

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ КОНСЕНСУС ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 2025 ГОДА

В. А. Снежицкий, С. Л. Бойко

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь



Введение. Коморбидность психических и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) представляет собой значимую клиническую проблему, ассоциированную с ухудшением прогноза, однако до настоящего времени отсутствовали систематизированные доказательные рекомендации по ее ведению в кардиологической практике.

Цель – ознакомить медицинское сообщество с ключевыми положениями и практическими алгоритмами первого клинического консенсуса ESC 2025 по вопросам психического здоровья и ССЗ.

Материал и методы. В основу консенсуса лег критический анализ более 680 научных публикаций, включая метаанализы, популяционные регистровые исследования, проспективные когорты и рандомизированные клинические испытания, обобщающие опыт ведения миллионов пациентов.

Результаты. Консенсус устанавливает двунаправленную связь между психическими расстройствами и ССЗ. Доказано, что депрессия, тревога и хронический стресс являются независимыми факторами риска развития ССЗ (HR 1,14–1,55; RR 1,26–1,52), сопоставимыми по силе с традиционными факторами. Обратный вектор «Сердце → Психика» характеризуется высокой распространенностью аффективных расстройств (20–30%) у кардиологических пациентов, ухудшающих клинические исходы. Документ предоставляет конкретные инструменты: двухэтапный алгоритм скрининга с использованием валидированных шкал (PHQ-9, GAD-7), рекомендации по фармакотерапии с учетом кардиорисков и междисциплинарный подход в рамках мультидисциплинарных команд. Предложен практический принцип ACTIVE (Acknowledge, Check, Tools, Implement, Venture, Evaluate) для интеграции помощи.

Выводы. Клинический консенсус ESC 2025 знаменует собой смену парадигмы, позиционируя оценку ментального здоровья как обязательный компонент кардиологического обследования. Внедрение стандартизированного скрининга и междисциплинарного управления является новым стандартом доказательной медицины для улучшения клинических исходов и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: клинический консенсус, психическое здоровье, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность, депрессия, тревожность, скрининг, кардиоваскулярный риск, ESC 2025, междисциплинарный подход

Для цитирования: Снежицкий, В. А. Психическое здоровье и сердечно-сосудистые заболевания: Клинический консенсус Европейского общества кардиологов 2025 года / В. А. Снежицкий, С. Л. Бойко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2025. Т. 23, № 6. С. 617–623. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2025-23-6-617-623>

На недавно завершившемся Европейском конгрессе кардиологов (ESC Congress 2025) был представлен клинический консенсус ESC 2025 года по вопросам психического здоровья и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease).

Клинический консенсус, разработанный при поддержке Комитета по клиническим рекомендациям ESC и одобренный ведущими европейскими и международными профессиональными ассоциациями (EFPA, EAP, ISBM), впервые в мире всесторонне и системно подводит доказательную базу под неразрывную связь психического и кардиологического благополучия пациента и предоставляет кардиологам конкретные инструменты для работы. Консенсус основан на анализе современных научных данных, авторами проведена критическая оценка более 680 научных публикаций, включая метаанализы, популяционные регистровые исследования с огромными выборками, качественные исследования и обзоры, посвященные опыту пациентов, стигме и организации помощи, крупные проспективные когортные исследования и рандомизированные контролируемые испытания [1]. Совокупно эти

источники обобщают опыт ведения миллионов пациентов по всему миру, что обеспечивает высочайший уровень доказательности и практическую ценность каждой рекомендации.

Новый консенсус включает 18 масштабных разделов, которые всесторонне охватывают проблему коморбидности: от роли психических факторов (депрессии, тревоги, стресса) в развитии ССЗ до глубокого анализа влияния психического здоровья на прогноз и приверженность лечению у пациентов с уже установленным кардиологическим диагнозом. В документе отдельно и очень детально рассматриваются особенности ведения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (такими как шизофрения и биполярное расстройство), которые имеют наивысшие риски сердечно-сосудистой патологии. Особое внимание уделено ведению специфических групп: женщин и мужчин, пожилых людей, социально уязвимых слоев населения, пациентов в кардиоонкологии. Консенсус предлагает алгоритмы скрининга психических расстройств в кардиологической практике с использованием валидированных шкал (HADS, PHQ-9, GAD-7), рекомендации по немедикаментозному (психотерапия, модификация образа жизни,

кардиореабилитация) и фармакологическому лечению с учетом всех рисков лекарственных взаимодействий.

Клинический консенсус знаменует собой пересмотр подхода к кардиологическому пациенту, утверждая многонаправленную и независимую связь между психическим здоровьем и риском развития ССЗ. Эта взаимосвязь формирует клинически значимую коморбидность с механизмом взаимного усиления, которая реализуется по двум основным патогенетическим векторам.

Первый вектор влияния – от психического расстройства к сердечно-сосудистому риску «Психика → Сердце». Данное положение подтверждается результатами масштабных метаанализов: депрессия ассоциирована с повышением риска развития ССЗ с отношением рисков (HR) от 1,14 до 1,55, что сопоставимо с традиционными факторами [2], у пациентов с тревожными расстройствами риск развития ССЗ повышается на 25–50% (относительный риск 1,26–1,52) [3]. Для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) показатели еще более значимы: отношение рисков составляет 1,55–1,75 для развития ишемической болезни сердца (ИБС) и 1,72–2,11 для внезапной сердечной смерти, причем эта связь остается статистически значимой после учета сопутствующей депрессии [4]. Кроме того, для этих расстройств характерны выраженные поведенческие медиаторы риска, включая избегание медицинской помощи, низкую приверженность терапии и высокую распространенность курения [5]. Показатель отношения шансов (OR) для постоянного стресса достигает 2,14, что указывает на существенную и статистически значимую связь между постоянным стрессом и развитием ИБС [6]. Важно отметить, что повышенный риск сохраняется после поправки на традиционные факторы риска, что подчеркивает независимый характер этой взаимосвязи. Особое значение придается стрессу на рабочем месте, который ассоциирован не только с повышенным риском коронарной патологии, но и с развитием артериальной гипертензии [7], нарушением сна [8] и формированием дезадаптивных форм поведения (повышенное потребление высококалорийной пищи с избытком насыщенных жиров и простых углеводов, переизбыток как формой «заедания стресса», снижением физической активности вследствие апатии, усталости или отсутствия мотивации, увеличением частоты курения или возвратом к вредной привычке после отказа, злоупотреблением алкоголем, повышенным потреблением кофеина) [9].

Второй, обратный вектор – влияние наличия ССЗ на психическое состояние «Сердце → Психика». Данный аспект коморбидности характеризуется высокой распространенностью аффективных расстройств у кардиологических пациентов, достигающей 20–30%, что значительно превышает общепопуляционные показатели [10]. Важно подчеркнуть, что депрессия и тревога в данной ситуации являются не просто «нормальной реакцией» на болезнь,

а независимыми предикторами худших клинических исходов, включая смертность, частоту повторных госпитализаций и снижение качества жизни [11].

Патогенез коморбидности психических и сердечно-сосудистых расстройств представляет собой каскад взаимосвязанных патофизиологических процессов, инициируемых хроническим психологическим стрессом и аффективной дисрегуляцией. Ключевым звеном выступает гиперактивация симпатoadреналовой системы и оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники, приводящая к стойкому повышению уровня катехоламинов и кортизола [12, 13]. Эти нейрогормональные сдвиги провоцируют ряд кардиоваскулярных нарушений: от тахикардии и вазоконстрикции до электролитного дисбаланса и устойчивой артериальной гипертензии [14]. Параллельно запускается системное воспаление низкой интенсивности с повышением уровня провоспалительных цитокинов (IL-6, TNF- α , CRP), которые потенцируют атерогенез и дестабилизируют существующие атеросклеротические бляшки [15]. Непосредственным следствием становится эндотелиальная дисфункция, обусловленная как прямым токсическим действием гормонов стресса и цитокинов, так и снижением биодоступности оксида азота (NO), что нарушает вазомоторный гомеостаз и ускоряет прогрессирование атеросклероза [16]. Дополнительным фактором риска является прокоагулянтный сдвиг, проявляющийся активацией тромбоцитов и коагуляционного каскада [17]. Важно отметить, что указанные механизмы потенцируются характерными действиями в отношении здоровья (низкой приверженностью терапии, гиподинамией, нарушениями диеты и высокой распространенностью курения), которые закономерно кластеризуются у пациентов с психическими расстройствами, формируя порочный круг взаимного отягощения коморбидной патологии [18].

Консенсус ESC предлагает кардиологу инструменты для воздействия на ключевые звенья патогенеза коморбидности психических и ССЗ. Во-первых, внедрение системного скрининга признано обязательным компонентом современного ведения кардиологического пациента. Согласно положениям Консенсуса (Section 7), оценка психического статуса должна проводиться при первичной постановке кардиологического диагноза, как минимум однократно в процессе динамического наблюдения и в любой момент при наличии клинических показаний. Практическая реализация предполагает два последовательных этапа: на первом этапе (идентификация групп риска) рекомендуется использование коротких валидированных опросников, интегрированных в рутинный клинический прием – двух вопросов о настроении или тестов PHQ-2 и GAD-2 [19]; при положительном результате (например, балл ≥ 2 на PHQ-2/GAD-2) на втором этапе (стратификация тяжести) проводится углубленное тестирование с помощью полноразмерных шкал – PHQ-9 для оценки депрессии, GAD-7 для тревоги или PCL-5 для скрининга

ПТСР, что позволяет определить степень тяжести состояния (легкая, умеренная, тяжелая) и выбрать дальнейшую тактику ведения [20]. Во-вторых, необходим пересмотр терапевтических подходов к фармакотерапии психиатрической коморбидности с учетом кардиоваскулярных рисков. Бензодиазепины исключены из терапии первой линии при тревоге и депрессии в связи с доказанными рисками развития зависимости и ортостатической гипотензии [21]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина остаются препаратами выбора ввиду относительно благоприятного профиля безопасности, однако их назначение требует осторожности у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью (допустимы только при тяжелой депрессии, если польза превышает потенциальный риск) и с желудочковыми аритмиями (противопоказаны циталопрам/эсциталопрам в дозах >20 мг и трициклические антидепрессанты из-за проаритмогенного потенциала) [22]. Критически важным признан учет потенциальных лекарственных взаимодействий (например, с антиаритмическими средствами и антикоагулянтами), что диктует необходимость тесного взаимодействия с врачами-психиатрами [23]. В-третьих, ключевая роль в интеграции помощи отводится структурированным программам кардиореабилитации, которые рассматриваются как платформа для внедрения психосоциальных интервенций [24]. Консенсус подчеркивает эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в улучшении психического статуса и качества жизни пациентов с ИБС [25]. Перспективным направлением для улучшения показателей ментального благополучия является также метод «социального предписания» – направление пациентов на немедикаментозные мероприятия в сообществе (групповые занятия, арт-терапия) [26].

Клинический консенсус ESC позиционирует себя не как систематический обзор, а как руководство к действию, направленное на дестигматизацию психиатрической коморбидности и трансформацию модели оказания медицинской помощи. Ключевой рекомендацией является реорганизация работы в направлении междисциплинарного взаимодействия через создание мультидисциплинарных команд (кардиологи, психиатры, психологи, терапевты), что является обязательным условием для оказания комплексной помощи, соответствующей современным представлениям о персонализированной медицине.

Практическим руководством к действию должны стать принципы ACTIVE:

- **Acknowledge (Признайте) сложную взаимосвязь.** Осознание того, что психические расстройства являются независимым фактором

риска развития ССЗ, что ассоциировано с повышением смертности, снижением приверженности лечению и ухудшением качества жизни [27].

- **Check (Проверяйте) наличие симптомов.** Консенсус ESC регламентирует проведение двухэтапного скрининга для выявления и стратификации тяжести психических расстройств у кардиологических пациентов [28].

- **Tools (Используйте) валидированные инструменты.** Для работы мультидисциплинарной команды рекомендуется использовать конкретные, валидированные инструменты скрининга [29], что обеспечивает объективность и преемственность в наблюдении.

- **Implement (Внедряйте) персонализированные подходы.** Объем медицинской помощи должен планироваться в соответствии с принципом ступенчатости, с учетом тяжести симптомов, предпочтений пациента и ресурсов организации здравоохранения [30]. Базовым уровнем для всех пациентов является модификация образа жизни и психообразование. При подтвержденной депрессии или тревоге легкой и умеренной степени первой линией вмешательства выступает КПТ, фармакотерапия рекомендуется при умеренной и тяжелой симптоматике, а также при недостаточной эффективности немедикаментозных методов, однако ее назначение требует тщательной оценки кардиоваскулярных рисков и потенциальных лекарственных взаимодействий [31].

- **Venture (Действуйте) для преодоления барьеров.** Реализация положений Консенсуса требует не только индивидуальных усилий врача, но и системных изменений в организации медицинской помощи – создания мультидисциплинарных команд с разработкой и внедрением клинических алгоритмов для скрининга, направления к специалисту и лечения пациентов.

- **Evaluate (Оценивайте) результаты и качество медицинской помощи.** Необходима регулярная оценка как текущего статуса рутинной помощи в каждой организации здравоохранения, так и динамики в управлении психическим здоровьем (например, повторные госпитализации, приверженность к лечению).

Таким образом, данные, представленные в Консенсусе, не оставляют сомнений: оценка психического статуса перешла из категории рекомендации в разряд обязательного компонента современного кардиологического обследования. Интеграция стандартизированного скрининга и мультидисциплинарного управления выявленными нарушениями является новым стандартом доказательной медицины, направленным на улучшение ключевых клинических исходов, а также показатели качества жизни, связанного со здоровьем.

Литература

1. ESC Clinical Practice Guidelines Committee. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *European Heart Journal*. 2025;00:1–70. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf191.
2. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129:1350–1369. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019.
3. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJ, Penninx BW. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;208:223–231. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156554.
4. Edmondson D, Cohen BE. Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2013;55:548–556. doi: 10.1016/j.pcad.2013.03.004.
5. Sin NL, Kumar AD, Gehi AK, Whooley MA. Direction of association between depressive symptoms and lifestyle behaviors in patients with coronary heart disease: the heart and soul study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2016;50:523–532. doi: 10.1007/s12160-016-9777-9.
6. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364:953–962. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0.
7. Landsbergis PA, Dobson M, Koutsouras G, Schnall P. Job strain and ambulatory blood pressure: a meta-analysis and systematic review. *American Journal of Public Health*. 2013;103:e61–e71. doi: 10.2105/AJPH.2012.301153.
8. Yang B, Wang Y, Cui F, Huang T, Sheng P, Shi T, et al. Association between insomnia and job stress: a meta-analysis. *Sleep and Breathing*. 2018;22:1221–1231. doi: 10.1007/s11325-018-1682-y.
9. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, Alfredsson L, De Bacquer D, Bjorner JB, et al. Job strain and tobacco smoking: an individual-participant data meta-analysis of 166,130 adults in 15 European studies. *PLOS ONE*. 2012;7:e35463. doi: 10.1371/journal.pone.0035463.
10. Rafiei S, Raoofi S, Baghaei A, Masoumi M, Doustmehraban M, Nejatifar Z, et al. Depression prevalence in cardiovascular disease: global systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2023;13:281–289. doi: 10.1136/spcare-2022-003884.
11. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Anselmino M, Carney RM, Denollet J, et al. Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;203:90–102. doi: 10.1192/bjp.bp.112.111195.
12. Ginty AT, Kraynak TE, Fisher JP, Gianaros PJ. Cardiovascular and autonomic reactivity to psychological stress: neurophysiological substrates and links to cardiovascular disease. *Autonomic Neuroscience*. 2017;207:2–9. doi: 10.1016/j.autneu.2017.03.003.
13. Dar T, Radfar A, Abohashem S, Pitman RK, Tawakol A, Osborne MT. Psychosocial stress and cardiovascular disease. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 2019;21:23. doi: 10.1007/s11936-019-0724-5.
14. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: a review. *EXCLI Journal*. 2017;16:1057–1072. doi: 10.17179/excli2017-480.
15. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004;130:601–630. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.601.
16. Shimbo D, Cohen MT, McGoldrick M, Ensari I, Diaz KM, Fu J, et al. Translational research of the acute effects of negative emotions on vascular endothelial health: findings from a randomized controlled study. *Journal of the American Heart Association*. 2024;13:e032698. doi: 10.1161/JAHA.123.032698.
17. von Känel R, Schmid JP, Meister-Langraf RE, Barth J, Znoj H, Schnyder U, et al. Pharmacotherapy in the management of anxiety and pain during acute coronary syndromes and the risk of developing symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Heart Association*. 2021;10:e018762. doi: 10.1161/JAHA.120.018762.
18. Ladwig KH, Baumert J, Marten-Mittag B, Lukaschek K, Johar H, Fang X, et al. Room for depressed and exhausted mood as a risk predictor for all-cause and cardiovascular mortality beyond the contribution of the classical somatic risk factors in men. *Atherosclerosis*. 2017;257:224–231. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.12.003.
19. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12:439–445. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x.
20. Bolgeo T, Di Matteo R, Simonelli N, Dal Molin A, Lusignani M, Bassola B, et al. Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item general anxiety disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population. *Journal of Affective Disorders*. 2023;334:213–219. doi: 10.1016/j.jad.2023.04.140.
21. Paterno E, Glynn RJ, Levin R, Lee MP, Huybrechts KF. Benzodiazepines and risk of all cause mortality in adults: cohort study. *BMJ*. 2017;358:j2941. doi: 10.1136/bmj.j2941.
22. Ojero-Senard A, Benevent J, Bondon-Guitton E, Durrieu G, Chebane L, Araujo M, et al. A comparative study of QT prolongation with serotonin reuptake inhibitors. *Psychopharmacology*. 2017;234:3075–3081. doi: 10.1007/s00213-017-4685-7.
23. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology: update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2018;51:9–62. doi: 10.1055/s-0043-116492.
24. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2021;28:460–495. doi: 10.1177/2047487320913379.
25. Richter D, Guasti L, Walker D, Lambrinou E, Lionis C, Abreu A, et al. Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. A consensus document of the Council for Cardiology Practice (CCP), Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), Association of Cardiovascular Nursing and

- Allied Professions (ACNAP), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Council on Valvular Heart Diseases (VHD), Council on Hypertension (CHT), Council of Cardio-Oncology (CCO), Working Group (WG) Aorta and Peripheral Vascular Diseases, WG e-Cardiology, WG Thrombosis, of the European Society of Cardiology, European Primary Care Cardiology Society (EPCCS). *European Journal of Preventive Cardiology*. 2022;29:216–227. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa167.
26. Cooper M, Avery L, Scott J, Ashley K, Jordan C, Errington L, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12:e060214. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060214.
 27. Gilman SE, Sucha E, Kingsbury M, Horton NJ, Murphy JM, Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *CMAJ*. 2017;189:E1304–E1310. doi: 10.1503/cmaj.170125.
 28. Kronish IM, Moise N, Cheung YK, Clarke GN, Dolor RJ, Duer-Hefe J, et al. Effect of depression screening after acute coronary syndromes on quality of life: the CODIACS-QoL randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180:45–53. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4518.
 29. Whooley MA. Screening for depression—a tale of two questions. *JAMA Internal Medicine*. 2016;176:436–438. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8493.
 30. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, et al. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170:600–608. doi: 10.1001/archinternmed.2010.29.
 31. Beach SR, Kostis WJ, Celano CM, Januzzi JL, Ruskin JN, Noseworthy PA, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75:e441–e449. doi: 10.4088/JCP.13r08672.
- ### References
1. Bueno H, Deaton C, Farrero M, Forsyth F, Braunschweig F, Bucci S, Dargatzis S, Gevaert S, Held C, Kurpas D, Ladwig KH, Lionis CD, Maas AHEM, Merša CO, Mindham R, Pedersen SS, Rojnic Kuzman M, Szmit S, Taylor RS, Uchmanowicz I, Vilchinsky N; ESC Scientific Document Group. Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee. *European Heart Journal*. 2025;46(41):4156–4225. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf191.
 2. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, Freedland KE, Jaffe AS, Leifheit-Limson EC, Sheps DS, Vaccarino V, Wulsin L; American Heart Association Statistics Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350–1369. doi: 10.1161/CIR.0000000000000019.
 3. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJ, Penninx BW. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;208(3):223–231. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156554.
 4. Edmondson D, Cohen BE. Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2013;55(6):548–556. doi: 10.1016/j.pcad.2013.03.004.
 5. Sin NL, Kumar AD, Gehi AK, Whooley MA. Direction of association between depressive symptoms and lifestyle behaviors in patients with coronary heart disease: the heart and soul study. *Annals of Behavioral Medicine*. 2016;50(4):523–532. doi: 10.1007/s12160-016-9777-9.
 6. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sitthi-amorn C, Sato H, Yusuf S; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):953–962. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0.
 7. Landsbergis PA, Dobson M, Koutsouras G, Schnall P. Job strain and ambulatory blood pressure: a meta-analysis and systematic review. *American Journal of Public Health*. 2013;103(3):e61–e71. doi: 10.2105/AJPH.2012.301153.
 8. Yang B, Wang Y, Cui F, Huang T, Sheng P, Shi T, Huang C, Lan Y, Huang YN. Association between insomnia and job stress: a meta-analysis. *Sleep and Breathing*. 2018;22(4):1221–1231. doi: 10.1007/s11325-018-1682-y.
 9. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, Alfreðsson L, De Bacquer D, Björner JB, Bonenfant S, Borritz M, Burr H, Clays E, Casini A, Dragano N, Erbel R, Geuskens GA, Goldberg M, Hooftman WE, Houtman IL, Joensuu M, Jöckel KH, Kittel F, Knutsson A, Koskenvuo M, Koskinen A, Kouvonen A, Leineweber C, et al.; IPD-Work Consortium. Job strain and tobacco smoking: an individual-participant data meta-analysis of 166,130 adults in 15 European studies. *PLOS One*. 2012;7(7):e35463. doi: 10.1371/journal.pone.0035463.
 10. Rafiei S, Raoofi S, Baghaei A, Masoumi M, Doustmehraban M, Nejatifar Z, Sanaei M, Bagheribayati F, Vaziri Shahrehabak ES, Shayestehbonyan M, Javan Biparva A, Raoofi N, Mir M, Momeni Z, Yousefy S, Hashemi Khoonigh Z, Rezaei F, Pashazadeh Kan F, Ghashghaee A. Depression prevalence in cardiovascular disease: global systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2023;13(3):281–289. doi: 10.1136/spcare-2022-003884.
 11. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Anselmino M, Carney RM, Denollet J, Doyle F, Freedland KE, Grace SL, Hosseini SH, Lane DA, Pilote L, Parakh K, Rafanelli C, Sato H, Steeds RP, Welin C, de Jonge P. Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2013;203(2):90–102. doi: 10.1192/bjp.bp.112.111195.
 12. Ginty AT, Kraynak TE, Fisher JP, Gianaros PJ. Cardiovascular and autonomic reactivity to psychological stress: neurophysiological substrates and links to cardiovascular disease. *Autonomic Neuroscience*. 2017;207:2–9. doi: 10.1016/j.autneu.2017.03.003.
 13. Dar T, Radfar A, Abohashem S, Pitman RK, Tawakol A, Osborne MT. Psychosocial stress and cardiovascular disease. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 2019;21(5):23. doi: 10.1007/s11936-019-0724-5.
 14. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: a review.

- Experimental and clinical sciences journal*. 2017;16:1057-1072. doi: 10.17179/excli2017-480.
15. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004;130(4):601-630. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.601.
16. Shimbo D, Cohen MT, McGoldrick M, Ensari I, Diaz KM, Fu J, Duran AT, Zhao S, Suls JM, Burg MM, Chaplin WF. Translational research of the acute effects of negative emotions on vascular endothelial health: findings from a randomized controlled study. *Journal of the American Heart Association*. 2024;13(9):e032698. doi: 10.1161/JAHA.123.032698.
17. von Känel R, Schmid JP, Meister-Langraf RE, Barth J, Znoj H, Schnyder U, Princip M, Pazhenkottil AP. Pharmacotherapy in the management of anxiety and pain during acute coronary syndromes and the risk of developing symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Heart Association*. 2021;10(2):e018762. doi: 10.1161/JAHA.120.018762.
18. Ladwig KH, Baumert J, Marten-Mittag B, Lukaschek K, Johar H, Fang X, Ronel J, Meisinger C, Peters A; KORA Investigators. Room for depressed and exhausted mood as a risk predictor for all-cause and cardiovascular mortality beyond the contribution of the classical somatic risk factors in men. *Atherosclerosis*. 2017;257:224-231. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.12.003.
19. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*. 1997;12(7):439-445. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x.
20. Bolgeo T, Di Matteo R, Simonelli N, Dal Molin A, Lusignani M, Bassola B, Vellone E, Maconi A, Iovino P. Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item general anxiety disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population. *Journal of Affective Disorders*. 2023;334:213-219. doi: 10.1016/j.jad.2023.04.140.
21. Paterno E, Glynn RJ, Levin R, Lee MP, Huybrechts KF. Benzodiazepines and risk of all cause mortality in adults: cohort study. *BMJ*. 2017;358:j2941. doi: 10.1136/bmj.j2941.
22. Ojero-Senard A, Benevent J, Bondon-Guitton E, Durrieu G, Chebane L, Araujo M, Montastruc F, Montastruc JL. A comparative study of QT prolongation with serotonin reuptake inhibitors. *Psychopharmacology*. 2017;234(20):3075-3081. doi: 10.1007/s00213-017-4685-7.
23. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, Conca A, Deckert J, Domschke K, Eckermann G, Egberts K, Gerlach M, Greiner C, Gründer G, Haen E, Havemann-Reinecke U, Hefner G, Helmer R, Janssen G, Jaquenoud E, Laux G, Messer T, Mössner R, Müller MJ, Paulzen M, Pfuhlmann B, Riederer P, Saria A, et al. Consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology: update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2018;51(1-02):9-62. doi: 10.1055/s-0043-116492.
24. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, Iliou MC, Pedretti RFE, Schmid JP, Vigorito C, Voller H, Wilhelm M, Piepoli MF, Bjarnason-Wehrens B, Berger T, Cohen-Solal A, Cornelissen V, Dendale P, Doehner W, Gaita D, Gevaert AB, Kemps H, Kraenkel N, Laukkanen J, Mendes M, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2021;28(5):460-495. doi: 10.1177/2047487320913379.
25. Richter D, Guasti L, Walker D, Lambrinou E, Lionis C, Abreu A, Savelieva I, Fumagalli S, Bo M, Rocca B, Jensen MT, Pierard L, Sudano I, Aboyans V, Asteggiano R. Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. A consensus document of the Council for Cardiology Practice (CCP), Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Council on Valvular Heart Diseases (VHD), Council on Hypertension (CHT), Council of Cardio-Oncology (CCO), Working Group (WG) Aorta and Peripheral Vascular Diseases, WG e-Cardiology, WG Thrombosis, of the European Society of Cardiology, European Primary Care Cardiology Society (EPCCS). *European Journal of Preventive Cardiology*. 2022;29(1):216-227. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa167.
26. Cooper M, Avery L, Scott J, Ashley K, Jordan C, Errington L, Flynn D. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060214. doi: 10.1136/bmjopen-2021-060214.
27. Gilman SE, Sucha E, Kingsbury M, Horton NJ, Murphy JM, Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952-2011. *Canadian Medical Association journal*. 2017;189(42):E1304-E1310. doi: 10.1503/cmaj.170125.
28. Kronish IM, Moise N, Cheung YK, Clarke GN, Dolor RJ, Duer-Hefe J, Margolis KL, St Onge T, Parsons F, Retuerto J, Thanataveerat A, Davidson KW. Effect of depression screening after acute coronary syndromes on quality of life: the CODIACS-QoL randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(1):45-53. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4518.
29. Whooley MA. Screening for depression—a tale of two questions. *JAMA Internal Medicine*. 2016;176(4):436-438. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.8493.
30. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, Albanese G, Kronish I, Hegel M, Burg MM. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*. 2010;170(7):600-608. doi: 10.1001/archinternmed.2010.29.
31. Beach SR, Kostis WJ, Celano CM, Januzzi JL, Ruskin JN, Noseworthy PA, Huffman JC. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(5):e441-e449. doi: 10.4088/JCP.13r08672.

MENTAL HEALTH AND CARDIOVASCULAR DISEASES: 2025 CLINICAL CONSENSUS STATEMENT OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

V. A. Snezhitskiy, S. L. Boyko

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Background. The comorbidity of mental and cardiovascular diseases (CVD) represents a significant clinical problem associated with worse prognosis. However, until now, there has been a lack of systematic evidence-based guidelines for its management in cardiological practice.

Objective: To inform the medical community about the key provisions and practical algorithms of the first 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and CVD.

Material and methods. The Consensus is based on a critical analysis of over 680 scientific publications, including meta-analyses, large-scale population registry studies, prospective cohorts, and randomized clinical trials, summarizing the experience of managing millions of patients worldwide.

Results. The Consensus establishes a bidirectional relationship between mental disorders and CVD. Depression, anxiety, and chronic stress are proven to be independent risk factors for the development of CVD (HR 1.14–1.55; RR 1.26–1.52), comparable in strength to traditional factors. The reverse vector («Heart → Psyche») is characterized by a high prevalence of affective disorders (20–30%) in cardiac patients, which worsen clinical outcomes. The document provides specific tools: a two-step screening algorithm using validated scales (PHQ-9, GAD-7), pharmacotherapy recommendations considering cardiovascular risks, and a multidisciplinary team approach. The practical ACTIVE (Acknowledge, Check, Tools, Implement, Venture, Evaluate) principle for integrated care is proposed.

Conclusions. The 2025 ESC Clinical Consensus marks a paradigm shift, positioning the assessment of mental health as a mandatory component of cardiovascular examination. The implementation of standardized screening and multidisciplinary management is a new evidence-based standard of care aimed at improving clinical outcomes and patients' quality of life.

Keywords: clinical consensus, mental health, cardiovascular diseases, comorbidity, depression, anxiety, screening, cardiovascular risk, ESC 2025, multidisciplinary approach

For citation: Snezhitskiy VA, Boyko SL. Mental health and cardiovascular diseases: 2025 Clinical Consensus Statement of the European Society of Cardiology. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2025;23(6):617–623. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2025-23-6-617-623>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Об авторах / About the authors

Снежицкий Виктор Александрович / Snezhitskiy Viktor, e-mail: snezh@grsmu.by, ORCID: 0000-0002-1706-1243

Бойко Светлана Леонидовна / Boyko Svetlana, ORCID: 0000-0002-8767-6892

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 19.09.2025

Принята к публикации / Accepted for publication: 25.11.2025