



**POMOC  
ADOLESCENTIMA  
DA NAPREDUJU**



# Smernice za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i preventivne intervencije



unicef  
za svako dete

**POMOĆ**  
ADOLESCENTIMA  
**DA**  
**NAPREDUJU**

# Smernice za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i preventivne intervencije



**Smernice za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i preventivne intervencije:  
pomoći adolescentima da napreduju**

ISBN 978-86-80902-47-0 (elektronska verzija)  
ISBN 978-86-80902-46-3 (verzija za štampu)

© UNICEF u Srbiji, 2021.

Ovaj prevod nije izradila Svetska zdravstvena organizacija (SZO), tako da ona nije odgovorna za sadržaj ili tačnost prevoda. Originalna publikacija na engleskom jeziku Helping Adolescents Thrive HAT – Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2020. Licenca: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, smatra se obavezujućom i izvornom.

Prevod je dostupan pod licencom Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 CC BY-NC-SA 3.0.

Dizajn: L'IV Com Sàrl

# Sadržaj

<b>Predgovor</b>	v
<b>Izrazi zahvalnosti</b>	vi
<b>Sažetak</b>	viii
Kontekst	viii
Cilj, obim i ciljna publika	viii
Metodologija izrade smernica	ix
Ključna pitanja	x
Rezime preporuka	xi
<b>Uvod</b>	1
Kontekst	1
Područje primene smernica	3
<b>Proces izrade smernica</b>	7
Upravljačke strukture	7
Izjave o interesima i upravljanje sukobom interesa	8
Saradnja sa spoljnim partnerima	8
Utvrđivanje ključnih pitanja i ishoda	9
Utvrđivanje, procena i sinteza dostupnih dokaza	9
Upravljanje grupnim procesima i donošenje odluka	10
Poverljivost	10
<b>Dokazi i preporuke</b>	11
Opšta razmatranja svih ključnih pitanja	11
Pitanje 1: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije za sve adolescente kako bi se poboljšalo poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja, sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i samoubistva i smanjilo rizično ponašanje?	14
Pitanje 2a: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno nasilju) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	16
Pitanje 2b: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno ekstremnom siromaštvo) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	18
Pitanje 2c: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno humanitarnim vanrednim situacijama) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	20
Pitanje 3: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	22

Pitanje 4: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	24
Pitanje 5: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa emocionalnim problemima kako bi se sprečili nastanak mentalnih poremećaja (uključujući i pogoršanje mentalnih bolesti koje se mogu dijagnostikovati), samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	26
Pitanje 6: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja kako bi se sprečili poremećaji ponašanja, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?	28
<b>Primena smernica</b>	<b>30</b>
Razmatranje primene	30
Praćenje i ocenjivanje kvaliteta i primene smernica	31
Podrška lokalnoj adaptaciji	31
<b>Distribucija smernica i planovi za njihovo ažuriranje</b>	<b>32</b>
Objavljivanje i distribucija	32
Planovi za ažuriranje smernica	32
<b>Prilog 1: Članovi grupe za izradu smernica i eksterne grupe za pregled</b>	<b>33</b>
<b>Prilog 2: Izjave o sukobu interesa</b>	<b>35</b>
<b>Prilog 3: Ključna pitanja</b>	<b>39</b>
<b>Prilog 4: Metodologija pregleda</b>	<b>42</b>
<b>Prilog 5: Primena GRADE pristupa</b>	<b>52</b>
<b>Prilog 6: Sažeci dokaza po ključnim pitanjima</b>	<b>55</b>
<b>Prilog 7: Nedostaci u istraživanju i prioriteti</b>	<b>92</b>
<b>Literatura</b>	<b>94</b>
<b>Veb prilog. GRADE dokazni profili i tabele obuhvaćenih studija</b>	
<a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336655/9789240012059-eng.pdf">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336655/9789240012059-eng.pdf</a>	

# Predgovor

Adolescencija je jedna od faza ljudskog razvoja koja čoveka najbrže i najviše formira. U toku tog perioda adolescenti stiču znanje i socijalno-emocionalne veštine i razvijaju osobine i sposobnosti koje su važne za preuzimanje uloga odraslih i za aktivan doprinos društvu. Do 50% svih stanja mentalnog zdravlja započinje pre navršene 14. godine života, a jedan od pet adolescenata doživi mentalni poremećaj svake godine. Samoubistvo je jedan od tri vodeća uzroka smrti kod starijih adolescenata. Zatim, loše mentalno zdravlje adolescenata povezano je sa nizom visokorizičnih ponašanja, uključujući samopovređivanje, konzumiranje duvana, alkohola i supstanci, rizična seksualna ponašanja i izloženost nasilju, čije posledice traju tokom čitavog života i imaju ozbiljne implikacije.

Pandemija kovida-19 ozbiljno je uticala na blagostanje mlađih ljudi i dovela je do povećanog rizika od samoubistva, upotrebe supstanci i drugih problema mentalnog zdravlja. Mlađi ljudi sami ističu da ih kod ove pandemije najviše zabrinjava cena koju plaćaju svojim mentalnim zdravljem.

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) posvećena je podršci državama članicama u unapređenju mentalnog zdravlja i blagostanja u pravcu postizanja cilja 3.4 Ciljeva održivog razvoja (SDG). Ove smernice, čiji je cilj informisanje o mentalnom zdravlju adolescenata i sprečavanje problema sa mentalnim zdravljem, samopovređivanja, upotrebe supstanci i drugih visokorizičnih ponašanja, prvi su proizvod paketa Pomoć adolescentima da napreduju (HAT), koji će biti dopunjeno nizom alatki za primenu, poput HAT alatke Dečijeg fonda Ujedinjenih nacija (UNICEF)/SZO o programskim smernicama. HAT paket podržaće operacionalizaciju Globalne strategije za zdravlje žena, dece i adolescenata (2016–2030), koja prepoznaje adolescente kao ključne činioce u postizanju ciljeva održivog razvoja, i olakšaće aktivnosti države u skladu sa preporukama dokumenta *Globalna ubrzana akcija za zdravlje adolescenata (AA-HA!): smernice za podršku primeni u zemlji*, koji je izradila SZO u partnerstvu sa drugim organizacijama Ujedinjenih nacija. Takođe će doprineti primeni sveobuhvatnog *Akcionog plana za mentalno zdravlje* SZO 2013–2020 (čije je važenje produženo do 2030), koji identificuje mentalno zdravlje dece i adolescenata kao prioritetu oblasti.

Ove smernice su putokaz kako da prilike za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju bolesti sprovedemo u delo. One pružaju preporuke zasnovane na dokazima o psihosocijalnim intervencijama unapređenja i prevencije za adolescente uzrasta 10–19 godina, koje se mogu primeniti u školama, zdravstvenim ustanovama, zajednicama ili putem digitalnih platformi. Posebna pažnja je posvećena adolescentima kod kojih postoji povećani rizik od mentalnih poremećaja ili samopovređivanja i adolescentima koji pokazuju rane znake i/ili simptome emocionalnih i/ili bihevioralnih problema. HAT smernice će podržati poboljšanje blagostanja i funkcionalnosti adolescenata i pomoći će da se smanji patnja usled problema sa mentalnim zdravljem i samopovređivanja kod adolescenata.

Podstičemo vlade, nadležne za planiranje u oblasti obrazovanja, zdravstva i drugih usluga, zajedno sa mlađima i njihovim porodicama, da koriste ove smernice kao alatku za unapređenje mentalnog zdravlja i blagostanja adolescenata.

Dr Zsuzsanna Jakab,  
zamenik generalnog direktora  
Svetske zdravstvene organizacije

# Izrazi zahvalnosti

## Grupa za izradu smernica (GDG)

Nick Allen, Univerzitet u Oregonu, Sjedinjene Američke Države (SAD); Steve Allsop, Saradnički centar SZO za prevenciju zloupotrebe alkohola i droga, Nacionalni institut za istraživanje droga, Univerzitet Curtin, Australija; Gracy Andrew, Sangath, Indija; Dixon Chibanda, Univerzitet u Zimbabveu, Zimbabwe; Pim Cuijpers, Univerzitet Vrije Amsterdam, Holandija; Rabih El Chamrai, Ministarstvo javnog zdravlja, Liban; Sarah Harrison, Međunarodni komitet Crvenog krsta, Danska; Andres Herrera, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Nikaragva; Mark Jordans, War Child, Holandija; Chisina Kapungu, Međunarodni centar za istraživanje žena, SAD; Eugene Kinyanda, Savet za medicinska istraživanja / Institut za istraživanje virusa, Uganda; Krik Lund, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika (*predsedavajući*); Yutaka Motohashi, Saradnički centar SZO za istraživanje i obuku u sprečavanju samoubistava, Nacionalni institut za mentalno zdravlje, Japan; Olayinka Omygbodun, Univerzitet Ibadan, Nigerija; George Patton, Univerzitet u Melburnu, Australija; Atif Rahman, Fondacija za istraživanje humanog razvoja, Pakistan; Jacqueline Sharpe, Ministarstvo zdravlja, Trinidad i Tobago; Katherine Sorsdahl, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika; Anna Szczegielniak, Tarnowskie Gori, Poljska; Lakshmi Vijayakumar, Nacionalna uprava za bezbednost, zdravlje i životnu sredinu, Indija; Danuta Wasserman, Saradnički centar SZO za istraživanje, razvoj metoda i obuku u prevenciji samoubistava, Karolinska Institutet, Švedska; Wietse A. Tol, Johns Hopkins Bloomberg Fakultet za javno zdravlje, SAD.

## GRADE metodolozi

Corrado Barbui i Marianna Purgato, Univerzitet u Veroni, Italija.

## Spoljna grupa za pregled

Vladimir Carli, Saradnički centar SZO za istraživanje, razvoj metoda i obuku u prevenciji samoubistava, Karolinska Institutet, Švedska; Lucie Cluver, Univerzitet Oksford, Ujedinjeno Kraljevstvo Velike Britanije i Severne Irske; Delanjathan Devakumar, University College London, Velika Britanija; Daniel Fung, Međunarodno udruženje za dečju i adolescentsku psihijatriju i srodne profesije, Singapur; Charlotte Hanlon, Univerzitet Adis Abeba, Etiopija; Kanika Malik, Sangath, Indija; Lynette Mudekunye, Regionalna inicijativa za psihosocijalnu podršku, Južna Afrika; Monica Ruiz-Casares, McGill University, Kanada; Graham Thornicroft, King's College London, Ujedinjeno Kraljevstvo; Carmen Valle-Trabadelo, saradnica za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku, Save the Children; Shamsa Zafar, Akademija zdravstvenih usluga, Pakistan.

**Omladinska grupa za pregled:** Tasnia Ahmed, Bangladeš; Charity Giyava, Zimbabwe; Brian Mafuso, Zimbabwe; David Milambe, Malawi; William Yeung, ReachOut, Australija.

**Ističemo tehnički doprinos sledećih kolega iz UNICEF-a:** Liliana Carvajal, Cristina De Carvalho Eriksson i Joanna Lai, sedište UNICEF-a, Njujork, SAD.

## Upravni odbor SZO

### Opšta koordinacija

Tarun Dua, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci; Batool Fatima, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci; Aleksandra Fleischmann, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci; David Ross, Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata; Chiara Servili, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci.

### Osoblje iz sedišta SZO

Faten Ben Abdelaziz, Odeljenje za prevenciju nezaraznih bolesti; Wole Ameyan, Globalni programi za HIV, hepatitis i seksualno prenosive infekcije; Rajiv Bahl, Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata; Valentina Baltag, Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata; Anshu Banerjee, Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata; Lianne Marie Gonsalves, Odeljenje za reproduktivno zdravlje i istraživanje; Devora Kestel, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci; Berit Kieselbach, Odeljenje za nezarazne bolesti, nasilje i prevenciju povreda; Kid Kohl, Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata; Martina Penazzato, Odeljenje za HIV / AIDS; Vladimir Poznyak, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci; Mark van Ommeren, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci.

### Savetnici regionalnih kancelarija SZO

Nazneen Anwar, Regionalna kancelarija SZO za jugoistočnu Aziju; Florence Baingana, Regionalna kancelarija SZO za Afriku; Claudina Cayetano, Regionalna kancelarija SZO za Ameriku; Daniel Hugh Chisholm, Regionalna kancelarija SZO za Evropu; Khalid Saeed, Regionalna kancelarija SZO za istočni Mediteran; Martin Vandendyck, Regionalna kancelarija SZO za zapadni Pacifik.

## Tim za pregled i sintezu dokaza

Nina Abrahams, Olamide Akin-Olugbade, Melissa Bradshaw, Amanda Brand, Stefani du Toit, Sarah Gordon, Christina Laurenzi, GJ Melendez Torres, Sarah Skeen i Mark Tomlinson, Institut za zdravstvena istraživanja, Univerzitet Stellenbosch, Južna Afrika.

### Finansijska podrška

SZO zahvaljuje na finansijskoj podršci koju pruža Kanadska agencija za javno zdravlje i koju dobija kroz značajne dobrovoljne priloge.

# Rezime

## Dodatne informacije

Potreba da se usredsredimo na mentalno zdravlje adolescenata sve je uočljivija jer globalna zajednica nastoji da postigne Ciljeve održivog razvoja (SDG), posebno SDG 3: „Obezbediti zdrav život i promovisati blagostanje za sve uzraste” i SDG 10: „Smanjiti nejednakosti unutar i između država” (1). S obzirom na to da adolescenti čine 16% svetske populacije, od vitalne je važnosti da se pozabavimo glavnim pretnjama po njihovo zdravlje kako bi se Ciljevi održivog razvoja ostvarili (2).

Stanja mentalnog zdravlja čine značajan deo globalnog opterećenja bolestima tokom adolescencije i vodeći su uzrok smetnji kod mlađih. Skoro polovina svih stanja mentalnog zdravlja započinje pre navršene 14. godine života. Samoubistvo je jedan od tri vodeća uzroka smrti kod starijih adolescenata (3). Loše mentalno zdravlje u adolescenciji nagoveštava niz rizičnih ponašanja, uključujući samopovređivanje, korišćenje duvana, alkohola i drugih supstanci, rizična seksualna ponašanja i izloženost nasilju, čiji efekti traju i imaju ozbiljne posledice tokom čitavog života (4, 5).

Postoje višestruke mogućnosti za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti u adolescenciji, koje bi dugoročno i kratkoročno mogle biti od koristi mladim ljudima. Ovaj period života se smatra jednim od optimalnih vremenskih okvira za intervenciju, s obzirom na neuroplastičnost evidentnu u adolescenciji i priliku da se pristupi rešavanju problema sa mentalnim zdravljem i rizičnih ponašanja u trenutku kada većina njih nastupa (3).

## Cilj, obim i ciljna publika

*Smernice za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i preventivne intervencije: pomoći adolescentima da napreduju* (HAT smernice) pružaju preporuke zasnovane na dokazima u pogledu psihosocijalnih intervencija za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja kod adolescenata. Ove smernice, HAT priručnik UNICEF-a/SZO i druge srodne alatke za primenu imaju za cilj da podrže programe zasnovane na dokazima kako bi se postigao taj cilj. Svetska zdravstvena organizacija je HAT smernicama dala prioritet kao jednom od svojih globalnih javnih dobara za zdravlje.

Smernice se zasnivaju na dokazima iz studija o intervencijama za uzраст od 10 do 19 godina, a posebna pažnja je usmerena na: (i) univerzalne intervencije pružene neizabranim adolescentima, (ii) ciljane intervencije pružene adolescentima za koje se zna da su u povećanom riziku od mentalnih poremećaja ili samopovređivanja, zbog izloženosti specifičnim teškoćama (nasilju, siromaštvu i humanitarnim vanrednim situacijama), hroničnim bolestima (HIV/AIDS) i/ili posebnim životnim okolnostima (adolescentska trudnoća i/ili roditeljstvo) i (iii) indikovane intervencije pružene adolescentima koji imaju rane znake i/ili simptome emocionalnih problema i/ili problema u ponašanju, ali nemaju formalnu dijagnozu emocionalnog poremećaja i/ili poremećaja u ponašanju. Pri pregledu dokaza primarni ishodi od interesa bili su poboljšanje blagostanja i funkcionisanja, smanjenje simptoma i incidencije mentalnih poremećaja i smanjenje samopovređivanja kod adolescenata. Ostali ishodi od interesa su smanjeno rizično ponašanje (upotreba supstanci i agresija), duže zadržavanje u školi i zdravije seksualno i reproduktivno ponašanje.

Primarnu ciljnu publiku smernica čine nacionalni kreatori politika, planeri i rukovodioci vladinih i nevladinih zdravstvenih programa, zajedno sa ljudima koji rade u međunarodnim zdravstvenim i razvojnim agencijama.

## Metodologija izrade smernica

Razvoj smernica je u skladu sa standardnim procedurama SZO za izradu smernica (6). Dijagram u nastavku prikazuje sedam koraka koji čine proces razvoja.



Korak 6 podrazumeva primenu GRADE sistema za rangiranje i ocenjivanje (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE) za procenu kvaliteta dokaza u odnosu na koncept studije, rizik od pristrasnosti, nedoslednost, indirektnost, nepreciznost i rizik od pristrasnosti izveštavanja. Pouzdanost dokaza je prema tome okarakterisana kao visoka, umerena, niska ili vrlo niska. Za izradu tabelarnih rezimea korišćen je softver GRADE profiler (GRADEPro). Konačni izveštaj o pregledu dokaza predstavljen je u skladu sa PRISMA kontrolnom listom (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA) i GRADE okvirom za dokaze i odlučivanje za svako pitanje po PICO principu. Tokom koraka 7, Grupa za izradu smernica je sledila standardnu proceduru SZO da bi izradila preporuke zasnovane na pregledu dokaza (6). Njeni članovi su razmotrili relevantnost preporuka za različite adolescentske grupe i odnos koristi i štete za svaku intervenciju. Oni su uzeli u obzir vrednosti i preferencije, troškove i upotrebu resursa, zajedno sa drugim praktičnim pitanjima od značaja za pružaoce zdravstvenih usluga u zemljama sa niskim i srednjim prihodima (LMIC).

Da bi dali jaku preporuku, članovi Grupe za izradu smernica su morali da budu sigurni da poželjni efekti intervencije premašuju bilo koje neželjene efekte. Kada Grupa za izradu smernica nije bila sigurna u pogledu odnosa između poželjnih i neželjenih efekata, članovi su davali uslovnu preporuku. Jake preporuke podrazumevaju da bi većina adolescenata želela intervenciju i da bi trebalo da je dobije, dok uslovne preporuke podrazumevaju da mogu biti prikladne i druge opcije.

## Ključna pitanja

Grupa za izradu smernica je razmatrala dostupne dokaze i ostale relevantne informacije i raspravljala je o njima u vezi sa sledećih osam ključnih pitanja.

1. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije za sve adolescente kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja, sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i samoubistva i smanjilo rizično ponašanje?
- 2a. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno nasilju) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?
- 2b. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno ekstremnom siromaštvu) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?
- 2c. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno humanitarnim vanrednim situacijama) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?
3. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?
4. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?
5. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa emocionalnim problemima kako bi sprečili mentalni poremećaji (uključujući i napredovanje mentalnih bolesti koje je moguće dijagnostikovati), samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?
6. Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja kako bi se sprečili poremećaji ponašanja, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?

## Rezime preporuka

Na osnovu sinteze dokaza, a u postupku donošenja odluka na osnovu dokaza, Grupa za izradu smernica je razvila sledećih pet preporuka za intervencije na unapređenju i prevenciji u vezi sa mentalnim zdravljem kod adolescenata.

### Preporuka A

Za sve adolescente treba obezbediti univerzalno pružanje psihosocijalnih intervencija. Ove intervencije unapređuju razvoj mentalnog zdravlja i sprečavaju i smanjuju suicidalno ponašanje, mentalne poremećaje (poput depresije i anksioznosti), agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje i upotrebu supstanci.

**Snaga preporuke:** Jaka.

**Pouzdanost dokaza:** Niska.

**Važne napomene:** Na osnovu dostupnih dokaza, intervencije treba da obuhvate socijalno i emocionalno učenje, što može obuhvatiti komponente kao što su emocionalna regulacija, rešavanje problema, interpersonalne veštine, puna svesnost, assertivnost i upravljanje stresom (7).

**Obrazloženje:** Pouzdanost dokaza često je snižavana jer su studije bile podložne riziku od pristrasnosti zbog poteškoća u sprovođenju prikrivenih, „slepih“ intervencija i oslanjanja samo na ishode o kojima se samostalno izveštava, dok je u ovim vrstama interventnih studija uobičajena primena oba metoda. Međutim, data je jaka preporuka uprkos maloj pouzdanosti dokaza zahvaljujući relativnoj doslednosti rezultata studija i činjenici da značajne koristi znatno nadmašuju potencijalnu štetu. Pored toga, razmatranja vrednosti, izvodljivosti i ekonomičnosti dodatno su podržala takvu preporuku. Univerzalne intervencije u školama mogu se lakše primeniti i manje je verovatno da će izazvati stigmatizaciju u poređenju sa intervencijama koje zahtevaju skrining. Kada se sprovode u školama, intervencije mogu pomoći da se uključi veliki deo adolescenata i obuhvati širok spektar faktora rizika, a da se istovremeno pruže osnovne veštine za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje rizičnih ponašanja.

### Preporuka B

Psihosocijalne intervencije treba pružati adolescentima koji su pogodjeni humanitarnim vanrednim situacijama. Ove intervencije su posebno korisne za sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija, anksioznost i poremećaji povezani posebno sa stresom) i mogu se uzeti u obzir za smanjenje upotrebe supstanci u ovim populacijama.

**Snaga preporuke:** Jaka za smanjenje simptoma i/ili sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija, anksioznost i poremećaji povezani posebno sa stresom). Uslovna za smanjenje upotrebe supstanci.

**Pouzdanost dokaza:** Niska.

**Važne napomene:** Prethodna i stalna podrška adolescentima koji su izloženi humanitarnim vanrednim situacijama obuhvata širok spektar psihosocijalnih intervencija. Ovo odražava heterogenu prirodu iskustava u vezi sa vanrednim događajima. Stoga nalaze studija treba tumačiti vrlo pažljivo. Dostupni dokazi ukazuju da su upravljanje stresom, strategije opuštanja i briga za dobrobit realizatora komponente intervencije koje su najviše povezane sa efikasnošću. Za adolescente sa visokim nivoom izloženosti traumi, kognitivno-bihevioralna terapija usmerena na traumu (KBT) pokazala je pozitivne efekte u pogledu smanjenja simptoma depresije, anksioznosti i stresa (8, 9). Grupne KBT intervencije pokazale su pozitivna dejstva na simptome drugih adolescenata izloženih stresnim događajima (10).

**Objašnjenje:** Pouzdanost dokaza često je snižavana jer su studije bile podložne riziku od pristrasnosti zbog poteškoća u sprovođenju prikrivenih, „slepih“ intervencija i oslanjanja samo na ishode o kojima se samostalno izveštava, dok je u ovim vrstama studija o intervencijama uobičajena primena oba metoda. Međutim, data je jaka preporuka za psihosocijalne intervencije radi smanjenja simptoma mentalnih poremećaja, uprkos maloj pouzdanosti dokaza. Razlog je bio taj što su klinički relevantne očekivane koristi veće od potencijalne štete. Dalje, važne vrednosti, razmatranja o pravičnosti i izvodljivosti sugerisu da programi za sprečavanje mentalnih bolesti treba da daju prednost adolescentima izloženim humanitarnim vanrednim situacijama. Dokazi podržavaju ideju da bi svi adolescenti trebalo da imaju koristi od univerzalno pruženih psihosocijalnih intervencija. Visoka prevalencija mentalnih poremećaja među adolescentima izloženim humanitarnim vanrednim situacijama i ogroman jaz u dostupnosti tretmana u tim okruženjima čine potrebu za sprovođenjem psihosocijalnih intervencija sa ovom populacijom još važnijom. Međutim, važno je uzeti u obzir profil i izloženost adolescenata, s obzirom na heterogenost iskustava i okolnosti.

Većina studija sprovedena je u zemljama sa nižim i srednjim prihodima (LMIC), a trećina studija istraživala je intervencije osoba koje nisu specijalisti. Kao takvi, nalazi su direktno relevantni za okruženja u kojima živi većina adolescenata izloženih humanitarnim vanrednim situacijama.

### Preporuka C

Treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja, posebno radi unapređenja razvoja mentalnog zdravlja (mentalno funkcionisanje i mentalno blagostanje) i poboljšanja pohađanja škole.

**Snaga preporuke:** Uslovna.

**Pouzdanost dokaza:** Niska.

**Važne napomene:** Na osnovu dostupnih dokaza, programi za izgradnju kognitivno-bihevioralnih veština mogu se razmotriti za trudnice i majke adolescentskog uzrasta (11).

### Preporuka D

Indikovane psihosocijalne intervencije bi trebalo pružati adolescentima sa emocionalnim simptomima.

**Snaga preporuke:** Jaka za smanjenje simptoma depresije/anksioznosti i/ili sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija i anksioznost) i unapređenje razvoja mentalnog zdravlja. Uslovna za poboljšanje pohađanja škole.

**Pouzdanost dokaza:** Veoma niska.

**Važne napomene:** Na osnovu dostupnih dokaza, grupna KBT terapija može se uzeti u obzir za adolescente sa emocionalnim simptomima (12).

**Objašnjenje:** Pouzdanost dokaza često je snižavana jer su studije bile podložne riziku od pristrasnosti zbog poteškoća u sprovođenju prikrivenih, „slepih“ intervencija i oslanjanja samo na ishode o kojima se samostalno izveštava, dok je u ovakvim studijama o intervencijama uobičajena primena oba metoda. Međutim, data je jaka preporuka za smanjenje simptoma depresije i/ili anksioznosti i/ili sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija i anksioznost), kao i za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja kod adolescenata sa emocionalnim problemima. Takva preporuka je data uprkos vrlo maloj pouzdanosti dokaza. Razlog za preporuku je to što su koristi veće od potencijalne štete. Pored toga, razmatranje važnih vrednosti, pravičnosti i ekonomičnosti opravdava ulaganje u intervencije za ovu rizičnu grupu. Loše mentalno zdravlje kod adolescenata predstavlja ključni faktor rizika za fizičko i mentalno zdravlje kasnije u životu. Rana intervencija kod adolescenata koji već pokazuju emocionalne probleme pokazala se kao presudna u sprečavanju napredovanja problema sa mentalnim zdravljem i u optimizaciji zdravstvenih i životnih tokova.

### Preporuka E

Indikovane psihosocijalne intervencije bi trebalo pružati adolescentima sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja. Ove intervencije smanjuju agresivna, disruptivna i prkosna ponašanja, sprečavaju mentalne poremećaje (depresiju i anksioznost) i unapređuju razvoj mentalnog zdravlja. Intervencije treba izvoditi sa oprezom kako bi se izbegla povećana upotreba supstanci među adolescentima sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja.

**Snaga preporuke:** Uslovna.

**Pouzdanost dokaza:** Veoma niska.

**Važne napomene:** Prema dostupnim dokazima, efikasne psihosocijalne intervencije za adolescente koji su izloženi riziku od poremećaja ponašanja ili imaju dijagnozu poremećaja ponašanja često uključuju obuku za roditelje na osnovu pristupa socijalnog učenja te obuku za socijalno-kognitivno rešavanje problema i sticanje interpersonalnih veština za adolescente. Intervencije mogu da obuhvate i multimodalne intervencije za adolescente i njihove roditelje koje se zasnivaju na modelu socijalnog učenja (13).

## Uvod

### Kontekst

Na prelasku iz detinjstva u odraslo doba adolescenti doživljavaju brojne značajne fizičke, socijalne i psihološke promene (3). Tu spadaju brzi neurološki razvoj i s tim povezana osjetljivost na niz pozitivnih i negativnih uticaja (14). Pitanja poput siromaštva, sukoba, nasilja u zajednici, prisilnih migracija, rodne nejednakosti i humanitarnih vanrednih situacija mogu povećati verovatnoću da će adolescenti steći niz negativnih iskustava. Faktori kao što su rani i prisilni brakovi, rodno zasnovano nasilje, adolescentska trudnoća, loša ishrana, nezarazne i zarazne bolesti te napuštanje škole mogu predodrediti pojedince za poremećaje mentalnog zdravlja. Što je više faktora rizika kojima su adolescenti izloženi, to je veći potencijalni uticaj tih faktora rizika na njihovo mentalno zdravlje (14).

Mladi se suočavaju sa sve složenijim socijalnim, kulturnim i ekonomskim okruženjima i sve većim izazovima, uključujući porast prisilnog raseljavanja, migracija, nestabilnosti porodica, nejednakosti u prihodima, porast nivoa problema sa mentalnim zdravljem i nasilja (15). Problemi sa mentalnim zdravljem čine značajan deo globalnog opterećenja bolestima tokom adolescencije i predstavljaju vodeći uzrok smetnji kod mladih. Do 50% svih stanja mentalnog zdravlja započinje pre navršene 14. godine života. Samoubistvo je jedan od tri vodeća uzroka smrti kod starijih adolescenata (3). Loše mentalno zdravlje u adolescenciji nagoveštava niz rizičnih ponašanja, uključujući samopovređivanje, korišćenje duvana, alkohola i drugih supstanci, rizična seksualna ponašanja i izloženost nasilju, čiji efekti traju i imaju ozbiljne posledice tokom čitavog života.

Nejednakosti, uključujući one povezane sa siromaštvom i rodom, oblikuju sve aspekte zdravlja i blagostanja adolescenata. Nesrazmerno više su pogodjeni mladi u nepovoljnem položaju iz manjinskih i migrantskih zajednica, sa lošijim ishodima u pogledu mentalnog zdravlja i višim stopama nezaposlenosti i ranog napuštanja škole. Žene, posebno mlade devojke, suočavaju se sa dvostruko većim rizikom od pojave

čestih mentalnih poremećaja nego muškarci (16). Uz to, navodi se da je depresija dugotrajnija kod žena nego kod muškaraca (17). Ova veća prevalencija uobičajenih mentalnih bolesti takođe predstavlja odraz nezadovoljene potrebe za lečenjem mentalnih bolesti kod žena (18). Socio-kulturni faktori, kao što su niže obrazovanje, siromaštvo, izloženost porodičnom nasilju i zlostavljanju i mala moć odlučivanja, povećavaju rizik od depresije kod devojčica i žena (19).

Psihološki poremećaji povezani sa reproduktivnim problemima (kao što su fluktuacija hormona u vezi sa menstruacijom, predbračne ili neželjene trudnoće, abortusi, pobačaji, polno prenosive infekcije, nedostatak kontrole nad upotrebom kontracepcije, hirurški zahvati ili uklanjanje reproduktivnih organa, fistule i neplodnost) takođe igraju ulogu u povećanju osetljivosti devojčica na mentalne bolesti (20, 21). Adolescentsko roditeljstvo povezano je sa nizom nepovoljnih ishoda za mlade majke, uključujući probleme sa mentalnim zdravljem poput depresije i upotrebe alkohola i drugih supstanci. Takođe, postoji veća verovatnoća da će adolescentkinje majke postati siromašne i da će boraviti u socijalno i ekonomski ugroženim zajednicama i porodicama nego što je to slučaj kod majki koje su zrelije žene. Ove okolnosti mogu negativno uticati na mentalno zdravlje majki, roditeljstvo, ishode rasta i razvoja njihove dece i povećati rizik od zlostavljanja dece. S druge strane, stanja mentalnog zdravlja kod muških adolescenata izlažu ih velikom riziku od samoubistava, poremećaja ponašanja, upotrebe alkohola i supstanci i interpersonalnog nasilja (22).

Širok spektar glavnih strukturnih ili društvenih faktora izlaže adolescente i/ili određene podgrupe adolescenata riziku od mentalnog zdravlja koje je ispod optimalnog i od mentalnih poremećaja. Odnosi i veze sa roditeljima te odnosi sa vršnjacima i povezanost sa školom i drugim organizacijama u zajednici igraju vitalnu ulogu u razvoju mentalnog zdravlja i blagostanja adolescenata (23). Siromaštvo, migracije, kontrasti između iskustava adolescenata i njihovih težnji (što ponekad podstiču slike koje se viđaju u medijima) te rodne norme takođe utiču na mentalno zdravlje adolescenata. Adolescencija je vreme tranzicije između detinjstva i zrelosti u kojem se mladi ljudi suočavaju sa plodnošću, seksualnošću i naglim pubertetskim promenama, što dovodi do zabrinutosti zbog spoljašnjeg telesnog izgleda. Mnoštvo društvenih normi može dovesti adolescente u povećani rizik od poremećaja mentalnog zdravlja. Među tim normama su rani i prisilni brakovi (obično devojaka adolescentkinja) i nasilje od strane seksualnog i intimnog partnera (obično nad devojkama i mladim ženama koje su u periodu adolescencije). Tu spadaju i društvene norme koje uključuju druge vrste rizika, kao što su upotreba alkohola i drugih supstanci i nebezbedne seksualne prakse (posebno među mladićima).

## Od preživljavanja i napredovanja do mentalnog zdravlja adolescenata

Poslednjih godina raste svest o važnosti mentalnog zdravlja adolescenata kao globalnog zdravstvenog i razvojnog prioriteta. Ciljevi održivog razvoja (SDG), u okviru potpisa 3.4, sadrže obećanje da će se „do 2030. smanjiti za jednu trećinu prevremenim mortalitet od neprenosivih bolesti kroz prevenciju i lečenje i unaprediti mentalno zdravlje i blagostanje“ (1). Da bi došlo do priznanja da postoji neiskorišćeni potencijal adolescenata za pokretanje promena, oni su bili uključeni u ažuriranu *Globalnu strategiju za zdravlje žena, dece i adolescenata* (2016–2020) (24). Ova strategija u svom pristupu sadrži agendu „Preživi, napreduj i transformiši“ i opisuje trenutni program za postizanje najvišeg mogućeg standarda zdravlja i blagostanja za decu i adolescente. Ona se fokusira na smanjenje smrtnosti, promociju razvoja i transformaciju globalnog konteksta (25). Uz to, ona obuhvata i optimizaciju mentalnog zdravlja, blagostanja i fizičkog zdravlja kako bi se socijalne i ekonomске mogućnosti poboljšavale tokom celog života.

## Odgovor SZO

Sveobuhvatni *Akcioni plan za mentalno zdravlje 2013–2020* i *Globalna ubrzana akcija za zdravlje adolescenata (AA-HA!)* nude strategije koje mogu da posluže kao smernice za planiranje, sprovođenje i praćenje akcija za poboljšanje mentalnog zdravlja mladih na nacionalnom nivou (3, 26).

Na operativnom nivou, Vodič za intervencije u okviru GAP za očuvanje mentalnog zdravlja (mhGAP) Svetske zdravstvene organizacije nudi smernice pružaocima usluga koji nisu stručnjaci u vezi sa načinom procene mentalnih i neuroloških stanja i poremećaja koji se odnose na upotrebu supstanci kod adolescenata, kao i u vezi sa upravljanjem tim stanjima i poremećajima (27).

Ove smernice za pomoć adolescentima da napreduju (HAT smernice) dopunjuju mhGAP vodič za intervencije tako što nude globalne preporuke zasnovane na dokazima o intervencijama za unapređenje i prevenciju koje se tiču očuvanja mentalnog zdravlja adolescenata. UNICEF i SZO takođe pripremaju i HAT priručnik za pružanje podrške u primeni preporuka smernica u praksi. Priručnik opisuje strategije za sprovođenje sredinskih, porodičnih i individualnih intervencija kako bi se osiguralo optimalno mentalno zdravlje kod adolescenata.

## Područje primene smernica

### Glavni i specifični ciljevi smernica

Cilj HAT smernica je da pruže globalne preporuke zasnovane na dokazima o psihosocijalnim intervencijama za promociju mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poremećaja, samopovređivanja i drugih rizičnih ponašanja kod adolescenata. Smernice uzimaju u obzir i druge relevantne zdravstvene i obrazovne rezultate.

Zajedno sa HAT priručnikom, ove smernice podržće izradu programa zasnovanih na dokazima za promotivne i preventivne intervencije mentalnog zdravlja namenjene adolescentima. One će informisati one koji se bave razvojem politike, planiranjem usluga i jačanjem zdravstvenih i obrazovnih sistema. To će zauzvrat ojačati kapacitete zemalja za primenu AA-HA! smernica (3), sveobuhvatnog akcionog plana za mentalno zdravlje 2013–2020 (26) i drugih relevantnih strategija i planova.

### Tip smernica

Ovo je standardni dokument smernica SZO. U skladu je sa standardnim procedurama SZO za izradu smernica (6).

### Populacija od interesa

U populaciju od interesa spadaju svi adolescenti (10–19 godina). Posebna pažnja je posvećena (i) adolescentima kod kojih je povećan rizik od mentalnih poremećaja ili samopovređivanja zbog izloženosti specifičnim teškoćama (poput nasilja, siromaštva i humanitarnih vanrednih situacija), hroničnih bolesti (HIV/AIDS) i/ili posebnih životnih okolnosti (adolescentska trudnoća) te (ii) adolescentima koji imaju rane znake i/ili simptome emocionalnih problema i/ili problema u ponašanju, ali nemaju formalnu dijagnozu emocionalnog poremećaja i/ili poremećaja u ponašanju.

## Intervencije od interesa

Preporuke HAT smernica usredsređene su na psihosocijalne intervencije za prevenciju i unapređenje koje su usmerene na mentalno zdravlje adolescenata.

Preventivne intervencije se „razlikuju od lečenja, ali su komplementarne s njim i kao zajednički cilj imaju smanjenje uticaja mentalnih, emocionalnih i bihevioralnih poremećaja (MEB) na zdrav razvoj dece i mladih“ (28). Psihosocijalne intervencije mogu se definisati kao „međuljudske ili informativne aktivnosti, tehnike ili strategije koje ciljaju biološke, bihevioralne, kognitivne, emocionalne, interpersonalne, socijalne ili ekološke faktore sa ciljem da se poboljšaju zdravstveno funkcionisanje i blagostanje“ (29). Psihosocijalne intervencije koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa, za poboljšanje psihosocijalnog blagostanja i smanjenje rizika od loših ishoda mentalnog zdravlja (30). Takve intervencije obuhvataju programe koji ciljaju adolescente pojedinačno ili u grupama, odnosno njihove staratelje i porodice. Intervencije se mogu usredsrediti na škole, zajednice (uključujući i one u humanitarnom kontekstu, kao što su izbeglički kampovi), domove zdravlja ili porodične domove. Intervencije mogu biti onlajn, digitalne ili mogu predstavljati kombinaciju svega navedenog. Intervencije mogu pružati i pojedinci, kao što su nastavnici, medicinski i nemedicinski stručnjaci, radnici u zajednici, laici i vršnjaci.

Smernice ne obuhvataju biološke intervencije (poput farmakoterapije) ili one kojima je cilj samo modifikovanje strukturnog konteksta adolescenta (bez ikakvog psihološkog ili psihosocijalnog programskog sadržaja). Pregledi, međutim, obuhvataju procene akcija koje kombinuju psihosocijalne i strukturne intervencije.

Pitanje 1 po PICO modelu (populacija, intervencija, komparator, ishod) obuhvata univerzalno sprovedene preventivne intervencije, koje su u stvari programi namenjeni celokupnoj populaciji adolescenata i dizajnirane su tako da budu od koristi svima. PICO pitanja 2–4 obuhvataju selektivne ili ciljane preventivne intervencije usredsređene na pojedince ili zajednice kod kojih se javlja rizik od razvoja mentalnih zdravstvenih problema ili rizičnih ponašanja zbog faktora kao što su siromaštvo, zdravstveni status (uključujući HIV i trudnoću), migracioni status i izloženost nasilju. PICO pitanja 5 i 6 obuhvataju indikovane intervencije za preventivne programe usmerene na adolescente koji su odabrani da učestvuju u studiji jer imaju simptome mentalnog poremećaja ili visokorizičnog ponašanja.

## Komparatori

Članovi tima za pregled su uporedili intervencije sa uobičajenom negom, što je u nekim slučajevima značilo da nema nege i/ili nema intervencije.

## Ishodi od interesa

Ishodi su varirali u zavisnosti od PICO pitanja. Primarni ishodi od interesa su poboljšanje blagostanja i funkcionisanja adolescenata te smanjenje simptoma i pojava mentalnih poremećaja i samopovređivanja kod adolescenata. Ostali ishodi od interesa odnose se na smanjeno rizično ponašanje (upotreba supstanci i agresija), poboljšano zadržavanje u školi te zdravije seksualno i reproduktivno ponašanje.

## Ciljna publika

Primarnu ciljnu publiku smernica čine nacionalni kreatori politika, planeri i rukovodioci vladinih i nevladinih zdravstvenih programa, kao i ljudi koji rade u međunarodnim zdravstvenim i razvojnim agencijama. Smernice se mogu prilagođavati i širiti kako bi ih koristili i zdravstveni, obrazovni i socijalni radnici. Tu spadaju predstavnici nevladinih organizacija, organizacija sa sedištem u zajednici, lekari opšte

prakse, medicinske sestre, zdravstveni radnici i radnici zaduženi za razvoj u zajednici, socijalni radnici, nastavnici, zdravstveni radnici u školi, akteri dečje zaštite te omladinski i vršnjački lideri koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, školama i zajednicama.

## Druge relevantne smernice i alatke SZO

SZO ima čitav niz drugih smernica, postojećih ili u pripremi, koje nude pristupe za unapređenje blagostanja i sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i/ili drugog ponašanja rizičnog po zdravlje među adolescentima. Neki od pristupa su relevantni za sve adolescente. Ostali se odnose na određene populacije adolescenata, poput onih koji žive sa HIV-om, trudnih adolescentkinja ili adolescenata roditelja (Tabela 1).

**Tabela 1: Relevantne postojeće i planirane smernice u vezi sa mentalnim zdravljem adolescenata**

Naziv	Opis	Pristup
<b>mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2017 (27).</b>	mhGAP vodič za intervenciju pruža smernice za procenu prioritetnih mentalnih i neuroloških poremećaja i poremećaja povezanih sa upotrebom supstanci, uključujući i one koji su započeli tokom detinjstva i adolescencije, kao i za upravljanje njima. Vodič za intervenciju mhGAP sadrži preporuke za intervencije koje se odnose na unapređenje i prevenciju, poput školskih i drugih intervencija za sprečavanje samoubistava i obuku o životnim veštinama za decu i adolescente.	<p>skenirajte ovde</p>  <p><a href="https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/">https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/</a></p>
<b>Smernice za zdravstvene usluge u školi ili u vezi sa školom koje pruža zdravstveni radnik (u planu) (31).</b>	Smernice za školske zdravstvene usluge obuhvatiće aspekte mentalnog zdravlja i sprečavanja upotrebe lekova, kao i nege, te usluge rehabilitacije kada ih pruža zdravstveni radnik, bilo u školama bilo u saradnji sa školama.	<p>Još nije dostupno</p>
<b>Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija 2017 (32).</b>	Ova smernica se fokusira na seksualno reproduktivno zdravlje i prava žena koje žive sa HIV-om. Smernica obuhvata nekoliko aspekata mentalnog zdravlja, na primer, uticaj dijagnoze HIV-a na mentalno zdravlje, visoku prevalenciju poteškoća u mentalnom zdravlju koje navode žene koje žive sa HIV-om ili probleme kao što su stigma, strah i diskriminacija, što će biti relevantno za sadašnje smernice.	<p>skenirajte ovde</p>  <p><a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf?sequence=1</a></p>
<b>Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2015 (33).</b>	Ova smernica sadrži preporuke o efikasnim intervencijama za promociju zdravlja radi poboljšanja zdravstvenih ishoda majki i novorođenčadi, a posebno ispituje intervencije koje se odnose na veću potražnju za kvalifikovanom negom tokom trudnoće, porođaja i nakon porođaja.	<p>skenirajte ovde</p>  <p><a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf;jsessionid=E9A5F93430BAE9FAC9A448E02EA7CFA1?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf;jsessionid=E9A5F93430BAE9FAC9A448E02EA7CFA1?sequence=1</a></p>
<b>Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2011 (34).</b>	Ove smernice ističu efikasne intervencije za sprečavanje rane trudnoće koje utiču na faktore kao što su rani brak, prinudni seks, nebezbedan pobačaj, pristup sredstvima za kontracepciju i pristup uslugama materinske zdravstvene zaštite za adolescentkinje.	<p>skenirajte ovde</p>  <p><a href="https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/">https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/</a></p>
<b>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2013 (35).</b>	Ovaj vodič pruža smernice zasnovane na dokazima pružaocima zdravstvenih usluga za odgovarajuće odgovore na nasilje intimnih partnera i seksualno nasilje nad ženama. To obuhvata kliničke intervencije i emocionalnu podršku.	<p>skenirajte ovde</p>  <p><a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/</a></p>

**Tabela 1** (nastavak)

Naziv	Opis	Pristup
<b>Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2017 (36).</b>	Ovaj vodič, koji je prvenstveno namenjen pružocima zdravstvenih usluga na prvoj liniji, nudi preporuke zasnovane na dokazima o kvalitetnoj kliničkoj nezi da decu i adolescente (do 18 godina) koji su bili ili su možda bili izloženi seksualnom zlostavljanju radi ublažavanja negativnih posledica po zdravlje i poboljšanja njihovog blagostanja. Vodič predlaže intervencije usmerene na psihološko i mentalno zdravlje za decu i adolescente koji su doživeli zlostavljanje i pruža sadržaj koji je komplementaran sa predloženim novim smernicama u vezi sa adolescentima izloženim specifičnim teškoćama.	skenirajte ovde  <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1</a>
<b>Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2019 (37).</b>	Ove smernice ispituju odgovore zdravstvenog sektora na zlostavljanje dece uzrasta od 0 do 17 godina. One nude preporuke deci koja su izložena fizičkom, emocionalnom zlostavljanju ili zanemarivanju te deci sa simptomima emocionalnih problema, problema u ponašanju ili posttraumatskog stresnog poremećaja. Međutim, ne postoje posebna razmatranja za starosnu grupu adolescenata. Zbog ograničenih dostupnih dokaza, mnoge preporuke su izvedene iz smernica mhGAP.	skenirajte ovde  <a href="https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment">https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment</a>
<b>Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija. 2016 (38).</b>	Ovaj vodič daje smernice za dijagnostikovanje HIV infekcije, upotrebu antiretrovirusnih lekova za lečenje i prevenciju HIV infekcije te za negu ljudi (dece, adolescenata i odraslih) koji žive sa infekcijom. Vodič naglašava da HIV pozitivna dijagnoza može imati posledice na mentalno zdravlje neke osobe, na primer, kroz povećanje rizika od depresije ili samoubistva. Takođe, u njemu se naglašava činjenica da pitanja mentalnog zdravlja mogu otežati ljudima da se pridržavaju antiretrovirusne terapije, kao i da antiretrovirusni lekovi mogu prouzrokovati neželjene efekte na mentalno zdravlje. Međutim, vodič ne daje preporuke o tome koje psihosocijalne intervencije treba koristiti za ublažavanje ovih rizika.	skenirajte ovde  <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1</a>
<b>Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2017 (39).</b>	Ovaj vodič nudi sveobuhvatan paket preporuka povezanih sa HIV-om koje su zasnovane na dokazima za ključne populacije, uključujući muškarce koji imaju seks sa muškarcima, ljude koji ubrizgavaju drogu, ljude u zatvorima i drugim okruženjima zatvorenog tipa, seksualne radnike i transrodne osobe. Poremećaji mentalnog zdravlja (depresija ili psihosocijalni stres) ističu se kao potencijalni komorbiditet HIV-a zbog kojeg bi mogle biti potrebne preventivne ili upravljačke intervencije. Međutim, vodič ne daje preporuke o tome koje psihosocijalne intervencije treba koristiti za ublažavanje ovih rizika.	skenirajte ovde  <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/</a>
<b>Global recommendations on physical activity for health. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2015 (40).</b>	Ovaj vodič ističe uticaj fizičke aktivnosti na zdravlje, pa i na mentalno zdravlje. Na primer, u njemu se pominje potreba za daljim istraživanjem fizičke aktivnosti kao kliničkog tretmana za ljude sa neprenosivim bolestima, uključujući mentalno zdravlje.	skenirajte ovde  <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1</a>
<b>Implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2018 (41).</b>	Ovaj vodič sažima preporuke SZO koje se bave lošom ishranom u svim oblicima kod adolescenata sa ciljem da se osigura zdrav život i blagostanje u ovoj grupi.	skenirajte ovde  <a href="https://www.who.int/nutrition/publications/effective-actions-improving-adolescent/en/">https://www.who.int/nutrition/publications/effective-actions-improving-adolescent/en/</a>
<b>WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2019 (42).</b>	Ovaj vodič predstavlja preporuke o novim digitalnim zdravstvenim intervencijama koje pomažu u poboljšanju zdravstvenih sistema. U njemu se preporučuje ciljana digitalna komunikacija sa klijentima za zdravstvena pitanja koja se tiču adolescenata (iako u istraživanju nisu izdvojena pitanja mentalnog zdravlja).	skenirajte ovde  <a href="https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/">https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/</a>

## Proces izrade smernica

### Upravljačke strukture

#### Upravni odbor SZO

Svetska zdravstvena organizacija je osnovala Upravni odbor kako bi pružila sveukupnu podršku razvoju smernica. Odbor su vodili Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci i Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata, zajedno sa predstvincima drugih relevantnih odeljenja i programa SZO. Upravni odbor SZO predložio je da se u Grupu za izradu smernica pozovu stručnjaci sa tehničkim i stručnim znanjem u pregledu i sintezi dokaza.

#### Grupa za izradu smernica

Članovi GDG po pozivu bili su naučnici, kreatori politika, kliničari i predstavnici organizacija civilnog društva sa multidisciplinarnom stručnošću u oblasti zdravlja adolescenata i mentalnog zdravlja. Za izbor i nominovanje članova GDG korišćene su različite metode. Među tim metodama su bile i traženje stručnjaka iz mhGAP i savetodavnih mreža za zdravstvenu zaštitu adolescenata i centara za saradnju sa SZO, kao i korišćenje internet pretrage za identifikovanje stručnjaka koji učestvuju u relevantnim procesima generisanja i sinteze dokaza. Geografska raznolikost i rodna ravnoteža odigrali su ulogu u imenovanjima, koja je Upravna odbor naknadno pregledao.

Po formiranju GDG, njeni članovi imenovali su predsedavajućeg. Uloga predsedavajućeg bila je da upravlja diskusijama među članovima GDG kako bi mogli da iznesu svoja gledišta, rezimiraju pitanja koja su proizašla iz diskusija i time postignu konsenzus. Kompletan lista članova GDG nalazi se u Prilogu 1.

## Spoljna grupa za pregled

Spoljna grupa za pregled imenovana je kako bi dala kolegijalnu ocenu sadržaja smernica. Kompletna lista članova je data u Prilogu 1. U Spoljnoj grupi za pregled bilo je i petoro mladih ljudi, čiji su stavovi imali jednaku težinu kao i stavovi ostalih članova Grupe. Oni su bili angažovani od početka procesa izrade smernica i dali su doprinos konceptualizaciji ovog dokumenta, a naknadno su pregledali okvirna pitanja i sadržaj smernica. Njihovi predlozi su pažljivo razmatrani tokom revizije dokumenta.

## Izjave o interesima i upravljanje sukobom interesa

Izjave o interesima su zatražene od svih:

- ▶ članova GDG,
- ▶ stručnjaka i spoljnih partnera uključenih u postupak pregleda dokaza,
- ▶ stručnjaka i spoljnih partnera uključenih u postupak pregleda profila dokaza.

Svim potencijalnim članovima GDG poslat je dopis u kome se od njih tražilo da popune obrazac izjave o interesima i prilože svoj CV. Od njih je zatraženo da daju saglasnost za objavljivanje sažetka izjava u smernicama. Upravni odbor SZO pregledao je izjave o interesima zajedno sa dodatnim informacijama (dobijenim pretraživanjem interneta i bibliografske baze podataka) i izvršio njihovu procenu da bi utvrdio postoji li nekakav sukob interesa i, ako postoji, da li bi zbog toga bio neophodan poseban plan upravljanja.

Sekretarijat SZO je primio na znanje sve potencijalne sukobe interesa i pripremio rezime. Na sastanku GDG u septembru 2019. godine Sekretarijat je rezimirao i predstavio Grupi za izradu smernica izjave o interesima. Svaki član GDG imao je priliku da ažurira ili dopuni svoju izjavu i bio je slobodan da iznese komentare ili izrazi zabrinutost u vezi sa deklarisanim interesima drugih članova. Tokom procesa razmatranja izjava o interesu nisu identifikovani značajni sukobi. Vidi Prilog 2 u kome se nalazi rezime izjava o interesima.

## Saradnja sa spoljnim partnerima

Institut za zdravstveno istraživanje životnog toka (Institute for Life Course Health Research) podržao je izradu smernica sprovođenjem pregleda i sinteze dokaza. Institut je deo Odeljenja za globalno zdravlje Univerziteta Stellenbosch u Južnoj Africi.

## Utvrđivanje ključnih pitanja i ishoda

Prilikom formulisanja ključnih pitanja za vođenje procesa sinteze dokaza korišćen je okvir PICO.

Ključna pitanja su identifikovana i finalizirana onako kako je prikazano u donjem dijagramu.

**Prikupljanje dokaza o promotivnim i preventivnim intervencijama za mentalno zdravlje adolescenata, što je podrazumevalo i specifičnu pretragu radi pronalaženja postojećih sistematskih pregleda**



**Mapiranje dostupnih smernica koje su relevantne za ovu temu**



**Izrada privremenih pitanja koja se istražuju uz korišćenje priručnika SZO za izradu smernica i prema okviru PICO (populacija, intervencija, komparator i ishod)**



**Sporazum metodologa i Upravljačke grupe SZO o pitanjima koja se istražuju**



**Prezentacija (okvirnih) pitanja koja se istražuju Grupi za izradu smernica na reviziju**

Konačni set PICO pitanja dat je u Prilogu 3.

## Utvrđivanje, procena i sinteza dostupnih dokaza

Korišćena je standardizovana metodologija sistematskog pregleda, u skladu sa postupkom opisanim u *Priručniku SZO za izradu smernica, drugo izdanje* (6). Protokol pregleda podeljen je sa članovima GDG i registrovan u bazi podataka PROSPERO (43), globalnoj bazi podataka sistematskih pregleda sa zdravstvenim ishodom koja se fokusira na zdravlje, socijalnu zaštitu i međunarodni razvoj.

To je podrazumevalo izradu protokola, uključujući procese i pojmove pretraživanja, kao i kriterijume za uključivanje i isključivanje populacija, intervencija, komparatora i ishoda za svako pitanje. Detaljan protokol dogovoren je nakon diskusija u kojima su učestvovali GDG, Upravljački odbor SZO, metodolog i Grupa za pregled dokaza. Kompletni detalji metodologije sistematskog pregleda dati su u Prilogu 4.

okvir za dokaze i odlučivanje GRADE (GRADE Evidence to Decision framework) korišćen je za procenu kvaliteta dokaza u odnosu na koncept studije, rizik od pristrasnosti, nedoslednost, indirektnost, nepreciznost i rizik od pristrasnosti izveštavanja. Pouzdanost dokaza je, u skladu s tim, okarakterisana kao visoka, umerena, niska ili vrlo niska. Za izradu rezime tabela korišćen je softver GRADE profiler (GRADEPro). Gde je to bilo moguće, ishodi su predstavljeni kao metaanaliza. Kompletni detalji o primeni okvirnog sistema GRADE dati su u Prilogu 5.

Konačni izveštaj o pregledu dokaza predstavljen je u skladu sa kontrolnom listom PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA). Uz okvir za dokaze i odlučivanje GRADE za svako pitanje po PICO principu, izveštaj o pregledu dokaza korišćen je kao osnova za izradu neutralnih preporuka uoči sastanka GDG održanog u septembru 2019. godine. Postojeće revizije imale su ograničenja, poput oslanjanja na istraživanje na engleskom jeziku i na neproporcionalno veliki broj prihvatljivih studija iz okruženja sa visokim prihodima (Australija, Evropa ili Severna Amerika).

## Upravljanje grupnim procesima i donošenje odluka

Izveštaj o pregledu dokaza i prateći profili dokaza poslati su Grupi za izradu smernica uoči sastanka i rezimirani su u prezentacijama tokom sastanka.

Grupa za izradu smernica je pregledala dokaze i izradila preporuke koristeći standardne tabele dokaza i odluka SZO. Na osnovu sistematskih pregleda, Grupa je razmotrila dokaze o potencijalnim koristima i štetama od intervencija. Grupa je takođe proučila pitanja dostupnosti resursa i izvodljivosti (uključujući intenzitet i trajanje intervencija, potrebe za obukom i infrastrukturom, pravne sisteme i starost za sticanje prava za davanje saglasnosti). Uz to, Grupa je uzela u obzir pitanja jednakosti i ljudskih prava (uključujući uočene stigme; rodne norme; prepreke za intervencije namenjene adolescentima, porodicama i rizičnim populacijama kao što su etničke manjine i adolescenti van škole; zakone i usluge o zaštiti dece; prepreke pristupu zbog prevelikih troškova i implikacija otkrivanja nezakonitog ponašanja). Grupa je raspravljala i o prihvatljivosti (stavova realizatora, preferencija adolescenata i njihovih porodica i predviđene stope napuštanja škole). Grupa je takođe razmotrila održivost (mogućnosti za uvođenje intervencija kao dela sveobuhvatnijih paketa za očuvanje zdravlja i razvoja adolescenata) i druge moguće vrednosti. Grupa je izvršila dalju potragu za dokazima u cilju informisanja za ova dodatna razmatranja. Reference za dostupne dokaze koji su korišćeni u ovim razmatranjima mogu se naći u Prilogu 6 (Rezime dokaza po ključnom pitanju). Kada raspoloživi dokazi nisu bili dovoljni, Grupa se oslanjala na stručna mišljenja svojih članova.

Svaki put kada bi svi članovi GDG dali podršku preporuci i njenoj formulaciji, to se smatralo konsenzusom. Postojao je protokol za glasanje u slučaju neslaganja, a dvotrećinska većina se smatrala dovoljnom. Međutim, to nije bilo potrebno ni za jedno ključno pitanje.

## Poverljivost

Od svih članova GDG, Spoljne grupe za pregled i tima za sistematski pregled zatraženo je da popune i potpišu standardni sporazum SZO o poverljivosti.

## Dokazi i preporuke

Za sva ključna pitanja, ovaj odeljak predstavlja sveobuhvatna razmatranja koja su proizašla sa sastanka GDG, kao i iz pregleda dokaza i okvira donošenja odluka. Tu se iznose i preporuke za svako od ključnih pitanja i razmatranja za istraživanje i primenu.

Za detaljne informacije o svim nalazima pregleda dokaza pogledajte Prilog 6.

Za detaljne informacije o obimu efekta i okviru GRADE pogledajte profile dokaza u veb prilogu (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336655/9789240012059-eng.pdf>). Ovaj dokument sadrži samo rezime informacija.

## Opšta razmatranja svih ključnih pitanja

### Razmatranja u vezi sa implementacijom

- Adolescenti imaju različite potrebe, osjetljivosti i potencijalne ishode, u zavisnosti od starosti, stadijuma razvoja i pola.
- Važno je uzeti u obzir odrednice mentalnog zdravlja i faktore rizika u lokalnom kontekstu, kao i potencijalne prepreke za pristup nezi. To će omogućiti pažljivo planiranje i sprovođenje inkluzivnih i prilagođenih strategija za obuhvat svih adolescenata, uključujući one sa invaliditetom, one koji žive u siromaštvu, adolescente van škole, siročad, adolescente iz manjinskih grupa, one koji pate od hroničnih zdravstvenih stanja, lezbijke, homoseksualce, biseksualce, transrodne i interseksualne (LGBTI) adolescente, trudne adolescentkinje, adolescente izložene nasilju te one koji su u vanrednim humanitarnim situacijama.

- Ostala komorbidna zdravstvena stanja i strukturne okolnosti mogu uticati na ishode promotivnih i preventivnih intervencija.
- Uključivanje porodica adolescenata i drugih zainteresovanih strana u pružanje psihosocijalnih intervencija je važno.
- Budući da su adolescenti mlađi od 18 ili 16 godina (u zavisnosti od nacionalne politike), odnosno mlađi od uzrasta potrebnog za davanje saglasnosti, veoma je važno da dobiju saglasnost roditelja ili zakonskog staratelja.
- Intervencije bi trebalo da se odvijaju paralelno sa kontinuiranim naporima na jačanju sistema u kojima se pružaju intervencije, uključujući zdravstvo, obrazovanje i kontekste zajednice.
- Intervencije treba sprovoditi putem različitih platformi. Važno je razmotriti kako se unapređenje mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih bolesti mogu integrisati u postojeće programe, poput onih koji ciljaju trudne adolescentkinje, adolescente izložene nasilju i adolescente koji žive sa HIV-om. Ovo će verovatno biti važno posebno u LMIC zemljama i humanitarnim kontekstima, kao i u drugim sredinama gde su resursi posebno oskudni. Na primer, ove aktivnosti bi se mogle uključiti u promociju mentalnog zdravlja u okviru postojećeg modula zdravstvenog obrazovanja u školama, kao deo nastave koju deci ili adolescentima pružaju verske grupe ili nevladine organizacije ili u antenatalnim ili postnatalnim sesijama koje se organizuju za trudne adolescentkinje ili mlade majke. Takođe je važno razmotriti da li bi laici uz odgovarajuću obuku, podršku i nadzor mogli da obavljaju kompletne intervencije ili bar neke njihove delove. Digitalne tehnologije pružaju konkretne mogućnosti za povećanje obuhvata promotivnih i preventivnih intervencija u pogledu mentalnog zdravlja adolescenata. Međutim, ovo zahteva da se reše pitanja osetljivosti sadržaja, privatnosti podataka i potencijalne štete od povećane izloženosti, kao i da se pažljivo razmotri njihov uticaj na pravičnost u pristupu nezi.
- Smislen i sistematičan angažman adolescenata u planiranju, razvoju, sprovođenju i evaluaciji intervencija može pomoći da one budu prihvatljivije za ovu grupu.
- Intervencije bi trebalo da pružaju obučeni facilitatori uz odgovarajuću podršku i nadzor.
- Psihosocijalne intervencije donose očekivane koristi kada se osmisle u skladu sa principima zasnovanim na dokazima i pažljivo sprovode, s dužnom pažnjom u pogledu intenziteta i doziranja tretmana, uz tačno pridržavanje svih detalja intervencije i visok kvalitet sprovođenja.
- Intervencije treba prilagoditi za upotrebu u novim oblastima, uzimajući u obzir kulturni kontekst svake lokacije.
- Neophodno je uzeti u obzir etička pitanja koja se tiču uzrasta maloletnog i/ili punoletnog adolescenta te pristanak roditelja i etičke aspekte intervencija sa maloletnicima. Konkretno, u osnovi svake psihosocijalne intervencije moraju postojati jasni zahtevi za potpuno informisani pristanak na dobrovoljno učešće, lišen svakog oblika prinude. Od vitalnog značaja je da se vreme poštuje poverljivost i da se vodi računa o najboljim interesima adolescenta.

## Razmatranja za istraživanje

- Dokazi iz LMIC zemalja nedovoljno su zastupljeni u bazi dokaza. Postoji kritična potreba za daljim istraživanjima i evaluacijom programa kako bi se poboljšalo znanje o efikasnosti, troškovima i sprovođenju intervencija u određenom kontekstu, uključujući okruženja sa oskudnim resursima ili visokim nivoom negativnih uticaja.
- Iako postoje dokazi o efikasnosti promotivnih i preventivnih intervencija u pogledu mentalnog zdravlja adolescenata, mnoge studije su imale velika metodološka ograničenja, što dalje naglašava potrebu za kvalitetnijim istraživanjima u ovoj oblasti.
- Potrebno je dalje istraživanje u vezi sa primenom kako bi se uspostavili optimalni i izvodljivi modeli obuke za realizatore koji pružaju promotivne i preventivne intervencije za adolescente.
- Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se identifikovale intervencije koje poboljšavaju putanje mentalnog zdravlja u osetljivim grupama, poput adolescenata koji su izloženi nasilju ili siromaštvo, onih iz manjinskih grupa, LGBTI adolescenata ili onih koji žive sa HIV-om/AIDS-om ili drugim hroničnim zdravstvenim stanjima.
- Potrebna su dodatna istraživanja o efektima, uključujući dodatne efekte, komponenata strukturnih intervencija. Primer bi moglo biti istraživanje koje bi se bavilo strukturnim socijalnim odrednicama mentalnog zdravlja adolescenata.
- Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se utvrdila efikasnost i ekonomičnost promotivnih i preventivnih intervencija u vezi sa mentalnim zdravljem u pogledu ishoda koji nisu povezani sa mentalnim zdravljem (uključujući seksualno i reproduktivno zdravlje, upotrebu supstanci i pohađanje škole) te u pogledu dugoročnih ishoda (uključujući ishode koji se tiču obrazovanja i zapošljavanja).
- Potrebna su dodatna istraživanja o uticaju uključivanja roditelja, staratelja i porodica u psihosocijalne intervencije i o najboljim strategijama za to.
- Mnoge studije rutinski isključuju adolescente sklene samoubistvu. S obzirom na visoku stopu smrtnosti koja je povezana sa samoubistvom u adolescenciji, buduća istraživanja treba da obuhvate adolescente sklene samoubistvu (uz odgovarajući etički nadzor), da izvrše procene intervencija za sprečavanje samoubistava i da istraže ishode samoubistava.
- Neophodno je poboljšati mehanizme izveštavanja za prikupljanje podataka, mehanizme promena i vrste intervencija. Jednako je važno poboljšati sprovođenje i širenje ovih vrsta intervencija u različitim okruženjima.
- Za buduće studije biće važno da o rezultatima izveštavaju prema polu i uzrastu.
- Potrebna je dodatna dokumentacija o resursima koji su neophodni za sprovođenje intervencija, posebno u okruženjima sa oskudnim resursima. Takođe su potrebne studije o mogućnosti da intervencije pružaju laici sa odgovarajućom obukom, podrškom i nadzorom.
- Od vitalne je važnosti da se pažljivo razmotre etičke implikacije istraživanja promotivnih i preventivnih intervencija za adolescente, između ostalog i u pogledu dobrovoljnosti učešća, anonimnosti podataka i upravljanja potencijalnim neželjenim štetama.

**Pitanje 1:**  
**Da li treba razmotriti  
psihičke intervencije za sve  
adolescente kako bi se poboljšao  
razvoj njihovog mentalnog  
zdravlja, sprečili mentalni  
poremećaji, samopovređivanje  
i samoubistvo i smanjilo rizično  
ponašanje?**

#### Populacija

Svi adolescenti.

#### Intervencija

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno njihovu kombinaciju. Ove intervencije će se pružati univerzalno.

#### Komparator

Uobičajena nega. Uobičajena ili rutinska nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

#### Kritični ishod

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

#### Važni ishodi

Rizična seksualna ponašanja i pohađanje škole.

## Kontekst

Univerzalne preventivne intervencije su one koje se primenjuju na čitave populacije bez obzira na njihov status rizika. Prednosti univerzalnih intervencija sastoje se u tome što se one obično sprovode u okruženjima koja prirodno obuhvataju veliki deo stanovništva, poput škola, a to rezultira niskim stopama osipanja (44, 45). Univerzalne intervencije pružaju priliku da se istovremeno cilja širok spektar faktora rizika, što je posebno relevantno u zemljama sa niskim primanjima, gde postoji veća verovatnoća da će adolescenti doživeti širok spektar neželjenih životnih događaja (45, 46).

Jednu od prednosti univerzalnih intervencija predstavlja to što čak ni vršnjaci ne mogu lako da identifikuju visoko rizične adolescente u svom okruženju. Sa indikovanim intervencijama, učesnici koji su pregledani zbog problema internalizujućih ili drugih simptoma mogu se povući iz odeljenja kako bi prisustvovali programu intervencije, što olakšava prepoznavanje učesnika kao različitih i potencijalno dovodi do povećane stigmatizacije (44, 45, 47, 48). Ovo zabrinjava adolescente koji su u razvojnom periodu u kojem su odnosi sa vršnjacima i socijalni položaj posebno izraženi i formativni (49). Direktori škola će verovatno i sami uvideti da su univerzalne intervencije lakše primenljive (47, 48, 50).

## Preporuka

### Preporuka A

Za sve adolescente treba obezbediti univerzalno pružanje psihosocijalne intervencije. Ove intervencije promovišu razvoj mentalnog zdravlja i sprečavaju i smanjuju samoubilačko ponašanje, mentalne poremećaje (poput depresije i anksioznosti), agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje i upotrebu supstanci.

**Snaga preporuke:** Jaka.

**Pouzdanost dokaza:** Niska.

**Važne napomene:** Na osnovu dostupnih dokaza, intervencije treba da obuhvate socijalno i emocionalno učenje, što može obuhvatiti komponente kao što su emocionalna regulacija, rešavanje problema, interpersonalne veštine, puna svesnost, asertivnost i upravljanje stresom (7).

**Objašnjenje:** Pouzdanost dokaza često je snižavana jer su studije bile podložne riziku od pristrasnosti zbog poteškoća u sprovođenju prikrivenih, „slepih“ intervencija i oslanjanja samo na ishode o kojima se samostalno izveštava, dok je u ovim vrstama interventnih studija uobičajena primena oba metoda. Međutim, data je jaka preporuka uprkos maloj pouzdanosti dokaza zahvaljujući relativnoj doslednosti rezultata studija i činjenici da značajne koristi znatno nadmašuju potencijalnu štetu. Pored toga, razmatranja vrednosti, izvodljivosti i ekonomičnosti dodatno su podržala takvu preporuku. Univerzalne intervencije u školama mogu se lakše primeniti i manje je verovatno da će izazvati stigmatizaciju u poređenju sa intervencijama koje zahtevaju skrining. Kada se sprovode u školama, intervencije mogu pomoći da se uključi veliki deo adolescenata i obuhvati širok spektar faktora rizika, a da se istovremeno pruže osnovne veštine za promociju mentalnog zdravlja i sprečavanje rizičnih ponašanja.

## Dodatna razmatranja

### Razmatranja u vezi sa sprovođenjem

- ⌘ Ove intervencije mogu se sprovoditi različitim kanalima (uključujući digitalne platforme, zajednice i domove zdravlja); međutim, većina intervencija procenjenih u ovom pregledu (70%) sprovedena je u školama.
- ⌘ Važno je koristiti multisektorski pristup, uključujući širi spektar zainteresovanih strana (kao što su zdravstvo, obrazovanje, zaštita mladih i dr.), i primenjivati koordinisane, višekomponentne intervencije.
- ⌘ Intervencije treba da budu kulturološki osetljive i da maksimalizuju upotrebu raspoloživih resursa, uključujući korišćenje modela podele zadataka.

### Razmatranja za istraživanje

- ⌘ Postoji hitna potreba da se istraže efekti jednakosti univerzalno pružanih intervencija za promociju mentalnog zdravlja u adolescentskim grupama koje se suočavaju sa ranjivošću i marginalizacijom ili socijalnom isključenošću (definisanim po polu, kao LGBTI grupe, pripadnici autohtonog stanovništva ili grupe izložene nasilju i/ili siromaštvu).

**Pitanje 2a:**

**Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno nasilju) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Adolescenti izloženi nasilju.

**Intervencija**

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup ili njihovu kombinaciju. Biće to ciljane intervencije, posebno usmerene na adolescente izložene negativnim okolnostima.

**Komparator**

Uobičajena nega. Uobičajena ili rutinska nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

**Ključni ishodi**

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

**Važni ishodi**

Rizična seksualna ponašanja i pohađanje škole.

## Kontekst

Nasilje nad decom je globalni problem, a procenjuje se da je milijardu dece uzrasta od 2 do 17 godina u poslednjih godinu dana doživelo neki oblik nasilja ili zanemarivanja (51). Od 2010. godine broj dece i adolescenata koji žive u zonama sukoba porastao je za 37%, dok je u istom periodu zabeležen porast verifikovanih ozbiljnih kršenja dečijih prava od 174% (52). Do sada je bilo mnogo opsežnih istraživanja o negativnim efektima nasilja na ishode mentalnog zdravlja dece, a sve veći broj tih istraživanja se usredstavlja na adolescente. Adolescenti koji su doživeli nasilje mogu se suočiti sa širokim spektrom stanja, uključujući PTSP (53) i depresiju (54). Pored toga, negativni ishodi mentalnog zdravlja mogu predstavljati rezultat različitih vrsta izloženosti nasilju, uključujući nasilje od strane intimnih partnera (55) i porodično nasilje (56). Negativna iskustva iz detinjstva, poput izloženosti nasilju, mogu povećati verovatnoću da će doći do uključivanja u rizična ponašanja uz raniji početak konzumacije alkohola i drugih supstanci (57). Preventivni napor, uključujući intervencije UNICEF-a, SZO i drugih vodećih partnera, odigrali su presudnu ulogu u sprečavanju nasilja nad decom. Međutim, nedostaju podaci o uspešnim intervencijama u populacijama koje su već iskusile nasilje ili su se na neki drugi način suočile sa nasiljem.

Važno je dati prioritet pružanju intervencija za unapređenje razvoja adolescenata izloženih nasilju, kao i za sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i samoubistava i smanjenje rizičnog ponašanja među njima. Međutim, ne mogu se dati posebne preporuke o psihosocijalnim intervencijama za adolescente izložene nasilju, jer nije bilo jasnih dokaza o efektima u ograničenom broju studija za koje je utvrđeno da su bile posvećene adolescentima izloženim nasilju.

Postoje i druge smernice SZO koje pružaju uputstva za reagovanje na zlostavljanje deteta, seksualno zlostavljanje kod dece i adolescenata, nasilje intimnih partnera i seksualno nasilje nad ženama:

- **WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment.** WHO, 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment> (36).
- **Guidelines on responding to children and adolescents who have been sexually abused.** WHO, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1> (37).
- **Responding to intimate epartner violence and sexual violence against women:** WH Oclinical and policy guidelines. WHO, 2013. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1) (35).

## Dodatna razmatranja

Ovaj pregled nije identifikovao druge studije koje su možda sprovedene u populaciji adolescenata izloženih nasilju jer te studije nisu izveštavale o ishodima mentalnog zdravlja.

### ***Razmatranja u vezi sa sprovođenjem***

- ⌘ Pošto nema konkretnе preporuke koja se tiče psihosocijalnih intervencija za adolescentе izložене nasilju, mogle bi se učinitи dostupnim intervencije koje se pružaju univerzalno (vidi preporuku za PICO pitanje 1).

### ***Razmatranja za istraživanje***

- ⌘ Hitno je potrebno visokokvalitetno istraživanje za procenu efekata psihosocijalnih intervencija koje imaju za cilj promociju mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i rizičnog ponašanja kod adolescenata izloženih nasilju.
- ⌘ Potrebna su dodatna istraživanja o uticaju društvenih medija na mentalno zdravlje adolescenata u LMIC zemljama i o intervencijama koje koriste društvene medije za promociju mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja.
- ⌘ Istraživači bi trebalo da uzmu u obzir karakteristike zajednice i drugih okruženja koja mogu dovesti adolescentе u rizik od nasilja i da pruže opisne informacije o karakteristikama i demografiji ciljne populacije. Ovo će čitaocima omogućiti da procene nivo rizika od izloženosti nasilju među adolescentima kojima se pružaju psihosocijalne intervencije.

**Pitanje 2b: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno ekstremnom siromaštvo) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

#### Populacija

Adolescenti izloženi siromaštву.

#### Intervencija

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa. Biće to ciljane intervencije, posebno usmerene na adolescente izložene negativnim okolnostima.

#### Komparator

Uobičajena nega. Uobičajena ili redovna nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

#### Ključni ishodi

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti posebno povezane sa stresom), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

#### Važni ishodi

Rizična seksualna ponašanja i pohađanje škole.

## Kontekst

Adolescencija je osetljivi prelazni period biološkog i psihosocijalnog razvoja (58, 59). Izloženost siromaštву tokom adolescencije može poremetiti i uticati na razvoj, produktivnost i zdravstvene ishode adolescenata tokom života. U tom periodu adolescenti su izloženi povećanom riziku od nesigurnosti u pogledu ishrane i gladi, zaraznih bolesti, izloženosti nasilju u zajednici (58) i napuštanju škole, kao i smanjenoj mogućnosti zapošljavanja. Ovaj period je povezan sa povećanim problemima mentalnog zdravlja, kao i sa upuštanjem u rizična ponašanja, uključujući upotrebu supstanci i rizična seksualna ponašanja (60, 61). Stoga ulaganje u prevenciju problema mentalnog zdravlja ima izuzetan značaj za ovu grupu (59). Takođe, postoje dobro dokumentovani metodološki izazovi povezani sa vrednovanjem intervencija za ovu grupu.

Važno je dati prioritet pružanju intervencija za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja adolescenata izloženih siromaštву, kao i da se sprečava mentalnih poremećaja, samopovređivanja i samoubistava i smanjenje rizičnog ponašanja među njima. Međutim, zbog nedostatka dokaza nije bilo moguće dati nikakve posebne preporuke o psihosocijalnim intervencijama za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja među adolescentima izloženim siromaštву. Takođe, nije bilo moguće dati preporuke o intervencijama za sprečavanje poremećaja mentalnog zdravlja (depresija, anksioznost i poremećaji povezani posebno sa stresom), agresivnog, disruptivnog i prkosnog ponašanja, upotrebe supstanci, samopovređivanja i samoubistava u ovoj populaciji zbog izazova u identifikovanju punog obima relevantnih studija i nedostatka jasnih dokaza o efektima u studijama za koje je utvrđeno da ciljaju adolescente izložene siromaštву.

Siromaštvo kao faktor rizika za mentalno zdravlje adolescenata predstavlja složen, višedimenzionalni konstrukt. Siromaštvo treba šire konceptualizovati i jasno definisati u budućim istraživačkim publikacijama fokusiranim na adolescente izložene siromaštву.

## Dodatna razmatranja

Ovaj pregled nije identifikovao druge studije koje su možda sprovedene u populaciji adolescenata izloženih siromaštvo jer autori nisu populaciju definisali kao takvu.

### ***Razmatranja u vezi sa sprovođenjem***

- ⌘ Pošto ne postoji konkretna preporuka o psihosocijalnim intervencijama za adolescente izložene siromaštvo, mogle bi se učiniti dostupnim intervencije koje se pružaju univerzalno (vidi preporuku za PICO pitanje 1).

### ***Razmatranja za istraživanje***

- ⌘ Hitno je potrebno visokokvalitetno istraživanje za procenu efekata psihosocijalnih intervencija koje imaju za cilj promociju mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i rizičnog ponašanja kod adolescenata izloženih siromaštvo.
- ⌘ Istraživači bi trebalo da uzmu u obzir karakteristike zajednice i drugih okruženja koja mogu dovesti adolescente u rizik od siromaštva i da pruže opisne informacije o karakteristikama i demografiji ciljne populacije. Ovo će čitaocima omogućiti da procene nivo rizika od izloženosti siromaštvo među adolescentima kojima se pružaju psihosocijalne intervencije.
- ⌘ Pojedinačne psihosocijalne intervencije mogu biti neadekvatne bez struktturnih intervencija. Zbog toga bi istraživači trebalo da sprovedu studije o primeni i efikasnosti psihosocijalnih intervencija kada se one pružaju kao dopuna struktturnim intervencijama koje pomažu u suzbijanju osnovnog siromaštva.

**Pitanje 2c:**

**Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno humanitarnim vanrednim situacijama) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Adolescenti izloženi humanitarnim vanrednim situacijama.

**Intervencija**

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa. Biće to ciljane intervencije, posebno usmerene na adolescente izložene negativnim okolnostima.

**Komparator**

Uobičajena nega. Uobičajena ili redovna nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

**Ključni ishodi**

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti posebno povezane sa stresom), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

**Važni ishodi**

Rizična seksualna ponašanja i pohađanje škole.

## Kontekst

Humanitarne vanredne situacije obuhvataju širok spektar događaja, uključujući situacije nastale zbog rata, oružanog sukoba, raseljavanja, prirodnih katastrofa, katastrofa koje je izazvao čovek ili industrijski katastrofa (62). Humanitarne vanredne situacije imaju uticaj na značajan broj ljudi. Na primer, trenutne procene broja interna raseljene dece usled oružanih sukoba kreću se oko 20 miliona (63). Zbog ratova ili drugih katastrofa pogodjene osobe mogu biti izložene traumi, gubitku i nesigurnosti, a mogu biti i svedoci zločina. Zbog toga u okruženjima humanitarnih objekata preovlađuju mentalni poremećaji i psihosocijalni problemi (62), sa potencijalom da postanu dugotrajni poremećaji usled gubitka, traume i neizvesnosti (64). Štaviše, oružani sukobi i druge humanitarne nesreće mogu značajno poremetiti životni put pogođenih pojedinaca (65).

Adolescenti su podložni negativnim uticajima humanitarnih katastrofa na mentalno zdravlje (66). Potreba za uslugama očuvanja mentalnog zdravlja u ovim uslovima je očigledna. Međutim, vrlo često postoji velika razlika između potreba pogođenih pojedinaca i dostupnih usluga. To se posebno odnosi na LMIC zemlje sa ograničenim resursima koje su pogodžena sukobom ili prirodnom katastrofom i na siromašne zemlje koje pružaju utočište velikom broju izbeglica.

## Preporuke

### Preporuka B

Psihosocijalne intervencije treba pružiti adolescentima koji su pogođeni humanitarnim vanrednim situacijama. Ove intervencije su posebno korisne za sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija, anksioznost i poremećaji povezani posebno sa stresom) i mogu se uzeti u obzir za smanjenje upotrebe supstanci u ovim populacijama.

**Snaga preporuke:** Jaka za smanjenje simptoma i/ili sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija, anksioznost i poremećaji povezani posebno sa stresom). Uslovno za smanjenje upotrebe supstanci.

**Pouzdanost dokaza:** Niska.

**Važne napomene:** Prethodna i stalna podrška adolescentima koji su izloženi humanitarnim vanrednim situacijama obuhvata širok spektar psihosocijalnih intervencija. Ovo odražava heterogenu prirodu iskustava u vezi sa vanrednim događajima. Stoga nalaze studija treba tumačiti vrlo pažljivo. Dostupni dokazi ukazuju da su upravljanje stresom, strategije opuštanja i briga za dobrobit realizatora komponente intervencije koje su najviše povezane sa efikasnošću. Za adolescente sa visokim nivoom izloženosti traumi, kognitivno-bihevioralana terapija usmerena na traumu (CBT) pokazala je pozitivne efekte u pogledu smanjenja simptoma depresije, anksioznosti i stresa (8, 9). Grupne CBT intervencije pokazale su pozitivna dejstva na simptome drugih adolescenata izloženih stresnim događajima (10).

**Objašnjenje:** Pouzdanost dokaza često je snižavana jer su studije bile podložne riziku od pristrasnosti zbog poteškoća u sprovođenju prikrivenih, „slepih“ intervencija i oslanjanja samo na ishode o kojima se samostalno izveštava, dok je u ovim vrstama studija o intervencijama ubičajena primena oba metoda. Međutim, data je jaka preporuka za psihosocijalne intervencije radi smanjenja simptoma mentalnih poremećaja, uprkos maloj pouzdanosti dokaza. Razlog je bio taj što su klinički relevantne očekivane koristi veće od potencijalne štete. Dalje, važne vrednosti, razmatranja o pravičnosti i izvodljivosti sugerisu da programi za sprečavanje mentalnih bolesti treba da daju prednost adolescentima izloženim humanitarnim vanrednim situacijama. Dokazi podržavaju ideju da bi svi adolescenti trebali da imaju koristi od univerzalno pruženih psihosocijalnih intervencija. Visoka prevalencija mentalnih poremećaja među adolescentima izloženim humanitarnim vanrednim situacijama i ogroman jaz u dostupnosti tretmana u tim okruženjima, čine potrebu za sprovođenjem psihosocijalnih intervencija sa ovom populacijom još važnijom. Međutim, važno je uzeti u obzir profil i izloženost adolescenata, s obzirom na heterogenost iskustava i okolnosti.

Većina studija sprovedena je u zemljama sa nižim i srednjim prihodima (LMIC), a trećina studija istraživala je intervencije osoba koje nisu specijalisti. Kao takvi, nalazi su direktno relevantni za okruženja u kojima živi većina adolescenata izloženih humanitarnim vanrednim situacijama.

## Dodatna razmatranja

Ovaj pregled nije identifikovao druge studije koje su možda sprovedene u populaciji adolescenata izloženih humanitarnim vanrednim situacijama jer autori nisu ovu populaciju definisali kao takvu.

### Razmatranja za istraživanje

- ⌘ Treba se više fokusirati na istraživanje samopovređivanja i ishoda samoubistava.
- ⌘ U ovim kontekstima je posebno važno da se vodi računa o istraživačkoj etici.

### Razmatranja u vezi sa sprovođenjem

- ⌘ U većini humanitarnih kriza istraživači imaju ograničen pristup pogodenom stanovništvu.
- ⌘ Naročito je važno uzeti u obzir osetljivosti vezane za uzrast i pol u ovim kontekstima.

**Pitanje 3:**

**Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Trudne adolescentkinje i adolescenti roditelji.

**Intervencija**

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa. Biće to ciljane intervencije, usmerene posebno ka trudnim adolescentkinjama i adolescentima koji su roditelji.

**Komparator**

Uobičajena nega. Uobičajena ili redovna nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

**Ključni ishodi**

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti posebno povezane sa stresom), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

**Važni ishodi**

Rizično seksualno ponašanje, pohađanje škole, poštovanje načela antenatalne i postnatalne nege, roditeljske veštine (poznavanje roditeljstva i roditeljsko ponašanje) i izloženost nasilju intimnih partnera.

## Kontekst

Blizu 19 miliona devojčica mlađih od 20 godina porodi se svake godine u okruženju sa oskudnim resursima (67, 68). Kako su adolescenti starosna grupa sa najbržim rastom u svetu, očekuje se da će broj trudnoća među njima rasti i u narednoj deceniji. Iako su neke trudnoće planirane, čak dve trećine mogu biti neželjene (69). Trudnoća u adolescenciji takođe se povezuje sa niskim socio-ekonomskim statusom, napuštanjem škole, nezaposlenošću, izloženošću nasilju i upotrebom supstanci (67–69). Siromaštvo i ranjivost povećavaju rizik od rane trudnoće i roditeljstva, ali i roditeljstvo u adolescenciji može dovesti do tih faktora rizika. Pored toga, trudnice se suočavaju sa dodatnim zdravstvenim i psihosocijalnim rizicima (69). Kod majki adolescentskog uzrasta stopa fizičkih komplikacija i smrtnosti majki su više nego kod starijih žena i one će verovatnije rađati bebe male telesne težine (68, 69). Adolescentkinje u trudnoći i posle porođaja češće imaju problema sa mentalnim zdravljem, poput depresije, nego starije majke (70). Utvrđeno je da adolescentkinje precenjuju obim podrške koju će dobiti nakon porođaja, što dovodi do povećanog stresa i postporođajne depresije (69). Pored toga, depresija u ovoj grupi povezana je sa napuštanjem škole, napornim roditeljstvom, upotrebom alkohola i drugih supstanci i ponovljenom trudnoćom (69, 70).

## Preporuka

### Preporuka C

Treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja, posebno radi unapređenja razvoja mentalnog zdravlja (mentalno funkcionisanje i mentalno blagostanje) i poboljšanja pohađanja škole.

**Snaga preporuke:** Uslovna.

**Pouzdanost dokaza:** Niska.

**Važne napomene:** Na osnovu dostupnih dokaza, programi za izgradnju kognitivno-bihevioralnih veština mogu se razmotriti za trudnice i majke adolescentskog uzrasta (11).

## Dodatna razmatranja

### *Razmatranja u vezi sa sprovođenjem*

- ⌘ Programi treba da razmotre integriranje psiholoških intervencija u već postojeće programe materinskog zdravlja.

### *Razmatranja za istraživanje*

- ⌘ Potrebno je više istraživanja o uticaju psihosocijalnih intervencija na smanjenje mentalnih poremećaja (depresija i anksioznost), upotrebe supstanci, samopovređivanja i samoubistava te izlaganja nasilju intimnih partnera, agresiji i rizičnom seksualnom ponašanju. Isto tako, potrebno je istraživanje uticaja intervencija na poboljšanje roditeljskih veština, kao i na poštovanje načela antenatalne i postnatalne nege kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja, posebno u LMIC zemljama.
- ⌘ Potrebno je više dokaza o efektima psihosocijalnih intervencija na mentalno zdravlje adolescenata očeva i na njihove psihosocijalne potrebe.

**Pitanje 4:**

**Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Adolescenti koji žive sa HIV-om/AIDS-om.

**Intervencija**

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa. Biće to ciljane intervencije, usmerene posebno ka HIV pozitivnim adolescentima.

**Komparator**

Uobičajena nega. Uobičajena ili redovna nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

**Ključni ishodi**

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti posebno povezane sa stresom), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

**Važni ishodi**

Rizična seksualna ponašanja, pohađanje škole i pridržavanje antiretrovirusne terapije.

## Kontekst

Procenjuje se da širom sveta 1,7 miliona adolescenata živi sa HIV-om, a 80% njih živi u podsaharskoj Africi (71). Prognoza za adolescente koji žive sa HIV-om i dalje je zastrašujuća: svakog dana 150 adolescenata umre od uzroka povezanih sa AIDS-om; dok je smrtnost povezana sa AIDS-om opala za sve starosne grupe između 2000. i 2015. godine, to nije bio slučaj sa adolescentima (72). Pored uticaja na fizičko zdravlje, koji obuhvataju pubertetska i neurološka kašnjenja u razvoju, život sa HIV-om podrazumeva jedinstvene psihosocijalne izazove kao što su stigmatizacija, napuštenost, izolacija i teškoće u korišćenju lekova i pridržavanju terapije (73). I samo otkrivanje HIV statusa predstavlja razlog za zabrinutost, jer mnogi adolescenti uspostavljaju romantične i seksualne veze. Ovo je takođe važno vreme za razvoj veština uspostavljanja međuljudskih odnosa i stvaranja mreža za podršku (74). Ovi stresori mogu značajno povećati rizik od razvoja stanja mentalnog zdravlja kod pojedinaca i verovatnoću da će se oni upustiti rizična ponašanja. Depresija, anksioznost, beznađe i strah za budućnost česti su u ovoj populacionoj grupi (72), što mentalno zdravlje čini vitalnim područjem intervencije za adolescente koji žive sa HIV-om/AIDS-om. Relevantni dokazi su uzeti u obzir samo iz studija sprovedenih sa adolescentima i odlučeno je da se dokazi iz studija sa odraslima ne primenjuju na ovu mlađu grupu.

Važno je dati prioritet pružanju intervencija za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja adolescenata koji žive sa HIV-om, kao i za sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i samoubistava i smanjenje rizičnog ponašanja među njima. Međutim, zbog nedostatka dokaza, nije bilo moguće pružiti nikakve posebne preporuke o psihosocijalnim intervencijama za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja među adolescentima koji žive sa HIV-om. Postoji hitna potreba da se sprovedu visokokvalitetna istraživanjima kako bi se procenio efekat psihosocijalnih intervencija namenjenih promociji mentalnog zdravlja i sprečavanju mentalnih poremećaja, samopovređivanja i rizičnog ponašanja među adolescentima koji žive sa HIV-om.

## Dodatna razmatranja

Ovaj pregled nije identifikovao druge studije koje su možda sprovedene u populaciji adolescenata koji žive sa HIV-om jer autori nisu ovu populaciju definisali kao takvu.

### ***Razmatranja u vezi sa sprovođenjem***

- ⌘ Pošto nema konkretne preporuke o psihosocijalnim intervencijama za adolescente koji žive sa HIV-om/AIDS-om, moglo bi se učiniti dostupnim intervencije koje se pružaju univerzalno (vidi preporuku za PICO pitanje 1).

### ***Razmatranja za istraživanje***

- ⌘ Postoji hitna potreba da se istraži uticaj psihosocijalnih intervencija na pravičnost/jednakost među adolescentima koji žive sa HIV-om.
- ⌘ Istraživači treba da obezbede da ishodi studije obuhvate pridržavanje antiretrovirusne terapije, suzbijanje HIV virusa, pohađanje škole, rizično seksualno ponašanje i povezana zdravstvena stanja.
- ⌘ Isthodi mentalnog zdravlja trebalo bi da se pojave u drugim oblastima istraživanja adolescenata koji žive sa HIV-om, na primer, u istraživanjima za procenu uticaja intervencija povezanih sa HIV-om na mentalno zdravlje.

**Pitanje 5:**

**Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa emocionalnim problemima kako bi se sprečili nastanak mentalnih poremećaja (uključujući i pogoršanje mentalnih bolesti koje se mogu dijagnostikovati), samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Adolescenti sa emocionalnim problemima (postojeći psihološki simptomi, ali bez postojeće dijagnoze).

**Intervencija**

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa. To će biti intervencije indikovane za adolescente sa postojećim psihološkim simptomima.

**Komparator**

Uobičajena nega. Uobičajena ili rutinska nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

**Ključni ishodi**

Mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje i samoubistvo.

**Važni ishodi**

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje), rizična seksualna ponašanja i pohađanje škole.

## Kontekst

Emocionalni poremećaji poput anksioznosti i depresije sve su češći u populaciji adolescenata (75–77). Razvoj ovih poremećaja može dovesti do pojave niza negativnih efekata kod adolescenata, kao što su lošiji školski uspeh, problemi u odnosima sa vršnjacima i povećano učešće u rizičnim ponašanjima (44, 48). Loši ishodi mentalnog zdravlja kod adolescenata nagoveštavaju veliki rizik od budućih problema sa fizičkim i mentalnim zdravljem. Oni povećavaju verovatnoću dijagnostikovanja depresije u zrelim godinama, lošeg radnog učinka, smanjenog dohotka, samoubilačkih misli i problema sa fizičkim zdravljem, poput dijabetesa (78). Indikovane preventivne intervencije imaju za cilj da spreče nastanak stanja mentalnog zdravlja koje podleže dijagnozi kod adolescenata sa visokim rizikom za koje je utvrđeno da već imaju blage do umerene simptome (47, 48, 79). Takve intervencije su često bolje prilagođene individualnim potrebama nego univerzalne intervencije u školi. Ovakav pristup može dovesti do većeg zadovoljstva i za realizatora i za učesnika i može poboljšati održivost rezultata intervencije (49, 50, 79, 80).

## Preporuka

### Preporuka D

Indikovane psihosocijalne intervencije bi trebalo pružati adolescentima sa emocionalnim simptomima.

**Snaga preporuke:** Jaka za smanjenje simptoma depresije/anksioznosti i/ili sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija i anksioznost) i unapređenje razvoja mentalnog zdravlja. Uslovna za poboljšanje pohađanja škole.

**Pouzdanost dokaza:** Veoma niska.

**Važne napomene:** Na osnovu dostupnih dokaza, grupna KBT terapija može se uzeti u obzir za adolescente sa emocionalnim simptomima (12).

**Objašnjenje:** Pouzdanost dokaza često je snižavana jer su studije bile podložne riziku od pristrasnosti zbog poteškoća u sprovođenju prikrivenih, „slepih“ intervencija i oslanjanja samo na ishode o kojima se samostalno izveštava, dok je u ovakvim studijama o intervencijama uobičajena primena oba metoda. Međutim, data je jaka preporuka za smanjenje simptoma depresije i/ili anksioznosti i/ili sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija i anksioznost), kao i za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja kod adolescenata sa emocionalnim problemima. Takva preporuka je data uprkos vrlo maloj pouzdanosti dokaza. Razlog za preporuku je to što su koristi veće od potencijalne štete. Pored toga, razmatranje važnih vrednosti, pravičnosti i ekonomičnosti opravdava ulaganje u intervencije za ovu rizičnu grupu. Loše mentalno zdravlje kod adolescenata predstavlja ključni faktor rizika za fizičko i mentalno zdravlje kasnije u životu. Rana intervencija kod adolescenata koji već pokazuju emocionalne probleme pokazala se kao presudna u sprečavanju napredovanja mentalnih zdravstvenih problema i u optimizaciji zdravstvenih i životnih tokova.

## Dodatna razmatranja

### Razmatranja za istraživanje

- ⌘ Potrebno je dalje istraživanje kako bi se povećali dokazi iz LMIC zemalja.
- ⌘ Potrebna su dalja istraživanja veza između depresije, anksioznosti, samopovređivanja i samoubilačkog ponašanja u LMIC zemljama.

**Pitanje 6:**  
**Da li treba razmotriti  
psihičke intervencije kod  
adolescenata sa problemom  
disruptivnog i prkosnog  
ponašanja kako bi se sprečili  
poremećaji ponašanja,  
samopovređivanje i/ili druga  
rizična ponašanja?**

#### Populacija

Adolescenti sa postojećim problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja, ali bez postojeće dijagnoze.

#### Intervencija

To su intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa. To će biti intervencije indikovane za adolescente sa postojećim problemom u ponašanju.

#### Komparator

Uobičajena nega. Uobičajena ili redovna nega dostupna adolescentima u određenom okruženju (u nekim slučajevima nije bilo intervencije ili intervencija nije bila dostupna).

#### Ključni ishodi

Poremećaji ponašanja, poremećaj protivljenja i prkosa, samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje).

#### Važni ishodi

Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), rizična seksualna ponašanja i poхађanje škole.

## Pozadina

Eksternalizujući problemi u ponašanju pogađaju oko 7% mladih između 9 i 15 godina (81), sa procenjenom prevalencijom od 3,3% za poremećaj protivljenja i prkosa i 4% za poremećaj ponašanja (82). Mnogo više dece i adolescenata može se suočiti sa eksternalizujućim problemima u ponašanju koji nisu formalno dijagnostikovani (jer ne ispunjavaju kriterijume za formalnu dijagnozu) (83). Zbog socijalnih i zdravstvenih implikacija ovog poremećaja, eksternalizujući problemi u ponašanju među decom i adolescentima smatraju se ozbiljnim problemom javnog zdravlja (84). Eksternalizujuće ponašanje može prouzrokovati značajne probleme u vezi sa školom, vršnjacima i porodicom (85). Ovi problemi mogu potrajati i do zrelog doba, zbog čega raste rizik od upotrebe supstanci (85, 86). Dokazi pokazuju da problemi u ponašanju u adolescenciji izazivaju društvena i zdravstvena oštećenja, što rezultira lošim obrazovnim, profesionalnim, zdravstvenim i drugim negativnim ishodima u zrelim godinama (81, 85). Štaviše, poremećaj ponašanja je usko povezan sa delinkvencijom i kriminalnim aktivnostima (73).

## Preporuka

### Preporuka E

Indikovane psihosocijalne intervencije bi trebalo pružati adolescentima problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja. Ove intervencije smanjuju agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje, sprečavaju mentalne poremećaje (depresiju i anksioznost) i unapređuju razvoj mentalnog zdravlja. Intervencije treba izvoditi sa oprezom kako bi se izbegla povećana upotreba supstanci među adolescentima problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja.

**Snaga preporuke:** Uslovna.

**Pouzdanost dokaza:** Veoma niska.

**Važne primedbe:** Prema dostupnim dokazima, efikasne psihosocijalne intervencije za adolescente koji su izloženi riziku od poremećaja ponašanja ili imaju dijagnozu poremećaja ponašanja često uključuju obuku za roditelje na osnovu pristupa socijalnog učenja te obuku za socijalno-kognitivno rešavanje problema i sticanje interpersonalnih vještina za adolescente. Intervencije mogu da obuhvate i multimodalne intervencije za adolescente i njihove roditelje koje se zasnivaju na modelu socijalnog učenja (13).

## Dodatna razmatranja

### Razmatranja za istraživanje

- ⌘ Potrebno je dalje istraživanje intervencija za ovu populaciju u LMIC zemljama. Istraživanje bi takođe trebalo da pokrije potencijalne štetne efekte upotrebe supstanci i da istraži alternativne modele za pružanje intervencija (uključujući pristupe prebacivanja zadataka).
- ⌘ Potrebno je više istraživanja o uticaju psihosocijalnih intervencija na smanjenje samopovređivanja i samoubistava kod adolescenata problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja.
- ⌘ Potrebna su dalja istraživanja o optimalnom uzrastu/uzrastima za intervencije za ovu populaciju.
- ⌘ Sve studije treba da prate upotrebu supstanci dok traju intervencije u ovoj populaciji.

### Razmatranja u vezi sa sprovođenjem

- ⌘ S obzirom na to koliko je teško sprovести ove intervencije, možda će biti potrebno kontinuirano praćenje neželjenih negativnih efekata kod visokorizičnih adolescenata i njihovo upućivanje na specijalizovanije intervencije za adolescente.
- ⌘ Važno je oprezno koristiti grupne pristupe jer adolescenti mogu jedni od drugih naučiti nova disruptivna i prkosna ponašanja i/ili ojačati svoja posmatranjem drugih adolescenata koji ispoljavaju takva ponašanja, odnosno interakcijom sa njima.



# POMOĆ ADOLESCENTIMA NAPREDUJU

## Primena smernica

### Razmatranje primene

Od država članica se očekuje da prilagode preporuke ovih globalnih smernica u skladu sa svojim individualnim kontekstom i lokalnim razmatranjima izvodljivosti. Regionalne kancelarije SZO i kancelarije u pojedinačnim zemljama biće na raspolaganju da pomognu u ovim procesima. Biće dostupan i HAT priručnik UNICEF-a i SZO koji će pomoći državama da operacionalizuju preporuke smernica i integrišu akcije za promociju i prevenciju mentalnog zdravlja za adolescente u politike i na više platformi za sprovođenje intervencija. Priručnici za intervencije i druge alatke za primenu takođe se razvijaju kao podrška pružanju psihosocijalnih intervencija uz korišćenje različitih platformi za sprovođenje intervencija.

Psihosocijalne intervencije koje direktno ciljaju adolescente treba smatrati delom širih strategija u okviru politika, škola, zajednica i porodica.

Povezivanje sa više partnera i zainteresovanih strana ima ključni značaj za jačanje izrade programa i primenu na osnovu dokaza, kao i za procenu i održavanje napretka. Saradnja sa različitim sektorima može pomoći da se obezbedi sveobuhvatan, međusektorski i održiviji pristup.

Da bi se povećale promotivne i preventivne intervencije usmerene na mentalno zdravlje adolescenata, obično treba imati odobrenje lokalnih funkcionera i kreatora vladine politike. Pored toga, za transformisanje postojećih procesa potrebno je i efikasno rukovođenje. I na kraju, ljudi koji će sprovoditi intervencije, uključujući zdravstvene radnike, moraju biti posebno obučeni.

## Praćenje i ocenjivanje kvaliteta i primene smernica

Praćenje i ocenjivanje treba da budu ugrađeni u svaki proces sprovođenja preporuka. Tako će se utvrđivati efikasnost, dokumentovati važne lekcije za usvajanje i usmeravati dalja primena.

SZO će koristiti rutinske ankete za procenu integracije preporuka za mentalno zdravlje koje su specifične za adolescente u nacionalne politike, nastavne planove i programe i kurseve obuke. SZO će sarađivati sa nacionalnim vlastima kako bi uključila pitanja o novim preporukama u relevantne redovne nacionalne procene obuke, tekući nadzor zdravlja i mentalnog zdravlja i nadzornu praksu. Pitanja će se dotaći i iskustava koja su imali vaspitači, zdravstveno osoblje i drugi članovi zajednice tokom sprovođenja preporuka. Pored toga, SZO će pratiti napredak ka implementaciji, kao i sve prepreke na koje se nailazi.

## Podrška lokalnoj adaptaciji

Kancelarije SZO i nacionalna ministarstva zdravlja i obrazovanja podržaće lokalnu adaptaciju smernica. Nacionalne smernice, kao što su politike prema adolescentima i mladima na koje preporuke mogu uticati, te nacionalni nastavni programi revidiraće se kako bi se ovaj pristup integrisao tamo gde je to potrebno.



# POMOĆ ADOLESCENTIMA NAPREDUJU

## Distribucija smernica i planovi za njihovo ažuriranje

### Objavljanje i distribucija

SZO će distribuirati smernice kao štampanu publikaciju, a postavljaće ih i na svojoj veb stranici. Pored toga, distribuiraće ih putem državnih i regionalnih kancelarija SZO i široke mreže međunarodnih partnera, uključujući nacionalna ministarstva zdravlja, saradničke centre SZO, univerzitete, nevladine organizacije i druge agencije Ujedinjenih nacija.

Smernice su izrađene na engleskom jeziku i biće prevedene na druge službene jezike SZO za širu distribuciju, u saradnji sa regionalnim kancelrijama SZO. Širenje će biti propraćeno objavljanjem pregleda dokaza u recenziranim časopisima i prezentacijama na ključnim konferencijama i događajima.

### Planovi za ažuriranje smernica

Upravni odbor SZO, u konsultacijama sa članovima GDG i tehničkim ekspertima, nastaviće da prati razvoj istraživanja mentalnog zdravlja adolescenata, posebno kada se radi o pitanjima za koja je utvrđeno da je kvalitet postojećih dokaza nizak ili vrlo nizak. Ako smernice zahtevaju ažuriranje, na primer, ako postane moguće davanje preporuke ili primera dobre prakse u vezi sa psihosocijalnim intervencijama za druge grupe adolescenata izloženih ranjivostima ili ako postoji zabrinutost da jedna ili više preporuka možda više neće biti validne, SZO će koordinirati ažuriranje dokumenta u skladu sa formalnim procedurama *Priručnika SZO za izradu smernica, 2. izdanje (6)*.

# Prilog 1: Članovi grupe za izradu smernica i eksterne grupe za pregled

## GRADE metodolozi

Corrado Barbui i Marianna Purgato, Univerzitet u Veroni

## Grupa za izradu smernica (GDG)

Nick Allen, Univerzitet u Oregonu, Sjedinjene Američke Države (SAD); Steve Allsop, Saradnički centar SZO za prevenciju zloupotrebe alkohola i droga, Nacionalni institut za istraživanje droga, Univerzitet Curtin, Australija; Gracy Andrew, Sangath, Indija; Dixon Chibanda, Univerzitet u Zimbabveu, Zimbabwe; Pim Cuijpers, Univerzitet Vrije Amsterdam, Holandija; Rabih El Chammai, Ministarstvo javnog zdravlja, Liban; Sarah Harrison, Međunarodni komitet Crvenog krsta, Danska; Andres Herrera, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Nikaragua; Mark Jordans, War Child, Holandija; Chisina Kapungu, Međunarodni centar za istraživanje žena, SAD; Eugene Kinyanda, Savet za medicinska istraživanja / Institut za istraživanje virusa, Uganda; Krik Lund, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika (*predsedavajući*) ; Yutaka Motohashi, Saradnički centar SZO za istraživanje i obuku u sprečavanju samoubistava, Nacionalni institut za mentalno zdravlje, Japan; Olayinka Omygbodun, Univerzitet Ibadan, Nigerija; George Patton, Univerzitet u Melburnu, Australija; Atif Rahman, Fondacija za istraživanje humanog razvoja, Pakistan; Jacqueline Sharpe, Ministarstvo zdravlja, Trinidad i Tobago; Katherine Sorsdahl, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika; Anna Szczegielniak, Tarnowskie Gori, Poljska; Wietse A. Tol, Johns Hopkins Bloomberg Fakultet za javno zdravlje, SAD; Lakshmi Vijayakumar, Nacionalna uprava za bezbednost, zdravlje i životnu sredinu, Indija; Danuta Wasserman, Saradnički centar SZO za istraživanje, razvoj metoda i obuku u prevenciji samoubistava, Karolinska Institutet, Švedska.

## Spoljna grupa za pregled

Vladimir Carli, Saradnički centar SZO za istraživanje, razvoj metoda i obuku u prevenciji samoubistava, Karolinska Institutet, Švedska; Lucie Cluver, Univerzitet Oksford, Ujedinjeno Kraljevstvo Velike Britanije i Severne Irske; Delanjathan Devakumar, University College London, Velika Britanija; Daniel Fung, Međunarodno udruženje za dečju i adolescentsku psihijatriju i srodne profesije, Singapur; Kanika Malik, Sangath, Indija; Lynette Mudekanye, Regionalna inicijativa za psihosocijalnu podršku, Južna Afrika; Graham Thornicroft, King's College London, Ujedinjeno Kraljevstvo; Shamsa Zafar, Akademija zdravstvenih usluga, Pakistan.

**Omladinska grupa za pregled:** Tasnia Ahmed, Bangladeš; Charity Giyava, Zimbabwe; Brian Mafuso, Zimbabwe; David Milambe, Malawi; William Yeung, ReachOut, Australija.

**Ističemo tehnički doprinos sledećih kolega iz UNICEF-a:** Liliana Carvajal, Cristina De Carvalho Eriksson i Joanna Lai, sedište UNICEF-a, Njujork, SAD.

Pri izboru članova Grupe za izradu smernica uzete su u obzir njihove relevantne oblasti stručnosti, pol i geografska zastupljenost. Angažovani su stručnjaci za različite oblasti mentalnog zdravlja dece i mlađih, posebno u vezi sa intervencijama u školi, prevencijom samoubistava i mentalnih poremećaja te psihološkim lečenjem depresije i anksioznih poremećaja. Ostale oblasti stručnosti navode se u nastavku:

- izrada politika i programa za mentalno zdravlje majki, dece i adolescenata, planiranje porodice, seksualno i reproduktivno zdravlje i unapređenje mentalnog zdravlja u školama;
- planiranje i pružanje psihosocijalne podrške i intervencija u mentalnom zdravlju za populacije u nepovoljnim okolnostima i raseljene populacije;
- jačanje zdravstvenih sistema i razvoj radne snage u oblasti mentalnog zdravlja;
- unapređenje mentalnog zdravlja među pripadnicima etničkih manjina;
- rizično ponašanje kod HIV pozitivnih ljudi;
- rodne norme, društvene determinante mentalnog zdravlja i ljudska prava;
- mentalno zdravlje u zajednici i smanjenje stigme.

Predstavnici akademskih institucija, nevladinih organizacija, kreatori politike i mlađi ljudi pozvani su da kao članovi Spoljne grupe za pregled učestvuju u izradi smernica. Oni su dali svoj doprinos stručnošći i iskustvom u sledećim oblastima:

- unapređenje mentalnog zdravlja i blagostanja kod adolescenata;
- prevencija samoubistava, mentalno zdravlje mlađih i intervencije u školi;
- psihosocijalna podrška u humanitarnim uslovima;
- HIV i mentalno zdravlje;
- stigma i mentalno zdravlje;
- mentalno zdravlje žena, seksualno i reproduktivno zdravlje i nasilje;
- smetnje u razvoju, ljudska prava i stigma;
- izrada programa i razvoj politike mentalnog zdravlja;
- kliničko iskustvo u psihosocijalnim intervencijama za adolescente i njihove porodice;
- dečja prava i blagostanje te zaštita siročadi, dece odvojene od porodice i dece bez nadzora različitih kultura.

## Prilog 2: Izjave o sukobu interesa

### Pojedinci koji su učestvovali u proceni sukoba interesa:

**Tarun Dua**, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci, sedište SZO

**Chiara Servili**, Odeljenje za mentalno zdravlje i upotrebu supstanci, sedište SZO

**David Ross**, Odeljenje za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata, sedište SZO

Da bi se pridržavao politike SZO o sukobu interesa, Sekretarijat SZO je pratio revidirane *Smernice za izjave o interesu (stručnjaci SZO)*.<sup>1</sup> Sekretarijat je zatražio od svih članova Grupe za izradu smernica, spoljnih partnera koji su učestvovali u postupku pregleda dokaza i stručnjaka pozvanih da pregledaju profile dokaza da podnesu obrazac izjave o interesima.

Sekretarijat SZO poslao je pismo svim članovima Grupe za izradu smernica, Grupi za spoljni pregled i spoljnim partnerima u kojem traži od njih da popune obrazac za izjavu o interesima i predaju svoju radnu biografiju. Od njih je zatraženo i da daju saglasnost za objavljivanje sažetka izjava u smernicama. Od članova Grupe za izradu smernica takođe se zahtevalo da popune izjavu o obavezi poverljivosti. Sekretarijat SZO pregledao je izjave o interesu, kao i dodatne informacije (dobijene pretraživanjem interneta i bibliografske baze podataka) i utvrdio da li je bilo sukoba interesa i, ako jeste, da li je za to potreban plan upravljanja.

Imena i kratke biografije članova koji su uzeti u obzir za učešće u radu Grupe za izradu smernica objavljeni su za javnost i komentare pre sastanka Grupe u septembru 2019. godine. Cilj je bio da se poboljša upravljanje sukobima interesa u SZO, kao i da se povećaju poverenje javnosti i transparentnost u pogledu njenih sastanaka i aktivnosti koje obuhvataju pružanje tehničkih i/ili normativnih saveta.

Na početku sastanka predstavljena je izjava o interesima svakog člana Grupe za izradu smernica. Od članova Grupe za izradu smernica i spoljnih partnera zatraženo je da ažuriraju izjavu o interesima i da o svim promenama obaveste relevantnog tehničkog službenika.

Dalje praćenje i predložene radnje odobrene za upravljanje prijavljenim sukobom interesa daju se u nastavku u sažetom obliku.

- Ako član prijavi interes koji je relevantan, Sekretarijat SZO će zabeležiti sve potencijalne sukobe interesa i rezimirati ih. Tada će odlučiti da li i u kojoj meri član može učestrovati u izradi smernica.
- Ako se smatra da je sukob značajan, Sekretarijat SZO će odlučiti da li to zahteva isključivanje tog člana iz procesa izrade smernica ili njegovo učešće treba ograničiti.
- Odluke se donose posebno za svaki pojedinačni slučaj.

<sup>1</sup> Smernice za izjavu o interesima (stručnjaci SZO) dostupne su na adresi: <https://www.who.int/about/ethics/doi-guide-EN.pdf?ua=1>

Sledi rezime prijavljenih sukoba interesa i načina na koji se njima upravlja.

### A. Članovi Grupe za izradu smernica

#### Članovi Grupe za izradu smernica bez relevantnih interesa prijavljenih na obrascu za izjavu o interesima i bez relevantnih interesa navedenih u radnoj biografiji

Nick Allen, Univerzitet u Oregonu, SAD;

Steve Allsop, Saradnički centar SZO za prevenciju zloupotrebe alkohola i droga, Nacionalni institut za istraživanje droga, Univerzitet Curtin, Australija;

Gracy Andrew, Sangath, Indija;

Dixon Chibanda, University of Zimbabwe, Zimbabwe;

Pim Cuijpers, Vrije Universiteit, Holandija;

Rabih El Chammay, Ministarstvo javnog zdravlja, Liban;

Sarah Harrison, Međunarodni komitet Crvenog krsta, Danska;

Andres Herrera, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Nikaragva;

Mark Jordans, War Child, Holandija;

Chisina Kapungu, Međunarodni centar za istraživanje žena, Vašington, DC, SAD;

Eugene Kinyanda, Savet za medicinska istraživanja / Institut za istraživanje virusa, Uganda;

Krik Lund, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika (*predsedavajući*);

Yutaka Motohashi, Saradnički centar SZO za istraživanje i obuku u sprečavanju samoubistava, Nacionalni institut za mentalno zdravlje, Japan;

Olayinka Omygbodun, Univerzitet Ibadan, Nigerija;

George Patton, Univerzitet u Melburnu, Australija;

Atif Rahman, Fondacija za istraživanje humanog razvoja, Pakistan;

Jacqueline Sharpe, Ministarstvo zdravlja, Trinidad i Tobago;

Katherine Sorsdahl, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika;

Wietse A. Tol, Johns Hopkins Bloomberg Fakultet za javno zdravlje, SAD;

Anna Szczegielniak, Tarnowskie Gori, Poljska;

Lakshmi Vijayakumar, Nacionalna uprava za bezbednost, zdravlje i životnu sredinu, Indija.

#### Članovi Grupe za izradu smernica koji su prijavili interes na obrascu za izjavu o interesima ili čija je biografija pokazala potencijalno relevantan interes

Danuta Wasserman, Saradnički centar SZO za istraživanje, razvoj metoda i obuku u prevenciji samoubistava, Karolinska Institutet, Švedska

Profesorka Wasserman radi u Nacionalnom centru za istraživanje samoubistava i prevenciju mentalnih bolesti u Institutu Karolinska, Švedska. Izjavila je da je njena istraživačka jedinica dobila grant od programa Mladi svesni mentalnog zdravlja (YAM) u Stokholmu. Takođe je napomenula da je YAM registrovani zaštitni znak u Evropskoj uniji, Australiji i SAD. Zaštitni znak pripada kompaniji Mental Health in Mind International AB, koja se bavi istraživanjem i razvojem, a koja je u suvlasništvu istraživača koji su razvili program YAM (među njima su Danuta Wasserman i Vladimir Carli) i Karolinska Institutet Holding AB.

Postupak: Smatralo se da je ovaj interes beznačajan ili da ima minimalan i malo verovatan uticaj, odnosno da će u razumnoj meri uticati na prosuđivanje Danute Wasserman u razvoju smernica. Smatra se da ona učestvuje u razvoju smernica u individualnom svojstvu i da ne predstavlja nijednu organizaciju. Dodatne radnje nisu bile potrebne.

## B. Spoljna grupa za pregled

**Članovi Spoljne grupe za pregled, uključujući predstavnike mladih, bez relevantnih interesa prijavljenih na obrascu za izjavu o interesima i bez relevantnih interesa navedenih u njihovoј radnoj biografiji**

Tasnia Ahmed, Bangladeš;

Lucie Cluver, Univerzitet Oksford, Ujedinjeno Kraljevstvo;

Daniel Fung, Međunarodno udruženje za dečju i adolescentsku psihijatriju i srodne profesije, Singapur;

Charity Giyava, Zimbabve;

Charlotte Hanlon, Univerzitet Adis Abeba, Etiopija;

Brian Mafuso, Zimbabve;

Kanika Malik, Sangath, Indija;

David Milambe, Malavi;

Monica Ruiz-Casares, McGill University, Kanada;

Graham Thornicroft, King's College London, Ujedinjeno Kraljevstvo;

Carmen Valle-Trabadelo, saradnica za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku, Save the Children;

Shamsa Zafar, Akademija zdravstvenih usluga, Pakistan.

**Članovi Spoljne grupe za pregled, uključujući predstavnike mladih, koji su prijavili interes na obrascu za izjavu o interesima ili čija je biografija pokazala potencijalno relevantan interes**

Delanjathan Devakumar, University College London, Velika Britanija

Dr Devakumar je izjavio da doprinosi i da je doprineo istraživanju relevantnom za mentalno zdravlje adolescenata. Bespovratna sredstva za istraživanje dobijena su od Nacionalnog instituta za zdravstvena istraživanja Ujedinjenog Kraljevstva Velike Britanije i Severne Irske i Saveta za medicinska istraživanja iz organizacija University College London i Grand Challenges Canada.

Postupak: Smatralo se da su ovi interesi beznačajni ili da imaju minimalan i malo verovatan uticaj, odnosno da će u razumnoj meri uticati na doprinos dr Devakumara kao spoljnog recenzenta smernica. Nije se smatralo da su dodatne radnje potrebne.

Lynette Mudekunye, Regionalna inicijativa za psihosocijalnu podršku, Južna Afrika

Gđa Mudekunye je obelodanila da radi za Regionalnu inicijativu za psihosocijalnu podršku, neprofitnu nevladinu organizaciju koja pomaže u unapređenju mentalnog zdravlja među adolescentima.

Postupak: Smatralo se da su ovi interesi beznačajni ili da imaju minimalan i malo verovatan uticaj, odnosno da će u razumnoj meri uticati na doprinos gđe Mudekunye kao spoljnog recenzenta smernica. Dodatne radnje nisu bile potrebne.

**Vladimir Carli, Karolinska Institutet, Švedska**

Gospodin Carli radi u Nacionalnom centru za istraživanje samoubistava i prevenciju mentalnih bolesti u Institutu Karolinska, Švedska. Izjavio je da je njegova istraživačka jedinica dobila grant od programa YAM u Stokholmu. Takođe je napomenuo da je YAM registrovani zaštitni znak u Evropskoj uniji, Australiji i SAD. Zaštitni znak pripada kompaniji Mental Health in Mind International AB, koja se bavi istraživanjem i razvojem, a koja je u suvlasništvu istraživača koji su razvili program YAM (među njima su Danuta Wasserman i Vladimir Carli) i Karolinska Institutet Holding AB.

Postupak: Smatralo se da je ovaj interes beznačajan ili da ima minimalan i malo verovatan uticaj, odnosno da će u razumnoj meri uticati na doprinos g. Carlija kao spoljnog recenzenta smernica. Dodatne radnje nisu bile potrebne.

**William Yeung, ReachOut, Australija**

Gospodin Yeung je izvestio da je zaposlen kao administrator u Parks klinici, privatnoj klinici za medicinu rada i psihologiju. Prijavio je primanje naknade (1500 USD) od Partnerstva za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata, za podršku adolescentima i omladini. Kao volontер dao je doprinos zagovaranju mentalnog zdravlja za Black Dog Institute i Istraživački centar Young and Well Cooperative.

Postupak: Smatralo se da je ovaj interes beznačajan ili da ima minimalan i malo verovatan uticaj, odnosno da će u razumnoj meri uticati na doprinos g. Yeunga kao spoljnog recenzenta smernica. Dodatne radnje nisu bile potrebne.

## Prilog 3: Ključna pitanja

**P1 Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije za sve adolescente kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja, sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i samoubistava i/ili smanjila druga rizična ponašanja?**

### **Populacija**

Svi adolescenti

### **Intervencija**

Univerzalno sprovedene preventivne psihosocijalne intervencije

### **Komparator**

Uobičajena nega

### **Ishodi**

- Ključni ishodi: razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje i samoubistvo, rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje)
- Važni ishodi: rizično ponašanje u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanje škole

**P2 Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih nepovoljnim okolnostima (konkretno, P2a: nasilje; P2b: siromaštvo; P2c: humanitarne vanredne situacije) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

### **Populacija**

Adolescenti izloženi nepovoljnim okolnostima poput nasilja, siromaštva i humanitarnih vanrednih situacija

- 2a: adolescenti izloženi nasilju
- 2b: adolescenti izloženi siromaštvo
- 2c: adolescenti izloženi humanitarnim vanrednim situacijama

### **Intervencija**

Ciljane preventivne psihosocijalne intervencije usmerene posebno na adolescente izložene nepovoljnim okolnostima

### **Komparator**

Uobičajena nega ili druga psihosocijalna intervencija

### **Ishodi**

- Ključni ishodi: razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije, anksioznosti i poremećaji posebno vezani sa simptomima i dijagnozom stresa), samopovredovanje, samoubistvo i rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje)
- Važni ishodi: rizično ponašanje u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanje škole

**P3 Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Trudne adolescentkinje i adolescenti roditelji

**Intervencija**

Ciljane preventivne psihosocijalne intervencije usmerene posebno na trudne adolescentkinje i adolescente roditelje

**Komparator**

Uobičajena nega ili druga psihosocijalna intervencija

**Ishodi**

- Ključni ishodi: razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje, samoubistvo i rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje)
- Važni ishodi: rizično ponašanje u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanje škole, pridržavanje antenatalne i postnatalne nege, veštine roditeljstva (znanje i stavovi o roditeljstvu i roditeljsko ponašanje), izloženost nasilju od strane intimnog partnera

**P4 Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Adolescenti koji žive sa HIV-om/AIDS-om

**Intervencija**

Ciljane preventivne psihosocijalne intervencije usmerene posebno na HIV pozitivne adolescente

**Komparator**

Uobičajena nega ili druga psihosocijalna intervencija

**Ishodi**

- Ključni ishodi: razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje, samoubistvo i rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje)
- Važni ishodi: rizično ponašanje u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanje škole, pridržavanje antiretrovirusne terapije

**P5 Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa emocionalnim simptomima kako bi se sprečilo napredovanje mentalnih bolesti koje je moguće dijagnostikovati, kao i samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

**Populacija**

Adolescenti sa emocionalnim simptomima (postojeći psihološki simptomi, ali bez postojeće dijagnoze)

**Intervencija**

Indikovane preventivne psihosocijalne intervencije za adolescente sa postojećim psihološkim simptomom

**Komparator**

Uobičajena nega ili druga psihosocijalna intervencija

**Ishodi**

- Ključni ishodi: mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), samopovređivanje i samoubistvo
- Važni ishodi: razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), rizična ponašanja (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje), rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanje škole

**P6 Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja kako bi se sprečili poremećaji ponašanja, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?****Populacija**

Adolescenti sa postojećim problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja, ali bez postojeće dijagnoze

**Intervencija**

Indikovane preventivne psihosocijalne intervencije za adolescente sa postojećim problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja

**Komparator**

Uobičajena nega ili druga psihosocijalna intervencija

**Ishodi**

- Ključni ishodi: poremećaj ponašanja, poremećaj protivljenja i prcosa, samopovređivanje i samoubistvo, rizično ponašanje (upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje)
- Važni ishodi: razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje), mentalni poremećaji (simptomi i dijagnoze depresije i anksioznosti), rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanje škole

## Prilog 4: Metodologija pregleda

Tim za pregled koristio je standardizovanu metodologiju sistematskog pregleda zasnovanu na procesu opisanom u *Priručniku SZO za izradu smernica, drugo izdanje* (6). Protokol pregleda podeljen je članovima Grupe za izradu smernica i registrovan pre pokretanja u bazi podataka PROSPERO (43), globalnoj bazi podataka sistematskih pregleda zdravstvenih, socijalnih i međunarodnih programa razvoja sa ishodima vezanim za zdravlje.

Koristeći početni pregled studija, tim je ispitao postojeće sistemske preglede za PICO pitanje 1. U međuvremenu su završeni novi primarni pregledi za sva ostala PICO pitanja.

**Tabela: Metodologija po PICO pitanju**

PICO pitanja	Populacija	Metodologija
1	Univerzalna	Postojeći sistematski pregledi
2a	Pogođena nasiljem	Primarni pregled
2b	Izložena siromaštvo	Primarni pregled
2c	Izložena humanitarnoj situaciji	Primarni pregled
3	Trudne adolescentkinje i roditelji adolescenti	Primarni pregled
4	Adolescenti koji žive sa HIV-om	Primarni pregled
5	Emocionalni simptomi	Primarni pregled
6	Nasilničko ponašanje	Primarni pregled

### Metodologija za pregled pregleda (PICO pitanje 1)

#### **Kriterijumi za uključivanje i isključivanje**

Pregledi su obuhvatili studije:

- objavljene između januara 2015. i aprila 2019. godine;
- objavljene u časopisima sa kolegijalnim recenzijama.

Nije primenjeno pravilo o izuzimanju jezika.

#### **Vrste pregleda**

Tim za pregled je obuhvatio preglede studija iz zemalja sa visokim, srednjim i niskim prihodima koje su sadržale randomizovana kontrolisana istraživanja, unakrsna istraživanja, istraživanja randomizovana po klasteru i faktorska istraživanja.

#### **Vrste komparatora**

Tim za pregled je obuhvatio preglede u kojima je primarni komparator uobičajena nega. Ovo se odnosi na studije koje upoređuju ishode za adolescente izložene psihosocijalnim intervencijama sa ishodima za one koji su primali uobičajenu ili redovnu negu dostupnu adolescentima u posebnom okruženju (u nekim slučajevima ovo nije bila intervencija ili nije bila dostupna intervencija).

## Vrste učesnika

Tim za pregled je obuhvatio preglede studija sa muškim i/ili sa ženskim učesnicima adolescentima, uzrasta između 10 i 19 godina. U slučaju šireg starosnog raspona, izvan ovih granica, tim je obuhvatio studije u slučaju da je prosečna starost učesnika bila unutar ovog starosnog raspona. Nisu obuhvaćeni pregledi studija o intervencijama lečenja kod adolescenata sa dijagnostikovanim poremećajima.

## Vrste intervencija

Uključeni su i pregledi studija o intervencijama koje su kao primarni ili sekundarni cilj za adolescente imale:

- unapređenje razvoja mentalnog zdravlja;
- sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija i drugi poremećaji raspoloženja i anksioznost);
- prevenciju samopovređivanja i samoubistva.

Pregledi su bili prihvatanici ako su pokrivali univerzalno pružene preventivne psihosocijalne intervencije. U skladu s tim, intervencije su morale da ciluju sve adolescente, a ne samo visokorizičnu grupu ili adolescente sa ozbiljnim simptomima. Definicija psihosocijalnih intervencija navedena je u prethodnom odeljku. Intervencije mogu biti usredsređene na školu, zajednicu (uključujući i humanitarni kontekst, kao što su izbeglički kampovi), dom zdravlja ili dom. Takođe se mogu sprovoditi putem interneta, digitalno ili u kombinaciji ta dva načina. Intervencije može obavljati niz pojedinaca, kao što su nastavnici, zdravstveni i nezdravstveni radnici, radnici u zajednici, neprofesionalni radnici i vršnjaci.

Kako su to bile preventivne intervencije, one su se „razlikovale od lečenja, ali su dopunjavale zajednički cilj smanjenja tereta mentalnih, emocionalnih i bihevioralnih poremećaja (MEB) u okviru zdravog razvoja dece i mladih”(28).

## Vrste mera ishoda

Obuhvaćene studije su koristile merne alatke koje su pratile adolescente koji daju informacije o sebi odnosno roditelje/staratelje ili nastavnike koji daju informacije o adolescentima. Takođe su obuhvaćene studije u kojima su istraživači direktno posmatrali adolescente ili ih procenjivali. Tabela u nastavku pokazuje način na koji su ishodi kategorisani. Potpuna lista operacionalizovanih termina nalazi se na kraju ovog priloga.

**Tabela: Ishodi PICO pitanja**

<b>PICO pitanje</b>	
1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje)</li> <li>2. Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)</li> <li>3. Samopovređivanje i samoubistvo</li> <li>4. Upotreba supstanci</li> <li>5. Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje</li> <li>6. Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</li> <li>7. Pohađanje škole</li> </ol>

## **Metode pretraživanja korišćene pri identifikovanju studija**

Iako se na ovaj pregled pregleda primenjivala ista strategija pretraživanja kao za primarne preglede, sistematski filter za pretragu pregleda zamenio je RCT filter pretrage u svakoj bazi podataka kako bi se rezultati prilagodili.

### **Izbor studije**

Kompletni bibliografski zapisi svih rezultata pretraživanja eksportovani su u Rayyan (87), drugu veb alatku za upravljanje sistematskim pregledima, potom su uklonjeni svi duplikati, a onda su revizori radili u parovima da bi samostalno pregledali sve preostale sažetke, koristeći kratku kontrolnu listu sa kriterijuma za uključivanje.

Svi revizori su se sastali kako bi razmotrili sva neslaganja u svojim stavovima. Posle toga su dva revizora odvojeno procenila verzije kompletног teksta svih studija za koje se smatralo da su potencijalno relevantne. Kada god su postojale sumnje, odluku o članku sa kompletним tekstom donosio je treći istraživač iz tima.

U ovoj fazi revizori su odlučili da izuzmu sistematske preglede koji nisu sadržali randomizovana kontrolisana istraživanja. Revizori su takođe izabrali da obuhvate samo preglede od 2015. godine nadalje. To je bilo u skladu sa savetima metodologa Grupe za izradu smernica, koji je preporučio da se koriste sistematski pregledi objavljeni u prethodnih pet godina.

Pregledi koji su ispunjavali zahteve naknadno su ocenjeni na osnovu ocene kvaliteta koju koristi alatka AMSTAR II. AMSTAR II je alatka razvijena za kritičku procenu sistematskih pregleda (88). Ta alatka integriše oblasti koje se odnose na rizik od pristrasnosti, pokrivenost izveštavanjem, prikladnost analitičkih metoda koje se koriste i otkrivanje konkurenčkih interesa. Iako nije dizajnirana da generiše ukupnu ocenu, može da pomogne istraživačima i kreatorima politika u identifikovanju visokokvalitetnih pregleda i dokaza za preuzimanje (89).

Nakon detaljnog pregleda svake publikacije u odnosu na kriterijume alatke AMSTAR II, ova onlajn alatka je generisala ocenu koja ukazuje na kritično nizak, nizak, umeren ili visok kvalitet. Publikacije za koje se smatralo da su umerenog ili visokog kvaliteta bile su uključene u završnu fazu.

Devet publikacija iz pretraživanja PICO pitanja 1 prošlo je kriterijume alatke AMSTAR II. Potom su svi sistematski pregledi podvrgnuti pažljivom pregledu kako bi se identifikovali oni koji su imali ishode sa najviše podudaranja sa ishodima navedenim u PICO pitanju.

Nijedan od identifikovanih pregleda nije mogao da se u potpunosti uklopi sa identifikovanim ishodima i da obuhvati unapred određeni starosni raspon. U skladu s tim, dogovoreno je da se koristi novi pregled objavljen u julu 2019. godine, koji je pripremljen za inicijativu HAT i koji se gotovo u potpunosti poklapa sa uzorkom, intervencijama i ishodima.

### **Metodologija primarnog pregleda (PICO pitanja 2–6)**

#### **Kriterijumi za uključivanje i isključivanje**

Pregledi su obuhvatili studije:

- objavljene između januara 2000. i februara 2019. godine;
- primarne studije iz časopisa sa kolegijalnim recenzijama.

Nije primenjeno pravilo o izuzimanju jezika. Tačnije, pregledi su zadovoljili dole navedene kriterijume za uključivanje i isključivanje.

#### **Vrste studija**

Revizori su obuhvatili sve studije o intervencijama iz zemalja sa visokim, srednjim i niskim prihodima koje su sprovedene kao randomizovana kontrolisana istraživanja, unakrsna istraživanja, randomizovana istraživanja po klasterima i faktorska istraživanja.

## Vrste komparatora

Primarni komparator je bio uobičajena nega. Ovo se odnosi na studije koje upoređuju ishode za adolescente izložene psihosocijalnim intervencijama sa ishodima za one koji su primali uobičajenu ili redovnu negu dostupnu adolescentima u posebnom okruženju (u nekim slučajevima ovo nije bila intervencija ili nije bila dostupna intervencija). Sekundarni komparator sastojao se od studija koje upoređuju dve psihosocijalne intervencije. One će se analizirati odvojeno od onih sa primarnim komparatorm, ali nisu uključene u ovaj dokument.

## Vrste učesnika

Revizori su obuhvatili studije sa muškim i/ili sa ženskim učesnicima adolescentima, uzrasta između 10 i 19 godina. U slučaju šireg raspona starosti, izvan ovih granica, oni su u pregled uključivali studiju (i) ako je prosečni uzrast bio unutar starosnog raspona ili (ii) ako je više od 50% učesnika spadalo u starosni raspon.

Pitanja 2–4 pokrivala su studije o intervencijama na posebnim grupama visokorizičnih adolescenata (na primer, adolescenti izloženi nepovoljnim okolnostima kao što su nasilje, siromaštvo, humanitarne vanredne situacije, trudnoća, roditeljstvo i život sa HIV-om). Pitanja 5 i 6 pokrivala su intervencije za adolescente sa postojećim simptomima mentalnih zdravstvenih problema.

Revizori nisu obuhvatili studije o intervencijama koje uključuju lečenje adolescenata sa dijagnostikovanim poremećajem.

**Tabela: Populacija po pitanju (PICO pitanja 2–6)**

PICO pitanja	Populacija	Operacionalizovani pojmovi
<b>2a</b>	Adolescenti izloženi nasilju	Adolescenti uzrasta 10–19 godina koji su izloženi interpersonalnom nasilju prema definiciji autora studije (nasilje u porodici, nasilje intimnog partnera ili nasilje u zajednici), kao žrtve ili svedoci
<b>2b</b>	Adolescenti izloženi siromaštvo	Adolescenti uzrasta 10–19 godina koji žive u siromaštvo, prema definiciji autora studije. Studije bi ovo mogle da definišu koristeći i) mere absolutnog siromaštva (na primer, život sa 1,90 američkih dolara dnevno), ii) nesigurnost snabdevanja hranom, iii) višestruku lišenost (uključujući složeni indeks koji se koristi za merenje obrazovanja, dohotka, stanovanja, potrošnje), iv) mere zasnovane na imovini, kao što su standardizovani indeksi imovine, ili v) ostalo (način merenja će biti zabeležen tokom izdvajanja podataka)
<b>2c</b>	Adolescenti izloženi humanitarnim vanrednim situacijama	Adolescenti uzrasta 10–19 godina koji su bili ili jesu izloženi humanitarnim vanrednim situacijama usled sukoba, nasilja, prirodnih katastrofa ili drugih uzroka
<b>3</b>	Trudne adolescentkinje i adolescenti roditelji	Adolescentkinje uzrasta 10–19 godina koje su trudne ili adolescenti koji imaju bebu (i devojčice i dečaci)
<b>4</b>	Adolescenti koji žive sa HIV-om/ AIDS-om	Adolescenti uzrasta 10–19 godina koji su HIV pozitivni
<b>5</b>	Adolescenti sa emocionalnim problemima	Adolescenti uzrasta 10–19 godina sa postojećim psihološkim simptomima depresije i anksioznosti, ali bez postojeće dijagnoze
<b>6</b>	Adolescenti sa postojećim problemom disruptivnog ili prkosnog ponašanja	Adolescenti uzrasta 10–19 godina sa postojećim eksternalizujućim problemima u ponašanju, ali bez postojeće dijagnoze

## Vrste intervencija

Studije o intervencijama su bile obuhvaćene ako su njihovi primarni ili sekundarni ciljevi za adolescente bili:

- unapređenje razvoja mentalnog zdravlja;
- sprečavanje mentalnih poremećaja (depresija i drugi poremećaji raspoloženja, anksioznost, psihoza);
- prevencija samopovređivanja i samoubistva.

Sve studije o intervencijama obuhvatale su psihosocijalne intervencije. One su definisane kao intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa (29, 30) za poboljšanje psihosocijalnog blagostanja i/ili smanjenje rizika od loših ishoda mentalnog zdravlja.

Psihosocijalne intervencije sadrže programe dizajnirane za adolescente pojedinačno ili u grupama, odnosno za njihove staratelje i porodice.

Psihosocijalne intervencije ne obuhvataju biološke intervencije (kao što je farmakoterapija). Psihosocijalne intervencije kojima je cilj samo da modifikuju strukturni kontekst adolescenta ne razmatraju se u okviru ovih smernica. U skladu s tim se isključuju intervencije koje se sastoje isključivo od strukturnih intervencija ili intervencija na društvenom nivou (poput novčanih transfera ili intervencija koje se tiču atmosfere u školi), kojima nedostaje psihosocijalna komponenta.

Intervencije mogu biti usredsređene na školu, zajednicu (uključujući i humanitarni kontekst, kao što su izbeglički kampovi), dom zdravlja ili dom. Takođe se mogu obavljati putem interneta, digitalno ili u kombinaciji ta dva načina. Intervencije može obavljati niz pojedinaca, kao što su nastavnici, zdravstveni i nezdravstveni radnici, radnici u zajednici, neprofesionalni radnici i vršnjaci.

Intervencije su bile preventivne i zato su se „razlikovale od lečenja, ali su dopunjavale zajednički cilj smanjenja tereta mentalnih, emocionalnih i bihevioralnih poremećaja (MEB) u okviru zdravog razvoja dece i mlađih“ (28). Revizori su definisali preventivne intervencije u smislu tri različite potkategorije (90). PICO pitanje 1 obuhvata univerzalno pružene preventivne intervencije. To su programi koji su usmereni na celokupnu adolescentsku populaciju i osmišljeni su tako da svi imaju koristi od njih. PICO pitanja 2–4 obuhvataju selektivne ili ciljane preventivne intervencije. One se fokusiraju na pojedince ili zajednice kojima preti mogućnost razvoja mentalnih zdravstvenih problema ili rizičnih ponašanja zbog faktora kao što su siromaštvo, zdravstveni status (uključujući HIV i trudnoću), migracioni status i izloženost nasilju. PICO pitanja 5 i 6 obuhvataju indikovane preventivne intervencije. To su programi za adolescente koji su izabrani da učestvuju u studiji jer imaju postojeće simptome mentalnog poremećaja ili visokorizičnog ponašanja.

## Vrste mera ishoda

Obuhvaćene studije su koristile merne alatke koje su pratile adolescente koji daju informacije o sebi odnosno roditelje/staratelje ili nastavnike koji daju informacije o adolescentima. Takođe su uključene studije u kojima su istraživači direktno posmatrali adolescente ili ih procenjivali. Ishodi su varirali u zavisnosti od PICO pitanja i detaljnije su definisani u sledećem odeljku. Potpuna lista operacionalizovanih termina nalazi se na kraju ovog priloga.

## Metode pretraživanja korišćene pri identifikovanju studija

Za identifikaciju studija korišćene su različite metode. Sistematska pretraživanja su obavljena u okviru pretraživača i baza podataka PubMed/MEDLINE, PsicINFO, ERIC, EMBASE i ASSIA, uz korišćenje unapred određenog skupa termina za pretragu.

## Izbor studije

Kompletни bibliografski zapisi svih rezultata pretraživanja eksportovani su u alatu EPPI-Reviewer (91), veb alatu za upravljanje sistematskim pregledima. To je pomoglo da se uklone svi duplikati.

Koristeći RCT klasifikator za mašinsko učenje, alatka EPPI-Reviewer je automatski skenirala sve sažetke i identifikovala one kod kojih je verovatnoća da se radi o randomizovanom kontrolisanom istraživanju u pregledu bila niža ili viša od 20%, na osnovu ključnih pojmoveva. Funkcija RCT u alatki EPPI-Reviewer predstavlja „pametni“ način klasifikacije koji svakom dokumentu dodeljuje ocenu koja ukazuje na približnost njegovog podudaranja. Ta funkcija se zasniva na modelima razvijenim na osnovu podataka dobijenih iz postojećih pregleda. Ova faza skrininga sažetaka zasniva se na podacima iz skoro 300.000 stavki pregledanih Kokranovom metodom i koristila je unapred izgrađeni model za identifikaciju randomizovanih kontrolisanih istraživanja. Sve je više dokaza da, u kombinaciji sa ljudskim naporima, ova vrsta skrininga ima visoku osetljivost. Funkcija RCT može da smanji broj ljudskih grešaka i umanji neslaganja između revizora, a pomaže da se skrining ubrza, istovremeno povećavajući njegovu efikasnost. Ova funkcija može da poboljša kontrolu kvaliteta ručno uključenih ili isključenih studija, pružajući još jedan nivo zaštite u cilju smanjenja broja ljudskih grešaka (92–94). Sažeci za koje je verovatnoća da će biti uključeni bila manja od 20% (na osnovu procene alatke EPPI-Reviewer) poslati su na novi pregled samo jednom revizoru. Ključni pojmovi za pretragu korišćeni su i za pretragu kroz sažetke kako bi se obezbedilo da nijedna studija ne bude isključena.

Revizori su zatim radili u parovima da bi nezavisno pregledali sve preostale sažetke, koristeći kratku kontrolnu listu sa kriterijuma za uključivanje (vidi tabelu koja sledi). Svi revizori su se sastali kako bi razmotrili neslaganja između sažetaka, a zatim su dva revizora odvojeno ocenila sve verzije kompletног teksta studija za koje se smatralo da su potencijalno relevantne. Svaka studija je uparena sa relevantnim PICO pitanjem. U slučaju sumnje, odluku o članku sa kompletним tekstrom donosio je treći istraživač iz tima.

**Tabela: Kontrolna lista za uključivanje**

Stavka	Pitanje kontrolne liste
<b>1</b>	Da li je to pojedinačno randomizovano kontrolisano istraživanje, randomizovano kontrolisano istraživanje po klasteru, unakrsno istraživanje ili faktorsko istraživanje?
<b>2a</b>	Da li su učesnici uzrasta između 10 i 19 godina? Da li se srednji uzrast svih učesnika kreće između 10 i 19 godina?
<b>2b</b>	Ako ne, da li staratelj ili nastavnici učesnika izveštavaju o rezultatima adolescentata uzrasta između 10 i 19 godina?
<b>3</b>	Da li intervencija treba da donese koristi adolescentima bez dijagnostikovanog mentalnog poremećaja?
<b>4</b>	Da li je cilj intervencije unapređenje mentalnog zdravlja, sprečavanje mentalnih poremećaja i/ili samopovređivanja i prijavljivanje ovih ishoda?
<b>5</b>	Da li je intervencija psihosocijalna intervencija, koja koristi psihološki ili socijalni pristup, odnosno kombinaciju tih pristupa?

### **Ekscerpcija podataka**

Obrazac za ekscerpciju podataka razvijen je kako bi se dobole sve potrebne informacije iz obuhvaćenih studija.

Tim za pregled ekscerpirao je podatke iz obuhvaćenih studija o ključnim oblastima navedenim u nastavku:

- karakteristike studije, uključujući okvir, populaciju, koncept istraživanja, detalje intervencije i alatke za skrining;
- rizik od pristrasnosti i kvaliteta studije, uz korišćenje Kokranove alatke za procenu rizika od pristrasnosti za randomizovane studije, uključujući generisanje slučajnih sekvenci, prikrivanje alokacije, zaslepljivanje učesnika i osoblja, zaslepljivanje procene ishoda, nepotpune podatke o ishodu, selektivno izveštavanje i druge izvore pristrasnosti;
- vrsta kontrolne grupe, kategorija ishoda, instrument, vremenska tačka, veličina uzorka intervencije i kontrolne grupe i rezultati intervencija na relevantnim ishodima (na primer, srednja vrednost i standardna odstupanja), izračunata standardna srednja razlika i intervali pouzdanosti od 95% (95).

Od autora se putem elektronske pošte tražilo da dostave podatke koji nedostaju i koji su uključeni ako su primljeni u roku. Studije koje se pojavljuju u više publikacija tretirane su kao jedna studija.

Tokom ekscerpcije podataka nezavisni viši revizor kontinuirano je verifikovao određenu količinu karakteristika studije iz ekscerpiranih informacija. Drugi nezavisni revizor je u potpunosti proveravao sve unose u vezi sa rizikom od pristrasnosti i ekscerpcijom podataka o ishodima. Sve promene i ispravke su zabeležene. Revizori su održavali redovne sastanke o kontroli kvaliteta, otprilike jednom nedeljno, kako bi rešavali probleme kada se pojave.

### **Tačke podataka**

Tačke naknadnih podataka nakon intervencije kategorisane su prema kratkoročnim, srednjoročnim i dugoročnim ishodima (vidi donju tabelu). Međutim, podaci iz svih vremenskih tačaka zajedno su korišćeni u metaanalizi za ovaj proces.

**Tabela: Kodiranje podataka iz različitih vremenskih tačaka**

Ishod	Vremenski raspon
Kratkoročni ishod	≤ 2 meseca nakon završetka intervencije
Srednjoročni ishod	> 2–12 meseci nakon završetka intervencije
Dugoročni ishod	> 12 meseci nakon završetka intervencije

### **Analiza podataka**

Procene efekata iz obuhvaćenih studija klasifikovane su prema domenu ishoda koji su predstavljale i prema dužini praćenja. Procene efekata transformisane su u standardnu srednju razliku – preferenciju za Koenovo *d*. Kada god su prijavljeni binarni ishodi, odnosi verovatnoća su konvertovani u Koenovo *d*, koristeći transformaciju *logit*.

Metaanalyse su obavljene uz korišćenje robusne procene varijanse sa slučajnim efektima kako bi se, na primer, uzele u obzir višestruke procene zavisnog efekta po studiji, gde je jedna studija doprinela sa nekoliko procena efekata u jednom domenu ishoda. Revizori su prepostavili interkorelaciju od 0,8 u okviru studija. Heterogenost su opisali u smislu  $\tau^2$  prilagođenog grupisanju i  $I^2$ .

Metaregresija je obuhvatila kategoričke prediktore za opisivanje intervencija i karakteristika populacije koje mogu objasniti heterogenost u efektivnosti (vidi dole). Metaregresije su opisane korišćenjem koeficijenta regresije, rezidualnog  $I^2$  i rezidualnog  $\tau^2$ .

Kao što je gore napomenuto, primarni cilj analize bio je poređenje lečenih grupa sa kontrolnim grupama za sva PICO pitanja.

## Grupisanje ishoda

Ishodi su, radi analize, grupisani po PICO pitanju, kao što je prikazano u donjoj tabeli.

**Tabela: Ishodi PICO pitanja 2–6**

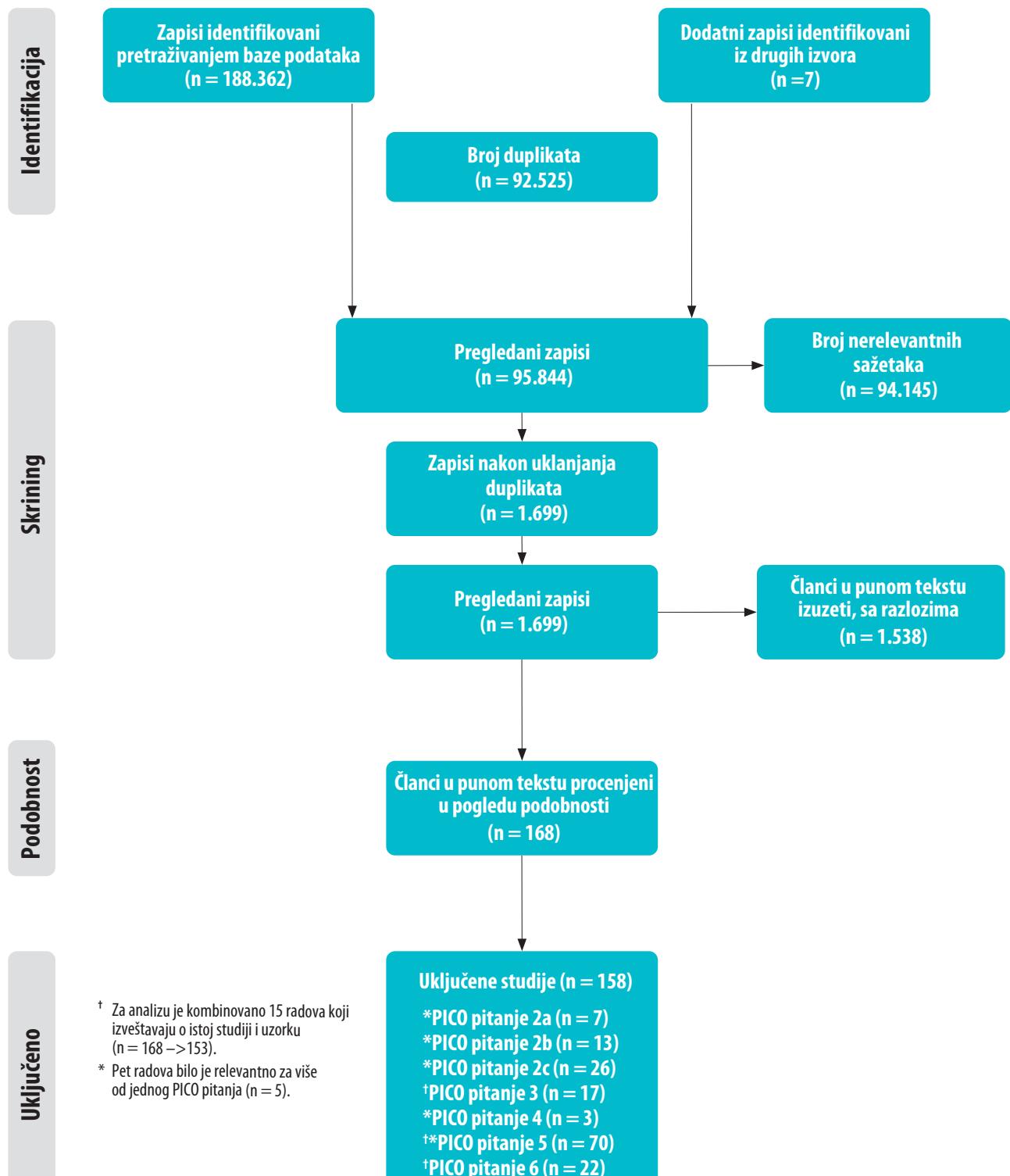
Ishodi PICO pitanja	
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Razvoj mentalnog zdravlja</li> <li>2. Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)</li> <li>3. Mentalni poremećaji (poremećaji posebno povezani sa stresom)</li> <li>4. Samopovređivanje i samoubistvo</li> <li>5. Upotreba supstanci</li> <li>6. Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje</li> <li>7. Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</li> <li>8. Pohađanje škole</li> </ol>
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Razvoj mentalnog zdravlja</li> <li>2. Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)</li> <li>3. Samopovređivanje i samoubistvo</li> <li>4. Upotreba supstanci</li> <li>5. Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje</li> <li>6. Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</li> <li>7. Pohađanje škole</li> <li>8. Pridržavanje antenatalne i postnatalne nege</li> <li>9. Veštine roditeljstva (znanje i stavovi o roditeljstvu i roditeljsko ponašanje)</li> <li>10. Izloženost nasilju intimnih partnera</li> </ol>
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Razvoj mentalnog zdravlja</li> <li>2. Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)</li> <li>3. Samopovređivanje i samoubistvo</li> <li>4. Upotreba supstanci i agresivno ponašanje</li> <li>5. Disruptivno i prkosno ponašanje</li> <li>6. Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</li> <li>7. Pohađanje škole</li> <li>8. Pridržavanje antiretovirusne terapije</li> </ol>
5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)</li> <li>2. Samopovređivanje i samoubistvo</li> <li>3. Razvoj mentalnog zdravlja</li> <li>4. Upotreba supstanci i agresivno ponašanje</li> <li>5. Disruptivno i prkosno ponašanje</li> <li>6. Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</li> <li>7. Pohađanje škole</li> </ol>
6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mentalni poremećaji (dijagnoza poremećaja ponašanja i poremećaja protivljenja i prkosa)</li> <li>2. Samopovređivanje i samoubistvo</li> <li>3. Upotreba supstanci</li> <li>4. Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje</li> <li>5. Razvoj mentalnog zdravlja (mentalno blagostanje i mentalno funkcionisanje)</li> <li>6. Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)</li> <li>7. Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</li> <li>8. Pohađanje škole</li> </ol>

## Analize podgrupa

Sve analize su najpre sprovedene na potpunom uzorku. Ovde se ne izveštava o analizama podgrupa.

Donja slika prikazuje rezultate celokupnog procesa pretraživanja, uključujući inicijalnu pretragu, uklanjanje duplikata, skrining sažetaka, skrining celokupnog teksta i kodiranje studija po PICO pitanju.

**Slika: Dijagram toka obuhvaćenih studija (PICO pitanja 2–6)**



Razlozi za isključenje (pogrešna publikacija, n = 200, npr. prezentacije sa konferencija; pogrešna ciljna grupa, n = 598; pogrešna intervencija, n = 62; pogrešan dizajn studije, n = 96; pogrešan ishod, n = 265; pogrešan uzrast, n = 263; nedovoljno podataka, n = 5; aktivna/neaktivna intervencija, n = 19; duplikati, n = 10)

## Kompletna lista operacionalizovanih termina

Ishod	Definicija ishoda	Operacionalizovani termini (primeri)
<b>Razvoj mentalnog zdravlja</b>	Mentalno blagostanje	Zadovoljstvo životom, kvalitet života, pozitivna slika o sebi, samopoštovanje, samokontrola i samoefikasnost
	Mentalno funkcionisanje	Socijalne, emocionalne i kognitivne kompetencije kao što su otpornost, suočavanje, rešavanje problema, odnos, interpersonalne i komunikacijske veštine i regulacija emocija
<b>Mentalni poremećaji</b>	Depresija, anksioznost	Učestalost i prevalencija simptoma i dijagnoze depresije i anksioznosti
	Poremećaj ponašanja	Dijagnoze poremećaja ponašanja
	Poremećaj protivljenja i prkosa	Dijagnoze poremećaja protivljenja i prkosa
	Poremećaji povezani sa stresom	Učestalost i prevalencija simptoma i dijagnoze PTSP
<b>Samopovređivanje</b>		Učestalost i prevalencija samopovređivanja, samoubilačkih ideja, samoubistva
<b>Rizična ponašanja</b>	Upotreba supstanci	Upotreba alkohola, učestalost upotrebe alkohola, problemi povezani sa alkoholom, iniciranje upotrebe alkohola, iniciranje alkoholizma, preterano opijanje i zloupotreba alkohola  Upotreba kanabisa (marihuana, hasiš, tetrahidrokanabinol), opioida (opijati, morfijum, heroin, metadon, diamorfin, diacetilmorfin, fentanil) i/ili stimulansa (ekstazi, metilendioksimetamfetamin, metamfetamin, amfetamin i kokain)  Upotreba duvana, učestalost upotrebe duvana, iniciranje upotrebe duvana
	Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje	Fizička agresija, verbalna agresija, sukob, interpersonalno nasilje, izvršenje nasilja nad intimnim partnerima, problemi u ponašanju, problemi sa vršnjacima, eksternalizujući problemi, antisocijalno ponašanje, tuča, maltretiranje, bes, kriminalno ponašanje, hapšenje i zatvaranje
<b>Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja</b>		Upotreba kondoma, rani seksualni odnosi, broj partnera
<b>Pohađanje škole</b>		Upis, stopa napuštanja škole, stopa zadržavanja u školi, propušteni školski dani, stope pohađanja škole i namera povratka u školu
<b>Pridržavanje antenatalne i postnatalne nege</b>		Pridržavanje antenatalne i postnatalne nege, inicijacija antenatalne nege, broj antenatalnih poseta, broj postnatalnih poseta, pridržavanje planiranja porodice nakon porođaja, pridržavanje rasporeda vakcinacije
<b>Veštine roditeljstva</b>	Znanje i stavovi o roditeljstvu	Znanje o razvoju deteta, poznавanje pozitivnih praksi roditeljstva i disciplinovanja, stres roditeljstva, samoefikasnost roditeljstva
	Roditeljska ponašanja	Odgovornost, osjetljivost, pozitivne interakcije, emocionalna komunikacija, disciplinska komunikacija, upravljanje disciplinom i ponašanjem
<b>Izloženost nasilju intimnih partnera</b>		Viktimizacija koja se odnosi na fizičko, psihološko i seksualno nasilje, sukob u odnosima, nasilje u vezi
<b>Unapređeno pridržavanje antiretrovirusne terapije</b>		Iniciranje, primena, kontinuitet i prekid antiretrovirusne terapije, uključujući prijavljeno pridržavanje, virusno opterećenje, broj CD4, farmakološke mere pridržavanja, drugim rečima, odnos posedovanja lekova, broja tableta i uzimanja tableta, broja tableta i mera elektronskog nadzora pridržavanja

## Prilog 5: Primena GRADE pristupa

Za procenu kvaliteta dokaza korišćen je GRADE pristup. Procjenjeni domeni su obuhvatili:

- rizik od pristrasnosti,
- nedoslednost,
- indirektnost,
- nepreciznost,
- pristrasnost publikacije.

### **Rizik od pristrasnosti**

Procena rizika od pristrasnosti je obavljena kako bi se identifikovala sva ograničenja u dizajnu studije koja mogu da utiču na pristrasnost ukupne ocene efekta lečenja. Tri najvažnija domena koja su razmatrana za GRADE pristup su:

- randomizacija,
- zaslepljivanje procenitelja ishoda (pristrasnost otkrivanja),
- nepotpuni podaci o ishodu (pristrasnost zbog nepotpunosti).

Kriterijumi za snižavanje zasnivali su se na vodećim principima za tehničke stručnjake, preuzetim iz ažuriranog vodiča za intervencije mhGAP za mentalne, neurološke poremećaje i poremećaje zavisnosti u nespecijalizovanim zdravstvenim uslovima, iz 2016. godine (27). Primenjeni su sledeći principi:

- < 10% studija koje doprinose podacima ima visok rizik od pristrasnosti – nije izvršeno snižavanje;
- 10–30% studija ima visok rizik od pristrasnosti – snižavanje za jedan;
- > 30% studija ima visok rizik od pristrasnosti – snižavanje za dva;
- u ovu svrhu, nejasan rizik od pristrasnog prosudživanja nije smatran visokim.

### **Nedoslednost**

Nedoslednost se odnosi na neobjašnjive različite procene efekta lečenja (heterogenost ili promenljivost rezultata) tokom istraživanja. Heterogenost je procenjena pomoću  $I^2$  testa za heterogenost i povezane  $P$ -vrednosti. Tim za pregled složio se da snizi za jedan vrednosti  $I^2$  testa iznad 75%, a za dva vrednosti iznad 90%, na osnovu Kokranovih smernica za rešavanje heterogenosti. Moguća prilagođavanja ocenjivanja razmatrana su procenom značaja  $P$ -vrednosti i utvrđivanjem da li se heterogenost može objasniti na osnovu vrsta intervencije, učesnika, uslova ili metoda procene ishoda.

Tamo gde je jedna studija doprinela ishodu svojim podacima nije izvršeno snižavanje zbog nedoslednosti.

### **Indirektnost**

Indirektnost je stepen u kojem se nalazi mogu generalizovati ili stepen u kojem se dostupni dokazi razlikuju od istraživačkog pitanja u pogledu populacije, intervencije, komparatora ili ishoda. Tim je procenio uopštavanje nalaza razmatrajući da li intervencija, učesnici, uslovi i metode procene ishoda odgovaraju kontekstu kome su smernice namenjene. (Na primer, uslovi visokih prihoda i dobro obučeni facilitatori intervencija ne pružaju direktnе dokaze o uslovima u LMIC zemljama sa ograničenim resursima.)

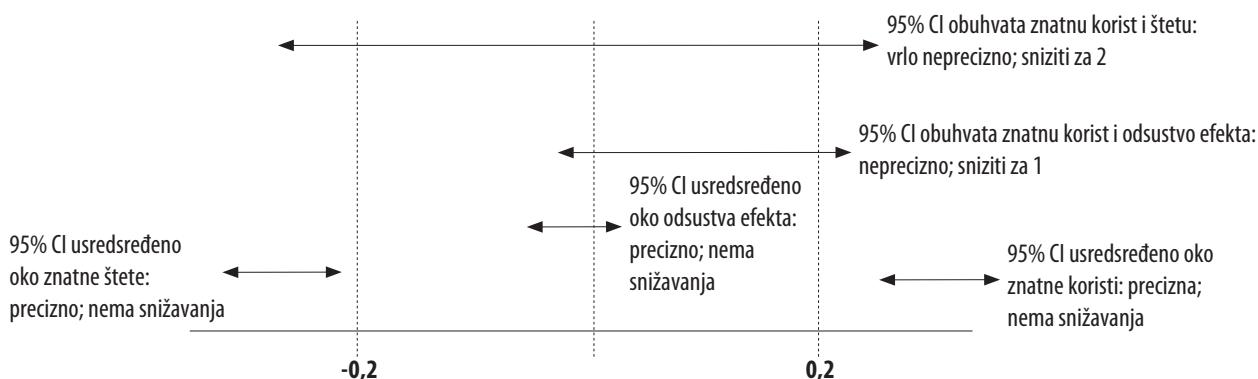
Tamo gde je pojedinačna studija doprinela ishodu svojim podacima trebalo je izvršiti snižavanje za jedan (ponekad uz snižavanja za druga pitanja koja se odnose na direktnost).

### **Nepreciznost**

Rezultati su neprecizni kada studije uključuju relativno malo učesnika i malo događaja, što dovodi do velikih intervala pouzdanosti (CI) koji se odnose na procenu efekta.

Na osnovu dostupne literature i uz konsultacije sa stručnjacima, Tim za pregled dokaza se dogovorio da procenu efekta od  $|0,2|$  smatra kao klinički značajnu. Da bi se utvrdila nepreciznost, procenjeni su intervali pouzdanosti od 95% oko procene efekta.

**Slika: Procena nepreciznosti za razvoj mentalnog zdravlja**



### **Pristrasnost publikacije**

Pristrasnost publikacije se odnosi na „sistemscko potcenjivanje ili precenjivanje osnovnog korisnog ili štetnog efekta intervencije ili izloženosti koje proizilaze iz selektivnog objavljivanja studija na osnovu rezultata studije; za studije u kojima nije utvrđen nikakav efekat postoji manja verovatnoća da će biti objavljene” (6).

Kada je 10 ili više studija doprinelo ishodu svojim podacima, standardna greška (SE) procene efekta izračunata je uz pomoć formule  $SE = (95\% \text{ CI gornja} - 95\% \text{ CI donja})/3,92$ . Standardna greška (kao mera varijacije) označena je u odnosu na standardnu srednju razliku (kao mera efekta) da bi se kreirali levkasti grafikoni.

Tim za pregled vizuelno je procenjivao simetriju i ukazivao na sumnju da postoji pristrasnost publikacije ako je bilo potrebe.

### **Tabela za rezime nalaza**

#### **Narativni prikaz GRADE rezultata**

Narativni prikaz GRADE rezultata uzima u obzir veličinu mere efekta i snagu dokaza i unet je u krajnju kolonu tabele za rezime nalaza. Predstavljen je u formatu rezimea na jednostavnom jeziku koji su preporučili Glenton et al., 2010 (96).

### ***Aproksimacija relativnog rizika***

Tim za pregled dokaza, čija je odgovornost bila da predstavi rezultate kontinuiranih ishoda, u početku ih je predstavio samo kao standardne srednje vrednosti apsolutnog rizika i mere relativnog rizika. Tim je izračunao približni odnos verovatnoća koristeći metodu koju su opisali Hasselblad i Hedges (97). Da Costa et al. (98) su u studiji procenili metodu i otkrili da je imala prihvatljivu tačnost u aproksimaciji relativnog rizika.

# Prilog 6: Rezime dokaza po ključnim pitanjima

Ovaj odeljak sadrži rezime dokaza za svako ključno pitanje. U njemu se nalaze rezime obuhvaćenog pregleda za PICO pitanje 1 i rezultati primarnih pregleda (PICO pitanja 2–6), drugi relevantni dokazi (konkretno, povezane smernice i sistematski pregledi) i rezime okvira – od dokazivanja do odluke.

Subanaliza uzrasta nije završena za primarne preglede (PICO pitanja 2–6) zbog raznolikosti starosnih grupa u svakom skupu studija. Većina studija je za sva PICO pitanja izveštavala o mešovitim starosnim grupama (ne mlađim u odnosu na starije adolescente), kao što je prikazano u tabeli 1.

**Tabela 1: Starosne grupe učesnika studije (PICO pitanja 2–6)**

Ishod	Ukupan broj obuhvaćenih studija	Studije sa učesnicima uzrasta 14 godina i mlađim	Mešovite grupe	Studije sa učesnicima uzrasta 15 godina i starijim	Podaci koji nedostaju (nisu navedeni)
2a	7	1 (14%)	6 (86%)	—	—
2b	15	3 (20%)	8 (67%)	—	2 (13%)
2c	26	8 (30,8%)	13 (50%)	3 (11,5%)	2 (7,7%)
3	17		12 (70,6%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)
4	3	1 (33%)	2 (67%)	—	—
5	70	11 (15,7%)	41 (58,6%)	10 (14,3%)	8 (11,4%)
6	22	5 (22,7%)	14 (63,6%)	—	3 (13,6%)

Rodnu subanalizu za primarne preglede (PICO pitanja 2–6) nije bilo moguće završiti jer je vrlo malo studija prijavilo rezultate razvrstane prema rodu. Ako uzmemo PICO pitanje 5 kao primer, 63 od 70 studija su obuhvatile dečake i devojčice, ali su samo dve izveštavale odvojeno o rezultatima (3,2%). Za PICO pitanje 6, s druge strane, 17 studija je obuhvatilo i dečake i devojčice, ali nijedna od njih nije odvojeno izveštavala o rezultatima (0%).

## Pitanje 1: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije za sve adolescente kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i samoubistava i/ili druga rizična ponašanja?

### Rezime dokaza

Tim za pregled dokaza ispitao je sve preglede koji su se kvalifikovali za AMSTAR postupak (za metodologiju vidi Prilog 4), a zatim je usko povezao ishode iz pregleda pripremljenog za intervenciju „Pomoći adolescentima da napreduju“ sa većinom ishoda za ovo ključno pitanje (7). Ovaj pregled je izvestio o 158 studija o intervencijama, koje su pokrivale 33 zemlje. Većina istraživanja je sprovedena u zemljama sa visokim prihodima (90,5%), na različitim platformama, uključujući školu, zajednicu, zdravstveno, digitalno i kombinovano okruženje. Realizatori su uključivali niz pojedinaca (nastavnika, stručnjaka za mentalno zdravlje, neprofesionalnih radnika i vršnjaka). Pozitivni ishodi mentalnog zdravlja bili su prisutni u 67 studija obuhvaćenih ovim pregledom. Mentalni poremećaji su se pojavili u 48 studija, dok su agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje zastupljeni u 47 studija. Upotreba supstanci je bila prisutna u 43 studije.

Postojaо je i niz drugih relevantnih pregleda o univerzalnim intervencijama. Izbor pregleda koje je alatka AMSTAR II ocenila umereno do visoko i sa sličnim ishodima sumiran je u nastavku.

Hetrick et al. (99) sproveli su Kokranov pregled efikasnosti školskih psiholoških programa u sprečavanju depresije. Pregled je obuhvatio 83 nezavisna istraživanja. Većina istraživanja je sprovedena u SAD (50,6%, n = 42 studije). Preostale studije su pretežno sproveđene u zemljama sa visokim prihodima, dok je pet sprovedeno u zemljama sa niskim i srednjim prihodima. Sveukupno, 52 istraživanja su bila randomizovana kontrolisana, dok su ostala 34 istraživanja bila randomizovana po klasterima. Učesnici obuhvaćene intervencije bili su uzrasta od 8 do 24 godine, a veličina uzorka u istraživanju kretala se od 18 do 5.634 učesnika. Primarni ishod obuhvaćenih studija bila je depresija na koju ukazuje dijagnoza kliničke depresije ili simptomi koji su lično prijavljeni. Autori nisu pronašli dovoljno dokaza koji podržavaju sproveđenje univerzalno primenjivih programa prevencije depresije. Međutim, ovaj pregled se fokusirao na širi starosni raspon i nije bio ograničen na depresiju.

Bastounis et al. (100) sproveli su pregled procenjujući delotvornost programa otpornosti Univerziteta u Pensilvaniji i njegovih derivata kako bi se utvrdila pogodnost njegove velike primene. Obuhvaćene studije su sprovedene u tri zemlje (Australija, Holandija i SAD), što znači da nije obuhvaćena nijedna studija iz zemalja sa niskim i srednjim prihodima. Obuhvaćene studije odnosile su se na programe čiji je cilj bio smanjenje simptoma depresije kod adolescenata. Tri od obuhvaćenih studija koristile su randomizovani kontrolisani dizajn istraživanja (33,3%), a šest je koristilo dizajn randomizovan po klasterima (66,6%). Ukupan broj učesnika u studijama kretao se od 47 do 1.390. Učesnici obuhvaćenih studija bili su uzrasta od 9 do 16 godina. Podaci o rodu nisu dostavljeni. Primarni ishod procenjen u svim studijama bila je depresija, sa anksioznosću kao najčešćim sekundarnim ishodom (55,5%, n = 5). Ovaj pregled nije našao dokaze da je program otpornosti Univerziteta u Pensilvaniji bio delotvoran u smanjenju depresije i anksioznosti. Pregled se fokusirao na jednu intervenciju i isključivo na depresiju i anksioznost.

Ciocanel et al. (101) sproveli su pregled ocenjujući delotvornost pozitivnih razvojnih intervencija u promovisanju pozitivnih ishoda i smanjenju rizičnog ponašanja među mladima. Pregled je obuhvatio 24 studije, sprovedene pretežno u SAD (83,3%, n = 20 studija). Osim njih, četiri su sprovedene u Hrvatskoj, Irskoj, Novom Zelandu i Velikoj Britaniji. Sve obuhvaćene studije bile su randomizovane kontrolisane studije. Studije su ukupno obuhvatile 23.258 učesnika, uzrasta od 10 do 16 godina. Većina obuhvaćenih studija uključivala je dečake i devojčice (87,5%). Tri studije su imale samo ženske učesnike. Pozitivne razvojne intervencije usmerene na mlade ljude imale su mali, ali značajan uticaj na akademска postignuća i psihološko prilagođavanje. Nisu se pokazali značajni efekti u pogledu rizičnog seksualnog ponašanja, problematičnog ponašanja ili pozitivnog socijalnog ponašanja.

Dunning et al. (102) sproveli su pregled radi procene delotvornosti intervencija zasnovanih na postizanju pune svesnosti. Pregled je obuhvatio 33 studije, sa 3.666 učesnika, uzrasta od 4 do 17 godina. Nisu prijavljeni podaci o zemljama primene i rodu. Sve obuhvaćene studije su bile randomizovane kontrolisane studije, namenjene postizanju pune svesnosti. Studije su izveštavale o različitim ishodima, među kojima su puna svesnost, bihevioralni ishodi, depresija, anksioznost ili stres, izvršna funkcija i pažnja. Metaanaliza je otkrila da su, u odnosu na neaktivne kontrolne grupe, intervencije zasnovane na postizanju pune svesnosti imale značajne pozitivne efekte na ishodne kategorije pune svesnosti, depresije, anksioznosti i/ili stresa (u poređenju sa neaktivnim i aktivnim kontrolnim grupama) i negativnog ponašanja (u poređenju samo sa neaktivnim kontrolnim grupama).

Werner-Seidler et al. (48) sproveli su pregled ocenjujući programe prevencije depresije i anksioznosti koji se sprovode u školama. Pregled je obuhvatio studije sa 81 randomizovanim kontrolisanim istraživanjem. Većina studija je sprovedena u zemljama sa visokim prihodima, dok su tri ciljane intervencije sprovedene u zemljama sa niskim i srednjim prihodima. Obuhvaćene studije su imale ukupno 31.794 učesnika, u rasponu od 21 do 2.512 učesnika po studiji. Učesnici obuhvaćenih studija imali su 19 godina ili su bili mlađi. Male veličine efekata za programe prevencije depresije i anksioznosti otkrivene su odmah nakon intervencije i tokom 12-mesečnih praćenja. Analize podgrupa pokazale su da su univerzalni programi prevencije depresije imali manje efekata na posttestu nego ciljni programi, dok su za anksioznost veličine efekata bile uporedive za univerzalne i ciljane programe.

### ***Ostale relevantne studije sa ishodima samopovređivanja i samoubistva***

Nisu identifikovani pregledi univerzalno izvedenih intervencija za sprečavanje samopovređivanja i samoubistava. Međutim, Tim za pregled identifikovao je neke pojedinačne studije koje prate samopovređivanje i samoubistvo.

Wasserman et al. (103) sproveli su randomizovano kontrolisano istraživanje po klasterima „Spasavanje i osnaživanje mladih života u Evropi“ (Saving and Empowering Young Lives in Europe – SEILE) u školama širom Evrope. Škole su nasumično dodeljene jednoj od tri grupe za intervenciju ili kontrolnoj grupi. Prva grupa za intervenciju bila je „Pitanje, ubedjivanje i upućivanje“ (QPR), *gatekeeper* program u vidu priručnika za obuku nastavnika i školskog osoblja u prepoznavanju samoubilačkog ponašanja kod učenika i za poboljšanje komunikacije između nastavnika i učenika. Druga grupa za intervenciju, Program „Mladi svesni mentalnog zdravlja“ (Youth Aware of Mental Health Programme), predstavljala je univerzalnu kratkotrajnu intervenciju u školi za podizanje svesti o mentalnom zdravlju i faktorima rizika povezanim sa samoubistvom te za poboljšanje životnih veština potrebnih za efikasno suočavanje sa nepovoljnim životnim događajima, stresom i samoubilačkim ponašanjem. Treća grupa za intervenciju, program „Skrining od strane profesionalaca“ (Screening by Professionals programme – ProfScreen), predstavljala je indikovanu intervenciju za učenike koji su pregledani na unapred utvrđenim tačkama preseka u referentnom SEILE upitniku ili iznad njih. Učesnici u programu ProfScreen upućeni su na kliničke usluge. Studija je otkrila da je program YAM bio prilično delotvoran u smanjenju ideja o samoubistvu i pokušaja samoubistava. Nisu primećena značajnija poboljšanja u QPR ili ProfScreen grupama.

„Znaci samoubistva“ (SOS) predstavlja program intervencije čiji je cilj smanjenje samoubilačkog ponašanja uz obuku učenika da reaguju na znake samoubistva (i kod sebe i kod drugih) i smanjenje faktora rizika povezanih sa samoubistvom (104). Zdravstveni edukatori su obavili intervenciju tokom dva dana u školskom okruženju. SOS objedinjuje dve strategije koje se bave suicidom u jedan program radi podizanja svesti o samoubistvu i pitanjima koja se odnose na samoubistvo. Studenti se obučavaju kako da prepoznaju znakove i simptome depresije te kako da reaguju na njih. Studija je povezala SOS sa znatno većim znanjem, pozitivnijim i prilagodljivijim stavovima o depresiji i samoubistvu, a na kraju i sa manje pokušaja samoubistva.

Petrova et al. (105) ocenili su intervenciju „Izvori snage“ (Sources of Strength) u školama u Sjedinjenim Američkim Državama. Intervencija se zasniva na teoriji da zdravo ponašanje i uspešno suočavanje mogu ubrzati pozitivne promene kroz prirodne adolescentske društvene mreže. Interakcija se, pomoću interaktivnog učenja, fokusirala na osam zaštitnih izvora snage: podrška porodice, pozitivni prijatelji, mentori, zdrave aktivnosti, velikodušnost, duhovnost, medicinski pristup i pristup uslugama mentalnog zdravlja. Tokom realizacije intervencije vršnjačke vođe su koristile nekoliko mogućnosti za razmenu poruka (video snimci, prezentacije ili najave javnih usluga) kako bi se ostali učenici podstakli da se razvijaju i da koriste sopstvene „izvore snage“. Između ostalog, to je podrazumevalo kontaktiranje odraslih, mentora ili vršnjaka kada su neraspoloženi (što se odnosilo na samoubilačke ideje) ili planiranje. Studija je otkrila

da je modeliranje praksi zdravog suočavanja vršnjačkih vođa pomoglo da se povećaju veštine pozitivnog suočavanja, da se prevaziđu prepreke pri traženju pomoći, a na kraju i da se smanji samoubilačko ponašanje.

### **Ostale relevantne smernice**

Relevantne srodne smernice za ovo ključno pitanje su rezimirane u nastavku.

SZO – *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – verzija 2.0.*

Vodič za intervenciju mhGAP pruža smernice za procenu i upravljanje prioritetnim mentalnim i neurološkim stanjima i stanjima upotrebe alkohola i drugih supstanci, uključujući i ona koja su se pojavila tokom detinjstva i adolescencije (27). Vodič za intervenciju mhGAP sadrži dve preporuke o promotivnim i preventivnim intervencijama za adolescente:

- Programi prevencije samoubistava u školskim uslovima koji obuhvataju obuku za podizanje svesti o mentalnom zdravlju i obučavanje u veštinama mogu se ponuditi kako bi se smanjio broj pokušaja samoubistva i broj smrtnih slučajeva usled samoubistva među učenicima adolescentima.  
Snaga preporuke: Uslovna.  
Kvalitet dokaza: Nizak.
- Nespecijalizovane zdravstvene ustanove treba da podstiču školsku edukaciju o životnim veštinama i da sarađuju na tome, ako je izvodljivo, radi unapređenja mentalnog zdravlja dece i adolescenata.  
Snaga preporuke: Uslovna.  
Kvalitet dokaza: Nizak.

Smernice SZO o zdravstvenim uslugama u školi ili zdravstvenim uslugama povezanim sa školom koje pruža zdravstveni radnik (u fazi izrade).

Smernice za školske zdravstvene usluge dotaknuće se mentalnog zdravlja i usluga koje pružaju zdravstveni radnici u školama ili uz učešće škola radi sprečavanja upotrebe supstanci te lečenja, nege i rehabilitacije korisnika.

Nacionalni institut za izvrsnost zdravlja i nege, Ujedinjeno Kraljevstvo, ima smernice o univerzalnim preventivnim intervencijama u pogledu mentalnog zdravlja za adolescente. Najprimenljivija smernica objavljena je 2009. godine. Ona se bavi socijalnim i emocionalnim blagostanjem u srednjem obrazovanju i usmerena je na mlade uzrasta od 11 do 19 godina (106). Smernica ima za cilj promovisanje dobrog socijalnog, emocionalnog i psihološkog zdravlja radi zaštite mladih od problema u ponašanju i zdravlju, od nasilja i kriminala, tinejdžerske trudnoće te upotrebe alkohola i drugih supstanci. Ova smernica obuhvata preporuke o:

- strateškom okviru za intervencije,
- ključnim principima i uslovima,
- programu rada i pristupu,
- načinu rada sa roditeljima i porodicama,
- načinu rada u partnerstvu sa mlađim ljudima,
- obuci i kontinuiranom stručnom usavršavanju.

### **Okvir – od dokazivanja do odluke**

#### **Prioritetnost problema**

Ovo pitanje predstavlja prioritet jer je adolescencija vreme brzog fizičkog, socijalnog i psihološkog razvoja. Stoga taj period života pruža višestruke mogućnosti za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti.

Prethodni sistematski pregledi intervencija za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja i rizičnih ponašanja tokom adolescencije sugerisu da psihosocijalne intervencije mogu pomoći u poboljšanju mentalnog zdravlja mlađih (7). Intervencije mogu pružiti osnovne veštine za unapređenje zdravog i sprečavanje rizičnog ponašanja.

### **Poželjnost efekata**

Poželjni očekivani efekti su umereni. Tim za pregled identifikovao je klinički relevantne poželjne veličine efekata za razvoj mentalnog zdravlja ( $ES = 0,2656, P = 0,002, 95\% CI [0,0973, 0,4158]$ ), agresivno ponašanje, disruptivno i prkosno ponašanje ( $ES = 0,2938, P = 0,0336, 95\% CI [-0,5638, -0,0238]$ ) te samopovređivanje i samoubistvo ( $ES = 0,46, 95\% CI [0,25–0,86]$ ). Tim je takođe identifikovao statistički značajne, klinički nebitne veličine poželjnih efekata za mentalne poremećaje ( $ES = -0,0878, P = 0,0075, 95\% CI [-0,1508, -0,0248]$ ).<sup>2</sup>

Neželjeni očekivani efekti su trivijalni. Nije utvrđena veličina neželjenih efekata. Međutim, neki dokazi nagoveštavaju da postoji nizak stepen rizika od povećanja upotrebe supstanci (tako što se ljudi upozoravaju na njihovo postojanje i tako što se možda stvara lažni utisak da se one široko koriste). Važno je to izbeći.

### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza o efektima bila je niska. Tri ishoda su imala dokaze čija je pouzdanost bila vrlo niska (razvoj mentalnog zdravlja, upotreba supstanci te agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje). Jedan ishod imao je dokaze pouzdanosti (depresija i anksioznost). Ishodi povezani sa rizičnim ponašanjem u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, samopovređivanja i samoubistva te pohađanja škole nisu mereni.

### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitao da li su ljudi vrednovali određene ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

### **Ravnoteža efekata**

Ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata favorizuje intervenciju.

### **Neophodni resursi**

Potrebe za sredstvima (troškovi) variraju. Univerzalne intervencije obično se sprovode u okruženjima koja prirodno obuhvataju čitavu populaciju, poput škola, što rezultira niskim stopama osipanja. Takvi uslovi su takođe povezani sa efikasnom upotrebom resursa, jer ne zahtevaju alatke ili osoblje za skrining. Pored toga, adekvatno obučeni i nadgledani nastavnici mogu efikasno da sprovode intervencije za unapređenje mentalnog zdravlja (107). Međutim, pružanje intervencija celoj populaciji podrazumeva znatne troškove, u zavisnosti od obima. Mogu postojati značajne razlike između digitalnih intervencija i intervencija licem u lice, kao i između različitih zemalja.

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Pouzdanost dokaza o potrebama za resursima (troškovima) je niska. U svim postojećim sistematskim pregledima čini se da su univerzalni programi bazirani u školama delotvorniji u pogledu unapređenja ishoda mentalnog zdravlja kod adolescenata (48, 108). Međutim, malo autora studija je dovoljno detaljno izvestilo o komponentama intervencija da bi se omogućila replikacija, a još manje je dalo bilo kakve smernice o tome kako se intervencije mogu poboljšati.

<sup>2</sup> „Klinički relevantno“ označava i statistički značaj ( $P < 0,5$ ) i veličinu efekta preko dogovorenog praga ( $>0,2$ ).

### **Isplativost**

Isplativost intervencije favorizuje intervenciju. Postoje ograničeni dokazi o isplativosti obuhvaćenih studija i studija sa ovom populacijom. Nedavna analiza koju je izvršio Sekretarijat SZO, koristeći pristup isplativih SZO-CHOsing intervencija, pokazala je da su univerzalno realizovane intervencije socio-emocionalnog učenja bile isplitative (107).

### **Ravnopravnost**

Intervencija bi verovatno povećala zdravstvenu ravnopravnost svih adolescenata. Univerzalne intervencije pružaju priliku da se istovremeno cilja na širok spektar faktora rizika, što je posebno relevantno u okruženjima sa niskim primanjima, gde je verovatnije da će adolescenti doživeti širok spektar nepovoljnih životnih događaja (45, 46). Još jednu značajnu prednost univerzalnih intervencija predstavlja to što vršnjaci ne mogu lako da prepoznaju visokorizične adolescente (109). To je važno za adolescente jer su oni u razvojnoj fazi, kada su odnosi sa vršnjacima i socijalni položaj posebno istaknuti i formativni. Međutim, ukoliko se ne preduzmu posebne mere, intervencija može da isključi adolescente koji nisu u školskom sistemu i ostale koji potiču iz najosetljivijih grupa.

### **Prihvatljivost**

Intervencija je prihvatljiva za sve ključne zainteresovane strane. Univerzalne intervencije za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja mogu u velikoj meri privući kreatore politika jer te intervencije utiču na niz zdravstvenih i obrazovnih ishoda i uključene su u redovne školske aktivnosti (7). Školskim administratorima će biti lakše da ih primene pošto ne iziskuju skrining i razdvajanje učenika (47, 48, 50). Međutim, s obzirom na to da univerzalne intervencije obuhvataju široku publiku, učesnici sa niskim rizikom mogu smatrati da je uvedeni program manje zanimljiv, a materijal o višestrukim faktorima rizika nebitan (48). Sprovođenje pristupa usmerenog na korisnika značajno će ojačati razvoj programa i sposobnost prilagođavanja različitim uslovima. To bi podrazumevalo više faza angažovanja i izradu prototipa sa adolescentima, njihovim roditeljima, nastavnicima i ostalim zainteresovanim stranama u zajednici radi zajedničke pripreme paketa za intervenciju.

### **Izvodljivost**

Intervencija je verovatno izvodljiva. Utvrđeno je da su dugoročni programi delotvorniji, a obuka nastavnika i podrška tokom intervencije ističu se kao važni faktori implementacije (110). Istraživači su primetili da je ograničenost resursa verovatno bila faktor koji je uticao na oklevanje škola da se u potpunosti posvete intervencijama, što može dovesti do neuspeha programa.

## **Pitanje 2a: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno nasilju) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprecili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

### **Karakteristike studije**

Tim za pregled je našao ukupno sedam studija o preventivnim intervencijama u mentalnom zdravlju za adolescente izložene nasilju. Obuhvaćene studije sprovedene su u tri zemlje, pri čemu je šest studija (85,7%) sprovedeno u zemljama sa visokim prihodima. Pet studija (71,4%) sprovedeno je u SAD, a jedna u Holandiji. Samo jedna obuhvaćena studija dolazi iz zemlje sa niskim prihodima (Demokratska Republika Kongo).

Sve obuhvaćene studije (100%) bile su randomizovane kontrolisane studije. Studije su ukupno angažovale 602 učesnika, od kojih su 62% (n = 372) činile devojke. Dve studije (28,6%) posebno su ciljale samo devojke. Srednji uzrast u svim studijama bio je 14,5 godina, sa rasponom uzrasta od 8 do 25 godina. Sve obuhvaćene studije bile su na engleskom jeziku.

Od sedam studija, dve studije (28,6%) koristile su alatke za skrining kako bi identifikovale učesnike u intervenciji. Jedna je koristila modifikovanu verziju skale životnih događaja od 34 stavke, a druga modifikovanu verziju upitnika za traumatične životne događaje. Jedna studija koristila je upitnik za samostalno izveštavanje, a preostale četiri (57,1%) oslanjale su se na upute od službi za zaštitu dece, škola ili osoblja sa klinika.

Sve studije su prijavile ishode koji se odnose na prevenciju mentalnih poremećaja, i to depresiju, anksioznost i poremećaje posebno povezane sa stresom. Četiri studije (57,1%) izveštavale su o ishodima koji se odnose na razvoj mentalnog zdravlja. Četiri studije (57,1%) izveštavale su o agresivnom, disruptivnom i prkosnom ponašanju, dok je jedna izveštavala o upotrebi supstanci. Nije objavljena nijedna studija o samopovređivanju i samoubistvu, rizičnom ponašanju u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja ili pohađanju škole.

### ***Sprovođenje intervencije***

Tri studije (42,9%) sprovedene su u školama. Dve studije (28,6%) sprovedene su u zajednici, a jedna u domu zdravlja. Jedna studija bila je onlajn intervencija, sprovedena samo putem interneta. Stručnjaci za mentalno zdravlje sproveli su tri intervencije (42,9%), socijalni radnici su sproveli druge dve (28,6%), dok su školski kliničari sproveli jednu studiju. U onlajn intervenciji vođa zajednice je pružio ograničenu podršku. Tri studije (42,9%) nisu precizirale koliko su vremena realizatori proveli na obuci. U ostale četiri studije vreme obuke se kretalo od 10 do 480 sati. Sve studije su obezbedile prateći nadzor za realizatore.

Pet studija (71,4%) koristilo je individualne i grupne sesije. Dve studije (28,6%) koristile su samo individualne sesije. Samo jedna od obuhvaćenih studija izveštava o učešću adolescenata u razvoju intervencije.

### ***Rezultati metaanalize***

**Tabela 2: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 2a)**

<b>Sve vremenske tačke</b>				
	<b>Veličina efekta</b>	<b>P-vrednost</b>	<b>Intervali pouzdanosti 95%</b>	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,1872	0,3098	-0,3735	0,7479
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,3388	0,3769	-1,2192	0,5415
Mentalni poremećaji (poremećaji posebno povezani sa stresom)	0,0018	0,9967	-1,0461	1,0497
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje	-0,3466	0,4184	-1,5746	0,8814
Upotreba supstanci				
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja				
Pohađanje škole				

Modeli obeleženi kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

## **Dodatni dokazi**

### **Postojeći pregledi**

Petrova et al. (111) sproveli su Kokranov pregled psiholoških terapija za decu i adolescente izložene traumi. Cilj ovog sistematskog pregleda bio je da se proceni delotvornost psiholoških terapija u sprečavanju PTSP-a i povezanih negativnih emocionalnih i bihevioralnih ishoda te ishoda mentalnog zdravlja kod dece i adolescenata koji su bili izloženi traumatičnom događaju, uključujući nasilje. Pregledom je obuhvaćen ukupno 6.201 učesnik iz 51 istraživanja. Deset istraživanja obuhvatilo je samo adolescente, 20 istraživanja obuhvatilo je samo decu, a dva istraživanja obuhvatila su samo decu predškolskog uzrasta. Sva ostala istraživanja su obuhvatala i decu i adolescente. U 12 istraživanja učesnici su bili izloženi seksualnom zlostavljanju, dok su u 10 bili izloženi ratu ili nasilju u zajednici, u šest fizičkim traumama, u još šest prirodnim katastrofama, a u tri nasilju. Učesnici preostalih istraživanja bili su izloženi širem spektru trauma. Metaanalize u ovom pregledu pružile su neke dokaze o delotvornosti psiholoških terapija u sprečavanju PTSP-a i smanjenju simptoma kod dece i adolescenata izloženih traumatičnom događaju. Međutim, poverenje autora u ove nalaze bilo je ograničeno zbog kvaliteta obuhvaćenih studija i njihove znatne heterogenosti. Pored toga, tek 10 od 51 obuhvaćene studije odnosilo se samo na adolescente.

### **Smernice**

Nisu pronađene slične smernice u vezi sa psihosocijalnim intervencijama koje bi pomogle da se poboljša razvoj mentalnog zdravlja adolescenata izloženih nasilju i da se spreče mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja.

### **Zlostavljanje dece**

Svetska zdravstvena organizacija je objavila smernice za odgovor zdravstvenog sektora na zlostavljanje dece. Smernice se odnose na ovu populaciju, mada iz uže perspektive (37). Smernice su objavljene 2019. godine i posebno ispituju odgovore zdravstvenog sektora na zlostavljanje dece uzrasta od 0 do 18 godina.

Međutim, zbog ograničene baze dokaza, nekoliko preporuka za mentalno zdravlje iz ovih smernica je izvedeno iz smernica mhGAP (27). Drugi povezani dokument je klinička smernica SZO *Odgovor usmeren na decu i adolescente koji su seksualno zlostavljeni*, koja je objavljena 2017. godine (112). Ove smernice imaju za cilj da pomognu zdravstvenim radnicima na prvoj liniji, pre svega iz okruženja sa niskim resursima, da onima koji su preživeli seksualno zlostavljanje pruže kvalitetnu negu, zasnovanu na dokazima i vrsti traume. Smernice ističu važnost unapređenja bezbednosti preživelih, kao i nuđenja izbora i poštovanja želja i autonomije dece i adolescenata. One nude preporuke za negu nakon silovanja i brigu o mentalnom zdravlju, kao i pristupe za smanjenje uznenirenosti prilikom uzimanja istorije bolesti, sproveđenja pregleda i dokumentovanja nalaza.

### **Izloženost partnerskom i seksualnom nasilju**

Smernice Svetske zdravstvene organizacije *Odgovor na nasilje intimnih partnera i seksualno nasilje nad ženama: Kliničke smernice i smernice za politike SZO* takođe su relevantne (35). Taj dokument pruža smernice zasnovane na dokazima pružaocima zdravstvenih usluga o odgovarajućim odgovorima na nasilje intimnih partnera i seksualno nasilje nad ženama. On sadrži smernice za kliničke intervencije i emocionalnu podršku.

### **Okvir – od dokazivanja do odluke**

#### **Prioritetnost problema**

Nasilje nad adolescentima predstavlja značajan problem širom sveta i može rezultirati brojnim problemima, kao što su PTSP, depresija i povećano rizično ponašanje. Baza dokaza za efikasne intervencije za adolescente koji su bili izloženi nasilju je ograničena, pa tako i izveštavanje o ishodima mentalnog zdravlja.

### **Poželjnost efekata**

Nije moguće ostvariti željene efekte jer nisu utvrđeni značajni efekti i nema dovoljno dokaza. Neželjeni efekti su nebitni jer nisu utvrđeni značajni efekti.

### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza o efektima je veoma niska. Svih pet ishoda imalo je veoma nisku pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja, depresija i anksioznost, poremećaji posebno povezani sa stresom, upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje). Ishodi povezani sa rizičnim ponašanjem u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja, samopovređivanja i samoubistva te pohađanja škole nisu mereni.

### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Nije razmatrano da li su ljudi vrednovali određene ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

### **Ravnoteža efekata**

Nije poznato da li ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata favorizuje intervenciju ili poređenje.

### **Neophodni resursi**

Generalno, potrebe za sredstvima (troškovi) variraju. Utvrđeno je da je pružanje intervencija u grupnom formatu isplativo (8, 113). Intervencije zasnovane na internetu mogle su da dopru do većeg broja učesnika po niskoj ceni (114). Samo je jedna obuhvaćena studija sprovedena u LMIC zemljama (8). Ta studija, koja je sprovodila kognitivno-bihevioralnu terapiju usredsređenu na traumu, utvrdila je da radnici koji nisu klinički obučeni mogu uspešno da sprovode ovaj oblik intervencije, što ima potencijalne implikacije u pogledu isplativosti. Stoga su dokazi o potrebama za resursima (troškovima) ograničeni.

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Pouzdanost dokaza o potrebama za resursima je veoma niska. Nijedna obuhvaćena studija nije detaljno opisala potrebne resurse.

### **Isplativost**

Nije bilo obuhvaćenih studija o isplativosti intervencije i o tome da li troškovi favorizuju intervenciju ili poređenje. Postoji malo dokaza o isplativosti obuhvaćenih studija i studija sa ovom populacijom.

### **Ravnopravnost**

Ove intervencije bi verovatno povećale uticaj na zdravstvenu ravnopravnost. Većina učesnika dolazila je tako što su ih upućivale dečije službe i službe za zaštitu, odnosno nastavnici ili roditelji. U nekim slučajevima to može biti uspešno, ali pošto se mnoga iskustva sa nasiljem često potcenjuju, a neke vrste nasilja su vrlo stigmatizovane (poput seksualnog zlostavljanja), metode regrutovanja koje koristi većina ovih studija imaju ograničenje. One mogu iz takvih intervencija isključiti najranjivije adolescente, one sa posebnim potrebama, a to je širi problem u oblasti zdravstva.

Nekoliko studija je uvelo nizak prag za učešće i lakšu registraciju kako bi se obuhvatilo što više dece kojoj je možda potrebna intervencija; međutim, to bi moglo dovesti do visokih stopa osipanja, jer korisnici u potpunosti shvataju posledice svog učešća tek nakon što počnu da učestvuju u istraživanju (8, 114, 115).

Pronađeno je malo dokaza u vezi sa zdravstvenom ravnopravnosću, osim rodnih razlika. Jedna studija je prijavila različite efekte intervencije prema rodu (116). Devojčice su prijavile znatno veći nivo početnih problema povezanih sa emocionalnom bolom (116). Pored toga, veći efekti lečenja pokazali su se kod dečaka nego kod devojčica kada je reč o fizičkom zlostavljanju u kontekstu nasilja od strane intimnih partnera (116).

Međutim, u drugoj studiji je zabeleženo da nema efekta po rodu, ali je prilikom praćenja nedostajalo više devojaka nego dečaka (117).

### **Prihvatljivost**

Ove intervencije su verovatno prihvatljive za sve ključne zainteresovane strane. Stigmatizacija doživljaja nasilja, posebno seksualnog nasilja, može sprečiti pojedince da otkriju izloženost nasilju, pa prema tome predstavlja poteškoću u regrutovanju učesnika. Neke intervencije su prijavile da je učesnike bolje regrutovati putem kontakata u zajednici, jer su ta deca možda već uključena u resurse zajednice; međutim, škole su u boljem položaju da obezbede prostor, vreme i osoblje, ako dobiju pravilnu podršku i odgovarajuće informacije (113, 116). Snažna saradnja sa lokalnim i državnim agencijama za zaštitu deteta neophodna je kako bi se poboljšalo regrutovanje unutar ove populacije i kako bi se poboljšao proces dobijanja saglasnosti i/ili dozvole (113).

### **Izvodljivost**

Uobičajeno, sprovođenje intervencija je variralo. Izloženost nasilju, posebno seksualnom nasilju, može ostati neotkrivena, što može uticati na regrutovanje učesnika. Mogućnost da dođe do stigmatizacije može uticati na regrutovanje i zadržavanje učesnika. Sprovođenje intervencija sa stručnjacima za mentalno zdravlje zahteva preusmeravanje kliničara sa nekih drugih svakodnevnih aktivnosti (118). Jedna studija je primetila da bi, uz obuku, neklinički facilitatori mogli da sprovode efikasne terapijske intervencije koje su kulturološki prikladne i ponovljive (8).

## **Pitanje 2b: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno siromaštvu) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

### **Karakteristike studije**

Pregledom je identifikovano ukupno 13 studija. Studije su sprovedene u osam zemalja, a bilo je i onih sa niskim i onih sa visokim prihodima. Preko polovine studija sprovedeno je u zemljama sa visokim prihodima ( $n = 8$ , 61,5%).

Nešto više od polovine studija o intervencijama ( $n = 7$ , 53,8%) koristilo je za procenu intervencije randomizovano kontrolisano istraživanje po klasterima. Šest studija (46,2%) koristilo je individualno randomizovano kontrolisano istraživanje.

Veličina uzorka u studijama o intervencijama kretala se od 41 do 3.115 učesnika, sa srednjom vrednošću 786,6 i medijanom od 237 učesnika. Ukupno je u pregled bilo uključeno 10.226 učesnika. Od ukupno 13 studija, devet je prijavilo srednju vrednost uzrasta učesnika. Osam studija spada u srednju starosnu grupu od 10 do 14,99 godina (61,5%), a jedna je bila u starijoj grupi (od 15 do 19 godina) (7,7%). Preostale četiri studije su prijavile starosni raspon među učesnicima. Tri studije (23,1%) obuhvatile su učesnike uzrasta od 12 do 16 godina, dok su druge obuhvatile učesnike uzrasta od 11 do 18 godina. Sve obuhvaćene studije bile su na engleskom jeziku.

Sve studije su izveštavale o procentu dečaka i devojčica koji su učestvovali u intervenciji; srednji procenat devojčica iznosio je 64,8% od ukupnog uzorka. Dve studije (15,4%) uključile su samo devojčice u istraživanje, a jedna (7,7%) samo dečake.

Skoro sve studije o intervencijama ( $n = 12$ , 92,3%) merile su mentalne poremećaje (anksioznost i/ili depresiju) kod adolescenata. Deset istraživanja (76,9%) merilo je razvoj mentalnog zdravlja, a sedam je merilo agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje (53,8%). Jedno istraživanje (7,7%) takođe je merilo upotrebu supstanci i poremećaje koji su posebno povezani sa stresom. Nijedna od obuhvaćenih studija nije merila samopovređivanje i samoubistva, rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja i pohađanje škole.

### ***Implementacija intervencije***

Većina intervencija izvedena je u školama ( $n = 9$ , 69,2%). Dve intervencije (15,4%) sprovedene su u okruženju zajednice, jedna kod kuće (7,7%), a jedna je izvedena kroz kombinaciju okruženja u kući i zajednici. Intervencije su sprovedene uz pomoć niza realizatora. Četiri su koristile stručnjaka za mentalno zdravlje (30,8%). Neprofesionalni radnici su sproveli dve intervencije (15,4%), dok su dva istraživanja koristila nastavnike, a ostala nezdravstvene stručnjake ili kombinaciju realizatora. Jedna intervencija nije precizirala realizatora. Sedam studija je naznačilo koliko su vremena realizatori proveli na obuci. Ukupan raspon obuka se kretao od 8 do 64 sata, sa prosekom od 28,6 sati.

Većina intervencija izvedena je u grupama ( $n = 11$ , 84,6%), dok je samo jedna pružena pojedincima (7,7%). Jedna intervencija koristila je kombinaciju grupnog i individualnog pristupa. Dve studije nisu naznačile ukupno vreme trajanja kontakta tokom intervencije. Od onih koje su prijavile vreme, kontakt je trajao u rasponu od 1,5 do 48 sati (osim jedne intervencije koja je imala dug period praćenja i koja je obuhvatala preko 150 sati kontakta). Srednje vreme kontakta je bilo 15,5 sati. Samo dve studije (15,4%) eksplisitno su uključivale adolescente u razvijanje intervencije, dok su četiri (30,8%) svoj pristup intervenciji prilagodile potrebama pojedinačnih adolescenata.

### ***Rezultati metaanalize***

**Tabela 3: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 2b)**

<b>Sve vremenske tačke</b>				
	<b>Veličina efekta</b>	<b>P-vrednost</b>	<b>Intervali pouzdanosti 95%</b>	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,2443	0,2397	-0,2020	0,6906
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,2428	0,1332	-0,5763	0,0907
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje	-0,1063	0,1492	-0,3325	0,1199
Upotreba supstanci				
Mentalni poremećaji (poremećaji posebno povezani sa stresom)				
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja				
Pohađanje škole				

Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

## **Dodatni dokazi**

### **Postojeći pregledi**

Ne postoji relevantan Kokranov pregled dokaza koji se tiču preventivnih psihosocijalnih intervencija za poboljšanje mentalnog zdravlja adolescenata izloženih siromaštvo. Kokranov pregled iz 2008. godine ispituje kakav efekat novčani transferi imaju na zdravlje dece u okolnostima relativnog siromaštva (119). U zemljama sa visokim prihodima istraživači su ustanovili snažnu doslednu vezu između relativnog siromaštva i lošeg zdravlja i blagostanja deteta. Ovaj pregled dokaza, međutim, utvrdio je da izloženost siromaštvo nema efekata na zdravlje deteta, mentalno zdravlje deteta ili emocionalna stanja.

### **Smernice**

Tim za pregled nije našao smernice o psihosocijalnim intervencijama za poboljšanje razvoja mentalnog zdravlja adolescenata izloženih siromaštvo ili za sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i/ili rizičnog ponašanja među njima. Kako se mnogi ekonomisti ne slažu oko načina merenja siromaštva, stručnjacima za mentalno zdravlje i društvene nauke u pregledanim istraživanjima nedostajalo je specifičnosti (u većini slučajeva) da bi utvrdili je li i u kojoj meri ciljna populacija u stvari bila siromašna.

### **Okvir – od dokazivanja do odluke**

#### **Prioritetnost problema**

Ovo pitanje predstavlja prioritet jer siromaštvo nesrazmerno utiče na decu i adolescente. Posledice siromaštva su ogromne i ono na više načina negativno utiče na adolescente. Važno je da stres zbog siromaštva može povećati podložnost problemima mentalnog zdravlja. Iskustvo siromaštva tokom adolescencije može dugoročno poremetiti razvoj, produktivnost i zdravstvene ishode pojedinca i uticati na njih.

#### **Poželjnost efekata**

Nije moguće ostvariti željene efekte jer nisu utvrđeni značajni efekti. Neželjeni efekti su nebitni jer nisu utvrđeni značajni efekti.

#### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza o efektima je veoma niska. Pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja, depresija i anksioznost, poremećaji posebno povezani sa stresom, upotreba supstanci i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje) bila je veoma niska u svih pet ishoda. Ishodi povezani sa pohađanjem škole, samopovređivanjem i samoubistvom te rizičnim seksualnim i reproduktivnim ponašanjem nisu mereni.

#### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitao da li su ljudi vrednovali određene ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

#### **Ravnoteža efekata**

Nije poznato da li ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata favorizuje intervenciju ili poređenje.

#### **Neophodni resursi**

Potrebe za sredstvima (troškovi) variraju u zavisnosti od obuhvaćenih intervencija. Intervencije koje su sprovodili stručnjaci bile su skuplje i često slabije prihvaćene nego one koje je sprovodilo lokalno ili školsko osoblje (120, 121). Uglavnom su korištene intervencije koje su obuhvatale ceo razred i pokazalo se da su

one isplative; međutim, iako su se manji formati grupa pokazali kao skuplji za škole, omogućili su više individualne prakse, posebno učenicima pod visokim rizikom (122).

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Pouzdanost dokaza o potrebama za resursima (troškovima) veoma je niska. Postoje ograničena istraživanja o resursima potrebnim za sprovođenje psihosocijalnih intervencija za adolescente koji žive u siromaštvo, posebno u LMIC zemljama (120, 123). Nedostatak istraživanja otežava donošenje zaključaka o isplativosti intervencija. Jedno istraživanje je pokazalo da je program otpornosti koji je kao realizatore koristio članove zajednice (rešenje koje je prihvatljivije u pogledu troškova) postigao slične rezultate kao i intervencije koje su sprovodili školski nastavnici ili spoljni stručnjaci, i to brže i sa manje resursa (120).

### **Isplativost**

Nije bilo obuhvaćenih studija koje su ispitivale isplativost intervencije i da li troškovi favorizuju intervenciju ili poređenje. Postoji malo dokaza o isplativosti obuhvaćenih studija i studija koje se tiču ove populacije.

### **Ravnopravnost**

Ove intervencije bi verovatno povećale uticaj na zdravstvenu ravnopravnost u ovoj populaciji. Ako se uzme u obzir ranjivost populacije koja je predmet pregleda, neka istraživanja su imala posebno visoke stope osipanja tokom praćenja (121, 124, 125). Ovaj trend zahteva ranu intervenciju, pre nego što stariji adolescenti prekinu i napuste školovanje i strukture zajednice, što otežava njihovo angažovanje (126).

Obuhvaćene studije su otkrile da rod može uticati na ishode psihosocijalnih intervencija kod adolescenata koji žive u siromaštvo. Većina studija uključuje ravnomernu podelu između angažovanih dečaka i devojčica. Međutim, neke studije su otkrile da su intervencije bile delotvornije za dečake (127, 128), dok su druge utvrdile da su delotvornije za devojčice (129). Druga istraživanja nisu utvrdila efekat na rod, uprkos očekivanjima pre istraživanja (130).

### **Prihvatljivost**

Ove intervencije su verovatno prihvatljive za ključne zainteresovane strane. Autori obuhvaćenih studija primetili su da intervencije moraju biti kulturno relevantne da bi bile privlačne i značajne za učesnike (76, 127). Takođe bi trebalo da budu osetljive na atmosferu koja okružuje učesnika kako bi se izbeglo motivisanje adolescenata kada nisu u mogućnosti da pristupe resursima, kao što su intervencije sa fokusom na postavljanje ciljeva i informacije o daljem obrazovanju, uz malo uspostavljenih struktura za podršku. Takve nedoslednosti mogu pogoršati depresiju ili anksioznost (130). Jedna studija je zapazila korist od sprovođenja intervencije kada su okviri koji promovišu blagostanje u školama bili šire postavljeni (124). Potrebne su kvalitativne studije za procenu prihvatljivosti i motivacije (126, 131).

### **Izvodljivost**

Izvodljivost intervencije varira u zavisnosti od obuhvaćenih intervencija. Potrebno je usvojiti model obučavanja trenera koji će koristiti obrazovane i iskusne nastavnike kako bi intervencije bile prilagodljivije širokoj populaciji dece školskog uzrasta u LMIC zemljama (127). Jedna studija pokazala je da je izvođenje ponovljenih sesija teško jer mnogi učenici u međuvremenu promene školu (123). Studije koje nisu bile previše opterećene resursima, logistički složene ili kulturološki specifične imale su veći potencijal za buduću primenu (120, 131).

## Pitanje 2c: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata izloženih negativnom delovanju (posebno humanitarnim vanrednim situacijama) kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?

### Karakteristike studije

Ukupno je pronađeno 26 studija, koje su pokrivale 14 zemalja, pretežno LMIC zemlje (80,8%, n = 21 studija). Od studija sprovedenih u zemljama sa visokim prihodima, tri su pokrivale Izrael (11,5%), dok su se druge dve odnosile na Nemačku i SAD. Sve obuhvaćene studije bile su na engleskom jeziku.

Cilj svih obuhvaćenih studija bio je procena intervencija za prevenciju mentalnih poremećaja, a to su depresija, anksioznost i poremećaji posebno povezani sa stresom, poput PTSP-a. Jedanaest studija (42,3%) takođe je imalo za cilj da oceni intervencije za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja cilujući aspekte kao što su prosocijalno ponašanje, samoefikasnost i mentalno funkcionisanje. Osam studija je prijavilo agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje (30,8%). Jedna studija ispitivala je intervencije za sprečavanje samopovređivanja, dok je druga izveštavala o strategijama za sprečavanje upotrebe supstanci. Nijedna studija nije prijavila rizično ponašanje u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja ili pohađanja škole.

Većina studija koristila je randomizovana kontrolisana istraživanja (76,9%, n = 20 studija). Šest studija (23,0%) koristilo je randomizovana kontrolisana istraživanja po klasterima. Veličina uzorka u obuhvaćenim studijama kretala se od 20 do 2.000. Studije su ukupno angažovale 7.356 učesnika. Srednja vrednost veličine uzorka bila je 283 učesnika.

Od obuhvaćenih studija, 21 studija (80,8%) prijavila je srednju vrednost uzrasta. Učesnici u studijama bili su uzrasta između 9 i 19 godina. Dve studije (7,7%) izveštavale su o školskom uspehu učesnika, ali su izostavile uzrast. Većina studija pruža podatke o rodu učesnika (96,2%, n = 25 studija). Dve studije (7,7%) posebno su ciljale devojke, dok su dve posebno ciljale dečake (7,7%). U studijama koje su izveštavale o rodu, u proseku je 47,7% učesnika bilo ženskog, a dok je 52,2% bilo muškog roda.

Dvanaest studija (48,0%) odabralo je učesnike na osnovu njihove lokacije i blizine humanitarnog okruženja za vanredne situacije. Jedanaest studija (42,3%) koristilo je alatke za skrining ili upitnik za odabir učesnika. Tri studije su odabrale učesnike kroz opisne kriterijume za uključivanje, i to učenice izbeglice (n = 1 studija), bivše borce i decu vojнике koji su učestvovali u borbi (n = 1 studija) i pružaoce nege burmanskog porekla (n = 1 studija).

### Implementacija intervencije

Od 22 obuhvaćene studije, 16 studija (61,5%) sprovedeno je u školama. Pet studija (19,2%) sprovedeno je u okruženju zajednice. Jedna studija sprovedena je u kampu za interno raseljena lica, a druga u domu učesnika. Jedna od obuhvaćenih studija sprovedena je digitalno. Dve studije nisu precizirale okruženje intervencije. Stručnjaci za mentalno zdravlje sproveli su 11 studija (42,3%), dok su nastavnici sproveli četiri studije (15,4%). Neprofesionalno osoblje je sprovelo pet studija (19,2%), dok je stručnjak sproveo jednu studiju. Kao što je naznačeno, jedna studija je sprovedena digitalno i nije zahtevala realizatora. Četiri studije (15,4%) nisu izvestile o realizatoru. Vreme obuke za realizatore u obuhvaćenim studijama kretalo se između 8 i 128 sati. Jedanaest studija (42,3%) nije izvestilo o obuci koju su prošli realizatori, a 17 studija (65,4%) nadziralo je realizatore. Dvadeset studija (76,9%) izvedeno je u grupnom formatu, a dve studije (7,7%) sprovedene su tako što su intervencije pružene pojedincima. Tri studije (11,5%) koristile su i grupni i individualni format. Jedna studija nije precizirala format izvođenja intervencije. Nijedna studija nije prijavila učešće adolescenata u razvoju intervencije.

## Rezultati metaanalize

**Tabela 4: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 2c)**

	Sve vremenske tačke			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,3941	0,0636	-0,0273	0,8154
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,3783	0,0136*	-0,6698	-0,0869
Mentalni poremećaji (stresni poremećaji)	-0,4458	0,0024*	-0,7108	-0,1808
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja	-0,1562	0,4535	-0,6251	0,3126
Upotreba supstanci				
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja				
Pohađanje škole				

\*  $P < 0,05$ . Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

Tim za pregled sproveo je analizu osetljivosti kako bi utvrdio da li postoji bilo kakva razlika u efektima između intervencija koje su koristile alatke za skrining mentalnog zdravlja za regrutovanje učesnika u studiju i onih koje to nisu učinile. Ova analiza je prikazana u tabeli 4a. Nisu zabeležene značajne razlike.

**Tabela 4a: Analiza osetljivosti za skrining (PICO pitanje 2c)**

	Skrining – DA				Skrining – NE				Razlika			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%		Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%		Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,2904	0,1716	-0,1692	0,7501	0,6250	0,2577	-0,8408	2,0909	-0,2613	0,6149	1,4942	0,9717
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,4163	0,0965	-0,9240	0,0915	-0,3545	0,0877	-0,7722	0,0633	-0,0498	0,8657	-0,6594	0,5597
Mentalni poremećaji (stresni poremećaji)	-0,5618	-0,0526	-1,1313	0,0077	-0,3598	0,0084*	-0,5974	-0,1222	-0,1572	0,5490	-0,7003	0,3860
Samopovređivanje i samoubistvo	-0,06		-0,39	0,28	nije dostupno							
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja	-0,3236	0,3894	-1,2583	0,6112	-0,0077	0,9525	-0,9408	0,9254	-0,3579	0,3470	-1,2823	0,5665
Upotreba supstanci	nije dostupno				-0,77		-0,89	-0,65				
Rizična ponašanja u seksualnom i reproduktivnom zdravlju												
Pohađanje škole												

\*  $P < 0,05$ . Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

## **Dodatni dokazi**

### **Postojeći pregledi**

Gillies et al. (111) sproveli su Kokranov pregled psiholoških terapija za decu i adolescente izložene traumi. Cilj ovog sistematskog pregleda bio je da se proceni delotvornost psiholoških terapija u sprečavanju PTSP-a i povezanih negativnih emocionalnih ishoda, bihevioralnih ishoda i ishoda mentalnog zdravlja kod dece i adolescenata koji su bili izloženi traumatičnim događajima (uključujući humanitarne vanredne situacije). Pregledom je obuhvaćen 6.201 učesnik iz 51 istraživanja. Dvadeset studija je obuhvatilo samo decu, dve su obuhvatile samo decu predškolskog uzrasta, a jedna se koncentrisala samo na adolescente. Sve ostale studije obuhvatale su i decu i adolescente. Učesnici su bili izloženi seksualnom zlostavljanju u 12 istraživanja, ratu ili nasilju u zajednici u 10, fizičkim traumama u šest, prirodnim katastrofama u šest te nasilju u tri. Učesnici preostalih istraživanja bili su izloženi širokom spektru trauma. Metaanalize u ovom pregledu pružile su neke dokaze o delotvornosti psiholoških terapija u sprečavanju PTSP-a i smanjenju simptoma kod dece i adolescenata izloženih traumatičnom događaju. Međutim, poverenje u ove nalaze je ograničeno zbog kvaliteta obuhvaćenih studija i činjenice da su one uglavnom heterogene.

Purgato et al. (132) sproveli su Kokranov pregled delotvornosti i prihvatljivosti psiholoških terapija za lečenje ljudi sa mentalnim poremećajima (poput PTSP-a, depresije i anksioznosti) koji žive u LMIC zemljama pogođenim humanitarnom krizom. Rezultati pregleda pokazali su nekvalitetne dokaze o ulozi psiholoških terapija u smanjenju simptoma PTSP-a, depresije i anksioznosti kod odraslih koji žive u LMIC zemljama pogođenim humanitarnom krizom. Neka istraživanja fokusirana na decu i adolescente su takođe pružila nekvalitetne dokaze u pogledu smanjenja PTSP-a. Međutim, izražena je zabrinutost zbog rizika od pristrasnosti obuhvaćenih studija i značajne heterogenosti.

Pregled koji su sproveli Tol et al. (62), a koji se fokusirao na intervencije za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku u humanitarnim uslovima, obuhvatilo je i subanalizu dece i adolescenata. Njihov pregled koji je podrazumevao više metoda otkrio je da su psihosocijalne intervencije poboljšale ishode povezane sa internalizujućim simptomima kod dece. Iako su intervencije koje se uobičajeno sprovode bile manje rigorozno istraživane i ocenjivane, najznačajniji nalaz je da postoji tendencija da se visokokvalitetne intervencije zasnovane na dokazima manje primenjuju.

### **Smernice**

Nisu pronađene smernice zasnovane na dokazima za psihosocijalne intervencije koje bi pomogle da se kod adolescenata izloženih humanitarnim vanrednim situacijama poboljša razvoj mentalnog zdravlja i spreče mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja. Postoje smernice koje se fokusiraju na adolescente unutar ove ciljne grupe, ali nijedna koja se posebno bavi mentalnim zdravljem (na primer, sprečavanje mentalnih poremećaja i unapređenje razvoja mentalnog zdravlja).

### **Okvir – od dokazivanja do odluke**

#### **Prioritetnost problema**

Ovo pitanje predstavlja prioritet jer su adolescenti pogođeni humanitarnim vanrednim situacijama posebno ranjivi. Takve vanredne situacije nesrazmerno utiču na uslove u LMIC zemljama. Usluge mentalnog zdravlja nisu lako dostupne u ovim uslovima, uprkos velikim potrebama (133).

#### **Poželjnost efekata**

Očekivani poželjni efekti su umereni. Identifikovani su klinički relevantni poželjni efekti za depresiju i anksioznost ( $ES = -0,378, P = 0,0136, 95\% CI [-0,6698, -0,0869]$ ), poremećaje posebno povezane sa stresom ( $ES = -0,4468, P = 0,0024, 95\% CI [-0,7108, -0,1808]$ ), upotrebu supstanci (rezultati jednog istraživanja:  $ES = 0,77, 95\% CI [0,65–0,89]$ ) te samopovređivanje i samoubistvo (rezultati jednog istraživanja:  $ES = -0,06, 95\%$

CI [-0,39–0,28].<sup>3</sup> Očekivani neželjeni efekti su trivijalni, u meri u kojoj su izmereni, jer nisu identifikovani značajni efekti.

### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza o efektima je niska. Četiri ishoda imala su vrlo nisku pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja, depresija i anksioznost, samopovređivanje i samoubistvo, agresivno ponašanje te disruptivno i prkosno ponašanje). Jedan ishod imao je nisku pouzdanost dokaza (poremećaji posebno povezani sa stresom). Jedan ishod je imao umerenu pouzdanost dokaza (upotreba supstanci), mada je to rezultat jednog istraživanja, a neke stavke u sistemu ocenjivanja rezultiraće visokim ocenama pouzdanosti za ishode kada postoji samo jedna studija. Ishodi povezani sa rizičnim seksualnim ponašanjem i pohađanjem škole nisu mereni.

### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitivao da li ljudi vrednuju posebne ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

### **Ravnoteža efekata**

Ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata favorizuje intervenciju.

### **Neophodni resursi**

Zahtevi za resursima za obuhvaćene intervencije variraju. Većina studija je sprovedena u školama, u grupama i sproveli su ih stručnjaci za mentalno zdravlje. Intervencije sprovedene u područjima sa posebno siromašnim resursima morale su se oslanjati na to da nekliničari sprovode programe (8, 134). Nekoliko intervencija usmerenih na mentalno zdravlje adolescenata koji su bili izloženi katastrofama prošlo je rigoroznu naučnu procenu; one su obično imale veoma velike zahteve za resursima. Onlajn pristupi samopomoći mogu pomoći u rešavanju kritičnih praznina u dostupnosti resursa za primenu intervencija (135).

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Generalno, pouzdanost dokaza o potrebama za resursima (troškovima) je niska. Prakse zasnovane na dokazima prvobitno razvijene za okruženja sa visokim prihodima mogu se prilagoditi i mogu biti korisne za primenu u kontekstu niskih prihoda (136, 137). Intervencije za koje su izrađena uputstva, jednostavne intervencije i intervencije za koje nije potreban stručnjak za mentalno zdravlje mogu biti posebno pogodne za humanitarna okruženja (138). Potrebna su ekonomična, merljiva rešenja za podršku zajednicama pogođenim humanitarnim vanrednim situacijama (135).

### **Isplativost**

Nije bilo obuhvaćenih studija koje su ispitivale isplativost intervencije te da li isplativost favorizuje intervenciju ili poređenje. Otuda postoji malo dokaza o isplativosti obuhvaćenih studija i studija sa ovom populacijom.

### **Ravnopravnost**

Ove intervencije bi pomogle da se poveća uticaj na zdravstvenu ravnopravnost. Ravnopravnost je najvažniji faktor za ovu grupu. Generalno, mladi ljudi izloženi humanitarnim vanrednim situacijama imaju manje mogućnosti da pristupe nezi, i u pogledu fizičkog i u pogledu mentalnog zdravlja, a često više ne pohađaju školu (52). Otuda pristupačnost i fleksibilnost okruženja implementacije i realizatora predstavljaju glavna pitanja. Obuhvaćene studije u ovom uzorku odražavale su čitav niz tipova realizatora

<sup>3</sup> „Klinički relevantno“ označava i statistički značaj ( $P = <0,5$ ) i veličinu efekta preko dogovorenog praga ( $>0,2$ ).

i strukture intervencija usmerenih na adolescente u različitim fazama izlaganja humanitarnim vanrednim situacijama. Intervencije su bile različite po tipu i ciljnoj grupi. Takođe su odražavale najreprezentativniji uzorak populacija LMIC zemalja u bilo kom PICO pitanju. Ova populacija pretežno boravi u LMIC zemljama.

Obuhvaćene studije su otkrile da rod može uticati na ishode psihosocijalnih intervencija kod adolescenata izloženih humanitarnim vanrednim situacijama (136, 137, 139). Štaviše, jedno istraživanje pokazalo je da su stope napuštanja škole veće kod dečaka nego kod devojčica (64, 140, 141).

### **Prihvatljivost**

Ove intervencije su verovatno prihvatljive za sve ključne zainteresovane strane. Intervencije moraju biti kulturno relevantne za ciljnu populaciju. Prilagođavanje intervencije specifičnom kontekstu u kome se ona sprovodi smatra se presudnim za uspeh njene primene (142). Pored toga, primena poznatih aktivnosti, grupnog rada i lokalnih pojedinaca za olakšavanje intervencija pokazala se kao ključna za njihovu prihvatljivost (9). Utvrđene psihološke intervencije zasnovane na dokazima (kao što je KBT) mogu se kritikovati zbog toga što nisu inkorporirale i ojačale postojeće resurse zajednice ili kolektivne kapacitete za suočavanje sa problemima. Ovo naglašava potrebu za saradnjom i transparentnošću u takvim visokostresnim situacijama (141).

### **Izvodljivost**

Ove intervencije su verovatno izvodljive jer da one koje su testirane u LMIC zemljama uglavnom nisu zavisile od stručnjaka za mentalno zdravlje. Međutim, rukovodioci programa, treneri i supervizori u kontekstu konfliktnih situacija mogu imati poteškoća s pristupom radi sprovođenja planiranih intervencija (64, 138). Metoda isporuke koja podrazumeva angažovanje i obuku laika koji rade u zajednici proširuje mogućnosti ljudskih resursa i povećava potencijal za unapređenje (137).

## **Pitanje 3: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

### **Karakteristike studije**

Ukupno je identifikovano 17 studija koje su pokrivale tri zemlje sa visokim prihodima: SAD (n = 14 studija, 82,4%), Kanadu (n = 2; 11,8%) i Čile (n = 1; 5,9%).

Većina studija (n = 15; 88,2%) koristila je randomizovana kontrolisana istraživanja za procenu intervencije. Jedna studija (5,9%) koristila je randomizovano kontrolisano istraživanje po klasterima, a jedna je koristila faktorsko istraživanje.

Veličina uzorka u studijama kretala se od 20 do 1.233 učesnika, sa srednjom vrednošću od 190 i medijanom od 106 učesnika. Pregledom je ukupno obuhvaćeno 3.245 učesnika. Od ukupno 17 studija, 15 je prijavilo srednju vrednost uzrasta učesnika, a preostale dve raspon starosti. Većina studija obuhvatila je adolescente koji su imali 15 ili više godina (n = 16; 94,1%). Jedna studija obuhvatila je učesnike širokog raspona starosti, od 12 do 22 godine.

Četrnaest studija (82,4%) obuhvatilo je istraživanjem samo devojčice, a jedna samo dečake. Jedna studija je obuhvatila i dečake i devojčice, a druga nije eksplicitno precizirala pol, ali je nagovestila da su angažovane samo devojčice.

Dvanaest studija o intervencijama (70,6%) merilo je poremećaje mentalnog zdravlja kao ishode (anksioznost i depresija). Devet istraživanja (52,9%) merilo je razvoj mentalnog zdravlja. Neka istraživanja

su takođe merila veštine roditeljstva ( $n = 8$ ; 47,1%) i upotrebu supstanci ( $n = 3$ ; 17,6%). Pohađanje škole, rizično ponašanje u seksualnom i reproduktivnom zdravlju te pridržavanje antenatalne i postnatalne nege izmereni su u oba istraživanja (11,8%). Nijedna od obuhvaćenih studija nije merila samopovređivanje i samoubistvo niti agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje te izloženost nasilju intimnih partnera.

### **Implementacija intervencije**

Domovi učesnika činili su najčešće okruženje realizacije ( $n = 7$ ; 41,2%), uz tri studije (17,6%) koje su sprovedene u domu zdravlja, a dve (11,8%) u školskom okruženju. Druge dve studije (11,8%) sprovedene su u okruženju zajednice. Tri intervencije su kombinovale prethodno navedena okruženja. Najčešći tip realizatora studija bio je neprofesionalni zdravstveni radnik ( $n = 7$ ). Jedna studija je sprovedena digitalno i uz upotrebu brošura, pa nije bilo potrebe za osobljem. U međuvremenu su stručnjaci za mentalno zdravlje sproveli ostale tri studije (17,6%). Zdravstveni radnici koji nisu bili specijalisti za mentalno zdravlje izveli su dve intervencije, dok su se stručnjaci za mentalno zdravlje i laici udružili da bi sproveli druge dve. Dve studije nisu precizirale realizatora. Šest studija je naznačilo dužinu vremena provedenog na obuci realizatora. Raspon vremena se kretao od 1 do 500 sati, sa srednjom vrednošću od 38 sati. Preko polovine intervencija pruženo je pojedincima ( $n = 10$ ; 58,8%), dok su tri izvedene u grupi ili u kombinaciji pojedinačnog i grupnog formata. Jedna studija koristila je video zapise i brošure. Petnaest studija je ukazalo na ukupno vreme trajanja kontakta tokom intervencijom. Od studija koje su prijavile vreme, kontakt se kretao u rasponu od 4 do 43 sata, sa srednjom vrednošću od 18 sati intervencije. Međutim, pet studija (29,4%) imalo je dugo praćenje, u rasponu od 6 meseci do 2 godine nakon porođaja. Ovo je bila specifična karakteristika intervencija za trudnice i adolescente roditelje, koja se nije javila kod drugih intervencija mentalnog zdravlja za adolescente. U manje od trećine studija ( $n = 5$ ; 29,4%) navedeno je eksplicitno da su adolescenti bili uključeni u razvijanje intervencije; 10 studija (58,8%) prilagodilo je svoj pristup intervenciji pojedinačnim potrebama i preferencijama.

### **Rezultati metaanalize**

**Tabela 5: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 3)**

	Sve vremenske tačke			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,3549	0,0141*	0,0952	0,6147
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,1080	0,2145	-0,2953	0,0792
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja				
Upotreba supstanci	-0,2682	0,2553	-1,0988	0,5624
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja	-0,1661	0,5556	-2,6821	2,3499
Pohađanje škole	0,6350	0,0068*	0,5489	0,7210
Pridržavanje antenatalne i postnatalne nege	0,3118	0,5299	-4,0408	4,6643
Veštine roditeljstva	0,0723	0,4703	-0,1599	0,3045
Izloženost nasilju intimnih partnera				

\*  $P < 0,05$ . Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pohađanje škole, pridržavanje antenatalne i postnatalne nege i veštine roditeljstva pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, veličina negativnog efekta označava povoljno dejstvo.

Tim za pregled sproveo je analizu osetljivosti kako bi procenio postoji li ikakva razlika u efektima između intervencija koje su koristile alatke za skrining mentalnog zdravlja za regrutovanje učesnika u studiju i onih koje to nisu učinile. Ova analiza je prikazana u tabeli 5a. Nisu zabeležene značajne razlike.

**Tabela 5a: Analiza osetljivosti za skrining; razlika između dve grupe (PICO pitanje 3)**

Sve vremenske tačke				
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,41	0,01**	0,15	0,66
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,10	0,25	-0,31	0,10
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja				
Upotreba supstanci	-0,27	0,26	-1,10	0,56
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja	-0,17	0,56	-2,68	2,35
Pohađanje škole	0,64	0,01**	0,55	0,72
Pridržavanje antenatalne i postnatalne nege	0,31	0,53	-4,04	4,66
Veštine roditeljstva	0,07	0,47	-0,179	0,33
Izloženost nasilju intimnih partnera				

\*\*  $P < 0,01$ . Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pohađanje škole, pridržavanje antenatalne i postnatalne nege i veštine roditeljstva pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

### Dodatni dokazi

Za ovu grupu nisu pronađeni drugi slični postojeći pregledi ili smernice. *Smernice za sprečavanje rane trudnoće i loših reproduktivnih ishoda među adolescentima u zemljama u razvoju* (34) Svetske zdravstvene organizacije ističu delotvorne intervencije za sprečavanje rane trudnoće putem uticaja na faktore kao što su rani brak, prinudni seks, nebezbeden pobačaj, pristup kontraceptivnim sredstvima i pristup uslugama zdravstvene zaštite majki za adolescente.

### Okvir – od dokazivanja do odluke

#### Prioritetnost problema

Adolescenti su demografska grupa koja sve brojnija u svetu, a određeni regioni imaju visoku stopu adolescentske trudnoće. Ukupno 16% žena ima uobičajeni mentalni poremećaj u antenatalnom periodu, a svaka peta žena ima takva stanja u postpartalnom periodu. U ovoj populacionoj grupi često se dešava da se pitanja mentalnog zdravlja ne rešavaju, posebno u okruženjima sa niskim resursima, čak i kada adolescenti pristupaju drugim zdravstvenim uslugama, kao što je perinatalna nega.

Mentalno zdravlje trudnih adolescentkinja i/ili adolescenata roditelja neće imati uticaja samo na same adolescente, već i na njihovo potomstvo.

#### Poželjnost efekata

Očekivani poželjni efekti su mali. Identifikovani su klinički relevantni poželjni efekti za razvoj mentalnog zdravlja ( $ES = 0,3549, P = 0,0141, 95\% CI [0,0952, 0,6147]$ ) i pohađanje škole ( $ES = 0,6350, P = 0,0068, 95\% CI [0,5489, 0,7210]$ ).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> „Klinički relevantno“ označava i statistički značaj ( $P = <0,5$ ) i veličinu efekta preko dogovorenog praga ( $>0,2$ ).

Očekivani neželjeni efekti su mali. Nisu utvrđeni značajni neželjeni efekti. Nijedna od obuhvaćenih studija nije ispitivala potencijalne štete povezane sa učešćem, kao što su dodatna novčana, psihološka ili porodična opterećenja. Prijavljene stope osipanja između lečenja i kontrole ukazuju na ograničene neželjene događaje i dobru prihvatanost lečenja.

### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza je niska. Četiri ishoda imala su vrlo malu pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja, upotreba supstanci, veštine roditeljstva i rizično seksualno ponašanje). Dva su imala nisku pouzdanost (mentalni poremećaji, pridržavanje antenatalne i postnatalne nege), dok je jedan imao umerenu pouzdanost (pohađanje škole). U ishode koji nisu izmereni spadaju izloženost nasilju intimnog partnera, agresivno ponašanje, disruptivno i prkosno ponašanje, samopovređivanje i samoubistvo.

### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitivao da li ljudi vrednuju posebne ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

### **Ravnoteža efekata**

Generalno, ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata verovatno favorizuje intervenciju.

### **Neophodni resursi**

Potrebe za sredstvima (troškovi) variraju u zavisnosti od obuhvaćenih intervencija. Na primer, obuka organizovana za pružaoce intervencija varirala je od 1 do 500 sati u studijama obuhvaćenim ovim pregledom. Neprofesionalni zdravstveni radnici izvršili su većinu intervencija. Mnoge intervencije podrazumevale su značajne logističke i organizacione poduhvate uz ulaganje truda i u kući i u zajednici. Potrebno je više podataka o potrebama za resursima.

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Pouzdanost dokaza o potrebama za resursima (troškovima) veoma je niska. Postoje razlike u kvalifikacijama, platama i razredima neprofesionalnih zdravstvenih radnika. Pored toga, inicijative u kojima učestvuje više organizacija igraju važnu ulogu u pokretanju intervencija. Otuda su dokazi o resursima nepouzdati i veoma specifični za kontekst.

### **Isplativost**

Isplativost intervencije verovatno favorizuje intervenciju. Međutim, malo je dokaza o isplativosti intervencija. Malo je studija koje su se bavile analizama isplativosti. Važno je napomenuti da je većina studija sprovedenih u SAD ocenila programe kućnih poseta kao prilično ekonomične, uglavnom zahvaljujući potencijalnoj uštedi države. Jedna studija imala je dodatnu, povezanu publikaciju koja detaljno opisuje isplativost. U studiji je uočeno da problemi mentalnog zdravlja predstavljaju skup problem za vlade, jer depresija predstavlja znatno opterećenje za život koji se godinama prilagođava tim smetnjama. Sa 90 USD po adolescentu tokom perioda od 15 meseci, intervencija košta 40 USD više nego standardna nega (50 USD). Međutim, to je bila cena za značajno poboljšane indikatore mentalnog zdravlja (143). Poređenje povećavanja troškova sa povećanjem delotvornosti programa kućnih poseta, uz korišćenje Goldbergovog upitnika za depresiju, otkrilo je isplativost od 13,50 USD po jedinici kroz smanjenje simptoma depresije. To znači da ulaganje od 13,50 USD (za 15 meseci) u program kućnih poseta pomaže da se poboljša mentalno zdravlje adolescentkinja majki, o čemu svedoči pad broja poena za jedan u Goldbergovom upitniku za depresiju.

Druga intervencija, koja uključuje čitanje knjiga, uzela je u obzir ishode povezane sa izvodljivošću, kao što su troškovi bibliotečkih resursa za taj program (knjige i kartice za biblioteku) i potreba za dodatnim osobljem koje će izvršiti intervenciju (144). Program se mogao primeniti uz minimalne troškove, a intervencija je usvojena trajno nakon završetka studije, zahvaljujući podršci zajednice. (Sve knjige i bibliotečki resursi su bili donirani, a studenti bibliotekari su volontirali kako bi vreme provedeno u biblioteci zamenili za bodove na ispitima).

Dokazi iz ovih studija sugerisu da su kućne posete koje obavljaju paraprofesionalci isplativa strategija za podršku trudnim adolescentkinjama i mladim roditeljima. Utvrđeno je da su paraprofesionalci pristupačniji, kulturno primereniji, a efikasni kao i medicinske sestre (143, 145). U jednoj studiji utvrđeno je da su troškovi paraprofesionalaca uporedivi sa troškovima volontera, što znači da su ovi zdravstveni radnici bili najisplativija opcija (146).

### Ravnopravnost

Intervencija može imati pozitivan uticaj na zdravstvenu ravnopravnost. U stvari, adolescentska trudnoća i siromaštvo su usko povezani. Trudne adolescentkinje i adolescentkinje majke češće se suočavaju sa siromaštvom i pripadaju određenim manjinskim kulturama.

Skoro 90% studija istraživalo je prednosti promotivnih i preventivnih intervencija u mentalnom zdravlju samo za devojčice, jer je veća verovatnoća da će devojčice tokom perinatalnog perioda imati opšte perinatalne poremećaje nego njihovi partneri. Samo je jedna studija obuhvatila i dečake i devojčice, dok je jedna studija obuhvatila samo adolescente očeve. Obe studije su pokazale da su interakcije sa mladim očevima postigle značajne pozitivne efekte na mentalno zdravlje roditelja i na njihove socijalne i ekonomski ishode (147, 148).

### Prihvatljivost

Generalno, ove intervencije su verovatno prihvatljive za ključne zainteresovane strane.

**Prihvatljivost za kreatore politika:** Kulturna razmatranja u vezi sa rađanjem dece, trudnoćom i stigmom mentalnog zdravlja moraju se ispitati u diskusijama o prihvatljivosti. U zavisnosti od prioriteta kreatora politika i socio-kulturnog konteksta, ovo može biti vrlo prihvatljiva ili moralno sporna tema.

**Prihvatljivost za pružaoce nege:** Usvajanje pristupa prebacivanja i podele zadataka podrazumeva dodatne zadatke i odgovornosti za nespecijalizovane pružaoce usluga, koji mogu osećati da su preopterećeni.

**Prihvatljivost za adolescente:** Veoma je važno da se naprave materijali za intervenciju koji su relevantni za datu kulturu i da se razumeju načine na koje kulture konceptualizuju pitanja kao što su depresija i roditeljstvo (149–152). Moguća rešenja podrazumevaju korišćenje lokalnih paraprofesionalaca i resursa te pronalaženje načina da se intervencija prilagodi učesnicima sa niskim nivoom pismenosti (150, 152, 153).

### Izvodljivost

Intervencija je verovatno izvodljiva. Postoje bitna razmatranja u pogledu strategije doziranja, primene i realizacije. Autori studija koje sprovode intervencije u kući zabeležili su izazove sa kojima su se suočili, često zbog velikog osipanja, sa vrlo pokretljivom populacijom i varijabilnošću poseta. Neprofesionalni zdravstveni radnici koji održavaju sesije u kući i zajednici putem terenskog rada mogu biti u boljem položaju da dođu do mlađih roditelja i trudnih adolescentkinja nego pružaoци zdravstvenih usluga bazirani u stacionarnim klinikama. Međutim, intervencije poput onih koje pružaju neprofesionalni zdravstveni radnici zaslužuju dodatnu pažnju kako bi ojačale zadržavanje i održivost.

## Pitanje 4: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om kako bi se poboljšao razvoj njihovog mentalnog zdravlja i sprečili mentalni poremećaji, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?

### Karakteristike studije

Identifikovane su samo tri relevantne studije: jedna je sprovedena u zemlji sa visokim prihodima (SAD), druga u zemlji sa višim srednjim prihodima (Južna Afrika), a treća u zemlji sa nižim srednjim prihodima (Zimbabve).

Ove tri studije su bile slične na različite načine. Sve studije su koristile randomizovana kontrolisana istraživanja, imale su sličnu veličinu uzoraka (srednja vrednost od 77 učesnika, raspon od 10 do 22 godine) i relativno ravnomernu podelu između dečaka i devojčica uključenih u istraživanje (u proseku 48,5% dečaka i 51,5% devojčica). Sva istraživanja angažovala su učesnike sa klinika. Međutim, studije sprovedene u afričkim zemljama obuhvatile su učesnike uzrasta od 15 godina i mlađe, dok je američka studija obuhvatila učesnike uzrasta od 14 godina i starije. Južnoafrička studija je kao ishode prijavila razvoj mentalnog zdravlja i poremećaje mentalnog zdravlja, dok je američka studija obuhvatila ova dva ishoda, kao i pridržavanje antiretrovirusne terapije te agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje. Studija u Zimbabveu razmatrala je razvoj mentalnog zdravlja i pridržavanje antiretrovirusne terapije. Nijedna studija nije merila samopovređivanje i samoubistvo, upotrebu supstanci, rizično ponašanje u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja ili pohađanje škole.

### Implementacija intervencije

Studije su bile slične i po načinu na koji su sprovedene. Dve studije su se odvijale u domovima zdravlja i koristile su grupne formate, dok je jedna studija sprovedena sa pojedinačnim učesnicima u njihovim domovima. Nijedna nije koristila digitalne medije niti je intervencije prilagodila povratnim informacijama učesnika. Nijedna studija nije navela dužinu sesija. Dve studije su imale sličan broj sesija (južnoafrička studija šest, a američka devet), dok je treća imala nedeljne sesije tokom jedne godine. Jedna studija koristila je neprofesionalne zdravstvene radnike, druga je koristila i neprofesionalne radnike i stručnjake za mentalno zdravlje, a treća je koristila instruktore za postizanje pune svesnosti. Konačno, jedna studija je uključila adolescente u izradu konačne intervencije.

### Rezultati metaanalize

**Tabela 6: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 4)**

	Sve vremenske tačke			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	
Razvoj mentalnog zdravlja	0,6818	0,0956	-0,2968	1,6604
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	0,2146	0,7611	-6,7059	7,1350
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja				
Upotreba supstanci				
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja				
Pohađanje škole				
Pridržavanje antiretrovirusne terapije	3,2230	0,4685	-33,8605	40,3065

Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

## Dodatni dokazi

### Postojeći pregledi

Ne postoje relevantni noviji Kokranovi pregledi preventivnih psihosocijalnih intervencija za poboljšanje mentalnog zdravlja adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om. Sistematski pregled mentalnog zdravlja adolescenata koji žive sa HIV-om iz 2013. godine otkrio je nekoliko studija koje opisuju prevalenciju psihijatrijskih dijagnoza kod adolescenata inficiranih HIV-om. Međutim, studije sugerišu da su psihijatrijski poremećaji poput depresije i anksioznosti zastupljeniji među perinatalno zaraženim adolescentima nego među nezaraženim adolescentima (154). Narativni pregled izazova za mentalno zdravlje među adolescentima koji žive sa HIV-om naglasio je potrebu da se pitanja mentalnog zdravlja za sve mlade ljude zaražene HIV-om rešavaju proaktivno i da se takva pitanja integrišu u sveukupnu negu za HIV namenjenu adolescentima (155). Sistemi nege takođe treba da posvete veću pažnju načinu na koji je podrška mentalnom zdravlju integrisana u upravljanje negom za HIV. To bi trebalo da postane celoživotni pristup, ako se uzmu u obzir promene koje se dešavaju od detinjstva do adolescencije i tokom zrelog doba. Očigledan nedostatak studija i podrške potrebama mentalnog zdravlja adolescenata koji žive sa HIV-om/AIDS-om ističe ogroman jaz u istraživanjima i praksi i poziva na hitna ekonomična rešenja.

### Smernice

Za potrebe ovog izveštaja nisu pronađene druge slične i/ili relevantne smernice u vezi sa preventivnim psihosocijalnim intervencijama usmerenim na adolescente koji žive sa HIV-om/AIDS-om. Ostale relevantne smernice SZO navedene su u nastavku.

*Objedinjena smernica o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i pravima žena koje žive sa HIV-om (32).*

Ova smernica se fokusira na seksualno reproduktivno zdravlje i prava žena koje žive sa HIV-om. Ona obuhvata nekoliko aspekata mentalnog zdravlja, poput uticaja dijagnoze HIV infekcije na mentalno zdravlje, velike prevalencije teškoća u vezi sa mentalnim zdravljem koje prijavljuju žene koje žive sa HIV-om i zabrinutosti zbog stigmatizacije, straha i diskriminacije.

*Objedinjene smernice o upotrebi antiretrovirusnih lekova za lečenje i prevenciju HIV infekcije: preporuke za pristup javnom zdravstvu, drugo izdanje (33).*

Ove smernice pružaju uputstva o dijagnozi HIV infekcije, o upotrebi antiretrovirusnih lekova za lečenje i prevenciji HIV infekcije te o nezi ljudi koji žive sa HIV-om (dece, adolescenata i odraslih). Smernice ističu činjenicu da dijagnoza HIV infekcije može imati posledice na mentalno zdravlje osobe koja živi sa HIV-om, poput povećanja rizika od depresije ili samoubistva. Takođe, u njima se naglašava da pitanja mentalnog zdravlja mogu ometati pridržavanje antiretrovirusne terapije i da antiretrovirusni lekovi mogu izazvati neželjene efekte koji utiču na mentalno zdravlje. Međutim, one ne daju preporuke o specifičnim psihosocijalnim intervencijama za ublažavanje rizika.

*Objedinjene smernice o prevenciji, dijagnozi, lečenju i nezi HIV-a za ključne populacije (39).*

Ove smernice predlažu sveobuhvatan paket preporuka koje se odnose na HIV i zasnivaju na dokazima za ključne populacije, uključujući muškarce koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, ljude koji injektiraju drogu, ljude u zatvorima i drugim sličnim ustanovama, seksualne radnike i transrodne osobe. Smernice ističu poremećaje mentalnog zdravlja (depresiju ili psihosocijalni stres) kao potencijalni komorbiditet HIV-a koji bi mogao da iziskuje intervencije usmerene na prevenciju ili upravljanje. Međutim, one ne daju preporuke o specifičnim psihosocijalnim intervencijama koje bi pomogle u ublažavanju rizika.

## ***Okvir – od dokazivanja do odluke***

### **Prioritetnost problema**

Ovaj problem predstavlja prioritet jer su adolescenti sve brojnija demografska grupa u čitavom svetu. Štaviše, u određenim regionima, poput podsaharske Afrike, sve je više adolescenata zaraženih HIV-om. Uprkos poznatim efektima koje život sa HIV-om ima na mentalno zdravlje mlade osobe, malo intervencija se bavi ovim izazovom ili nastoji da spreči poremećaje mentalnog zdravlja, čak i ako isti ti adolescenti imaju pristup drugoj biomedicinskoj nezi vezanoj za HIV.

### **Poželjnost efekata**

Očekivani poželjni efekti nisu poznati. Slično tome, očekivani neželjeni efekti su nepoznati jer nisu identifikovani značajni efekti.

### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza je veoma niska. Dva ishoda su imala veoma nisku pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja i mentalni poremećaji), dok su dva ishoda imala nisku pouzdanost (pridržavanje antiretrovirusne terapije te agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje). Ishodi povezani sa samopovređivanjem i samoubistvom, pohađanjem škole, upotrebom supstanci te rizičnim ponašanjima u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja nisu mereni.

### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitivao da li ljudi vrednuju posebne ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

### **Ravnoteža efekata**

Nije poznato da li ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata favorizuje intervenciju ili poređenje.

### **Neophodni resursi**

Potrebe za sredstvima (troškovi) nisu poznate. S obzirom na osetljivost teme HIV-a, neophodno je izdvojiti vreme i resurse za obuku radne snage. Potrebno je i više podataka o potrebama za resursima.

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Nijedna obuhvaćena studija nije ponudila detalje o isplativosti. Sve studije su pokazale da psihosocijalne intervencije usmerene na mlade ljude koji žive sa HIV-om mogu biti efikasno izvedene u okruženjima sa malim prihodima i ograničenim resursima. Obe studije sprovedene u podsaharskoj Africi posebno su ukazale na mogućnost adekvatne obuke neprofesionalnog osoblja za sprovođenje takvih intervencija. S obzirom na ograničenost resursa u Južnoj Africi i Zimbabveu, korišćenje neprofesionalnog osoblja pod nadzorom specijaliste za mentalno zdravlje poboljšava šanse za proširivanje programa u uslovima redovne nege.

### **Isplativost**

Nijedna obuhvaćena studija nije izveštavala o isplativosti intervencije i da li to favorizuje intervenciju ili poređenje. Obuhvaćene studije nude malo dokaza o isplativosti intervencija kod ove ciljne populacije.

### Ravnopravnost

Ove intervencije mogu povećati uticaj na zdravstvenu ravnopravnost. Intervencije tokom adolescencije su ključne jer adolescenti pokazuju vrlo loše ishode u prihvatanju i pridržavanju antiretrovirusne terapije. Ovo važi i za vertikalno zaražene i za nedavno horizontalno zaražene mlade ljudе (156). Prema jednoj studiji, intervencije koje adolescentima daju veštine i znanja koja prevazilaze negu HIV-a mogu pomoći u zaustavljanju širenja HIV-a (157). Kako odrastaju, adolescenti mogu i da izmene način na koji se odnose prema HIV-u. Zdravstveno ponašanje tokom ovog perioda može postaviti osnovu za buduće traženje nege, pristup nezi i angažovanje u nezi. Adolescenti u ruralnim sredinama ili u sredinama gde je HIV visoko stigmatizovan mogu imati veće poteškoće u pristupu ovim vrstama intervencija, a one su njima možda i najpotrebnije.

Ovaj pregled nije identifikovao nikakve intervencije za adolescente koji žive sa HIV-om među ključnim populacijama (kao što su mladi seksualni radnici, korisnici droga koje se ubrizgavaju, mladi transrodni muškarci i žene ili mladići koji imaju seks sa muškarcima). Izuzetno osetljive na HIV i stigmatizaciju, ove grupe stanovništva mogu imati dodatne potrebe i biti izložene značajnim zdravstvenim i psihosocijalnim rizicima. Postoji potreba za istraživanjima o ranjivijim podgrupama ove populacije. Iako je izazovno za sprovođenje, takvo istraživanje bi pomoglo u obraćanju široj populaciji adolescenata koji žive sa HIV-om. Postojeći dokazi nisu pronašli razlike u ishodima između devojčica i dečaka. Mlade žene uzrasta od 15 do 24 godine imaju posebno visok rizik od zaraze HIV-om i mogu imati koristi od rodno specifičnih psihosocijalnih intervencija za rešavanje višestruko povezanih ranjivosti iz domena seksualnog i reproduktivnog zdravlja i rodnih normi. Dve države koje su najviše opterećene HIV-om, Južna Afrika i Zimbabve, imale su intervencije, što pokazuje da se studije sprovode u relevantnim okruženjima. Iako raste baza dokaza o efektima HIV-a na mentalno zdravlje i iako se širi populacija kojoj je potrebna pomoć, malo je stvarnih pokušaja da se reši ovo pitanje. Postoji hitna potreba da se više radi na istraživanju i širenju psihosocijalnih intervencija koje podržavaju adolescente koji žive sa HIV-om/AIDS-om.

### Prihvatljivost

Sve ključne zainteresovane strane prihvataju ove intervencije. Nalazi iz studije Villis et al. pomogli su Ministarstvu zdravlja i brige o deci u Zimbabveu da usvoji uslugu kognitivne analitičke terapije kao model diferenciranog pružanja usluga deci, adolescentima i mladima (158). Ministarstvo proširuje ovu intervenciju širom zemlje. Multidisciplinarni tim (uključujući medicinske sestre, neprofesionalne medicinske radnike, istraživače i umetnike) razvio je u Južnoj Africi intervenciju VUKA i učinio je kulturološki prikladnom uz značajan doprinos adolescenata. Važno je napomenuti da je nakon završetka pilot-studije jedna od dve uključene bolnice zadržala intervenciju VUKA kao deo standardne nege, zahvaljujući odgovoru učesnika i pružalaca zdravstvene zaštite.

### Izvodljivost

Obuhvaćene intervencije su verovatno izvodljive. Pilot-studija pokazala je visok nivo izvodljivosti i prihvatljivosti intervencije VUKA u obe bolnice, koje su zabeležile visok nivo posećenosti (157). Pored toga, vršnjačke vođe su, kako se navodi, uspele da na poverljiv, siguran način dopru do mlađih ljudi u trenutku kada je to bilo potrebno i da obezbede njihovu povezanost sa uslugama koje su im trebale (64).

## **Pitanje 5: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa emocionalnim problemima kako bi se sprečili nastanak mentalnih poremećaja (uključujući i pogoršanje mentalnih bolesti koje se mogu dijagnostikovati), samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?**

### **Karakteristike studije**

Ukupno je identifikovano 70 relevantnih studija. Studijama je obuhvaćeno 19 zemalja, a većina studija ( $n = 64$ ; 91,4% ukupnog uzorka) sprovedena je u zemljama sa visokim prihodima. Četiri istraživanja su obuhvatila zemlje sa višim srednjim prihodima (5,7%), dok su se dva istraživanja odnosila na LMIC zemlje (2,9%). U zemljama sa niskim prihodima nisu sprovedena randomizovana kontrolisana istraživanja. Nešto više od trećine studija sprovedeno je u SAD ( $n = 24$ ; 34,3%). Druga najzastupljenija zemlja bila je Australija sa devet studija (12,9%), a slede Ujedinjeno Kraljevstvo sa sedam (10,0%) i Holandija sa šest studija 8,6%).

Većina studija o intervencijama ( $n = 62$ ; 88,6%) koristila je randomizovana kontrolisana istraživanja za procenu intervencije. Pet studija (7,1%) koristilo je randomizovano kontrolisano istraživanje po klasterima, dok su tri studije (4,3%) koristile faktorsko istraživanje.

Veličina uzorka u studijama kretala se od 18 do 1.064 učesnika, sa srednjom vrednošću od 153 i medijanom od 90 učesnika. U pregled je bilo uključeno ukupno 10.706 učesnika. Od 70 studija, 59 izveštava o srednjoj vrednosti uzrasta učesnika, a preostalih 11 studija o rasponu starosti. Trideset pet studija angažovalo je učesnike iz grupe sa srednjom vrednošću ili rasponom od 10 do 14,99 godina (50,0%), dok je 31 studija angažovala učesnike iz grupe sa srednjom vrednošću ili rasponom od 15 do 19,99 godina (44,3%). Četiri studije (5,7%) koje su izveštavale samo o starosnom opsegu obuhvatile su adolescente iz obe starosne grupe.

Šezdeset dve studije (88,6%) izveštavale su o procentu dečaka i devojčica koji su učestvovali u intervenciji. Od toga je srednja vrednost procenta obuhvaćenih devojčica iznosila 68,6%. Šest studija koje su izveštavale o rodu (9,7%) obuhvatile su samo devojčice, a jedna (1,6%) samo dečake.

Većina studija o intervencijama ( $n = 68$ ; 97,1%) merila je mentalne poremećaje (anksioznost i depresiju) kod adolescenata. Ukupno 34 istraživanja (48,6%) merila su razvoj mentalnog zdravlja. Neke studije su merile i agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje ( $n = 9$ ; 12,9%), upotrebu supstanci ( $n = 8$ ; 11,4%), samopovređivanje i samoubistvo ( $n = 6$ ; 8,6%) te pohađanje škole ( $n = 1$ ; 1,4%). Nijedna od obuhvaćenih studija nije merila rizična ponašanja u domenu seksualnog i reproduktivnog zdravlja.

Skala depresije Centra za epidemiološke studije (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-D) bila je najčešća alatka za skrining koja se koristila za simptomatologiju emocionalnih problema ( $n = 17$ ; 24,3%). Devet studija koristilo je Bekov inventar depresije (Beck Depression Inventory) (12,9%), dok su ostale koristile Dečiji inventar depresije (Children's Depression Inventory) (sedam studija), Kratki upitnik o raspoloženju i osećanjima (Short Mood and Feelings Questionnaire) (šest studija) i Upitnik o snagama i poteškoćama (Strengths and Difficulties Questionnaire) (pet studija). Ukupno je 10 studija (14,3%) koristilo samostalno izveštavanje ili upućivanje na skrining od nastavnika odnosno zdravstvenog radnika. Pored toga, u studijama je korišćeno 28 drugih alatki za skrining emocionalnih simptoma.

### **Sprovodenje intervencije**

Većina intervencija izvedena je u školama ( $n = 38$ ; 54,3%), a osam (11,4%) u univerzitetskom okruženju. Jedna intervencija (1,4%) sprovedena je u okruženju zajednice, a druge dve (2,9%) sprovedene su kroz kombinaciju školskog okruženja i okruženja zajednice. Okruženje zajednice je podrazumevalo domove učesnika, klinike ili društvene centre. Dalje, sedam intervencija je izvedeno isključivo putem digitalne

platforme (10,0%), a sedam je sprovedeno licem u lice uz pomoć digitalne komponente. Šest intervencija je obavljeno u domu zdravlja (8,6%). U šest studija nije prijavljeno gde se intervencija odvijala (8,6%).

Većinu intervencija izvršili su stručnjaci za mentalno zdravlje ( $n = 44$ ; 62,9%). Deset studija je izvedeno isključivo na digitalni način ili u štampanoj formi i stoga u njima nije učestvovalo osoblje (14,3%). Osam istraživanja koristilo je kombinaciju osoblja (11,43%), tri su koristila nastavnike (4,3%), a četiri nisu navela realizatora (5,7%). Jedna intervencija koristila je vršnjačkog vođu, a nijedna nije koristila zdravstvene radnike osim stručnjaka za mentalno zdravlje. Više od pola intervencija izvedeno je u grupama ( $n = 39$ ; 55,7%), dok su 24 izvedene sa pojedincima (34,3%). Sprovedeno je sedam intervencija primenom kombinacije grupnog i individualnog pristupa (10,0%). Ukupno 12 studija nije naznačilo ukupno vreme trajanja kontakta tokom intervencija (17,1%). U studijama koje su prijavile vreme, kontakt je trajao u rasponu od 1 do 24 sata, sa srednjom vrednošću od 9 sati. Samo 4 studije (5,7%) eksplicitno su uključile adolescente u razvijanje intervencije, dok je 15 studija (21,4%) svoj pristup intervenciji prilagodilo potrebama pojedinačnih adolescenata.

### **Rezultati metaanalize**

**Tabela 7: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 5)**

	Sve vremenske tačke			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,3058	0,0000*	-0,4220	-0,1897
Samopovređivanje i samoubistvo	0,0078	0,9672	-0,4677	0,4833
Razvoj mentalnog zdravlja	0,1941	0,0003*	0,0965	0,2918
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja	-0,2016	0,1076	-0,4604	0,0572
Upotreba supstanci	-0,1054	0,2132	-0,2889	0,0781
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja				
Pohađanje škole**				

\*  $P < 0,05$ . Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

\*\* Nije obavljena metaanaliza za pohađanje škole jer je samo jedno istraživanje merilo taj ishod.

Pored glavne metaanalize, sprovedene su i analize osetljivosti kako bi se otkrili potencijalni efekti u studijama koje su koristile različite načine skrininga učesnika u intervenciji. Iako su sve studije u ovom pitanju iz pregleda koristile neki oblik skrininga, razlika je napravljena na sledeći način:

- **visoki** se odnosi na studije u okviru kojih je izvršen skrining i obuhvaćeni su samo adolescenti za koje se, na osnovu simptomatologije, smatra da su rizični ili sa visokim pragom,
- **srednji** se odnosi na studije u okviru kojih je izvršen skrining i obuhvaćeni su adolescenti koji pokazuju umerenu simptomatologiju (drugim rečima, ne i adolescenti koji nisu imali najviše skorove),
- **kombinovani** se odnosi na studije u okviru kojih je izvršen skrining i obuhvaćeni su adolescenti sa visokom i umerenom simptomatologijom.

Rezultati su prikazani u Tabeli 7a. Nisu zabeležene značajne razlike po vrsti skrining metode.

**Tabela 7a: Analiza osetljivosti prema vrsti skrininga (PICO pitanje 5)**

	Skrining – visoki				Skrining – kombinovani (3)				Skrining – srednji (2)			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%			
Razvoj mentalnog zdravlja	0,1010	0,3573	-0,1337 0,3358	0,2214	0,0033*	0,0852 0,3576	-0,2613	0,6149	1,4942 0,9717			
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,2386	0,0119*	-0,4192 -0,0580	-0,3306	0,0007*	-0,5102 -0,1510	-0,0498	0,8657	-0,6594 0,5597			
Samopovređivanje i samoubistvo	-0,2659	0,0366*	-0,4975 -0,0343	0,6927	0,4760	-7,4694 8,8549	-0,1572	0,5490	-0,7003 0,3860			
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja	-0,2955	0,2022	-1,1939 0,6028	-0,1558	0,3569	-0,5602 0,2486						
Upotreba supstanci	-0,2104	0,2210	-0,6531 0,2324	-0,0122	0,8526	-0,2184 0,1940	-0,3579	0,3470	-1,2823 0,5665			

	Skrining – visoki u poređenju sa srednjim (2)				Skrining – visoki u poređenju sa kombinovanim (3)			
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%		
Razvoj mentalnog zdravlja	0,1735	0,2315	-0,1843 0,5313	0,1480	0,1943	-0,0824 0,3784		
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,2092	0,2489	-0,5999 0,1815	-0,0840	0,5079	-0,3370 0,1690		
Samopovređivanje i samoubistvo				0,7162	0,3315	-1,5793 3,0117		
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja				0,1818	0,4114	-0,4122 0,7758		
Upotreba supstanci				0,1996	0,2366	-0,1765 0,5757		

\*  $P < 0,05$ . Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

## Dodatni dokazi

### Postojeći pregledi

Hetrick et al. (99) sproveli su Kokranov pregled efikasnosti školskih psiholoških programa za sprečavanje depresije kod dece i adolescenata uzrasta između 5 i 19 godina. Oni prijavljuju da su intervencije koje se pružaju ciljanim i indikovanim populacijama imale veće efekte od univerzalno pruženih intervencija. Međutim, postojali su zabrinutost oko metodologije te izazovi koji su svojstveni za primenu ove vrste programa. Zaključak je bio da dokazi ne podržavaju sprovođenje programa za sprečavanje depresije.

Cox et al. (159) pregledali su studije o prevenciji relapsa ili ponovnog pojavljivanja depresije kod dece i adolescenata. Otkrili su da postoji potreba za dodatnim istraživanjima uprkos novim dokazima o psihološkim intervencijama (Kokranov pregled) (140).

Ssegona et al. (12) pregledali su studije o grupnoj KBT terapiji usmerenoj na adolescente uzrasta 12–19 godina koji su imali subsindromalnu depresiju. Oni su otkrili da je terapija značajno smanjila učestalost i simptome depresije nakon intervencije u poređenju sa aktivnim i neaktivnim kontrolnim grupama, ali da se efekat smanjio za 12 meseci.

### **Smernice**

Nisu pronađene relevantne smernice o ovoj ili srodnim temama.

### ***Okvir – od dokazivanja do odluke***

#### **Prioritetnost problema**

Emocionalni poremećaji su sve rasprostranjeniji među adolescentima i mogu imati dalekosežne implikacije na socijalno i profesionalno funkcionisanje, kao i na zdravlje. Loše mentalno zdravlje u adolescenciji je ključni faktor rizika za razvoj problema sa fizičkim i mentalnim zdravljem kasnije u životu.

Na globalnom nivou, depresija je četvrti vodeći uzrok bolesti i smetnji kod adolescenata uzrasta 15–19 godina, a petnaesti kod onih uzrasta 10–14 godina. Anksioznost je deveti vodeći uzrok kod adolescenata uzrasta 15–19 godina i šesti za one uzrasta 10–14 godina. Smatra se da rana intervencija kod adolescenata koji već pokazuju emocionalne probleme ima vitalni značaj za sprečavanje napredovanja mentalnih poremećaja.

#### **Poželjnost efekata**

Očekivani poželjni efekti su umereni. Identifikovani su klinički relevantni poželjni efekti za mentalne poremećaje ( $ES = -0,3058, P = 0,000, 95\% CI [-0,4220, -0,1897]$ ). Pronađeni su statistički značajni, ali klinički irelevantni poželjni efekti za razvoj mentalnog zdravlja ( $ES = 0,1941, P = 0,0003, 95\% CI [0,0965, 0,2918]$ ).<sup>5</sup>

Očekivani neželjeni efekti su trivijalni u obimu u kome su izmereni, uzimajući u obzir da nisu identifikovani značajni neželjeni efekti.

#### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza je veoma niska. Svih šest ishoda imalo je veoma nisku pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja, mentalni poremećaji, samopovređivanje i samoubistvo, upotreba supstanci, agresivno ponašanje, disruptivno i prkosno ponašanje te pohađanje škole). Ishodi povezani sa rizičnim ponašanjima u seksualnom i reproduktivnom zdravlju nisu mereni.

#### **Vrednosti**

Ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitivao da li ljudi vrednuju posebne ishode. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

#### **Ravnoteža efekata**

Generalno, ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata daje prednost intervenciji.

<sup>5</sup> „Klinički relevantno“ označava i statistički značaj ( $P < 0,5$ ) i veličinu efekta preko dogovorenog praga ( $>0,2$ ).

## **Neophodni resursi**

Potrebe za sredstvima (troškovi) variraju u zavisnosti od obuhvaćenih intervencija. Većina intervencija sprovedena je u školskom okruženju, što je možda zahtevalo da se oduzmu vreme i resursi od već preopterećenih školskih rasporeda.

Utvrđeno je da je pružanje intervencija u grupnom formatu i sa kraćim vremenom trajanja kontakta jeftinije za sprovođenje u odnosu na pojedinačne, dugoročne intervencije, a bilo je podjednako efikasno (160–162).

Korišćenje digitalnih alatki za samopomoć može smanjiti potrebe za resursima. Navedenim intervencijama je generalno lakše upravljati (49, 50, 79, 163). Utvrđeno je da su određene vrste intervencija dovoljno jeftine za sprovođenje u okviru studija. Na primer, tri istraživanja su pokazala da su biblioterapijske intervencije ili slanje poštom personalizovanih informacija o mentalnom zdravlju učesnicima jeftine metode koje mogu fleksibilno da se sprovode (164–166).

U jednoj studiji troškovi osoblja i supervizije za KBT terapiju procenjuju se na 645 USD po grupi. To znači 80 USD po polazniku, u poređenju sa 8 USD po polazniku za troškove knjige o samopomoći koja se koristi u biblioterapiji (166).

## **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Pouzdanost dokaza o potrebama za resursima (troškovima) je umerena. U školskim uslovima intervencije za postizanje pune svesnosti pokazale su se kao isplative i korisne u rešavanju niza emocionalnih problema i problema u ponašanju učenika (167). Samo jedna od obuhvaćenih studija detaljno opisuje isplativost. U njoj nisu ponuđeni dokazi koji bi preporučili KBT terapiju u učionici kao isplativ način za smanjenje simptoma depresije kod školske dece, u poređenju sa redovnim školskim obučavanjem o životnim veštinama. Višestruke studije su pokazale da bi intervencije pružane putem interneta, računarskih programa ili video igara mogle biti isplative (168–170).

## **Isplativost**

Isplativost intervencije verovatno daje prednost intervenciji. Kao što je gore navedeno, digitalne zdravstvene intervencije i intervencije za postizanje pune svesnosti u školama pokazale su se kao isplative (118–120). Studije često navode isplativost kao prednost intervencija putem interneta. Međutim, treba napomenuti da je vođena intervencija putem interneta (za razliku od intervencija samopomoći putem interneta) relativno dugotrajna i možda neće biti vremenski efikasnija od grupne sesije (162).

## **Ravnopravnost**

Sprovođenje intervencija može pomoći u povećanju zdravstvene ravnopravnosti. Obuhvaćene studije ukazuju da, u celini, velika potražnja za uslugama i nedostatak usluga sprečavaju adolescente koji imaju emocionalne probleme da dobiju odgovarajuću podršku (171, 172). Međutim, kako je gotovo dve trećine intervencija sprovedeno u školskoj ili univerzitetskoj sredini, moguće je i da one isključuju neke posebno osetljive mlade ljude – populaciju van škole ili populaciju sa drugim istovremenim izazovima poput beskućništva.

Profil populacije u obuhvaćenim studijama sugerije da se radi o pojedincima i populacijama sa velikim resursima, što može uvesti element pristrasnosti, bilo pozitivne ili negativne.

Pored toga, u mnogim intervencijama je uočeno da je kod devojčica postojala znatno veća verovatnoća da će doživeti i/ili prijaviti osećaj depresije i anksioznosti nego kod dečaka (75, 76, 79, 173–175). Preko dve trećine studija je intervencijama obuhvatilo više devojčica nego dečaka, a kod dečaka je bila veća

verovatnoća da će napustili istraživanje (176). Dve studije su pretpostavile da devojčice simptome depresije iskuse ranije, što pomaže u objašnjavanju razlika (164, 177).

### Prihvatljivost

Generalno, obuhvaćene intervencije su verovatno prihvatljive za ključne zainteresovane strane.

Psihosocijalne intervencije treba da budu relevantne za određenu kulturu. Intervencije dizajnirane tako da se prilagode potrebama određene populacije mogu smanjiti stope osipanja i povećati efikasnost (121, 178), posebno kada se razmatraju odgovarajući jezički prevodi koji odgovaraju lokalnom shvatanju problema mentalnog zdravlja (173).

Česti su nalazi koji svedoče da stigmatizacija predstavlja prepreku za intervencije u oblasti mentalnog zdravlja. Međutim, u više studija je uočeno da pružanje intervencija pomoću digitalnih medija može ublažiti taj efekat. Intervencije koje su koristile pisma, blogove i mobilne telefone beležile su visok nivo pristupačnosti i poverenje adolescenata u pogledu učešća i uspostavljanja odnosa zahvaljujući anonimnosti koju pružaju ovi mediji (164, 179–181). Pored digitalno sprovedenih intervencija, škole i paraprofesionalci se takođe smatraju posebno korisnim u pružanju intervencija, jer se često doživljavaju kao manje zastrašujuće i stigmatizujuće rešenje u poređenju sa pružaocima zdravstvenih usluga (160, 180, 182).

### Izvodljivost

Izvodljivost ovih intervencija varira. S obzirom na vremenska ograničenja i ograničene resurse dostupne školama, moguće je da školske uprave pruže otpor uključivanju programa mentalnog zdravlja u nastavne planove i programe. Međutim, ove studije pružaju preliminarne dokaze da programi prevencije koji su usmereni na simptome depresije mogu takođe pozitivno uticati na školsko okruženje (183–185). Postoji potreba za uspostavljanjem partnerstva sa školama i pružaocima usluga mentalnog zdravlja kako bi se poboljšalo psihosocijalno zdravje adolescenata. Upotreba telekomunikacija kako bi se povećalo partnerstvo između pružalaca zdravstvenih usluga i seoskih škola je neophodna (186). Pokazalo se da kod digitalnih intervencija postoji problem visokih stopa osipanja adolescenata.

## Pitanje 6: Da li treba razmotriti psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja kako bi se sprečili poremećaji ponašanja, samopovređivanje i/ili druga rizična ponašanja?

### Karakteristike studije

Ukupno su identifikovane 22 studije. Studijama je obuhvaćeno devet zemalja, a većina studija ( $n = 19$ ; 86,4%) sprovedena je u zemljama sa visokim prihodima. Samo tri studije (13,6%) sprovedene su u LMIC zemljama, u Indiji, Nigeriji i Turskoj. Od obuhvaćenih studija, osam studija (36,4%) sprovedeno je u SAD, dok su tri studije (13,6%) sprovedene u Holandiji.

Gotovo sve obuhvaćene studije ( $n = 20$ ; 90,9%) nastoje da spreče probleme povezane sa agresivnim rizičnim ponašanjem, disruptivnim i prkosnim ponašanjem, poput agresije, delinkvencije, besa i antisocijalnog ponašanja. Dve studije (9,1%) takođe su imale za cilj sprečavanje upotrebe supstanci. Dve studije (9,1%) imale su za cilj da spreče razvoj poremećaja ponašanja i poremećaja protivljenja i prkosa. Petnaest obuhvaćenih studija (68,2%) imalo je za cilj sprečavanje depresije i/ili anksioznosti i srodnih problema kao što su internalizujući simptomi, psihosocijalni distres, povlačenje i emocionalni simptomi.

Većina studija koristila je randomizovana kontrolisana istraživanja ( $n = 18$ ; 81,8%). Četiri studije (18,2%) koristile su randomizovana kontrolisana istraživanja po klasterima. Veličina uzorka u obuhvaćenim studijama kretala se od 33 do 1.244 učesnika. Jedna studija nije izveštavala o veličini uzorka. U svim studijama koje izveštavaju o veličini uzorka ( $n = 21$ ; 95,5%) angažованo je ukupno 4.759 učesnika. Srednja vrednost veličine uzorka bila je 227 učesnika. Od obuhvaćenih studija, 13 studija (59,1%) prijavilo je srednju vrednost uzrasta. Učesnici u obuhvaćenim studijama bili su uzrasta između 10 i 18 godina. Jedna obuhvaćena studija nije prijavila nikakve podatke o uzrastu, ali je navela adolescenciju kao osnovu za uključivanje. Samo jedna studija posebno je ciljala na devojke, dok su četiri studije (18,2%) obuhvatile samo muške učesnike. Dve studije (9,1%) nisu izveštavale o rodu. Od studija koje su izveštavale o rodu ( $n = 20$ ; 90,0%), prosečan procenat ženskih učesnika bio je 32,9%, a muških 67,1%.

Metode skrinингa za angažovanje razlikovale su se u različitim studijama. Devet studija (40,9%) koristilo je ocene, nominacije ili opise nastavnika kako bi se identifikovali učenici koji su zadovoljili kriterijume studija. Tri studije (13,6%) koristile su školske evidencije ili školske nominacije.. Četiri studije (18,2%) koristile su metode upućivanja, u kojima su zdravstveni radnik, socijalni radnik, sud ili školski sistem upućivali adolescente za koje se smatra da ispunjavaju uslove za učešće u studiji zbog njihovog ponašanja i/ili istorije delikvencije. Izveštaji roditelja i iskustva u vezi sa ponašanjem deteta takođe su korišćeni za skrining odgovarajućih učesnika u dve od obuhvaćenih studija (9,1%). Četiri studije (18,2%) koristile su izveštaje ili upitnike koje su adolescenti popunjavali da bi se utvrdilo da li oni ispunjavaju uslove za učešće. Jedna obuhvaćena studija nije precizirala metod skrinингa.

Nijedna od obuhvaćenih studija nije izvestila o dijagnozama poremećaja ponašanja ili poremećaja protivljenja i prkosa. Gotovo sve obuhvaćene studije ( $n = 20$ , 90,9%) izveštavale su o ishodima agresivnog, disruptivnog i prkosnog ponašanja, pri čemu je veliki broj studija takođe izveštavao o ishodima koji se odnose na mentalne poremećaje ( $n = 15$ ; 68,2%). Dve studije (9,1%) izveštavale su o ishodima povezanim sa razvojem mentalnog zdravlja, dok su dve studije izveštavale o upotrebi supstanci. Nijedna studija nije izveštavala o samopovređivanju i suicidu, rizičnom ponašanju u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja ili pohađanju škole.

### ***Implementacija intervencije***

Od 22 obuhvaćene studije, 11 studija (50,0%) sprovedeno je isključivo u školama. Studije su takođe sprovedene u zajednici ( $n = 3$ ), domovima zdravlja ( $n = 2$ ) ili u više okruženja ( $n = 3$ ). Jedna studija sprovedena je digitalno, dok dve (9,1%) nisu navele mesto primene. Stručnjaci za mentalno zdravlje su sproveli većinu intervencija ( $n = 15$ ; 68,2%). Neprofesionalni zdravstveni radnici su sproveli dve intervencije (9,1%), a socijalni radnici još dve (9,1%). Zdravstveni radnik je sproveo jednu studiju. Uključena je bila i jedna digitalna (računarska) intervencija. Jedna od obuhvaćenih studija nije navela realizatora intervencije. Šesnaest obuhvaćenih studija (72,7%) nije navelo kakvu su obuku prošli realizatori intervencije. Jedna od studija izvedena je digitalno i zbog toga nije zahtevala realizatora.

Obuka za realizatore se značajno razlikovala po dužini i tipu. Jedna studija obezbedila je realizatorima 6 dana edukacije i/ili obuke i dva napredna treninga. Druga studija je obezbedila dvočasovne sesije jednom nedeljno tokom 6 meseci. Još dve studije obezbedile su 56 sati obuke, dok je jedna studija nudila 160 sati obuke za realizatore. Osam studija (36,4%) obezbedilo je realizatorima podršku u vidu supervizije. Dvanaest obuhvaćenih studija (54,5%) sprovedeno je u grupnom formatu, dok se u okviru pet studija (22,7%) intervencija pružala pojedincima. Tri studije (13,6%) koristile su format grupnih i pojedinačnih sesija, dok je jedna studija nudila pojedinačne ili grupne sesije. Na kraju, jedna studija nije navela format sprovođenja intervencije. Nijedna od obuhvaćenih studija ne izveštava o učešću adolescenata u razvoju intervencije.

## Rezultati metaanalize

**Tabela 8: Ukupne veličine efekata po ishodu (PICO pitanje 6)**

		Sve vremenske tačke		
		Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%
Poremećaj ponašanja				
Poremećaj protivljenja i prkosa				
Samopovređivanje i samoubistvo				
Agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje	-0,4812	0,0220*	-0,8855	-0,0769
Upotreba supstanci	0,2116	0,0056*	0,1881	0,2351
Razvoj mentalnog zdravlja	0,2888	0,0418*	0,0126	0,5649
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,4416	0,0084*	-0,7501	-0,1330
Rizična ponašanja u pogledu seksualnog i reproduktivnog zdravlja				
Pohađanje škole				

\*  $P < 0,05$ . Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

Pored glavne metaanalize, sprovedene su i analize osetljivosti kako bi se otkrili potencijalni efekti u studijama koje su koristile različite načine skrininga učesnika u intervenciji. Sve studije u ovom pitanju iz pregleda koristile su neki oblik skrininga. Ipak, za ovo PICO pitanje Tim za pregled napravio je sledeće razlike:

- **visoki** se odnosi na studije u okviru kojih je izvršen skrining i obuhvaćeni su samo adolescenti za koje se, na osnovu simptomatologije, smatra da su rizični ili sa visokim pragom,
- **srednji** se odnosi na studije u okviru kojih je izvršen skrining i obuhvaćeni su adolescenti koji pokazuju umerenu simptomatologiju (drugim rečima, ne i najbolje ocenjene adolescente);
- **kombinovani** se odnosi na studije u okviru kojih je izvršen skrining i obuhvaćeni su adolescenti sa visokom i umerenom simptomatologijom.

Kako je srednja grupa bila veoma malobrojna, Tim za pregled kombinovao je srednje i kombinovane kategorije za analizu. Rezultati su prikazani u Tabeli 8a. Nisu zabeležene značajne razlike po vrsti skrininga.

**Tabela 8a: Analiza osetljivosti prema vrsti skrininga (PICO pitanje 6)**

	Skrining – visoki			Skrining – srednji/kombinovani			Skrining – visoki u poređenju sa srednjim/kombinovanim		
	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%	Veličina efekta	P-vrednost	Intervali pouzdanosti 95%
Razvoj mentalnog zdravlja	0,284	0,0933	-0,0587 0,6267	0,2574	0,3772	-0,5501 1,0648	0,0073	0,9815	-0,7434 0,758
Mentalni poremećaji (depresija i anksioznost)	-0,3431	0,0172*	-0,6044 -0,08818	-0,6272	0,1163	-1,4771 0,2228	-0,289	0,4121	-1,0354 0,4574
Agresija, problem disruptivnog i prkosnog ponašanja	0,3304	0,0147*	-0,5801 -0,0806	-0,9313	0,1775	-2,4012 0,5385	-0,5107	0,3865	-1,7326 0,7112

\*  $P < 0,05$ . Modeli označeni kurzivom su samo indikativni s obzirom na primenjene postupke statističke procene. Za razvoj mentalnog zdravlja, pozitivna veličina efekta označava povoljno dejstvo. Za sve ostale ishode, negativna veličina efekta označava povoljno dejstvo.

## Dodatni dokazi

### Postojeći pregledi

Mytton et al. (187) sproveli su Kokranov pregled uticaja školskih programa prevencije nasilja na decu i adolescente uzrasta od 4 do 16 godina za koje je utvrđeno da su agresivni ili da su u riziku da postanu agresivni. Oni izveštavaju da je agresivno ponašanje značajno smanjeno nakon intervencije u poređenju sa kontrolnim grupama ( $SMD = -0,41$ , 95% CI [-0,56 do -0,26]) te da je tako ostalo i tokom 12-mesečnih praćenja ( $SMD = 0,40$ , 95% CI [-0,73 do -0,06]). Oni su izvršili analize podgrupa, koje su pokazale da su u poređenju sa tim intervencije usmerene na učenje da se ne reaguje na provokativne situacije bile manje efikasne za srednjoškolsku populaciju ili za grupe koje su činili samo dečaci. Ipak, obe intervencije su imale slične efekte za populaciju osnovnih škola ili mešovite rodne grupe.

Furlong et al. (188) sproveli su Kokranov pregled bihevioralnih i kognitivno-bihevioralnih grupnih programa roditeljstva usmerenih na rane probleme ponašanja kod dece uzrasta od 3 do 12 godina. Autori su zaključili da su takve intervencije u grupi efikasne i isplative kada je u pitanju poboljšanje u oblasti problema ponašanja kod dece.

### Smernice

Nacionalni institut za izvrsnost u zdravstvu i nezi iz Ujedinjenog Kraljevstva ima sličnu smernicu pod nazivom *Antisocijalno ponašanje i poremećaji ponašanja kod dece i mladih: prepoznavanje, intervencija i upravljanje* (*Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management*) (13). Ova smernica pruža preporuke o tome kako identifikovati antisocijalno ponašanje i poremećaje ponašanja kod dece i adolescenata mlađih od 19 godina i kako upravljati time.

Ona sadrži preporuke za intervencije usmerene na visokorizične osobe sa postojećim simptomima, ali koje ne ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za poremećaje ponašanja, kao i na decu i mlade kojima je dijagnostikovan poremećaj protivljenja i prkosa ili poremećaj ponašanja. Preporuke su date u tri oblasti, kao što je navedeno u nastavku.

- Potrebni su programi obuke sa priručnicima za roditelje dece mlađe od 11 godina, koji bi trebalo da obuhvate rad sa grupama ili pojedincima uz primenu modela socijalnog učenja i 10–16 sastanaka u trajanju od 90 do 120 minuta.
- Potrebni su programi sa priručnicima usmereni na decu, koji bi trebalo da obuhvate grupne programe socijalnog i kognitivnog rešavanja problema za decu i adolescente uzrasta 9–14 godina, prilagođene njihovom razvojnom nivou i zasnovane na kognitivno-bihevioralnom modelu rešavanja problema, koji koriste modelovanje, probe i povratne informacije za poboljšanje veština, te 10–18 nedeljnih sastanaka u trajanju od 2 sata.
- Potrebne su multimodalne intervencije sa priručnicima za adolescente uzrasta 11–17 godina i njihove roditelje, sa jasnim i podržavajućim fokusom na porodicu, što bi trebalo da obuhvati primenu modela socijalnog učenja kao osnove, pružanje usluga na nivou pojednica, porodice, škole, krivičnog dela pravosuđa i zajednice te 3–4 nedeljna sastanka u periodu od 3 do 5 meseci.

## Okvir – od dokazivanja do odluke

### Prioritetnost problema

Eksternalizujuća ponašanja kod adolescenata posmatraju se kao problem javnog zdravlja jer mogu dovesti do problema među vršnjacima i u funkcionisanju u okviru škole i porodice. Eksternalizujući problemi mogu potrajati i u odrasloj dobi. Poremećaji u ponašanju predstavljaju drugi vodeći uzrok opterećenja bolestima kod mlađih adolescenata uzrasta 10–14 godina i jedanaesti uzrok među starijim adolescentima uzrasta 15–19 godina.

### **Poželjnost efekata**

Očekivani poželjni efekti su umereni. Identifikovani su klinički relevantni poželjni efekti za agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje ( $ES = -0,4812, P = 0,0220, 95\% CI [-0,8855, -0,0769]$ ), mentalne poremećaje ( $ES = -0,4416, P = 0,0084, 95\% CI [-0,7501, -0,1330]$ ) i razvoj mentalnog zdravlja ( $ES = 0,2888, P = 0,0418, 95\% CI [0,0126, 0,5649]$ ).

Očekivani neželjeni efekti su umereni. Utvrđeni su klinički relevantni neželjeni efekti za upotrebu supstanci ( $ES = 0,2116, P = 0,0056, 95\% CI [0,1881, 0,2351]$ ).<sup>6</sup>

### **Pouzdanost dokaza**

Ukupna pouzdanost dokaza je veoma niska. Tri ishoda su imala veoma nisku pouzdanost dokaza (razvoj mentalnog zdravlja, mentalni poremećaji te agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje), a jedan ishod nisku pouzdanost (upotreba supstanci). Ishodi povezani sa rizičnim ponašanjem u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, pohađanjem škole te samopovređivanjem i samoubistvom nisu izmereni.

### **Vrednosti**

Verovatno ne postoji velika neizvesnost ili varijabilnost u pogledu toga koliko ljudi vrednuju glavne ishode. Generalno, korisnici ovih intervencija vrednuju glavne izmerene ishode. Tim za pregled nije ispitivao specifičnost ishoda koje su ljudi vrednovali. Međutim, poboljšanje mentalnog zdravlja je ključni deo ciljeva održivog razvoja (cilj 3.4), a smanjenje stope smrtnosti usled samoubistava ključna je mera za pokazatelj 3.4.2.

### **Ravnoteža efekata**

Generalno, ravnoteža između poželjnih i neželjenih efekata varira i favorizuje intervenciju ili poređenje. Ravnoteža efekata favorizuje intervencije za agresiju i prkosno ponašanje, kao i za razvoj mentalnog zdravlja i mentalne poremećaje (depresija i anksioznost). Međutim, za upotrebu supstanci efekti favorizuju poređenje.

### **Neophodni resursi**

Potrebe za sredstvima (troškovi) variraju u zavisnosti od obuhvaćenih intervencija. Ove studije su se odvijale u različitim okruženjima izvan škola, kao što su domovi zdravlja te domovi i ustanove socijalnih službi. Većina se oslanjala na stručnjake za mentalno zdravlje. Polovina studija je izvedena u grupnom formatu, dok je ostatak izведен sa pojedincima ili kao kombinacija dva formata. To ukazuje na nepostojanje najbolje prakse za ovu populaciju. Samo je jedna studija koristila digitalni medijum, dok su druge koristile intervencije licem u lice, što povećava troškove.

### **Pouzdanost dokaza o potrebnim resursima**

Pouzdanost dokaza o potrebama za resursima (troškovima) je umerena.

### **Isplativost**

Isplativost intervencije varira i može favorizovati intervenciju ili grupu za poređenje. Uključene studije iznose različita zapažanja o isplativosti, posebno u pogledu vrste i strukture intervencija. Prvo, pokazalo se da je KBT terapija isplativa (189). Intervencije koje koriste obuku roditelja takođe se smatraju isplativim (190). Korišćenje internet stranice za predstavljanje većeg dela sadržaja intervencije znatno pojednostavljuje izvođenje i može povećati isplativost intervencije (191). Grupne intervencije koje koriste standardizovani format mogu biti isplativije (192).

<sup>6</sup> „Klinički relevantno“ označava i statistički značaj ( $P = <0,5$ ) i veličinu efekta preko dogovorenog praga ( $> 0,2$ ).

### Ravnopravnost

Obuhvaćene intervencije mogle bi pomoći da se poveća uticaj na zdravstvenu ravnopravnost. Mnoge obuhvaćene intervencije oslanjale su se na mreže pružalaca nege koji sprovode integrisane pristupe, poput multisistemske terapije (193), na stručnjake za mentalno zdravlje koji rade u školama i/ili u zajednici (194) ili na istovremeno učešće roditelja (195). Ova vrsta strukture možda je pomogla da se ojača podrška kako bi se osigurao uspeh intervencija među mladima sa simptomatologijom problema disruptivnog i prkosnog ponašanja. Međutim, to takođe može spričiti okruženja sa manje stabilnim mrežama (poput onih u kojima postoje razvedeni članovi porodice ili mlađi ljudi koji se ne školuju) da uspešno primene ove vrste intervencija i da od njih imaju koristi. Dalje, način skrininga može uticati na pristup intervencijama za adolescente do kojih je najteže dopreti.

Kao što je gore pomenuto, pet obuhvaćenih studija posebno je ciljalo muške učesnike koji su pokazali povišene stope agresije (196). Zanimljivo je da se vrste agresivnih ponašanja u koje se upuštaju devojke razlikuju od onih u koje se upuštaju dečaci. U jednoj studiji dečaci su pokazali više eksternalizujućeg ponašanja, dok su devojčice pokazale više verbalne i relacione agresije (197). Dve studije posebno izveštavaju o većim efektima (koji su bili pozitivniji) kod dečaka nego kod devojčica (190, 193). Međutim, druga studija je izvestila da rod nije značajno uticao na ishode programa (198). Jedna studija je prijavila da je, mada rod nije uticao na ponašanje same dece, intervencija različito uticala na ponašanje roditelja devojčica i dečaka (199).

### Prihvatljivost

Obuhvaćene intervencije su verovatno prihvatljive za sve ključne zainteresovane strane. Stariji adolescenti (14 godina i više) verovatno će imati više koristi od strukturirane KBT terapije u mešovitim rodnim grupama, dok mlađi adolescenti mogu imati više koristi od jednopolnih grupa (192). Kako su se agresivni dečaci pokazali kao otporni na terapiju, uvođenje elementa biblioterapije u intervenciju može ublažiti njihovu defanzivnost (200).

### Izvodljivost

Izvodljivost obuhvaćenih intervencija varira u svim okvirima. Većina studija sprovedena je u zemljama sa visokim prihodima i obuhvatila je značajne resurse na više nivoa (škola, socijalni radnik, intervencije podrške kod kuće / u zajednici i vremenski intenzivne intervencije). Primena ovog nivoa koordinacije resursa i finansijske podrške može predstavljati izazov u uslovima sa malo resursa. Doziranje takođe može predstavljati problem, jer neke studije zahtevaju značajno vreme kontakta sa učesnicima, što može uticati na izvodljivost. Potrebno je više istraživanja o mogućim ijatrogenim efektima grupnih intervencija unutar ove populacije (201).

## Prilog 7: Nedostaci u istraživanju i prioriteti

- Dokazi iz LMIC zemalja nedovoljno su zastupljeni u bazi dokaza. Postoji suštinska potreba za daljim istraživanjem i evaluacijom programa kako bi se poboljšalo znanje o efikasnosti, troškovima i sprovođenju intervencija u specifičnom kontekstu, uključujući uslove sa malo resursa ili veoma nepovoljne uslove.
- Postoje dokazi o efikasnosti intervencija za prevenciju i unapređenje mentalnog zdravlja kod adolescenata. Ipak, mnoge studije su imale velika ograničenja u pogledu metodologije, što pokazuje da postoji potreba za kvalitetnijim istraživanjima u ovoj oblasti.
- Moraju se obaviti dodatna istraživanja o primeni kako bi se kreirali optimalni i izvodljivi modeli obuke za realizatore koji sprovode intervencije za prevenciju i unapređenje među adolescentima.
- Potrebna su dodatna istraživanja o efektima komponenata strukturnih intervencija, uključujući i dodatne efekte. To bi, na primer, pomoglo u rešavanju strukturnih društvenih odrednica mentalnog zdravlja u adolescenciji.
- Potrebna su dalja istraživanja intervencija za prevenciju i unapređenje mentalnog zdravlja čiji su ishodi dugoročni ili nisu povezani sa mentalnim zdravljem. Dugoročni ishodi, na primer, tiču se obrazovanja i zapošljavanja, dok se ishodi koji nisu povezani sa mentalnim zdravljem mogu odnositi na seksualno i reproduktivno zdravlje, upotrebu supstanci i pohađanje škole.
- Potrebna su dodatna istraživanja o uticaju uključivanja roditelja, staratelja i porodica u psihosocijalne intervencije i o najboljim strategijama za to.
- Mnoge studije rutinski isključuju adolescente sklone samoubistvu. Stoga ta oblast zahteva dalja istraživanja.. Imajući u vidu visok nivo smrtnosti povezan sa samoubistvom u adolescenciji, buduća istraživanja treba da uključe adolescente sklone samoubistvu (uz odgovarajući etički nadzor), ocene intervencije za sprečavanje samoubistava i procene suicidalne ishode.
- Važno je poboljšati mehanizme izveštavanja za potrebe prikupljanja podataka, kao i mehanizme promena. Takođe je od vitalnog značaja da se poboljšaju tipovi intervencija te njihova primena i širenje u različitim okruženjima.
- Potrebna je dodatna dokumentacija o resursima neophodnim za sprovođenje intervencija, posebno u okruženjima sa malo resursa.
- Veoma je važno da se pažljivo razmotre etičke implikacije istraživanja intervencija za prevenciju i unapređenje među adolescentima. Ovo bi takođe trebalo da obuhvati dobrovoljnju prirodu učešća, anonimnost podataka i upravljanje potencijalnom neželjenom štetom.
- Postoji hitna potreba da se istraži uticaj na ravnopravnost univerzalno pruženih intervencija za unapređenje mentalnog zdravlja (uzimajući u obzir rod, LGBTI adolescente, starosedelačko stanovništvo, adolescente izložene nasilju i siromaštvu i druge ranjive grupe). Hitno je potrebno visokokvalitetno istraživanje da bi se procenio efekat psihosocijalnih intervencija na unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i rizičnog ponašanja kod adolescenata izloženih nasilju.
- Od vitalnog je značaja da se sprovedu dalja istraživanja o uticaju društvenih mreža na mentalno zdravlje adolescenata u LMIC zemljama i o intervencijama na društvenim mrežama za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja.

- Istraživači bi trebalo da istraže aspekte zajednice i drugih okruženja koji mogu izložiti adolescentne nasilju i da pruže detaljne informacije o karakteristikama i demografiji te ciljne populacije. To će omogućiti čitaocima da procene u kojoj meri adolescenti koji se podvrgavaju psihosocijalnim intervencijama rizikuju da budu izloženi nasilju.
- Hitno je potrebno visokokvalitetno istraživanje da bi se procenili efekti psihosocijalnih intervencija na unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje mentalnih poremećaja, samopovređivanja i rizičnog ponašanja kod adolescenata izloženih siromaštvo.
- Istraživači bi trebalo da istraže aspekte zajednica i drugih okruženja koji mogu izložiti adolescentne siromaštvo i da pruže detaljne informacije o karakteristikama i demografiji te ciljne populacije. To će omogućiti čitaocima da procene u kojoj meri adolescenti koji se podvrgavaju psihosocijalnim intervencijama rizikuju da budu izloženi siromaštvo.
- Pojedinačne psihosocijalne intervencije možda neće biti prikladne bez strukturnih intervencija. U skladu s tim istraživači treba da sprovedu studije o primeni i efikasnosti psihosocijalnih intervencija. Cilj je dopuniti strukturne intervencije za borbu protiv osnovnog siromaštva.
- Naročito je važno da se pažljivo razmotri etika istraživanja u humanitarnom kontekstu (u skladu sa preporukama za sprovođenje etičkog istraživanja mentalnog zdravlja i psihosocijalnih istraživanja u vanrednim uslovima Međuagencijskog stalnog odbora iz 2015. godine).
- Potrebno je više istraživanja o uticaju psihosocijalnih intervencija koje za cilj imaju smanjenje mentalnih poremećaja (depresije i anksioznosti), upotrebe supstanci, samopovređivanja i samoubistava, smanjenje izloženosti nasilju od strane intimnih partnera, agresiji i rizičnom ponašanju u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, poboljšanje veština roditeljstva i podsticanje pridržavanja prenatalne i postnatalne nege kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja, posebno u LMIC zemljama.
- Neophodno je izvesti više dokaza o efektima psihosocijalnih intervencija na mentalno zdravlje i psihosocijalne potrebe adolescenata očeva.
- Postoji hitna potreba da se istraži uticaj psihosocijalnih intervencija na ravnopravnost među adolescentima koji žive sa HIV-om.
- Istraživači bi u ishode studija trebalo da uvedu pridržavanje antiretrovirusne terapije, suzbijanje virusa HIV-a, pohađanje škole, rizična ponašanja u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja te srodnna zdravstvena stanja.
- Ishode mentalnog zdravlja treba uvesti u druge oblasti istraživanja adolescenata koji žive sa HIV-om, kako bi se, na primer, procenio uticaj intervencija povezanih sa HIV-om na mentalno zdravlje.
- Važno je sprovesti dalja istraživanja o tome kako su depresija, anksioznost i samopovređivanje povezani sa suicidalnim ponašanjem u LMIC zemljama.
- Istraživači bi trebalo da sprovedu više studija o intervencijama usmerenim na adolescente sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja u LMIC zemljama. To bi trebalo da obuhvati istraživanje ishoda potencijalnih štetnih efekata upotrebe supstanci i istraživanje alternativnih modela za sprovođenje intervencija (uključujući pristupe koji podrazumevaju promenu zadataka).
- Potrebno je više istraživanja o uticaju psihosocijalnih intervencija koje imaju za cilj smanjenje samopovređivanja i samoubistava među adolescentima sa problemom disruptivnog i prkosnog ponašanja.
- Potrebno je dalje istraživanje o optimalnom uzrastu za intervenciju sa adolescentima koji pokazuju disruptivno i prkosno ponašanje.
- Sve studije treba da prate upotrebu supstanci tokom izvođenja intervencija sa adolescentima koji imaju disruptivno i prkosno ponašanje.

## Literatura

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015.
2. World Population Prospects 2019, revision 1 [online data]. New York: United Nations, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs; 2019 (<https://population.un.org/wpp/>).
3. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2009;18(1):23-33.
5. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(3):313-34.
6. WHO handbook for guideline development, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T, et al. Adolescent mental health program components and behavior risk reduction: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2019;144(2):e20183488.
8. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;52(4):359-69.
9. McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, Black A, Eakin J. Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(11):1231-41.
10. Berger R, Gelkopf M, Heineberg Y, Zimbardo P. A school-based intervention for reducing posttraumatic symptomatology and intolerance during political violence. *Journal of Educational Psychology*. 2016;108(6):761-71.
11. Harris MB, Franklin CG. Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. *Social Work Research*. 2003;27(2):71-83.
12. Ssegona R, Nystrand C, Feldman I, Sarkadi A, Langenskiold S, Jonsson U. Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Preventive Medicine* 2019;118:7-15.
13. National Collaborating Centre for Mental Health (UK), Social Care Institute for Excellence (UK). Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management: NICE clinical guidelines, no. 158. Leicester: British Psychological Society; 2013.
14. Balvin N, Banati P, editors. The adolescent brain: a second window of opportunity – a compendium. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti; 2017.
15. Lassi ZS, Salam RA, Bhutta ZA. Recommendations on arresting global health challenges facing adolescents and young adults. *Annals of Global Health*. 2017;83(5-6):704-12.
16. Kapungu C, Petroni S, Allen NB, Brumana L, Collins PY, De Silva M, et al. Gendered influences on adolescent mental health in low-income and middle-income countries: recommendations from an expert convening. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2018;2(2):85.
17. Gender disparities in mental health. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Anderson CM, Robins CS, Greeno CG, Cahalane H, Copeland VC, Andrews RM. Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: perceived barriers to care. *Qualitative Health Research*. 2006;16(7):926-43.
19. Maselko J, Patel V. Why women attempt suicide: the role of mental illness and social disadvantage in a community cohort study in India. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(9):817-22.
20. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J, et al. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women: a community survey in India. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(4):404-13.

21. Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*. 1998;28(1):39-50.
22. Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and young adult male mental health: transforming system failures into proactive models of engagement. *Journal of Adolescent Health*. 2018;62(3):S9-S17.
23. Oldfield J, Humphrey N, Hebron J. The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*. 2016;21(1):21-9.
24. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). New York: Every Woman Every Child; 2015.
25. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra CK, Taylor K, Fogstad H, et al. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(5):398.
26. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
27. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016.
28. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington DC: The National Academies Press; 2009.
29. England MJ, Butler AS, Gonzalez ML. Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington DC: National Academies Press (US); 2015.
30. Richter L, Foster G. Where the heart is: meeting the psychosocial needs of young children in the context of HIV and AIDS. Toronto: Bernard van Leer Foundation; 2006.
31. Guideline on school-based or school-linked health services provided by a health worker. Geneva: World Health Organization (in press) ([https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/guidelines/development/school-interventions-child-adolescent-health/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/development/school-interventions-child-adolescent-health/en/)).
32. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017.
33. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
34. Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
35. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
36. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017.
37. WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019.
38. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016.
39. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016.
40. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2015.
41. Implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018.
42. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening: evidence and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2019.

43. PROSPERO: International prospective register of systematic reviews [online database]. York: National Institute for Health Research; 2014 (<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>).
44. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *Journal of Primary Prevention*. 2015;36(6):387-403.
45. Spence SH. Integrating individual and whole-school change approaches in the prevention of depression in adolescents. In: Abela JRZ, Hankin BL, editors. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2008:333-53.
46. Fazel M, Patel V, Thomas S, Tol W. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):388-98.
47. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*. 2010;33(3):429-38.
48. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;51:30-47.
49. Rapee RM, Wignall A, Sheffield J, Kowalenko N, Davis A, McLoone J, et al. Adolescents' reactions to universal and indicated prevention programs for depression: Perceived stigma and consumer satisfaction. *Prevention Science*. 2006;7(2):167-77.
50. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *The lancet Psychiatry*. 2014;1(5):377-87.
51. Violence against children [website]. Ženeva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>).
52. Graham G, Kirollos M, Fylkesnes GK, Salarkia K, Wong N. Stop the war on children: protecting children in 21st century conflict. Germany: Save the Children; 2019.
53. Kearney CA, Wechsler A, Kaur H, Lemos-Miller A. Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2010;13(1):46-76.
54. Danielson CK, de Arellano MA, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. Child maltreatment in depressed adolescents: differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*. 2005;10(1):37-48.
55. Sonego M, Pichiule M, Gandarillas A, Polo C, Ordobás M. Mental health in girls and boys exposed to intimate partner violence. *Public Health*. 2018;164:26-9.
56. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A diagnosis of denial: how mental health classification systems have struggled to recognise family violence as a serious risk factor in the development of mental health issues for infants, children, adolescents and adults. *Brain Sciences*. 2017;7(10):133.
57. Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW. Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 2008;122(2):e298-e304.
58. Tackling the multidimensionality of child poverty. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3(4):199.
59. Investing in adolescents can break cycles of poverty and inequity [press release]. New York: UNICEF; 2011 ([https://www.unicef.org/media/media\\_57728.html](https://www.unicef.org/media/media_57728.html)).
60. McBride Murry V, Berkel C, Gaylord-Harden NK, Copeland-Linder N, Nation M. Neighborhood poverty and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*. 2011;21(1):114-28.
61. Leung JTY, Shek DTL. Poverty and adolescent developmental outcomes: a critical review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2011;23(2):109-14.
62. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*. 2011;378(9802):1581-91.
63. O'Callaghan P, Branham L, Shannon C, Betancourt TS, Dempster M, McMullen J. A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38(7):1197-207.

64. Kangaslampi S, Punamaki RL, Qouta S, Diab M, Peltonen K. Psychosocial group intervention among war-affected children: an analysis of changes in posttraumatic cognitions. *Journal of Traumatic Stress*. 2016;29(6):546-55.
65. Brown LK, Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Whiteley LB, Bethel J, et al. Effective treatment of depressive disorders in medical clinics for adolescents and young adults living with HIV: a controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2016;71(1):38-46.
66. Panter-Brick C, Dajani R, Eggerman M, Hermosilla S, Sancilio A, Ager A. Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2018;59(5):523-41.
67. Adolescent pregnancy [website]. Ženeva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>).
68. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(2):223-30.
69. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolescent medicine: State of the Art Reviews*. 2012;23(1):123-38.
70. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2014;27(3):138-50.
71. Adolescent HIV prevention [website]. New York: UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/>).
72. For every child, end AIDS: seventh stocktaking report, 2016. New York: UNICEF; 2016.
73. Vranda M, Mothi S. Psychosocial issues of children infected with HIV/AIDS. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013;35(1):19.
74. Friedman Nestadt D, Lakhonpon S, Pardo G, Saisaengjan C, Gopalan P, Bunupuradah T, et al. A qualitative exploration of psychosocial challenges of perinatally HIV-infected adolescents and families in Bangkok, Thailand. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 2018;13(2):158-69.
75. Martinsen KD, Rasmussen LMP, Wentzel-Larsen T, Holen S, Sund AM, Løvaas MES, et al. Prevention of anxiety and depression in school children: effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2019;87(2):212-9.
76. Zandkarimi G, Kamelifar L, Heshmati-Molaee N. Nonviolence communication to reduce stress, anxiety and depression in young Iranian women: a randomized experiment. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2019;36:549-55.
77. Adolescent mental health [website]. New York: UNICEF; 2018 (<https://data.unicef.org/topic/adolescents/mental-health/>).
78. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: a systematic review. *Depression and Anxiety*. 2018;35(8):700-16.
79. Sheffield JK, Spence SH, Rapee RM, Kowalenko N, Wignall A, Davis A, et al. Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(1):66-79.
80. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(3):486-503.
81. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ (Clinical research ed)*. 2009;338:a2981.
82. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
83. Epstein RA, Fonnesbeck C, Potter S, Rizzone KH, McPheevers M. Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;136(5):947-60.
84. Liu J. Childhood externalizing behavior: theory and implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2004;17(3):93-103.

85. Perrino T, Brincks A, Howe G, Brown CH, Prado G, Pantin H. Reducing internalizing symptoms among high-risk, Hispanic adolescents: mediators of a preventive family intervention. *Prevention Science: the official journal of the Society for Prevention Research.* 2016;17(5):595-605.
86. Johnson MH, George P, Armstrong MI, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, et al. Behavioral management for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014;65(5):580-90.
87. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews.* 2016;5(1):210.
88. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology.* 2007;7(1):10.
89. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical research ed).* 2017;358:j4008.
90. Haggerty RJ, Mrazek PJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington DC: National Academies Press; 1994.
91. Thomas J, Brunton J. EPPI-Reviewer: software for research synthesis. 2007.
92. Hempel S, Shetty KD, Shekelle PG, Rubenstein LV, Danz MS, Johnsen B. Machine learning methods in systematic reviews: identifying quality improvement intervention evaluations. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality (US); 2012:2-EHC125-EF.
93. Thomas J, McNaught J, Ananiadou S. Applications of text mining within systematic reviews. *Research Synthesis Methods.* 2011;2(1):1-4.
94. Bannach-Brown A, Przybyła P, Thomas J, Rice ASC, Ananiadou S, Liao J. Machine learning algorithms for systematic review: reducing workload in a preclinical review of animal studies and reducing human screening error. *Systematic Reviews.* 2019;8(1).
95. Wilson DB. Practical meta-analysis effect size calculator [online calculator]. (<https://campbellcollaboration.org/escalc/html/EffectSizeCalculator-Home.php>).
96. Glenton C, Santesso N, Rosenbaum S, Strømme Nilsen E, Rader T, Ciapponi A, et al. Presenting the results of Cochrane Systematic Reviews to a consumer audience: a qualitative study. *Medical Decision Making.* 2010;30(5):566-77.
97. Hasselblad V, Hedges LV. Meta-analysis of screening and diagnostic tests. *Psychological Bulletin.* 1995;117(1):167-78.
98. Da Costa BR, Rutjes AWS, Johnston BC, Reichenbach S, Nuesch E, Tonia T, Gemperli A, Guyatt GH, Juni P. Methods to convert continuous outcomes into odds ratios of treatment response and numbers needed to treat: meta-epidemiological study. *International Journal of Epidemiology.* 2012;41:1445-59.
99. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews;*2016;(8):CD003380.
100. Bastounis A, Callaghan P, Banerjee A, Michail M. The effectiveness of the Penn Resiliency Programme (PRP) and its adapted versions in reducing depression and anxiety and improving explanatory style: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescence.* 2016;52:37-48.
101. Ciocanel O, Power K, Eriksen A, Gillings K. Effectiveness of positive youth development interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Youth and Adolescence.* 2017;46(3):483-504.
102. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, et al. Research review: the effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2019;60(3):244-58.
103. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet.* 2015;385(9977):1536-44.

104. Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health.* 2007;7(1):161.
105. Petrova M, Wyman PA, Schmeelk-Cone K, Pisani AR. Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2015;45(6):651-63.
106. Social and emotional wellbeing in secondary education. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009.
107. Draft menu of cost-effective interventions for mental health. WHO discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2019.
108. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *The Journal of Adolescent Health.* 2016;59(4S):S49-S60.
109. Stallard P. School-based interventions for depression and anxiety in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health.* 2013;16(3):60.
110. Skeen S, du Toit S, Gordon S, Laurenzi C, Melendez-Torres GJ, Dowdall N. Helping adolescents thrive: evidence review and technical report. Cape Town: Stellenbosch University; 2018.
111. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016;10(10):CD012371.
112. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017.
113. Auslander W, McGinnis H, Tlapek S, Smith P, Foster A, Edmond T, et al. Adaptation and implementation of a trauma-focused cognitive behavioral intervention for girls in child welfare. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2017;87(3):206-15.
114. van Rosmalen-Nooijens K, Lo Fo Wong S, Prins J, Lagro-Janssen T. Young People, adult worries: randomized controlled trial and feasibility study of the internet-based self-support method "Feel the ViBe" for adolescents and young adults exposed to family violence. *Journal of Medical Internet Research.* 2017;19(6):e204.
115. Danielson CK, McCart MR, Walsh K, de Arellano MA, White D, Resnick HS. Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology.* 2012;26(4):628-35.
116. Wolfe DA, Wekerle C, Scott K, Straatman A-L, Grasley C, Reitzel-Jaffe D. Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2003;71(2):279-91.
117. Carrion VG, Kletter H, Weems CF, Berry RR, Rettger JP. Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress.* 2013;26(6):654-62.
118. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, Wong M, Tu W, Elliott MN, et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003;290(5):603-11.
119. Lucas P, McIntosh K, Petticrew M, Roberts HM, Shiell A. Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008;(2):CD006358.
120. Leventhal KS, DeMaria LM, Gillham J, Andrew G, Peabody JW, Leventhal S. Fostering emotional, social, physical and educational wellbeing in rural India: the methods of a multi-arm randomized controlled trial of Girls First. *Trials.* 2015;16(1):481.
121. Gaete J, Martinez V, Fritsch R, Rojas G, Montgomery AA, Araya R. Indicated school-based intervention to improve depressive symptoms among at risk Chilean adolescents: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry.* 2016;16(1):276.
122. Roberts CM, Kane R, Bishop B, Cross D, Fenton J, Hart B. The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy.* 2010;48(1):68-73.
123. Araya R, Fritsch R, Spears M, Rojas G, Martinez V, Barroilhet S, et al. School intervention to improve mental health of students in Santiago, Chile: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics.* 2013;167(11):1004-10.

124. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Hodder R, Wolfenden L, et al. Effectiveness of a pragmatic school-based universal intervention targeting student resilience protective factors in reducing mental health problems in adolescents. *Journal of Adolescence*. 2017;57:74-89.
125. Lang TJ, Moulds ML, Holmes EA. Reducing depressive intrusions via a computerized cognitive bias modification of appraisals task: developing a cognitive vaccine. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(2):139-45.
126. Mendelson T, Tandon SD, O'Brennan L, Leaf PJ, Ialongo NS. Brief report: Moving prevention into schools: The impact of a trauma-informed school-based intervention. *Journal of Adolescence*. 2015;43:142-7.
127. Berger R, Benatov J, Cuadros R, VanNattan J, Gelkopf M. Enhancing resiliency and promoting prosocial behavior among Tanzanian primary-school students: a school-based intervention. *Transcultural Psychiatry*. 2018;55(6):821-45.
128. Velasquez AM, Lopez MA, Quinonez N, Paba DP. Yoga for the prevention of depression, anxiety, and aggression and the promotion of socio-emotional competencies in school-aged children. *Educational Research and Evaluation*. 2015;21(5-6):407-21.
129. Ismayilova L, Karimli L, Sanson J, Gaveras E, Nanema R, To-Camier A, et al. Improving mental health among ultra-poor children: two-year outcomes of a cluster-randomized trial in Burkina Faso. *Social Science and Medicine*. 2018;208:180-9.
130. Lang JM, Waterman J, Baker BL. Computeen: a randomized trial of a preventive computer and psychosocial skills curriculum for at-risk adolescents. *Journal of Primary Prevention*. 2009;30(5):587-603.
131. Aderka IM, Appelbaum-Namdar E, Shafran N, Gilboa-Schechtman E. Sudden gains in prolonged exposure for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2011;79(4):441-6.
132. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, Van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low-and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;7(7):CD011849.
133. Kalantari M, Yule W, Dyregrov A, Neshatdoost H, Ahmadi SJ. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega (United States)*. 2012;65(2):139-50.
134. Betancourt TS, Ng LC, Kirk CM, Munyanah M, Mushashi C, Ingabire C, et al. Family-based prevention of mental health problems in children affected by HIV and AIDS: an open trial. *AIDS (London, England)*. 2014;28 Suppl 3:S359-68.
135. Ruggiero KJ, Price M, Adams Z, Stauffacher K, McCauley J, Danielson CK, et al. Web intervention for adolescents affected by disaster: population-based randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015;54(9):709-17.
136. Annan J, Sim A, Puffer ES, Salhi C, Betancourt TS. Improving mental health outcomes of burmese migrant and displaced children in Thailand: a community-based randomized controlled trial of a parenting and family skills intervention. *Prevention Science*. 2017;18(7):793-803.
137. Puffer ES, Annan J, Sim AL, Salhi C, Betancourt TS. The impact of a family skills training intervention among Burmese migrant families in Thailand: a randomized controlled trial. *PloS ONE*. 2017;12(3):e0172611.
138. Lange-Nielsen II, Kolltveit S, Mousa Thabet AA, Dyregrov A, Pallesen S, Johnsen TB, et al. Short-term effects of a writing intervention among adolescents in Gaza. *Journal of Loss and Trauma*. 2012;17(5):403-22.
139. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA, Kohrt BA, Luitel NP, Macy RD, et al. Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2010;51(7):818-26.
140. Qouta SR, Palosaari E, Diab M, Punamaki RL. Intervention effectiveness among war-affected children: a cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25(3):288-98.

141. Diab M, Peltonen K, Qouta SR, Palosaari E, Punamaki R-L. Effectiveness of psychosocial intervention enhancing resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abuse & Neglect.* 2015;40:24-35.
142. Berger R, Gelkopf M. School-based intervention for the treatment of tsunami-related distress in children: a quasi-randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2009;78(6):364-71.
143. Aracena M, Krause M, Perez C, Mendez MJ, Salvatierra L, Soto M, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology.* 2009;14(7):878-87.
144. Kumar MM, Cowan HR, Kaufman M, Hick KM. Reading and adolescent parents: a clinical reading intervention. *Journal of Adolescent Health.* 2014;54(2):S34-5.
145. Barlow A, Mullany B, Neault N, Goklish N, Billy T, Hastings R, et al. Paraprofessional-delivered home-visiting intervention for American Indian teen mothers and children: 3-year outcomes from a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry.* 2015;172(2):154-62.
146. Barnet B, Duggan AK, Devoe M, Burrell L. The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes: a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 2002;156(12):1216-22.
147. Florsheim P, Burrow-Sanchez JJ, Minami T, McArthur L, Heavin S, Hudak C. Young parenthood program: supporting positive paternal engagement through coparenting counseling. *American Journal of Public Health.* 2012;102(10):1886-92.
148. Mazza C. Young dads: The effects of a parenting program on urban African-American adolescent fathers. *Adolescence.* 2002;37(148):681-93.
149. Ginsburg GS, Baker EV, Mullany BC, Barlow A, Goklish N, Hastings R, et al. Depressive symptoms among reservation-based pregnant American Indian adolescents. *Maternal and Child Health Journal.* 2008;12(Suppl1):S110-8.
150. McDonell JR, Limber SP, Connor-Godbey J. Pathways teen mother support project: longitudinal findings. *Children and Youth Services Review.* 2007;29(7):840-55.
151. Samankasikorn W, Pierce B, St Ivany A, Gwon SH, Schminkey D, Bullock L. Effect of home visiting with pregnant teens on maternal health. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing.* 2016;41(3):162-7.
152. Walkup JT, Barlow A, Mullany BC, Pan W, Goklish N, Hasting R, et al. Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2009;48(6):591-601.
153. Kumar MM, Cowan HR, Erdman L, Kaufman M, Hick KM. Reach out and read is feasible and effective for adolescent mothers: a pilot study. *Maternal and Child Health Journal.* 2016;20(3):630-8.
154. Mellins CA, Malee KM. Understanding the mental health of youth living with perinatal HIV infection: lessons learned and current challenges. *Journal of the International AIDS Society.* 2013;16(1):18593.
155. Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *Journal of the International AIDS Society.* 2017;20:21497.
156. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care.* 2015;27(7):805-16.
157. Bhana A, Mellins CA, Petersen I, Alicea S, Myeza N, Holst H, et al. The VUKA family program: piloting a family-based psychosocial intervention to promote health and mental health among HIV infected early adolescents in South Africa. *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV.* 2014;26(1):1-11.
158. Willis N, Milanzi A, Mawodzeke M, Dziwa C, Armstrong A, Yekeye I, et al. Effectiveness of community adolescent treatment supporters (CATS) interventions in improving linkage and retention in care, adherence to ART and psychosocial well-being: a randomised trial among adolescents living with HIV in rural Zimbabwe. *BMC Public Health.* 2019;19(1):117.
159. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;11:CD008324.

160. Bella-Awusah T, Ani C, Ajuwon A, Omigbodun O. Effectiveness of brief school-based, group cognitive behavioural therapy for depressed adolescents in south west Nigeria. *Child and Adolescent Mental Health.* 2016;21(1):44-50.
161. Stice E, Burton E, Kate Bearman S, Rohde P. Randomized trial of a brief depression prevention program: an elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy.* 2007;45(5):863-76.
162. Topper M, Emmelkamp PMG, Watkins E, Ehring T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy.* 2017;90:123-36.
163. Stice E, Rohde P, Seeley JR, Gau JM. Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: an evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2010;78(2):273-80.
164. Geisner IM, Neighbors C, Larimer ME. A randomized clinical trial of a brief, mailed intervention for symptoms of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2006;74(2):393-9.
165. Rohde P, Stice E, Shaw H, Briere FN. Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014;82(1):65-74.
166. Stice E, Rohde P, Gau JM, Wade E. Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2010;78(6):856-67.
167. Fung J, Kim JJ, Jin J, Chen G, Bear L, Lau AS. A randomized trial evaluating school-based mindfulness intervention for ethnic minority youth: exploring mediators and moderators of intervention effects. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2019;47(1):1-19.
168. Poppelaars M, Tak YR, Lichtwarck-Aschoff A, Engels RCME, Lobel A, Merry SN, et al. A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: a school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy.* 2016;80:33-42.
169. Scholten H, Malmberg M, Lobel A, Engels RCME, Granic I. A randomized controlled trial to test the effectiveness of an immersive 3D video game for anxiety prevention among adolescents. *PloS one.* 2016;11(1):e0147763.
170. Wright B, Tindall L, Littlewood E, Allgar V, Abeles P, Trepel D, et al. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: feasibility results and 4-month outcomes of a UK randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2017;7(1):e012834.
171. Gaesser AH, Karan OC. A randomized controlled comparison of emotional freedom technique and cognitive-behavioral therapy to reduce adolescent anxiety: a pilot study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2017;23(2):102-8.
172. Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko DR. Behavioral activation for moderately depressed university students: randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology.* 2009;56(3):468-75.
173. Arnarson EO, Craighead WE. Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy.* 2009;47(7):577-85.
174. Jolley S, Kuipers E, Stewart C, Browning S, Bracegirdle K, Basit N, et al. The Coping with Unusual Experiences for Children Study (CUES): a pilot randomized controlled evaluation of the acceptability and potential clinical utility of a cognitive behavioural intervention package for young people aged 8-14 years with unusual experiences and emotional symptoms. *The British Journal of Clinical Psychology.* 2018;57(3):328-50.
175. Miller LD, Laye-Gindhu A, Bennett JL, Liu Y, Gold S, March JS, et al. An effectiveness study of a culturally enriched school-based CBT anxiety prevention program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2011;40(4):618-29.
176. Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research.* 2014;16(5):e141.

177. Gillham JE, Hamilton J, Freres DR, Patton K, Gallop R. Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: a randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006;34(2):203-19.
178. Noel LT, Rost K, Gromer J. Depression prevention among rural preadolescent girls: a randomized controlled trial. *School Social Work Journal*. 2013;38(1):1-18.
179. Boniel-Nissim M, Barak A. The therapeutic value of adolescents' blogging about social-emotional difficulties. *Psychological Services*. 2013;10(3):333-41.
180. Khanna MS, Carper MM, Harris MS, Kendall PC. Web-based parent-training for parents of youth with impairment from anxiety. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2017;2(1):43-53.
181. Reid SC, Kauer SD, Hearps SJ, Crooke AH, Khor AS, Sanci LA, et al. A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Family Practice*. 2011;12:131.
182. Fung J, Guo S, Jin J, Bear L, Lau A. A pilot randomized trial evaluating a school-based mindfulness intervention for ethnic minority youth. *Mindfulness*. 2016;7(4):819-28.
183. Young JF, Kranzler A, Gallop R, Mufson L. Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: effects on school and social functioning. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*. 2012;4(4):254-64.
184. Stallard P, Phillips R, Montgomery AA, Spears M, Anderson R, Taylor J, et al. A cluster randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of classroom-based cognitive-behavioural therapy (CBT) in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents. *Health Technology Assessment*. 2013;17(47).
185. Rohde P, Stice E, Shaw H, Gau JM. Effectiveness trial of an indicated cognitive-behavioral group adolescent depression prevention program versus bibliotherapy and brochure control at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(4):736-47.
186. Puskar K, Sereika S, Tusaie-Mumford K. Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2003;16(2):71-80.
187. Mytton J, DiGuiseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;(3):CD004606.
188. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(2):CD008225.
189. Avci D, Kelletci M. Effects of the Anger Coping Programme based on cognitive behavioural techniques on adolescents' anger, aggression and psychological symptoms. *International Journal of Nursing Practice*. 2016;22(2):189-96.
190. Borowsky IW, Mozayeny S, Stuenkel K, Ireland M. Effects of a primary care-based intervention on violent behavior and injury in children. *Pediatrics*. 2004;114(4):e392-9.
191. Lochman JE, Boxmeyer CL, Jones S, Qu L, Ewoldsen D, Nelson WM. Testing the feasibility of a briefer school-based preventive intervention with aggressive children: a hybrid intervention with face-to-face and internet components. *Journal of School Psychology*. 2017;62:33-50.
192. Down R, Willner P, Watts L, Griffiths J. Anger Management groups for adolescents: a mixed-methods study of efficacy and treatment preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011;16(1):33-52.
193. Asscher JJ, Dekovic M, Manders WA, van der Laan PH, Prins PJM. A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*. 2013;9(2):169-87.
194. Obsuth I, Sutherland A, Cope A, Pilbeam L, Murray AL, Eisner M. London Education and Inclusion Project (LEIP): results from a cluster-randomized controlled trial of an intervention to reduce school exclusion and antisocial behavior. *Journal of Youth and Adolescence*. 2017;46(3):538-57.

195. Perrino T, Pantin H, Huang S, Brincks A, Brown CH, Prado G. Reducing the risk of internalizing symptoms among high-risk Hispanic youth through a family intervention: a randomized controlled trial. *Family Process*. 2016;55(1):91-106.
196. Abdulmalik J, Ani C, Ajuwon AJ, Omigbodun O. Effects of problem-solving interventions on aggressive behaviours among primary school pupils in Ibadan, Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2016;10(1):31.
197. Shechtman Z, Ifargan M. School-based integrated and segregated interventions to reduce aggression. *Aggressive Behavior*. 2009;35(4):342-56.
198. de Vries SLA, Hoeve M, Wibbelink CJM, Asscher JJ, Stams GJJM. A randomized controlled trial of the effectiveness of the youth crime prevention program 'New Perspectives' (NP): post-treatment changes and moderator effects. *Children and Youth Services Review*. 2017;82:413-26.
199. Leijten P, Overbeek G, Janssens JMAM. Effectiveness of a parent training program in (pre)adolescence: evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*. 2012;35(4):833-42.
200. Shechtman Z. The contribution of bibliotherapy to the counseling of aggressive boys. *Psychotherapy Research*. 2006;16(5):645-51.
201. Rhule DM. Take care to do no harm: harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005;36(6):618.

# Napomene



#### Kontakt

UNICEF u Srbiji  
Svetozara Markovića 58  
11000 Beograd, Srbija  
[www.unicef.org-serbia](http://www.unicef.org-serbia)

