

DOI: 10.25629/НС.2026.01.09

УДК: 159.9; 316.6

ВАК: 5.3.5. Социальная психология, политическая и экономическая психология

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ: СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕЖЛИЧНОСТНОЕ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ****Семисчастнова М.М., Константинов В.В.**  
Пензенский государственный университет**Аннотация**

Статья посвящена системному анализу психосоциальных детерминант сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Рассматриваются особенности межличностного взаимодействия кардиологических пациентов, как независимого фактора риска в этиологии ССЗ. Обосновывается взаимосвязь, согласно которой дезадаптивные личностные черты и сопутствующая психопатология детерминируют нарушения общения, формируя патологический круг хронического стресса, оказывающий негативное влияние на клиническую динамику. Подчеркивается значимость эмоционально-ориентированных вмешательств, направленных на улучшение показателей здоровья сердечно-сосудистой системы. Раскрывается значимость социальной поддержки, как важного защитного ресурса, выполняющего буферную функцию между стрессорным воздействием и его негативными последствиями для пациента. Новизна представленной работы заключается в синтезе классических психосоматических теорий с актуальной проблемой цифровизации здравоохранения. На современном этапе цифровые медицинские решения вносят значительный вклад в укрепление не только физического, но и психического здоровья пациентов. Избирательное и целенаправленное использование цифровых медицинских технологий имеет ряд преимуществ в улучшении психосоциального статуса пациентов. Направление оптимизации кардиологической помощи в настоящее время невозможно без интеграции междисциплинарного подхода, сочетающего в себе кардиологию, медицинскую психологию и цифровые решения.

**Ключевые слова**

межличностные отношения, межличностное взаимодействие, сердечно-сосудистые заболевания, пациенты с кардиопатологиями

**Об авторах**

**Семисчастнова Марина Михайловна**, Пензенский государственный университет, AuthorID 1275133, ORCID: 0009-0007-6539-5188, msemch@mail.ru,

**Константинов Всеволод Валентинович**, доктор психологических наук, профессор, Российская академия образования, Пензенский государственный университет, AuthorID: 8343643600, ORCID: 0000-0002-1443-3195, konstantinov\_vse@mail.ru

## Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, занимая лидирующие позиции в структуре общей патологии человека. Данные заболевания выступают ключевым фактором, обуславливающим снижение качества жизни населения и высокие показатели преждевременной смертности, а также создающим существенное экономическое давление на систему здравоохранения. Согласно данным медицинской статистики, наибольший вклад в структуру заболеваемости и смертности от ССЗ вносят атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и пороки сердца [1].

В кардиологической практике отмечается рост интереса к роли психосоциальных аспектов, которые рассматриваются не только в качестве триггеров возникновения болезней сердца, но и как значимые прогностические факторы их исхода. Современные эпидемиологические и психосоматические исследования убедительно демонстрируют, что качество межличностных взаимодействий является независимым фактором риска в этиологии кардиоваскулярных заболеваний. Психосоциальный стресс, индуцированный межличностными конфликтами, провоцирует комплекс патофизиологических реакций, включая дисфункцию нервной системы и оксидативный стресс, которые вносят прямой вклад в развитие патологий сердечно-сосудистой системы [2].

Обоснованная необходимость углублённого исследования коммуникативных особенностей кардиологических пациентов в ближайшем социальном окружении является методологической основой для разработки и внедрения эффективных поведенческих стратегий, нацеленных на оптимизацию клинических результатов. Ключевая роль коммуникации в данном контексте обусловлена тем, что её качество, выступая структурным элементом системы социальной поддержки, детерминирует уровень комплаенса, модулирует психоэмоциональный статус пациента и, как следствие, оказывает непосредственное влияние на показатели качества жизни и клинический прогноз заболевания [3].

Настоящая статья представляет собой нарративный обзор литературы, направленный на систематизацию и анализ современных научных данных о роли межличностных факторов в этиопатогенезе и течении заболеваний сердца. Методология работы базируется на принципах системного подхода, позволяющего рассмотреть взаимосвязь личностных черт, качества социальных интеракций, уровня социальной поддержки и клинических исходов в едином контексте. Особое внимание уделяется интеграции классических психосоматических теорий с новейшими исследованиями в области цифровых медицинских решений.

## Аналитическая часть

Межличностная коммуникация представляет собой сложное многоуровневое явление, тесно связанное с социальной ситуацией, индивидуальными особенностями личностного развития, преобладающим типом совладающего поведения, возможностями и самочувствием человека, которые, в свою очередь, зависят от состояния его здоровья. Социальное взаимодействие, являясь фундаментальным основанием социальной жизни, создает комплекс задач. Успешность их решения детерминирует ключевые аспекты человеческого существования: психоэмоциональное состояние, самоотношение, жизненные перспективы и общую удовлетворенность.

В процессе взаимодействия закономерно формируется система социальных связей, дифференцирующихся по степени устойчивости и длительности. Наряду с ситуативными и кратковременными контактами, возникают стабильные долгосрочные отношения. Особую категорию среди них составляют отношения повышенной значимости, которые играют критическую роль в обеспечении не только социальной адаптации и благополучия индивида, но и его физического выживания [4].

Ситуация соматического заболевания вносит существенные коррективы в интерперсональное взаимодействие, проявляющиеся усилением одиночества, зависимости, тревожности в отношениях. Выраженность этих изменений также определяется нозологией и степенью тяжести болезни. Патологические процессы влияют на межличностную сферу двояко: непосредственно через физиологические ограничения, и опосредованно – через изменение эмоционального фона, когнитивных функций и поведения, что существенно модифицирует характер социальных контактов. В частности, можно наблюдать редукцию коммуникативной активности, возрастание конфликтности, нарушение способности к эмпатии и построению долгосрочных социальных связей. Таким образом, формируется порочный круг: заболевание провоцирует психологическую дезадаптацию, которая, в свою очередь, деструктивным образом влияет на систему социальных отношений, лишая индивида критически важной поддержки на этапе лечения и реабилитации, что в конечном итоге может негативно сказаться на течении заболевания [5].

Исследование проблематики межличностных отношений требует применения комплексного методологического подхода, так как удовлетворенность взаимодействием формируется под влиянием множества неоднородных факторов.

В структуре интерперсонального взаимодействия кардиопациентов важное значение имеет личностный компонент, включающий несколько значимых аспектов: клиническую картину заболевания, внутреннюю картину болезни, индивидуальные особенности больного.

Общим в клинической картине кардиологических больных является наличие психической астенизации, проявляющееся повышенной утомляемостью, дневной сонливостью, снижением физической активности, ослаблением внимания и памяти, аффективной лабильностью, которая сопровождается вегетативными нарушениями. Более 60 % всех обращений пациентов составляют жалобы, связанные с астеническими проявлениями [6].

Современные исследования в области кардиологии все чаще фокусируются на изучении психологических конструкторов, ассоциированных с сердечно-сосудистым здоровьем. Среди них ключевое место занимают психосоциальный стресс, стратегии совладания, тревожно-депрессивная симптоматика, особенности системы привязанности и неблагоприятный опыт раннего детства. Многочисленные исследования подтверждают, что формирующийся под влиянием этих факторов психологический профиль кардиологического пациента выступает значимым предиктором качества его межличностных отношений [7].

Было установлено, что определенные коронарные типы личностного профиля повышают уязвимость к ССЗ. Классической моделью является поведение типа А (Friedman, Rosenman), для которого характерны комплекс честолюбия, нетерпеливости, соперничества и, что наиболее важно, враждебности и гнева. Эти черты напрямую детерминируют стиль общения: порождают конфликтность, агрессивность и неспособность к кооперации, что закономерно приводит к росту напряженности в ближайшем окружении и постепенной социальной изоляции [8].

Дальнейшим развитием этой концепции стало выделение Denollet типа личности D («дис-тресс-тип») [9]. Данный профиль характеризуется склонностью к негативной аффективности (постоянному переживанию негативных эмоций) и социальному ингибированию (сдерживанию внешнего проявления чувств и действий при общении с другими) [7].

Пациенты с типом D регулярно накапливают отрицательные эмоции, но не могут эффективно разделить их с окружающими. Это неумение выражать переживания (отрицательная аффективность) признается самостоятельным патогенным фактором. Социальное ингибирование приводит к эмоциональной отстраненности, неумению просить о помощи и поддержке, что обедняет социальные связи и делает их формальными. Такие пациенты склонны к моделированию «тревожного» стиля жизни и развитию саморазрушающего поведения на фоне физиологической гиперреактивности симпатoadреналовой системы. Распространенность типа D, составляя около 20% в общей популяции, достигает 53% среди больных ССЗ, что подчеркивает его клиническую значимость [1].

Хронически повышенный уровень стресса у пациентов с коронарными патологиями, служит фоном, на котором дезадаптивные личностные черты негативно влияют как на патогенез, так и на качество социальных контактов [10].

Тревожно-депрессивная симптоматика значительно ограничивает коммуникативные возможности кардиологического больного [11]. Распространенность тревожных и депрессивных симптомов среди кардиологических пациентов составляет 32,9% и 31,3% соответственно, причем женщины составляют группу повышенного риска. Примерно у каждого пятого пациента диагностируется клиническая депрессия, проявляющаяся потерей интереса к общению, апатией и ангедонией, что делает взаимодействие с ними –эмоционально истощающим для близких, мешает личной, профессиональной и общественной деятельности. Высокий уровень тревоги усиливает эгоцентризм, потребность в поддержке и чувствительность к критике, дополнительно нарушая коммуникацию. К сопутствующим симптомам относятся нарушения сна, снижение аппетита, усталость и суицидальные мысли [9].

Таким образом, психологический профиль пациента с ССЗ, включающий комплекс черт (низкая стрессоустойчивость, враждебность, негативная аффективность, социальное ингибирование, тревога и депрессия), оказывает значимое деструктивное влияние на его межличностные отношения.

Особую роль в данном контексте играет семья как ключевая система социальной поддержки кардиологических больных. Влияние семьи на течение болезни оценивается через анализ ее функционирования. Оно определяется тем, как члены семьи общаются друг с другом, выполняют семейные роли, справляются с семейным стрессом и адаптируются к нему, а также взаимодействуют с другими членами семьи [12].

Теория семейных систем М. Bowen представляет семью как сложную социальную систему, элементы которой взаимосвязаны. Особое внимание при этом уделяется эмоциональному функционированию семьи, осуществляемому с помощью комплекса аффективных проявлений и поведенческих реакций. Повышенная эмоциональная реактивность опосредует динамику внутрисемейных отношений [13]. Применение этой теоретической модели к контексту соматического заболевания, в частности кардиологической патологии, позволяет утверждать, что болезнь одного из членов семьи является мощным дестабилизирующим фактором. Нарушение гомеостаза семейной системы, обусловленное сердечным заболеванием одного из ее членов, характеризуется тем, что близкие пациента синхронизируются с его эмоциональным состоянием, разделяя возникающую аффективную динамику. Как и пациент, они испытывают стресс, сопряженный с моментом постановки диагноза, процессом лечения и неопределенностью исхода [14].

Качество отношений в паре отражается на здоровье сердца как напрямую, так и косвенно [15]. Прямые пути включают влияние психологических и физических проблем на сердечно-сосудистую, нейроэндокринную и иммунную системы. Психологический стресс, вызванный напряжением в отношениях или враждебностью, может активировать симпатическую нервную систему, что приводит к повышению артериального давления, частоты сердечных сокращений и сердечного выброса [16].

Косвенные пути, посредством которых качество отношений в паре влияет на здоровье сердца, включают в себя поведение, связанное со здоровьем, обусловленное взаимодействием внутри семьи. Проблемы в отношениях могут привести к рискованному для здоровья поведению, такому как курение и употребление алкоголя, тогда как лучшая супружеская адаптация и позитивное диадическое преодоление трудностей связаны с улучшением соблюдения режима лечения и прохождения кардиореабилитации (КР) [17].

Поддерживающие отношения связаны с улучшением вариабельности сердечного ритма (ВСР) – показателя способности сердца реагировать на стресс. Характеризующиеся удовлетворением и минимальной враждебностью, они ассоциированы с лучшими показателями кардиологического здоровья, тогда как напряженные отношения или чувство оторванности от близких людей могут привести к неблагоприятным последствиям [18].

Позитивная поддержка, оказываемая партнером, реализует кардиопротекторную функцию через профилактику метаболического синдрома и снижение риска послеоперационных осложнений. Согласно эмпирическим данным, основанным на длительных наблюдениях, у пациентов, сообщающих об удовлетворительных отношениях, вероятность остаться в живых через 15 лет после операции аортокоронарного шунтирования увеличивается в 3 раза [19].

Функционирование семьи играет важную роль в долгосрочном самоконтроле и соблюдении режима лечения. Установлено, что высокая приверженность лечению коррелирует с наличием стабильных семейных отношений и выраженной социальной поддержкой кардиологических пациентов [20].

Ученые, изучающие межличностную динамику, применили теорию привязанности J. Bowlby, чтобы подтвердить наличие взаимосвязи между качеством отношений и здоровьем, а также рассмотреть роль дистресса в данном контексте [21]. Теория привязанности определяет, что все люди имеют врожденную потребность в эмоциональных связях со значимым для них окружением. Когда эти связи находятся под угрозой (например, во время сердечного приступа), возникает значительный стресс, и активируется поведение привязанности (например, поиск близости), а также поведение заботы (например, защита) в попытке обрести уверенность и/или эмоциональный гомеостаз.

Эмоционально-ориентированные вмешательства, основанные на теории привязанности, направлены на формирование безопасной диадической связи за счет развития способности партнеров к открытому выражению своих эмоций и взаимной поддержки в состоянии психологической уязвимости. Данные вмешательства приводят к повышению удовлетворенности отношениями и улучшению показателей здоровья (снижению частоты сердечных сокращений и уровня кортизола) во время стрессовых ситуаций [22].

Семья выступает не просто фоном, а значимым психосоциальным фактором, который может как усугублять психологическую дезадаптацию больного, так и выступать ресурсом для его реабилитации [23]. Эффективная помощь, ориентированная на пациента и семью, невозможна без понимания того, как заболевание влияет на функционирование семейной системы.

Сердечно-сосудистые заболевания являются не только физическим, но и глубоким психосоциальным испытанием для пациента. Чувство тревоги, изоляции, страх перед будущим и необходимость коренным образом менять образ жизни создают значительную нагрузку на психику.

Хотя социальные связи являются фундаментальным аспектом жизни пациентов, критическим фактором для кардиологического больного оказывается не наличие, а именно качество отношений. Это объясняется тем, что некоторые социальные связи могут быть навязчивыми, стрессовыми или, в лучшем случае, поверхностными. В данном контексте ключевое значение приобретает социальная поддержка, которая является существенной частью межличностной коммуникации, и понимается как комплекс вербальной и невербальной информации, благодаря которой человек осознаёт свою ценность для окружающих, чувствует уважение, эмоциональную включённость и принадлежность к социальной сети, основанной на взаимных обязательствах [24].

Социальная поддержка, осуществляемая в процессе межличностного взаимодействия, способна оказывать благотворное влияние на процесс коммуникации и снижать воздействие жизненного стресса на здоровье, особенно тех людей, которые справляются со сложными хроническими заболеваниями. Согласно концепции J. Kassel, S. Cobb, наличие поддерживающего социального окружения рассматривается не только в качестве фактора профилактики и смягчения заболеваний, но и как важный ресурс, выполняющий защитную функцию между стрессовым воздействием и его негативными последствиями для индивида [25].

Социальная поддержка оказывает положительное влияние на процесс лечения: способствует сокращению объёма необходимой медикаментозной терапии, ускоряет восстановление и повышает приверженность пациентов лечебным рекомендациям. Однако, клинически значимый эффект определяется прежде всего ее качественными характеристиками, находящимися отражение в уровне воспринимаемой эмоциональной поддержки. Многочисленные исследо-

вания подтверждают наличие устойчивой связи между дефицитом воспринимаемой социальной поддержки и неблагоприятными результатами в отношении здоровья у лиц с ИБС, включая повышение показателей заболеваемости, смертности и снижение качества жизни, связанного со здоровьем [26, 27], 28]. С воспринимаемой социальной поддержкой тесно связан субъективный уровень усталости кардиологических больных, часто остающийся без внимания в клинической практике, причем эта связь имеет выраженные различия в зависимости от наличия или отсутствия депрессивной симптоматики [24].

Недостаточность социальной или супружеской поддержки являются значимым, независимым предиктором негативного прогноза у пациентов с сердечными заболеваниями. Это обуславливает необходимость включения в программы кардиореабилитации и профилактики специализированных компонентов, ориентированных на коррекцию социального контекста пациентов [26].

Согласно данным систематического обзора исследований, нарушение социального здоровья, проявляющееся в ограничении социальных связей, переживании одиночества и социальной изоляции, повышает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ИБС на 29% и инсульта на 32% [29]. Установлена связь между повышенным артериальным давлением и состоянием одиночества у пациентов среднего и пожилого возраста, которая усиливается по мере старения [28]. Это обусловлено такими факторами как: снижение подвижности и когнитивных способностей, потеря социальных сетей, раздробленность семьи, более тяжелое состояние здоровья и ограниченность материальных ресурсов [27].

Близкое окружение и семья пациента традиционно выступают источником социальной поддержки. Однако в современных реалиях, когда семьи не всегда справляются, а живое общение ограничено, цифровые технологии становятся новым, а иногда и единственным каналом, восполняющим дефицит общения, информации и участия.

Цифровые методы здравоохранения могут улучшить не только клинические результаты пациентов с заболеваниями сердца. Исследования убедительно демонстрируют, как избирательное и целенаправленное использование цифровых медицинских технологий: мобильное здравоохранение, удаленный мониторинг состояния пациентов, телемедицина и телездоровоохранение, может иметь ряд преимуществ в улучшении психологической поддержки и социальной адаптации данной группы пациентов [30].

Внедрение цифровых решений в части кардиологической помощи особенно актуально для реализации персонализированного подхода, поскольку позволяет учитывать факторы, влияющие на результат лечения конкретного пациента [31].

Положительные изменения ярко проявляются в контексте кардиореабилитации с телемедицинским сопровождением. Исследования подтверждают, что поддержка, оказываемая в рамках таких программ, напрямую способствует повышению качества жизни пациентов с сердечной недостаточностью (СН). Это улучшение обусловлено рядом ключевых факторов, включая повышение толерантности к физической нагрузке, улучшение умственных, социальных и сексуальных функций [32]. Известно, что качество жизни связано с аспектами, выходящими за рамки физических возможностей, в данном контексте практика упражнений в формате телереабилитации выступает не только как метод улучшения соматического состояния, но и как инструмент позитивного воздействия на психическое и социальное благополучие пациентов [33].

Групповые форматы онлайн-занятий при реализации телереабилитационных программ предполагают совместное выполнение упражнений под руководством инструктора, что создает у ее участников эффект присутствия в группе, ощущение причастности к общему делу. Анализ результатов внедрения данных программ у кардиопациентов разных нозологических групп (СН, ИБС), выявил значимые положительные изменения. Обмен личным опытом в преодолении болезни, взаимопомощь, снижение чувства изоляции, способствуют формированию устойчивой системы социально-психологической поддержки [34].

Приложения мобильного здравоохранения (m-Health) и носимые устройства стремительно трансформируют методы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. К ним

относится использование мобильных устройств, таких как смартфоны и планшеты для проведения медицинских вмешательств, содействия вовлечению и соблюдению пациентами режима лечения, а также облегчения удаленного мониторинга.

В основе технологий мобильного здравоохранения лежит комплексный подход, сочетающий в себе психосоциальную поддержку с клиническим мониторингом, способствующий повышению качества кардиологической помощи, ориентированной на пациента [35].

Участники клинических исследований, применявшие систему m-Health решений для управления сердечной недостаточностью, отметили, что такие практики способствовали улучшению навыков самоконтроля своего состояния, повышению уверенности в собственных силах, снижению уровня воспринимаемой изоляции [36].

Основным преимуществом носимых устройств является их интеграция с традиционным здравоохранением, позволяющая обмениваться данными между пациентами и медицинскими работниками.

Эффективность цифровых технологий здравоохранения, направленных, в том числе, на поддержку психосоциального благополучия кардиологических пациентов, подтверждается современными исследованиями. Несмотря на их активное включение в системы здравоохранения разных стран и доказанные преимущества, уровень их интеграции в клиническую практику остается довольно низким [37]. Основными препятствиями являются: отсутствие правового регулирования процесса, вопросы кибербезопасности медицинских данных пациентов, неравенство в доступе для различных социальных групп [36].

## **Выводы**

Течение и исход сердечно-сосудистых заболеваний критически зависят от качества психосоциального функционирования пациента, которое реализуется через систему межличностных отношений [38].

Анализируемые в данной работе факторы образуют многоуровневую систему, связывающую психологический профиль пациента с клиническим исходом ССЗ через цепочку опосредующих механизмов, которая позволяет рассматривать терапевтические вмешательства на каждом ее уровне.

Уровень 1. Личностные факторы: дезадаптивные черты (тип А, тип D), тревожно-депрессивная симптоматика, негативный детский опыт, ненадежный тип привязанности.

Уровень 2. Нарушения межличностного взаимодействия: конфликтный/избегающий стиль коммуникации, эгоцентричность, неспособность просить о поддержке.

Уровень 3. Социальный контекст: снижение качества и уровня социальной поддержки, напряженность в семейной системе, социальная изоляция и одиночество.

Уровень 4. Клинические исходы: хронический психосоциальный стресс, патофизиологические реакции, ухудшение течения и прогноза ССЗ.

Ключевым терапевтическим ресурсом, способным компенсировать влияние этой многоуровневой системы риска, выступает качественная социальная поддержка, источником которой традиционно выступает семья, в то время как сегодня ее действенным инструментом становятся цифровые технологии, доказавшие свою эффективность в улучшении соматического и психосоциального статуса кардиологических пациентов [37].

Представленный анализ позволяет не только констатировать взаимосвязи, но и наметить исследовательские и практические векторы.

1) На данном этапе существует очевидная потребность в исследованиях, которые могли бы оценить вклад улучшения межличностных отношений в развитие клинической картины людей с кардиологическими заболеваниями.

2) Необходимо двигаться от констатации психосоциальных рисков к созданию алгоритмов по их скринингу и этапному ведению в рамках кардиологической практики.

3) Развитие цифровых решений должно идти параллельно с решением вопросов цифрового неравенства и этических дилемм для того, чтобы обеспечить реальное повышение доступности кардиологической помощи.

## Библиография

1. Еремина Д.А. Психологические факторы в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний // Теоретическая и экспериментальная психология. 2021. № 4(14). С. 66-78. DOI: 10.24412/2073-0861-2021-4-66-78
2. Mazzoni D., Baker E.A., Hudson D.L., Pravettoni G. Editorial: the impact of social connections on patients' health // Front. Psychol. 2022. Vol. 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.909498
3. Гартфельдер Д.В. Динамика отношения пациента с кардиологическими проблемами к болезни и окружающим // Профессия: теория и практика. 2017. № 5. С. 51-53.
4. Небродовская-Мазур Е.Ю. Изучение механизмов и феноменов межличностных отношений в современной социальной психологии // Педагогика и психология. 2024. Т. 12. № 4. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/78PSMN424.pdf> (Дата обращения 21.10.2025).
5. Трифонов Д.А. Межличностное взаимодействие пациентов соматического профиля // Теоретическая и экспериментальная психология. 2021. Т. 14 № 2. С. 6-24.
6. Копылов Ф.Ю., Никитина Ю.М., Макух Е.А. Астенический синдром в кардиологической практике // Кардиосоматика. 2021. Т 2. №1. С. 71-75.
7. Carola V., Vincenzo C., Vincenzo G., Morale C., Cecchi V., Nicolais G. // Psychological risk factors and cardiovascular disease Front. Psychol., 30 September 2024. Sec. Health Psychology. 2024. Vol. 15. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1419731
8. Fernandez E. & Smith T.W. Anger, Hostility, and Cardiovascular disease in the context of interpersonal relationships // Reference work entry. 2016. P. 666-683. DOI: 10.1007/978-981-287-206-7\_31
9. Denollet J., Freedland K.E., Carney R.M. et al. Cognitive-affective symptoms of depression after myocardial infarction: different prognostic importance across age groups // Psychosom. Med. 2013. Vol. 75 (7). DOI: 10.1097/PSY.0b013e31829dbd36
10. Wirtz P. H. and von Känel R. Psychological stress, inflammation and coronary heart disease // Curr. Cardiol. Rep. 2017. 19. DOI: 10.1007/s11886-017-0919-x
11. Garganeva N.P., Kornetov N.A., Belokrylova M.F. Psychosocial factors, anxiety and depressive disorders in patients with coronary artery disease: problems of comorbidity and prognosis // Russian Journal of Cardiology. 2020. 25(9). DOI: 10.15829/1560-4071-2020-4040
12. Ni H., Lin Y., Peng Y., Li S., Huang X., Chen L. Relationship between family functioning and medication adherence in chinese patients with mechanical heart valve replacement: a moderated mediation model // Front. Pharmacol. 2022. Vol. 13. DOI: 10.3389/fphar.2022.817406
13. Боуэн М. Теории семейных систем. М.: Когито-Центр, 2005. 496 с.
14. Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Консультативная психология и психотерапия. 2005. № 2(13). URL: [https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2005\\_n2/2608](https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2005_n2/2608) (Дата обращения: 23.10.2025).
15. Azizi B., Soltani D., Arero A.G., Karimi A.S., Ramezani A., Farahani A., Ashraf H., Akhondzadeh S., Khosravi H., Nateghi S. & Dadpey T. Marital quality-a neglected player in the prevention of cardiovascular diseases: a systematic review of longitudinal studies psychological aspects of cardiovascular diseases. 2024. Vol. 26. DOI: 10.1007/s11886-024-02082-x
16. Valtorta N. K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S. and Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies // Heart 2016. 102. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-308790

17. Tulloch H.E., Greenman P.S., Reed J., Susinski S., Kasos E., Tasca G.A., Mielniczuk L., Wells G., Louise Y., Sun L.Y., Johnson S.M. Healing Hearts Together – an emotionally focused intervention for couples after a cardiac event: a randomized controlled trial protocol // *Front. Psychol.* 2025. Vol. 16. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1564666
18. Tulloch H., Tohnson J., Demidenko S., Clyde N., Bouchard M. K. & Greenman P. S. An attachment-based intervention for patients with cardiovascular disease and their partners: A proof-of-concept study // *Health Psychology.* 2021. 40(12). DOI: 10.1037/hea0001034
19. Лишук А.Н., Голубева Н.В., Колтунов А.Н., Корниенко А.Н., Есион Г.А., Карпенко И.Г., Иванов Д.В. Влияние межличностных семейных отношений на результаты кардиохирургических операций // *Вестник новых медицинских технологий.* 2019. № 2. С. 138-147. DOI: 10.24411/2075-4094-2019-16379
20. Roberson P. N. E., Shorter R. L., Woods, S. and Priest J. How health behaviors link romantic relationship dysfunction and physical health across 20 years for middle-aged and older adults // *Soc. Sci. Med.* 2018. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.01.037
21. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books, 1980. 320 p.
22. Rapelli G., Giusti E.A., Tarquinio C., Varallo G., Franceschini C., Musetti A., Gorini A., Castelnuovo G., Pietrabissa G. Psychological couple-oriented interventions for patients with heart disease and their partners: a scoping review and guidelines for future interventions // *Front. Psychol.* 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1194767
23. Zhang Y. Family functioning in the context of an adult family member with illness: a concept analysis. // *J. Clin. Nurs.* 27. 2018. P. 3205-3224. DOI: 10.1111/jocn.14500
24. Kazukauskiene N., Bunevicius A., Gecaite-Stonciene J., Fatigue B.J., Social support, and depression in individuals with coronary artery disease // *Front. Psychol.* 2021. 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.732795
25. Cobb S. Social support as a moderator of life stress *Psychosomatic Medicine*, 1976. Vol. 38.
26. Compare A., Zarbo C., Manzoni G.M., Castelnuovo G., Baldassari E., Bonardi A., Callus E., Romagnoni C. // Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review // *Front Psychol.* 2013. DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00384
27. Freak-Poli R., Ryan J., Neumann J.T., Tonkin A., Reid C.M., Woods RL, Nelson M, Stocks N, Berk M, McNeil JJ BMC. Geriatrics Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality // *BMC Geriatr.* 2021. 21(7). DOI: 10.1186/s12877-021-02602-2
28. Xia N., LiAuthors H. Info & affiliations loneliness, social isolation, and cardiovascular health // *Antioxidants & Redox Signaling.* 2018. Vol. 28. P. 837-851. DOI: 10.1089/ars.2017.7312
29. Gronewold J., Engels M. The lonely brain – associations between social isolation and (cerebro-) vascular disease. From the perspective of social neuroscience // *Integr. Neurosci.* 2022. Vol. 16. DOI: 10.3389/fnint.2022.729621
30. Uchmanowicz I., Wleklik M., Foster M., Olchowska-Kotala A., Vellone E., Kaluzna-Oleksy M., Szczepanowski R., Uchmanowicz B., Reczuch K., Jankowska E.A. Digital health and modern technologies applied in patients with heart failure: can we support patients' psychosocial well-being? // *Front. Psychol.* 2022. Vol. 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.940088
31. Груздева А. А., Хохлов А. Л., Ильин М. В., Мушников Д.Л. Возможности цифровых технологий в обеспечении принципа персонализации медицинской помощи кардиологического профиля // *Медицинская этика, № 3.* 2021. С. 13-16. DOI: 10.24075/medet.2021.024
32. Cordeiro ALL, da Silva Miranda A, de Almeida HM, Santos P. Quality of life in patients with heart failure assisted by telerehabilitation: a systematic review and meta-analysis // *Int. J. Telerehabil.* 2022. 14(1). DOI: 10.5195/ijt.2022.6456
33. Piotrowicz E., Stepnowska M., Leszczy-ska-Iwanicka K., Piotrowska D., Kowalska M., Tylka J., Piotrowski W., & Piotrowicz R. Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation—a randomized controlled study // *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2015. 14(3). P. 256–263. DOI: 10.1177/1474515114537023

34. Jacobsson RJ, Oikarinen A, Krogell J, Kankkunen P. Group-based cardiac telerehabilitation interventions and health outcomes in coronary patients: a scoping review // *Clinical Rehabilitation*. 2023. 38(2). P. 184-201. DOI: 10.1177/02692155231202855

35. Ahmad O. M., Ibrahim R., Odunsi D. I., et al. Role of mobile health and wearable devices in cardiovascular disease prevention: a comprehensive review // *Cureus*. 2025. 17(5): e83673. DOI: 10.7759/cureus.83673

36. Hägglund E, Strömberg A, Hagerman I, Lyngå P. Theory testing of patient perspectives using a mobile health technology system in heart failure self-care // *Cardiovasc Nurs*. 2019. 34(6). P. 448-453. DOI: 10.1097/JCN.0000000000000595

37. Волкова О.А., Бударин С.С., Смирнова Е.В., Эльбек Ю.В. Опыт использования телемедицинских технологий в системах здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации: систематический обзор // *Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2021. 14 (4). С. 549-562. DOI: 10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2021.109

38. Kupper N., Houdt S., Kuijpers P.M., Widdershoven J., The importance, consequences and treatment of psychosocial risk factors in heart disease: less conversation, more action! // *Neth Heart*. 2024. 32. DOI: 10.1007/s12471-023-01831-x

Поступила в редакцию: 27.11.25

Принята к публикации: 20.01.26

## PSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF CARDIOVASCULAR DISEASES: A SYSTEMATIC VIEW OF INTERPERSONAL INTERACTION

**Semischastnova M.M., Konstantinov V.V.**

Penza State University

### **Abstract**

*The article is devoted to a systematic analysis of the psychosocial determinants of cardiovascular diseases (CVD). The features of interpersonal interaction of cardiac patients as an independent risk factor in the etiology of diseases of the cardiovascular system are considered. The relationship is substantiated, according to which maladaptive personality traits and concomitant psychopathology determine communication disorders, forming a pathological cycle of chronic stress that has a negative impact on clinical dynamics. The importance of emotionally-oriented interventions aimed at improving the health of the cardiovascular system is emphasized. The importance of social support as an important protective resource that performs a buffer function between stress and its negative consequences for the patient is revealed. The novelty of the presented work lies in the synthesis of classical psychosomatic theories with the urgent problem of healthcare digitalization. At the present stage, digital medical solutions make a significant contribution to strengthening not only the physical but also the mental health of patients. Selective and targeted use of digital medical technologies has a number of advantages in improving the psychosocial status of patients. The optimization of cardiovascular care is currently impossible without the integration of an interdisciplinary approach combining cardiology, medical psychology and digital solutions.*

### **Keywords**

*interpersonal relationships, interpersonal interaction, cardiovascular diseases, patients with cardiopathology*