

Cjelovit pristup mentalnom zdravlju: kako integrativna psihijatrija mijenja liječenje

A Comprehensive Approach to Mental Health: How Integrative Psychiatry is Changing Treatment

MIRELA ĆELIĆ RUŽIĆ^{1,2}

¹Zavod za integrativnu psihijatriju, Klinika za psihijatriju Sveti Ivan, Zagreb; ²Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

SAŽETAK _____Interes za integrativnu psihijatriju posljednjih je godina znatno porastao, ponajprije zato što se u svakodnevnom radu pokazuje da se mentalni poremećaji rijetko mogu dovoljno objasniti jednom razinom analize. Dijagnostičke kategorije ostaju važne za komunikaciju i planiranje skrbi, ali same po sebi ne objašnjavaju zbog čega se simptomi razvijaju upravo kod određene osobe, zašto traju i kako najbolje usmjeriti liječenje. Integrativna psihijatrija polazi od pretpostavke da se klinička slika oblikuje u međuodnosu bioloških procesa, subjektivnog iskustva, ponašanja, tjelesnog zdravlja, životnih navika, društvenoga konteksta i vrijednosti pacijenta. U ovome narativnom preglednom radu prikazuju se razlozi zbog kojih takav pristup postaje sve važniji u suvremenoj psihijatriji. Posebna se pažnja posvećuje doprinosu filozofije psihijatrije, enaktivne i utjelovljene perspektive, personalizacije liječenja, kolaborativne skrbi te intervencija usmjerenih na životni stil. Nadalje, razmatraju se povezanost mentalnih i tjelesnih bolesti, mjesto komplementarnih i integrativnih metoda kada za njih postoje dostatni dokazi te izazovi provedbe cjelovitog modela u stvarnim zdravstvenim sustavima. Integrativna psihijatrija u ovom se radu ne prikazuje kao zamjena za standardnu psihijatrijsku praksu, nego kao njezino proširenje prema preciznijem, individualiziranijem i klinički primjenjivijem modelu skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: integrativna psihijatrija, personalizirano liječenje, kolaborativna skrb, stil života, mentalno i tjelesno zdravlje

SUMMARY _____Interest in integrative psychiatry has increased considerably in recent years, largely because everyday clinical work shows that mental disorders can rarely be adequately explained through a single level of analysis. Diagnostic categories remain important for communication and treatment planning, but by themselves do not explain why symptoms develop in a particular person, why they persist, or how treatment should best be guided. Integrative psychiatry starts from the assumption that clinical presentations emerge from the interaction of biological processes, subjective experience, behavior, physical health, lifestyle habits, social context and patient values. This narrative review outlines the reasons why such an approach is becoming increasingly relevant in contemporary psychiatry. Particular attention is given to the contribution of the philosophy of psychiatry, enactive and embodied perspectives, personalized treatment, collaborative care, and lifestyle-oriented interventions. The paper also discusses the close relationship between mental and physical illness, the role of complementary and integrative methods when supported by an adequate level of evidence, and the challenges of implementing a comprehensive model within real-world health systems. In this review, integrative psychiatry is presented not as a substitute for standard psychiatric practice, but as its extension toward a more precise, individualized and clinically applicable care model.

KEY WORDS: integrative psychiatry, personalized treatment, collaborative care, lifestyle, mental and physical health



Uvod

U kliničkoj psihijatriji rijetko je dovoljno postaviti dijagnozu i na temelju nje automatski zaključiti što pacijentu treba. Dvije osobe s istom dijagnostičkom oznakom mogu imati bitno različite razvojne putove, različite rizične čimbenike, različit odnos prema bolesti i različite mogućnosti oporavka. Upravo zato psihijatrija već dugo živi u napetosti između potrebe za klasifikacijom i potrebe za razumijeva-

njem pojedine osobe. Recentni radovi iz filozofije psihijatrije podsjećaju da se mentalni poremećaji ne mogu svesti ni na "poremećaje mozga" u uskom smislu ni na puke odraze društvenih okolnosti, nego zahtijevaju istodobno promišljanje biologije, iskustva, vrijednosti i konteksta života (1–3). Takvo stajalište dobro se nadovezuje na enaktivni pristup prema kojem je psihopatologiju korisno promatrati kroz poremećaj načina na koji osoba, kao tjelesno i društveno biće, uspo-

stavlja smisleni odnos prema sebi i svijetu (4). Time se ne negira važnost neurobiologije, nego se ona smješta u širu sliku koja uključuje ponašanje, odnose, svakodnevne navike i životne okolnosti. Slično tomu, radovi iz globalnoga mentalnog zdravlja i implementacijskih istraživanja upozoravaju da je kvaliteta psihijatrijske skrbi povezana ne samo s djelotvornošću pojedine intervencije nego i s načinom na koji je skrb organizirana, dostupna i prilagođena stvarnim potrebama bolesnika (5, 6).

U tom se okviru integrativna psihijatrija sve češće opisuje kao pokušaj da se postojeća znanja iz neuroznanosti, psihoterapije, somatske medicine, javnog zdravstva i biheviornalnih intervencija povežu u radno koristan klinički model. Ovaj pregledni rad prikazuje zašto se takav pristup sve snažnije nameće u suvremenoj psihijatriji i koje praktične posljedice ima za procjenu, planiranje liječenja i dugoročno praćenje bolesnika.

Pristup literaturi

Rad je koncipiran kao narativni pregled literature. Uključeni su konceptualni radovi, komisijski dokumenti, sustavni pregledi, metaanalize, smjernice i odabrana randomizirana klinička istraživanja objavljena pretežno između 2014. i 2025. Posebna je pozornost posvećena radovima iz filozofije psihijatrije, integrativne i kolaborativne skrbi, *lifestyle psychiatry* područja, komorbiditeta mentalnih i tjelesnih bolesti te implementacijskih istraživanja.

Zašto integrativna psihijatrija sada?

Aktualnost integrativne psihijatrije proizlazi iz nekoliko paralelnih kretanja. Prvo, sve je jasnije da su mentalni poremećaji heterogeni i da ista dijagnoza može obuhvaćati različite patofiziološke, razvojne i socijalne putove. Drugo, postaje sve vidljivije da klinički ishodi ne ovise samo o izboru terapije nego i o prisutnosti komorbiditeta, životnim navikama, kvaliteti podrške i dostupnosti koordinirane skrbi. Treće, sama psihijatrija postupno se udaljava od ideje da će jedan "veliki" model u potpunosti objasniti psihopatologiju, a sve se više okreće pluralističkom i integrativnom načinu razmišljanja (1, 2). Suvremena filozofija psihijatrije takav pomak artikulira kroz meki naturalizam, eksplanatorni pluralizam i naglasak na konceptualnoj poniznosti. Drugim riječima, dijagnostičke kategorije treba shvatiti ozbiljno, ali ne kao neupitne prirodne vrste. Biološke mehanizme treba istraživati, ali ne uz pretpostavku da sami po sebi iscrpljuju kliničku sliku, a vrijednosti ne treba promatrati kao prepreku znanstvenosti, nego kao sastavni dio psihijatrijske prosudbe (1). Enaktivna perspektiva pritom dodatno podsjeća da se simptomi uvijek pojavljuju u odnosu osobe prema svijetu, a ne u izoliranom vakuumu (4). Potrebu za širim pristupom snažno podupiru i istraživanja socijalnih determinanti mentalnog zdravlja. Siromaštvo, diskriminacija, nesigurnost stanovanja, rano nepovoljno iskustvo, usamljenost i kronični stres nisu tek pozadinske

okolnosti, nego čimbenici koji oblikuju pojavnost, tijek i ishod mentalnih poremećaja (7 – 9). Ako je to tako, onda se i liječenje mora odmaknuti od reduktivnog slijeda "simptom – dijagnoza – intervencija" prema modelu koji uključuje uzroke, održavajuće čimbenike i mogućnosti promjene u konkretnome životnom kontekstu.

Od kliničke formulacije do personalizacije liječenja

Jedan od najuočljivijih doprinosa integrativne psihijatrije jest povratak kliničkoj formulaciji. Za razliku od dijagnoze, koja odgovara na pitanje kojem poremećaju određena slika najviše nalikuje, formulacija pokušava objasniti zašto se problem razvio baš kod tog pacijenta, upravo u tom trenutku i u tom obliku. To uključuje predisponirajuće čimbenike, precipitante, održavajuće mehanizme i zaštitne resurse, ali i pacijentovo vlastito tumačenje bolesti i liječenja (10 – 14). Takav pristup dobro se uklapa u sve širi interes za personalizirane intervencije. Cerniglia naglašava da suvremeni klinički modeli sve teže mogu ostati u okviru jedinstvenih protokola za široke dijagnostičke skupine jer se odgovor na liječenje razlikuje ovisno o dobi, spolu, razvojnim iskustvima, tjelesnim komorbiditetima, obiteljskom okruženju i kulturnim obrascima (15). U psihijatriji to praktično znači da ista dijagnoza ne mora voditi istome terapijskom planu. U radu s bolesnikom to podrazumijeva procjenu više međusobno povezanih domena. Biološka razina uključuje obiteljsku opterećenost, somatske bolesti, san, bol, hormonalne i metaboličke čimbenike, tjelesnu aktivnost i uporabu psihoaktivnih tvari. Psihološka razina obuhvaća emocionalne simptome, regulaciju afekta, traumatu, stilove suočavanja i osobine ličnosti. Socijalna razina odnosi se na kvalitetu odnosa, usamljenost, radne i financijske pritiske, stigmatu i pristup skrbi. Vrijednosno-egzistencijalna razina uključuje način na koji pacijent razumije vlastito stanje, što doživljava kao smislen oporavak i koliko je liječenje usklađeno s njegovim identitetom i ciljevima (1, 4, 15). Upravo iz takve formulacije proizlazi stvarna personalizacija liječenja.

Personalizacija pritom ne znači samo tehničko usklađivanje intervencije s obilježjima bolesnika nego i drugačiji odnos prema ciljevima liječenja. Za neke će bolesnike primarni cilj biti smanjenje simptoma, za druge funkcionalni oporavak, povratak radu, stabilizacija sna, smanjenje uporabe tvari ili poboljšanje odnosa. Integrativna psihijatrija korisna je upravo zato što dopušta da se terapijski uspjeh definira šire od same promjene ukupnog rezultata na ljestvici simptoma, bez napuštanja kliničke strogosti.

Kolaborativna skrb te povezanost mentalnog i tjelesnog zdravlja

Integrativna psihijatrija nije samo teorijski okvir nego i način organizacije skrbi. U tom je smislu kolaborativna skrb

jedan od njezinih najpraktičnijih izraza. Sustavni pregledi i metaanalize pokazali su da su kolaborativni modeli u liječenju depresije i anksioznosti, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, učinkovitiji od uobičajene skrbi kada uključuju strukturirano praćenje, plan liječenja i suradnju više stručnjaka (11, 12). Noviji narativni i metaanalitički radovi potvrđuju da vrijednost takvih modela leži i u boljoj koordinaciji, kontinuitetu i provedivosti skrbi (13, 14).

Ee C, Lake J i sur. u svome radu *An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities* iz 2020. dodatno proširuju integrativni kolaborativni model za osobe s mentalnim poremećajima i fizičkim komorbiditetima. Njihovo je polazište klinički vrlo važno: veliki broj bolesnika istodobno ima psihičke i tjelesne poteškoće, dok su zdravstveni sustavi često organizirani tako da se te poteškoće liječe odvojeno (10). Posljedice takve fragmentacije su slabija adherencija, previđanje tjelesnih rizičnih čimbenika, veći troškovi i lošiji ishodi.

Povezanost mentalnog i tjelesnog zdravlja posebno dolazi do izražaja u depresiji. Depresija ne znači samo prisutnost tuge, anhedonije ili kognitivnih simptoma nego može utjecati na tjelesnu aktivnost, prehranu, suradljivost, kvalitetu sna i samokontrolu kod kroničnih bolesti. Istodobno, kronične tjelesne bolesti povećavaju vjerojatnost depresivnih simptoma i općenito lošijega psihološkog funkcioniranja (20, 21). Iz kliničke perspektive to znači da psihijatrijska procjena treba obuhvatiti bol, metaboličko zdravlje, kardiovaskularni rizik, funkcionalnu sposobnost i navike važne za svakodnevno funkcioniranje, a ne ih ostavljati po strani kao “sekundarna” pitanja.

Životni stil kao terapijska domena

Rast područja *lifestyle* psihijatrije jedan je od najuvjerljivijih znakova da se psihijatrija pomiče prema cjelovitijem modelu. Metapregled Firtha i suradnika pokazao je da su tjelesna aktivnost, prehrana, pušenje i san klinički relevantni i za prevenciju i za liječenje mentalnih poremećaja (16). Takav nalaz ima važne posljedice: životni stil više nije samo opći savjet o zdravlju nego je i dio procjene terapijskog planiranja.

Noviji radovi iz *lifestyle* medicine dodatno ističu da je dublja integracija životnog stila i bihevioralnog zdravlja potrebna i zbog rastućeg opterećenja kroničnim bolestima i ograničenja modela koji se oslanjaju samo na simptomatsko liječenje (17). U psihijatrijskoj praksi to znači da pitanja o spavanju, dnevnim rutinama, kretanju, prehranbenim obrascima i sjedilačkom načinu života trebaju postati rutinski dio kliničkog razgovora.

Posebno snažni su dokazi o učinku tjelesne aktivnosti kod depresije. Velika mrežna metaanaliza randomiziranih istraživanja pokazala je da vježbanje može imati značajan anti-depresivni učinak, pri čemu su hodanje ili trčanje, yoga i trening snage među intervencijama s najboljim rezultatima

(18). Takvi nalazi ne znače da se tjelesna aktivnost treba postavljati nasuprot psihoterapiji ili farmakoterapiji, nego da ulazi u skup legitimnih terapijskih mogućnosti koje treba aktivno razmatrati.

Translacijska istraživanja dodatno pokazuju da su fiziološki procesi, moždana funkcija, okolišni utjecaji i životni stil povezani složenim putovima koji zajedno oblikuju mentalno i tjelesno zdravlje (19). To dodatno opravdava integrativni pristup u kojem se promjene svakodnevnih navika ne promatraju kao “mekani dodatak”, nego kao konkretna terapijska meta.

Mjesto komplementarnih i integrativnih metoda

Jedan od osjetljivijih dijelova integrativne psihijatrije odnosi se na komplementarne metode. Ovdje je važno zadržati jasnu granicu: integrativno ne znači nekritički. Metode koje se uključuju u liječenje moraju biti procijenjene prema kvaliteti dokaza, sigurnosti, mogućim interakcijama i jasnoj kliničkoj indikaciji.

Pregled Nguyen i suradnika o komplementarnoj i integrativnoj medicini u neurokognitivnim poremećajima i zdravlju njegovatelja dobar je primjer takvoga uravnoteženog pristupa. Autori pokazuju da neke prehrambene i *mind-body* intervencije imaju potencijal, ali i da su dokazi neujednačeni te da preporuke moraju ostati oprezne (22). Slično vrijedi i za osobe s dijabetesom i komorbidnim mentalnim poremećajima, gdje Kassem i suradnici pokazuju da integrativne strategije mogu biti korisne, ali samo kada su uklopljene u sigurnosno i klinički odgovoran okvir (23).

U području nutritivne psihijatrije situacija je slična. Sarris je pokazao da postoji opravdan interes za prehranu, nutraceutike i fitoceutike, ali i da za rutinsku primjenu nisu dovoljni mehanistički argumenti ili popularnost pojedine metode (24). Kasnije WFSBP/CANMAT smjernice zato zagovaraju selektivnu, dokazima vođenu uporabu određenih nutraceutika i fitoceutika, uz naglasak na kvaliteti pripravaka i mogućim interakcijama s psihofarmacima (25). U tom smislu integrativna psihijatrija nije “širenje svega što bi moglo pomoći”, nego pažljivo širenje onoga što ima kliničkog smisla i dostatnu potporu.

Što ostaje središte liječenja?

Važno je naglasiti da integrativna psihijatrija ne smije zamaglit temeljne terapijske oslonce suvremene psihijatrije. Psihoterapija i farmakoterapija i dalje ostaju ključni stupovi liječenja brojnih poremećaja, ali integrativni pristup traži da se njihova primjena bolje prilagodi širemu kliničkom okviru. To se dobro vidi na primjeru prevencije relapsa depresije. PREVENT istraživanje je pokazalo da *mindfulness-based cognitive therapy* može biti održiva opcija u usporedbi s održavajućim antidepresivnim liječenjem kod osoba s rekuren-

tnom depresijom (26). Klinička vrijednost takvog nalaza nije u tome da jednu metodu proglasi superiornom za sve, nego da pokaže kako se dugoročne strategije liječenja mogu prilagoditi različitim bolesnicima.

Mrežna metaanaliza Cuijpersa i suradnika dodatno je pokazala da kombinacija psihoterapije i farmakoterapije u liječenju depresije često daje bolje rezultate od svake pojedinačne metode zasebno (27). S druge strane, *umbrella* pregled Leichsenringa i suradnika podsjeća da i rezultate psihoterapija i farmakoterapija treba tumačiti realno, uz svijest o heterogenosti istraživanja i metodološkim ograničenjima (28). Integrativni pristup upravo tu nalazi svoju ravnotežu: ne suprotstavlja terapijske modalitete, nego ih pokušava povezati oko stvarnih potreba bolesnika.

Važan dio te promjene odnosi se i na implementaciju. McGinty i suradnici upozoravaju da se jaz između onoga što znamo da može djelovati i onoga što je bolesnicima stvarno dostupno ne može zatvoriti samo objavljivanjem novih istraživanja (6). Potrebni su modeli skrbi koji su prilagodljivi lokalnim uvjetima, koji uključuju praćenje ishoda važnih pacijentima te koji uzimaju u obzir organizacijska i financijska ograničenja zdravstvenog sustava. Integrativna psihijatrija ima smisla samo ako se može prevesti u postupke izvedive u ambulantni, dnevnoj bolnici, bolničkom sustavu i primarnoj zdravstvenoj zaštiti. To uključuje i bolju komunikaciju između psihijatra, liječnika obiteljske medicine, psihologa, medicinskih sestara, nutricionista, fizioterapeuta i drugih stručnjaka kada je njihovo uključivanje indicirano.

Izazovi i ograničenja integrativnog pristupa

Unatoč brojnim prednostima, integrativna psihijatrija nosi i određene rizike. Prvi je opasnost da pojam “integrativno” postane toliko širok da izgubi sadržaj. Drugi je organizacijski: cjelovit pristup zahtijeva vrijeme, edukaciju, interdisciplinarnu suradnju i sustave skrbi koji omogućuju koordinaciju između psihijatrijske, somatske i psihosocijalne pomoći (1, 2, 6).

Treći je izazov konceptualni. Metaokviri, poput integralne teorije ili šire literature iz integrativne medicine, mogu biti korisni jer potiču razmišljanje o višerazinskoj prirodi psihijatrijske patnje, ali ne mogu zamijeniti empirijsku provjeru i kliničku prosudbu (29). Ako integrativni pristup ne ostane dovoljno discipliniran, postoji rizik da se dobro potkrijepljene intervencije i metode slabije dokazane vrijednosti počnu prikazivati kao podjednako legitimne, što bi bilo štetno i za bolesnike i za samu struku.

Zbog toga najbolji oblik integrativne psihijatrije nije ideološki projekt, nego praktičan klinički okvir. Njegova snaga ovisi upravo o sposobnosti da ostane otvoren prema različitim vrstama znanja, ali i dovoljno strog prema kvaliteti dokaza i sigurnosti primjene.

Zaključak

U svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi rijetko je korisno pitati samo “Koja je dijagnoza?”. Jednako je važno razumjeti kako su se simptomi razvili, što ih održava, koje tjelesne i socijalne okolnosti utječu na njihov tijek te koje su intervencije za konkretnog bolesnika realno izvedive i prihvatljive. Upravo tu integrativna psihijatrija pokazuje svoju najveću praktičnu vrijednost (1, 2, 6, 10, 16, 21).

Njezina glavna prednost nije u uvođenju jedne nove terapije, nego u drukčijem načinu povezivanja postojećih terapijskih mogućnosti. Šira klinička formulacija, rutinsko uključivanje tjelesnog zdravlja i životnog stila, veća važnost kolaborativne skrbi te oprezna uporaba dodatnih metoda s dostatnom razinom dokaza mogu pomoći da liječenje bude preciznije i bliže stvarnim potrebama pacijenta. U tom smislu integrativna psihijatrija može se razumjeti kao smjer razvoja suvremene psihijatrije koji traži više kliničkog promišljanja, a ne manje: više konteksta, više koordinacije i više pažnje prema cjelini osobe.

LITERATURA

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A, Gagné-Julien AM, Glackin S, Fris-ton K i sur. Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):215-232. doi: 10.1002/wps.21194.
2. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV, Lund C, Cuijpers P, Bantjes J i sur. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*. 2022 Oct;21(3):393-414. doi: 10.1002/wps.20998.
3. Stein DJ. An integrative approach to psychiatric diagnosis and research. *World Psychiatry*. 2014 Feb;13(1):51-3. doi: 10.1002/wps.20104.
4. de Haan S. An enactive approach to psychiatry. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. 2020 Mar;27(1):3-25. doi:10.1353/ppp.2020.0001
5. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P i sur. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1553-1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X. Epub 2018 Oct 9. Erratum in: *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1518. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32624-2.
6. McGinty EE, Alegria M, Beidas RS, Braithwaite J, Kola L, Leslie DL i sur. The Lancet Psychiatry Commission: transforming mental health implementation research. *Lancet Psychiatry*. 2024 May;11(5):368-396. doi: 10.1016/S2215-0366(24)00040-3.
7. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P i sur. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):58-90. doi: 10.1002/wps.21160.
8. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P i sur. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018 Apr;5(4):357-369. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
9. Alegria M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Sep 17;20(11):95. doi: 10.1007/s11920-018-0969-9.
10. Ee C, Lake J, Firth J, Hargraves F, de Manincor M, Meade T i sur. An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. *Int J Ment Health Syst*. 2020 Nov 11;14(1):83. doi: 10.1186/s13033-020-00410-6.
11. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006 Dec;189:484-93. doi: 10.1192/bjp.bp.106.023655.
12. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C i sur. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10(10):CD006525. doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
13. Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D i sur. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Dec 30;101(52):e32554. doi: 10.1097/MD.00000000000032554.
14. Schillok H, Gensichen J, Panagioti M, Gunn J, Junker L, Lukaschek K i sur. Effective Components of Collaborative Care for Depression in Primary Care: An Individual Participant Data Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2025 Sep 1;82(9):868-876. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2025.0183.
15. Cerniglia L. Advancing Personalized Interventions: A Paradigm Shift in Psychological and Health-Related Treatment Strategies. *J Clin Med*. 2024 Jul 25;13(15):4353. doi: 10.3390/jcm13154353.
16. Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E i sur. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):360-380. doi: 10.1002/wps.20773.
17. Mauro S, Eller M, Stout R. Lifestyle Medicine and Behavioral Health: A Time for Deeper Integration. *Am J Lifestyle Med*. 2025 Sep 24;15598276251381252. doi: 10.1177/15598276251381252.
18. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, Taylor P, Del Pozo Cruz B, van den Hoek D i sur. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2024 Feb 14;384:e075847. doi: 10.1136/bmj-2023-075847. Erratum in: *BMJ*. 2024 May 28;385:q1024. doi: 10.1136/bmj.q1024.
19. Tian YE, Cole JH, Bullmore ET, Zalesky A. Brain, lifestyle and environmental pathways linking physical and mental health. *Nat Ment Health*. 2024;2(10):1250-1261. doi:10.1038/s44220-024-00303-4
20. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M i sur. Comorbid depression in medical diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Aug 20;6(1):69. doi: 10.1038/s41572-020-0200-2.
21. Berk M, Köhler-Forsberg O, Turner M, Penninx BWJH, Wrobel A, Firth J, i sur. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*. 2023 Oct;22(3):366-387. doi: 10.1002/wps.21110.
22. Nguyen SA, Oughli HA, Lavretsky H. Complementary and Integrative Medicine for Neurocognitive Disorders and Caregiver Health. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Sep;24(9):469-480. doi: 10.1007/s11920-022-01355-y.
23. Kassem S, Samuels N, Ben-Arye E. Integrative Medicine for Patients with Diabetes and Mental Health Disorders: A Narrative Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2025 Sep;27(9):509-518. doi: 10.1007/s11920-025-01623-7. Epub 2025 Jul 14.
24. Sarris J. Nutritional Psychiatry: From Concept to the Clinic. *Drugs*. 2019 Jun;79(9):929-934. doi: 10.1007/s40265-019-01134-9.
25. Sarris J, Ravindran A, Yatham LN, Marx W, Rucklidge JJ, McIntyre RS i sur. Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytochemicals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

- Taskforce. *World J Biol Psychiatry*. 2022 Jul;23(6):424-455. doi: 10.1080/15622975.2021.2013041.
26. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D i sur. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Jul 4;386(9988):63-73. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62222-4.
 27. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furu-kawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychothera-pies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020 Feb;19(1):92-107. doi: 10.1002/wps.20701.
 28. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Ioannidis JPA. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of re-cent meta-analyses. *World Psychiatry*. 2022 Feb;21(1):133-145. doi: 10.1002/wps.20941.
 29. Duffy JD. A Primer on Integral Theory and Its Applica-tion to Mental Health Care. *Glob Adv Health Med*. 2020 Sep 21;9:2164956120952733. doi: 10.1177/2164956120952733.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

dr. sc. Mirela Ćelić Ružić, dr. med.
Klinika za psihijatriju Sveti Ivan
Jankomir 11, 10 090 Zagreb
e-mail: mirela.celic@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

13. travnja 2026./April 13, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

21. travnja 2026./April 21, 2026

