теоретического анализа и результатов социального скрининга.

6. Проект оформлен с учетом структуры социального проекта: определены цель, задачи, целевая группа, сроки реализации, формы работы, партнеры, календарный план, ожидаемые результаты, смета, риски реализации и способы оценки результативности.

7. Содержание проекта включает модули безопасного контакта, распознавания сигналов кризиса, просьбы о помощи, саморегуляции, профилактики буллинга и цифровых рисков, правового информирования, семейной работы и постреабилитационного маршрута.

8. Проект может применяться полностью или частично в зависимости от срока пребывания подростка в СРЦН; обязательный минимальный пакет включает первичную беседу, карту риска, карту ресурсов, карту контактов помощи, план безопасности при необходимости и передачу маршрута ответственным специалистам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе развития общества актуальной остается проблема профилактики суицидального поведения подростков, поскольку она связана с безопасностью несовершеннолетнего, состоянием семьи, школьной адаптацией, цифровой средой и доступностью своевременной профессиональной помощи.

Целью нашего исследования являлось теоретически обосновать, разработать и реализовать проект профилактики суицидального поведения подростков в условиях социально-реабилитационного центра.

В первой главе нашего исследования «Теоретические основы профилактики суицидального поведения подростков в условиях социально-реабилитационного центра» раскрыта сущность девиантного и суицидального поведения подростков, охарактеризованы причины, трудности и факторы риска, а также определены содержание деятельности специалиста по социальной работе, нормативные основания и технология профилактики в СРЦН.

Во второй главе нашего исследования «Практическая работа по реализации проекта профилактики суицидального поведения подростков в социально-реабилитационном центре» проанализирована деятельность МКУ СО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска, представлены результаты констатирующего социологического исследования, определены ведущие факторы риска и защитные ресурсы подростков, разработан социальный проект «Ресурс жизни».

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам.

1. Суицидальное поведение подростка представляет собой не изолированный поступок, а сложную аутоагрессивную девиацию, возникающую

на пересечении личностной уязвимости, неблагополучных отношений, социальной дезадаптации и дефицита поддержки.

2. Причинами суицидального поведения подростков выступают сочетание личностных, семейных, социально-педагогических, цифровых, клинических и биографических факторов: безнадежность, депрессивные переживания, семейный конфликт, насилие, буллинг, кибербуллинг, самоповреждение, предыдущая попытка и отсутствие поддерживающего взрослого.

3. Трудностями подростка с суицидальным поведением являются психологические (безнадежность, тревога, самообвинение, импульсивность, эмоциональная неустойчивость), педагогические (школьная дезадаптация, пропуски, неуспеваемость, конфликты с педагогами и сверстниками), социальные (дефицит поддерживающих взрослых, семейное неблагополучие, изоляция, правовая неосведомленность и недоверие к системе помощи).

6. Деятельность специалиста по социальной работе с подростками суицидального поведения осуществляется на базе таких нормативно-правовых документов, как Федеральные законы № 120-ФЗ, № 124-ФЗ, № 442-ФЗ, № 323-ФЗ, Закон РФ № 3185-1, Федеральный закон № 436-ФЗ, постановление Правительства РФ № 896, распоряжение Правительства РФ № 1058-р, а также методические рекомендации российских профильных организаций и современные рекомендации ВОЗ.

7. Основной технологией социальной работы с подростками, склонными к суицидальному поведению, является профилактика. Профилактика – это система мер, направленных на предупреждение возникновения суицидальных мыслей, намерений и действий, снижение вероятности перехода от кризиса к попытке и предупреждение повторного риска.

8. В СРЦН содержанием деятельности специалиста по социальной работе по профилактике суицидального поведения выступает последовательность этапов: выявление признаков риска, оценка факторов риска и ресурсов,

маршрутизация к психологу, врачу и службам системы профилактики, индивидуальное и групповое сопровождение, работа с семьей, составление плана безопасности при необходимости и постреабилитационный контроль.

9. Практическая часть исследования осуществлялась на базе МКУ СО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тракторозаводского района города Челябинска. Констатирующее исследование показало преобладание умеренного уровня профилактического внимания: 60 % подростков нуждаются в индивидуальном сопровождении и динамическом наблюдении. Ведущими социальными факторами риска являются семейный конфликт, отсутствие поддерживающего взрослого, школьная дезадаптация, изоляция, буллинг и цифровые угрозы; именно они определяют содержание профилактического проекта.

10. Проект «Ресурс жизни» является социальным проектом профилактики суицидального поведения подростков в условиях СРЦН, разработанным на основе теоретического анализа и результатов социального скрининга. Содержание проекта включает модули безопасного контакта, распознавания сигналов кризиса, просьбы о помощи, саморегуляции, профилактики буллинга и цифровых рисков, правового информирования, семейной работы и постреабилитационного маршрута.

11. Проект может применяться полностью или частично в зависимости от срока пребывания подростка в СРЦН; обязательный минимальный пакет включает первичную беседу, карту риска, карту ресурсов, карту контактов помощи, план безопасности при необходимости и передачу маршрута ответственным специалистам.

Поставленная цель достигнута: содержание профилактики суицидального поведения подростков в СРЦН теоретически обосновано, практическая база исследования охарактеризована, результаты социального скрининга

представлены, проект профилактической работы «Ресурс жизни» разработан и может быть использован как основа локальной профилактической программы учреждения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Андреева, М. В. Особенности показателей суицидального риска у девочек и мальчиков подросткового возраста / М. В. Андреева, О. П. Кондаурова // Проблемы современного образования. – 2025. – № 2. – С. 65–73. – DOI: 10.31862/2218-8711-2025-2-65-73. – URL: <https://doi.org/10.31862/2218-8711-2025-2-65-73> (дата обращения: 06.09.2026).

2. Антохина, Р. И. Процесс принятия решения и антиципационная состоятельность у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением / Р. И. Антохина, А. В. Васильева, Е. Ю. Антохин, А. А. Кибитов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2025. – Т. 15, № 4. – С. 667–683. – URL: https://psyjournals.ru/journals/vspu_psychology/archive/2025_n4/Antokhina_Vasilyeva_et_al (дата обращения: 06.09.2026).

3. Ахапкин, Р. В. Суицидальное поведение несовершеннолетних: факторы риска, предикторы развития, диагностика: методические рекомендации / Р. В. Ахапкин, Е. Г. Дозорцева, Е. Б. Любов, Г. С. Банников, К. Л. Кещян, К. А. Чистопольская. – Москва: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2024. – 38 с. – URL: <https://base.garant.ru/410598050/> (дата обращения: 06.09.2026).

4. Базаров, Р. И. Тени Интернета: как анонимность влияет на психологическое здоровье подростков / Р. И. Базаров // Вестник практической психологии образования. – 2025. – Т. 22, № 3. – С. 210–220. – DOI: 10.17759/bppe.2025220314. – URL: <https://doi.org/10.17759/bppe.2025220314> (дата обращения: 06.09.2026).

5. Баринова, Е. С. Готовность психологов системы образования к оказанию кризисной помощи участникам образовательных отношений / Е. С. Баринова, Ю. В. Братчикова, Ю. Н. Галагузова, Е. А. Югова // Вестник практической

психологии образования. – 2024. – Т. 21, № 4. – С. 252–263. – DOI: 10.17759/bppe.2024210421. – URL: <https://doi.org/10.17759/bppe.2024210421> (дата обращения: 06.09.2026).

6. Басова, А. Я. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков в мире / А. Я. Басова, П. В. Безменов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2024. – Т. 124, № 11-2. – С. 16–26. – DOI: 10.17116/jnevro202412411216. – URL: <https://doi.org/10.17116/jnevro202412411216> (дата обращения: 06.09.2026).

7. Белоус, О. В. Развитие социальной компетентности специалистов помогающих профессий по проведению комплексной превенции суицидального поведения подростков / О. В. Белоус, Ю. П. Ветров, В. И. Спирина, Е. С. Вареца // Перспективы науки и образования. – 2024. – № 1 (67). – С. 555–573. – DOI: 10.32744/pse.2024.1.31. – URL: <https://doi.org/10.32744/pse.2024.1.31> (дата обращения: 06.09.2026).

8. Быкова, В. И. К вопросу о суицидальном поведении подростков – реалии скорпомощного стационара / В. И. Быкова, Ю. П. Полухина, Е. А. Львова, Е. В. Фуфаева, С. А. Валиуллина // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 2. – С. 68–83. – DOI: 10.17759/cpp.2023310203. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310203> (дата обращения: 06.09.2026).

9. Васягина, Н. Н. Причины формирования несуицидального саморазрушающего поведения подростков: результаты контент-анализа публикаций в социальных сетях / Н. Н. Васягина, Ю. Г. Тактуева // Вестник практической психологии образования. – 2025. – Т. 22, № 4. – С. 3–20. – DOI: 10.17759/bppe.2025220401. – URL: <https://doi.org/10.17759/bppe.2025220401> (дата обращения: 06.09.2026).

10. Волкова, Е. Н. Феномены социализации современных подростков: Proetcontra / Е. Н. Волкова // Социальная психология и общество. – 2025. – Т. 16,

№ 2. – С. 23–42. – DOI: 10.17759/sps.2025160203. – URL: <https://doi.org/10.17759/sps.2025160203> (дата обращения: 06.09.2026).

11. Волкова, Е. Н. Психологическое благополучие российских подростков: сильные стороны и зоны развития в модели ЕРОСН / Е. Н. Волкова, И. В. Волкова // Психологическая наука и образование. – 2026. – Т. 31, № 2. – С. 25–38. – DOI: 10.17759/pse.2026310202. – URL: <https://doi.org/10.17759/pse.2026310202> (дата обращения: 06.09.2026).

12. Галин, К. О. Цифровые технологии как безопасная среда социализации подростков / К. О. Галин, В. Е. Петров // Экстремальная психология и безопасность личности. – 2025. – Т. 2, № 4. – С. 102–118. – DOI: 10.17759/epps.2025020407. – URL: <https://doi.org/10.17759/epps.2025020407> (дата обращения: 06.09.2026).

13. Говоров, С. А. Индивидуальное и воспринимаемое общественное отношение к самоубийству и их взаимосвязь с суицидальным риском / С. А. Говоров, В. К. Солондаев, М. И. Олейчик, Е. М. Иванова // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – Т. 33, № 3. – С. 81–104. – DOI: 10.17759/cpp.2025330304. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330304> (дата обращения: 06.09.2026).

14. Григорьева, И. А. Социальная работа с семьей: учебник для вузов / И. А. Григорьева. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2026. – 149 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/584998> (дата обращения: 06.09.2026).

15. Давидовский, С. В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков / С. В. Давидовский, С. А. Игумнов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2021. – Т. 21, № 1. – С. 90–101. – URL: <https://psy.su/feed/10451/> (дата обращения: 06.09.2026).

16. Дозорцева, Е. Г. Комплексная модель формирования опасного поведения подростков в интернет-пространстве / Е. Г. Дозорцева // Психология и

право. – 2025. – Т. 15, № 3. – С. 3–23. – DOI: 10.17759/psylaw.2025150301. – URL: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150301> (дата обращения: 06.09.2026).

17. Ермолаева, А. В. Факторы суицидального риска в запросах абонентов телефона доверия / А. В. Ермолаева // Вестник практической психологии образования. – 2021. – Т. 18, № 1. – С. 106–114 – DOI: 10.17759/bppe.2021180112. – URL: <https://doi.org/10.17759/bppe.2021180112> (дата обращения: 06.09.2026).

18. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». – URL: <https://79reg.roszdravnadzor.gov.ru/medactivities/statecontrol/expertise/documents/183> (дата обращения: 06.09.2026).

19. Зорина, Е. В. Система профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в государственных организациях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга / Е. В. Зорина, Ю. А. Фионик // На защите детства: стратегии, практики, ресурсы: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции по актуальным вопросам профилактики девиантного поведения несовершеннолетних (31 мая – 1 июня 2022 года, г. Москва) / под ред. Е. Н. Скориной, Е. Б. Баторовой, Е. Г. Артамоновой. – Москва: ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2022. – С. 233–237 – URL: <https://cppmsp52.ru/assets/mgr/images/new/2022/09/sbornikkonferentsiinazashhitedetstva2022ostanina-varnakova.pdf> (дата обращения: 06.09.2026).

20. Кастальская-Бороздина, А. А. Парные суициды в подростковом возрасте / А. А. Кастальская-Бороздина // Психология и право. – 2025. – Т. 15, № 3. – С. 66–77. – DOI: 10.17759/psylaw.2025150305. – URL: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150305> (дата обращения: 06.09.2026).

21. Кобец, П. Н. Особенности и профилактика суицидальных проявлений несовершеннолетних в сети Интернет / П. Н. Кобец, К. А. Краснова, Р. В.

Колесников // Вестник Воронежского института МВД России. – 2024. – № 3. – С. 148–155. – URL: <https://lib.oruimvd.ru/> (дата обращения: 06.09.2026).

22. Колачев, И. В. Шкала психологической боли: психометрические свойства русскоязычной версии / И. В. Колачев, Е. И. Рассказова, С. Н. Ениколопов, К. А. Чистопольская // Психологические исследования. – 2023. – Т. 16, № 90. – С. 7. – DOI: 10.54359/ps.v16i90.1439. – URL: <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1439> (дата обращения: 06.09.2026).

23. Крушельницкая, О. Б. Профилактика школьного буллинга как фактор безопасности образовательной среды / О. Б. Крушельницкая, Т. Ю. Маринова, В. А. Орлов, В. Б. Сластина // Современная зарубежная психология. – 2025. – Т. 14, № 2. – С. 74–84. – DOI: 10.17759/jmfp.2025140208. – URL: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2025140208> (дата обращения: 06.09.2026).

24. Кузнецова, С. Ю. Образ тела у подростков с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением: удовлетворенность собственным телом / С. Ю. Кузнецова, А. Я. Басова, С. Л. Залманова, К. Д. Хломов // Клиническая и специальная психология. – 2023. – Т. 12, № 2. – С. 138–163. – DOI: 10.17759/cpse.2023120207. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120207> (дата обращения: 06.09.2026).

25. Купченко, В. Е. Отношения в семье и зависимость от социальных сетей как факторы суицидального поведения подростков / В. Е. Купченко // Психология и право. – 2025. – Т. 15, № 3. – С. 54–65. – DOI: 10.17759/psylaw.2025150304. – URL: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150304> (дата обращения: 06.09.2026).

26. Макарова, Е. А. Самоповреждающее поведение детей и подростков в сети Интернет / Е. А. Макарова // Вестник ТИУиЭ. – 2023. – № 1 (37). – URL: <https://cyberpsy.ru/articles/samopovrezhdajushchee-povedenie-detey-i-podrostkov-v-seti-internet/> (дата обращения: 06.09.2026).

27. Макушкин, Е. В. Популяционное исследование суицидального поведения у детей и подростков в Российской Федерации в 2023 г / Е. В.

Макушкин, О. А. Макушкина, О. З. Хайретдинов, А. В. Абрамов, Е. Ю. Шкитыр, С. И. Апросимова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2024. – Т. 124, № 11-2. – С. 27–35. – DOI: 10.17116/jnevro202412411227. – URL: <https://doi.org/10.17116/jnevro202412411227> (дата обращения: 06.09.2026).

28. Мудров, В. А. Возможности психологических методов в прогнозировании риска противоправного и суицидального поведения подростков / В. А. Мудров, А. В. Сахаров // Психология и право. – 2025. – Т. 15, № 1. – С. 125–139. – DOI: 10.17759/psylaw.2025150109. – URL: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150109> (дата обращения: 06.09.2026).

29. Польская, Н. А. Русскоязычная адаптация «Опросника мотивов суицидальных попыток» / Н. А. Польская, А. Я. Басова, А. Ю. Разваляева, Ю. В. Северина // ConsortiumPsychiatricum. – 2025. – Т. 6, № 2. – С. 36–51. – DOI: 10.17816/CP15597. – URL: <https://doi.org/10.17816/CP15597> (дата обращения: 06.09.2026).

30. Польская, Н. А. Самоповреждающее поведение как фактор суицидального риска: по результатам зарубежных лонгитюдных исследований / Н. А. Польская, А. А. Кузнецова-Фетисова, А. Ю. Разваляева, А. Я. Басова // Современная зарубежная психология. – 2026. – Т. 15, № 1. – С. 85–95. – DOI: 10.17759/jmfp.2026150107. – URL: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150107> (дата обращения: 06.09.2026).

31. Польская, Н. А. Вклад диссоциации и межличностной чувствительности в самоповреждающее поведение молодых женщин / Н. А. Польская, М. А. Мельникова // Клиническая и специальная психология. – 2023. – Т. 12, № 1. – С. 150–179. – DOI: 10.17759/cpse.2023120107. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120107> (дата обращения: 06.09.2026).

32. Польская, Н. А. Самообъективация, социальные сети и психическое здоровье / Н. А. Польская, Я. Д. Новикова // Современная зарубежная психология.

– 2023. – Т. 12, № 3. – С. 83–92. – DOI: 10.17759/jmfp.2023120308. – URL: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2023120308> (дата обращения: 06.09.2026).

33. Польская, Н. А. Роль межличностных отношений в суицидальном поведении подростков: качественный анализ результатов полуструктурированного интервью / Н. А. Польская, Д. К. Якубовская, Д. А. Шарова, А. Я. Басова // Клиническая и специальная психология. – 2024. – Т. 13, № 3. – С. 141–165. – DOI: 10.17759/cpse.2024130307. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpse.2024130307> (дата обращения: 06.09.2026).

34. Постановление Правительства РФ от 27.11.2000 № 896 «Об утверждении Примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_29327/ (дата обращения: 06.09.2026).

35. Артамонова, Е. Г. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних в образовательных организациях: формирование позитивного мышления и ответственного поведения: методическое письмо / Е. Г. Артамонова, Т. А. Груздева, Р. Г. Дубровский. – Москва: ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2025. – 26 с. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_511526/ (дата обращения: 06.09.2026).

36. Разваляева, А. Ю. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров / А. Ю. Разваляева, Н. А. Польская, А. Я. Басова // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 2. – С. 33–67. – DOI: 10.17759/cpp.2023310202. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310202> (дата обращения: 06.09.2026).

37. Распоряжение Правительства РФ от 26.04.2021 № 1058-р «Об утверждении комплекса мер до 2030 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних» (ред. от 04.04.2025). – URL:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_383385/ (дата обращения: 06.09.2026).

38. Садыков, Р. М. Профилактика суицидального поведения детей и подростков в обеспечении качества жизни и здоровья населения / Р. М. Садыков, Н. Л. Большакова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2025. – № 6. – С. 403–412. – DOI: 10.24412/2304-120X-2025-12013. – URL: <https://doi.org/10.24412/2304-120X-2025-12013> (дата обращения: 06.09.2026).

39. Садыков, Р. М. Социально-психологический анализ факторов риска развития суицидального поведения детей и подростков / Р. М. Садыков, Н. Л. Большакова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2025. – № 5. – С. 387–396. – DOI: 10.24412/2304-120X-2025-12010. – URL: <https://doi.org/10.24412/2304-120X-2025-12010> (дата обращения: 06.09.2026).

40. Сапега, Д. В. Особенности самоорганизации подростков, склонных к девиантному поведению / Д. В. Сапега, Н. В. Богданович // Психология и право. – 2023. – Т. 13, № 1. – С. 135–151. – DOI: 10.17759/psylaw.2023130110. – URL: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2023130110> (дата обращения: 06.09.2026).

41. Снегирева, Т. В. Нарушения привязанности у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением / Т. В. Снегирева, С. В. Воликова // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 66–76. – DOI: 10.17759/jmfp.2020090406. – URL: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090406> (дата обращения: 06.09.2026).

42. Социальная педагогика: учебник для вузов / под ред. В. И. Загвязинского, О. А. Селивановой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2024. – 448 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/535707> (дата обращения: 06.09.2026).

43. Старикова, Н. А. Работа социального педагога по профилактике суицидов среди подростков в школе / Н. А. Старикова // Личность в современном мире: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции /

Армавирский государственный педагогический университет. – Армавир, 2022. – С. 125–128 – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=53934474> (дата обращения: 06.09.2026).

44. Суботич, М. И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований / М. И. Суботич // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 9–30. – DOI: 10.17759/cpp.2023310101. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101> (дата обращения: 06.09.2026).

45. Табакова, А. В. Социально-психологическая профилактика суицида среди несовершеннолетних / А. В. Табакова // Студент и наука (гуманитарный цикл) – 2023: материалы международной студенческой научно-практической конференции. – Магнитогорск, 2023. – С. 1401–1404 – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=52282234> (дата обращения: 06.09.2026).

46. Технология социальной работы с семьей и детьми: учебник и практикум для среднего профессионального образования / под ред. Е. Н. Приступы. – Москва: Издательство Юрайт, 2026. – 465 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/585297> (дата обращения: 06.09.2026).

47. Технология социальной работы: учебник для среднего профессионального образования / под ред. Л. И. Кононовой, Е. И. Холостовой. – Москва: Издательство Юрайт, 2024. – 506 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/537163> (дата обращения: 06.09.2026).

48. Торохтий, В. С. Социальная работа с семьей. Психолого-педагогическое обеспечение: учебное пособие для вузов / В. С. Торохтий. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2024. – 511 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/534475> (дата обращения: 06.09.2026).

49. Факторы суицидального поведения у детей, подростков и молодежи: данные современных исследований: коллективная монография / под ред. А. Б. Холмогоровой, Е. Г. Дозорцевой, О. Д. Пуговкиной. – Москва: МГППУ, 2024. –

208 с. – URL: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/fsbcaya-dmr_2024/contents (дата обращения: 06.09.2026).

50. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – URL: <https://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201111220007> (дата обращения: 06.09.2026).

51. Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». – URL: <https://www.kremlin.ru/acts/bank/14023> (дата обращения: 06.09.2026).

52. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». – URL: <https://government.ru/docs/all/96535/> (дата обращения: 06.09.2026).

53. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». – URL: <https://government.ru/docs/all/101043/> (дата обращения: 06.09.2026).

54. Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». – URL: <https://government.ru/docs/all/99850/> (дата обращения: 06.09.2026).

55. Финашина, М. Е. Я-концепция старших подростков, склонных к аутоагрессивному поведению / М. Е. Финашина, О. С. Павлова // Вестник практической психологии образования. – 2024. – Т. 21, № 1. – С. 97–110. – DOI: 10.17759/bppe.2024210108. – URL: <https://doi.org/10.17759/bppe.2024210108> (дата обращения: 06.09.2026).

56. Хан, В. А. Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Альмус»: практика работы с подростками из неблагополучных семей / В. А. Хан // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. – Санкт-Петербург, 2024. – № 23. – С. 162–171 – URL: http://family.ksp.gov.spb.ru/content/docs/izdaniya/serealnui_sbornik/vse-

vupyski/v23/3.9%20%D0%A5%D0%B0%D0%BD%20%D0%92.%D0%90..pdf
(дата обращения: 06.09.2026).

57. Целевич, Т. И. Социально-психологическая помощь подросткам из неблагополучных семей и их родителям / Т. И. Целевич // Проблемы социальной сферы и образования: история, современность, перспективы: материалы II Всероссийской научно-практической конференции. – Шадринск, 2023. – С. 139–146 – URL: https://vss.nlr.ru/archive_catalog.php?p=1&rid=2088 (дата обращения: 06.09.2026).

58. Чернухина, В. В. Проблемы профилактики суицидального поведения подростков в образовательной среде и противодействие преступлениям, связанным с деятельностью «групп смерти» / В. В. Чернухина // Гуманитарные и юридические исследования. – 2023. – Т. 10, № 3. – С. 493–503. – DOI: 10.37493/2409-1030.2023.3.18. – URL: <https://doi.org/10.37493/2409-1030.2023.3.18> (дата обращения: 06.09.2026).

59. Чистопольская, К. А. Страх смерти и суицидальный цикл: опорные точки и новые направления исследований / К. А. Чистопольская, С. Н. Ениколопов // Консультативная психология и психотерапия. – 2025. – Т. 33, № 1. – С. 170–183. – DOI: 10.17759/cpp.2025330111. – URL: <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330111> (дата обращения: 06.09.2026).

60. Шайкова, М. В. Самоубийства среди несовершеннолетних: виктимологическая профилактика и предупреждение / М. В. Шайкова // Социальное управление. – 2023. – Т. 5, № 6. – С. 267–276. – URL: <https://www.smgmt.ru/index.php/smgmt/article/view/71> (дата обращения: 06.09.2026).

61. Шапошникова, А. Ф. Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте: состояние проблемы и клинические аспекты / А. Ф. Шапошникова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2024. – № 1 (122). – С. 72–79. – DOI: 10.26617/1810-3111-2024-1(122)-72-79. – URL:

[https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-1\(122\)-72-79](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2024-1(122)-72-79) (дата обращения: 06.09.2026).

62. Шульга, А. А. Социально-правовая и законодательная основы социальной работы с семьей и детьми: организация защиты детей: учебное пособие для среднего профессионального образования / А. А. Шульга. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2024. – 192 с. – URL: <https://urait.ru/bcode/541649> (дата обращения: 06.09.2026).

63. Юрчук, О. Л. Травля в образовательной среде: факторы риска, факторы защиты и методы диагностики / О. Л. Юрчук, Ю. В. Тукфеева, А. П. Трофимова // Современная зарубежная психология. – 2025. – Т. 14, № 4. – С. 36–45. – DOI: 10.17759/jmfp.2025140404. – URL: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2025140404> (дата обращения: 06.09.2026).

64. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2023. – Geneva: WHO, 2023. – 35 p. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076846> (дата обращения: 06.09.2026).

65. World Health Organization. Suicide: fact sheet. – Geneva: WHO, 2025. – URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/> (дата обращения: 06.09.2026).

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Карта социально значимых факторов риска суицидального поведения подростка

Форма предназначена для первичного социального скрининга в СРЦН. Заполняется специалистом по социальной работе совместно с воспитателем и уточняется по итогам беседы с подростком, анализа документов и консультации психолога при наличии.

Фактор	Наличие (+/-)	Источник информации	Комментарий
Семейный конфликт			
Насилие / жестокое обращение			
Буллинг / отвержение сверстниками			
Кибербуллинг / опасный онлайн-контент			
Самоповреждение в анамнезе			
Предыдущая суицидальная попытка			
Высказывания о бессмысленности жизни			
Резкая изоляция и сужение интересов			
Школьная дезадаптация			
Отсутствие поддерживающего взрослого			
Злоупотребление ПАВ			
Наличие защитных ресурсов			

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Форма сводной таблицы результатов социального скрининга

Таблица используется для обезличенного представления данных в аналитической части. Персональные сведения не включаются.

№	Шифр подростка	Уровень профилактического внимания	Ведущие факторы риска	Защитные факторы	Маршрут помощи
1	П1	умеренный	семейный конфликт; школьная дезадаптация	интерес к творческой деятельности	индивидуальная беседа; участие в занятиях
2	П2	высокий	самоповреждение; изоляция; отсутствие поддерживающего взрослого	готовность к контакту с психологом	психолог; план безопасности; консилиум
3	П3	умеренный	буллинг; кибербуллинг; тревожность	доверительный взрослый в учреждении	работа с цифровой безопасностью; консультация психолога
4	П4	низкий	отдельные семейные трудности	интересы; безопасная группа	общая профилактика; карта контактов
5	П5	умеренный	школьная дезадаптация; семейный конфликт	планы на будущее	социально-педагогическое сопровождение
6	П6	умеренный	изоляция; утрата интересов; дефицит поддержки	готовность участвовать в занятиях	индивидуальная беседа; карта ресурсов
7	П7	высокий	предыдущая попытка; семейный конфликт; самоповреждение	контакт с психологом	немедленная маршрутизация; план безопасности
8	П8	низкий	киберриски; конфликт со сверстниками	безопасная группа; интересы	цифровая безопасность; групповая работа
9	П9	умеренный	семейный конфликт; буллинг	доверительный взрослый	семейная работа; алгоритм защиты

№	Шифр подростка	Уровень профилактического внимания	Ведущие факторы риска	Защитные факторы	Маршрут помощи
10	П10	умеренный	отсутствие поддерживающего взрослого; школьная дезадаптация	планы на будущее	карта контактов; постреабилитационный маршрут

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Индивидуальный план безопасности подростка

Документ составляется совместно с подростком после выявления умеренного или высокого риска и хранится в материалах случая. Заполняется только специалистами, участвующими в сопровождении.

Раздел плана	Содержание
Ф. И. О. / шифр подростка	
Что сигнализирует об ухудшении состояния	
Что я могу сделать сам(а), чтобы не усиливать кризис	
Кому я могу сообщить о своем состоянии в центре	
Телефоны и контакты помощи	Детский телефон доверия 8-800-2000-122; местные службы заполняются учреждением
Чего не следует делать окружающим	
Какие предметы / ситуации повышают риск и требуют ограничения	
Мой ближайший безопасный план на 24 часа	
Подписи подростка и специалиста	

Расширенный календарь проекта «Ресурс жизни»

№	Тема	Форма	Краткое содержание	Ответственный	Результат
1	Стартовая беседа	Индивидуальная	Контакт, разъяснение помощи, карта риска	Специалист по социальной работе	Карта случая
2	Карта ресурсов	Индивидуальная	Значимые взрослые, безопасные места, контакты	Специалист	Карта ресурсов
3	Сигналы кризиса	Групповая	Эмоциональные и поведенческие признаки ухудшения	Психолог	Лист самонаблюдения
4	Стоп-реакция	Практикум	Пауза, дыхание, переключение, обращение к взрослому	Психолог	Набор техник
5	Как просить о помощи	Тренинг	Речевые формулы обращения к взрослому	Специалист	Скрипт обращения
6	Буллинг и границы	Групповая	Алгоритмы защиты от травли и насилия	Психолог, социальный педагог	Личный алгоритм
7	Я и социальные сети	Практикум	Цифровая гигиена, кибербуллинг, опасный контент	Специалист	Памятка
8	Мои права	Практикум	Службы помощи и права несовершеннолетнего	Специалист	Карта контактов
9	Семейная встреча	Семейная	Безопасные правила общения и поддержка	Специалист, психолог	Лист договоренностей
10	План будущего	Групповая	Ближайшие цели и шаги на месяц	Психолог	Целевая карта
11	Итоговый консилиум	Межведомственная	Маршрут после выбытия	Команда СРЦН	План сопровождения

№	Тема	Форма	Краткое содержание	Ответственн ый	Результат
1 2	Контрольн ый контакт	Очная/дистанционн ая	Проверка первых шагов маршрута	Специалист	Отметка о выполнении

Памятка для родителей и законных представителей

- Сохраняйте спокойный и неосуждающий контакт. Прямой разговор о трудностях не «провоцирует» суицид, а снижает изоляцию подростка.
- Не обесценивайте переживания фразами «это ерунда», «у всех бывает», «соберись». Для подростка кризис может восприниматься как безвыходный.
- Обращайте внимание на резкие изменения поведения: изоляцию, отказ от интересов, разговоры о бессмысленности жизни, самоповреждение, опасный онлайн-контент, раздачу личных вещей.
- Если есть признаки острого риска, не оставляйте подростка одного и ограничьте доступ к опасным ситуациям и предметам.
- Заранее обсудите, к каким взрослым и службам подросток может обратиться немедленно.
- Выполняйте договоренности с центром, психологом и врачом. Профилактика эффективна только при непрерывности помощи.
- При прямых высказываниях о желании умереть, наличии плана или попытке немедленно обращайтесь за профессиональной помощью.

Экстренный контакт: Детский телефон доверия 8-800-2000-122.
Региональные службы и телефоны центра вносятся учреждением дополнительно.

Форма первичной беседы с подростком

Форма используется специалистом по социальной работе при первичном контакте. Вопросы задаются в спокойной форме, без давления и без публичного обсуждения ответов. При признаках высокого риска беседа прекращается как диагностическая процедура и переводится в режим немедленной помощи.

Блок беседы	Примерные вопросы	Что фиксируется специалистом
Безопасный контакт	Как ты сейчас себя чувствуешь в центре? Есть ли взрослый, с кем тебе легче разговаривать?	Готовность к контакту, уровень тревоги, наличие безопасного взрослого
Семейная ситуация	С кем из близких ты можешь спокойно поговорить? Есть ли дома ситуации, которых ты боишься?	Семейные ресурсы, конфликты, возможная небезопасность контакта
Школа и сверстники	Как складываются отношения с одноклассниками? Бывают ли ситуации травли или унижения?	Школьная дезадаптация, буллинг, социальная изоляция
Цифровая среда	Бывают ли угрозы, травля или неприятные сообщения в сети? Есть ли контент, после которого становится хуже?	Кибербуллинг, опасный контент, зависимость от онлайн-оценки
Ресурсы	Что помогает тебе успокоиться? Чем тебе интересно заниматься? Какие планы хотелось бы сохранить?	Интересы, навыки самопомощи, цели, позитивные связи
Обращение за помощью	Кому ты можешь сказать, если станет тяжело? Какую фразу тебе легче использовать?	Навык просьбы о помощи, карта контактов, потребность в сопровождении

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Лист наблюдения за адаптацией подростка в СРЦН

Лист наблюдения заполняется воспитателем и специалистом по социальной работе в первые дни пребывания подростка, а затем уточняется по мере необходимости. Форма не заменяет психологическую диагностику, но помогает своевременно заметить социальные и поведенческие признаки неблагополучия.

Период наблюдения	Поведенческие признаки	Эмоциональные признаки	Социальные контакты	Действия специалиста
1-й день	Ориентация в правилах, реакция на размещение, соблюдение режима	Тревога, растерянность, раздражительность, подавленность	Контакт со взрослыми, реакция на сверстников	Первичная беседа, разъяснение правил, определение безопасного взрослого
2–3-й день	Участие в режиме, сон, питание, активность, избегание занятий	Перепады настроения, плаксивость, вспышки агрессии, апатия	Стремление к изоляции или конфликтность	Наблюдение, уточняющая беседа, передача сведений психологу при необходимости
4–7-й день	Стабилизация или ухудшение поведения, участие в деятельности	Снижение/усиление тревоги, высказывания о будущем	Появление доверительного контакта, участие в группе	Карта риска, карта ресурсов, решение о маршруте сопровождения
Повторно	Резкие изменения поведения, отказ от интересов, опасные действия	Безнадежность, самообвинение, выраженная подавленность	Разрыв контактов, уход в изоляцию, конфликты	Консилиум, план безопасности, межведомственная маршрутизация

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Форма протокола междисциплинарного консилиума

Протокол оформляется при выявлении умеренного или высокого уровня профилактического внимания. В документ включаются только сведения, необходимые для организации помощи и защиты подростка.

Раздел протокола	Содержание
Дата и состав участников	Ф. И. О. специалистов, должности, основание для проведения консилиума
Шифр подростка	Обезличенное обозначение или данные в соответствии с локальными правилами учреждения
Краткое описание ситуации	Причина обсуждения, выявленные признаки риска, обстоятельства поступления
Факторы риска	Семейные, школьные, цифровые, поведенческие, биографические факторы
Защитные ресурсы	Поддерживающие взрослые, интересы, навыки обращения за помощью, безопасные места
Уровень профилактического внимания	Низкий, умеренный или высокий уровень с кратким обоснованием
Решения консилиума	Индивидуальная работа, консультация психолога, медицинская маршрутизация, семейная работа, ограничения риска
Ответственные и сроки	Кто выполняет каждое действие и в какой срок
Контроль исполнения	Дата повторного обсуждения, отметка о выполнении решений, дальнейший маршрут

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Лист итоговой оценки результативности проекта «Ресурс жизни»

Форма используется после завершения основного цикла проекта для сопоставления исходных данных социального скрининга и изменений в защитных ресурсах. Итоговая оценка проводится обезличенно.

Критерий оценки	Исходное состояние	Итоговое состояние	Источник данных	Комментарий специалиста
Наличие значимого взрослого для обращения			карта ресурсов, беседа	
Знание телефонов и адресов помощи			анкета обратной связи	
Готовность сообщить взрослому о кризисном состоянии			индивидуальная беседа	
Снижение выраженности семейного стрессора			семейная встреча, консилиум	
Снижение школьной или групповой дезадаптации			наблюдение, сведения школы	
Навыки саморегуляции и безопасной паузы			занятие, самоотчет подростка	
Наличие маршрута сопровождения после выбытия			протокол консилиума	

По итогам заполнения специалист кратко фиксирует усиленные ресурсы, сохраняющиеся риски и необходимые дальнейшие действия.

Карта постреабилитационного маршрута подростка

Карта оформляется при подготовке подростка к выбытию из социально-реабилитационного центра и обеспечивает преемственность помощи между учреждением, семьей, образовательной организацией, медицинскими и иными службами системы профилактики.

Направление сопровождения	Конкретное действие	Ответственный	Срок / контрольная дата
Семья / законные представители	Провести итоговую беседу о признаках кризиса и правилах поддержки	специалист по социальной работе	
Образование	Передать информацию о необходимости педагогического сопровождения в допустимом объеме	социальный педагог	
Психологическая помощь	Определить возможность продолжения консультаций после выбытия	психолог / внешний специалист	
Медицинская маршрутизация	Организовать обращение к врачу при наличии показаний	медицинский работник	
Безопасность	Уточнить условия проживания, контакты взрослых и ограничения опасных ситуаций	команда сопровождения	
Контрольный контакт	Проверить выполнение первых шагов маршрута	специалист по социальной работе	

В карте фиксируются только действия, необходимые для безопасности, социальной поддержки и продолжения профилактического сопровождения; избыточные сведения о личных переживаниях подростка не включаются.