Электронный журнал
Современная зарубежная психология,
2026. *15*(3), 126—134.
https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150312
ISSN: 2304-4977 (online)

E-journal
Journal of Modern Foreign Psychology,
2026. *15*(3), 126—134.
https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150312
ISSN: 2304-4977 (online)

Обзорная статья | Review paper

Роль психосоциальных факторов в кардиореабилитации

А.А. Герасимова ✉
Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И.Чазова Минздрава России, Москва, Российская Федерация
✉ anna.al.gerasimova@gmail.com

Резюме

Контекст и актуальность. Приверженность кардиореабилитации является одной из ведущих проблем при организации вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений. **Цель**. Обобщение актуальных исследований, посвященных проблеме приверженности кардиореабилитации, и выделение психосоциальных мишеней для совместной работы в многопрофильной реабилитационной команде. **Методы**. В качестве теоретико-методологического основания литературного обзора применена многофакторная психосоциальная модель А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян, включающая макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный уровни. **Результаты.** На семейном уровне были выделены регуляторная, информирующая и эмоционально поддерживающая функции семьи, способствующие приверженности кардиореабилитации и её эффективности. На интерперсональном уровне выделено влияние социальных отношений, в том числе восприятие взаимоотношений с лечащим персоналом, на физическое состояние и отношение к лечению в долгосрочной перспективе. На личностном уровне выделено влияние депрессивного и тревожного состояния на достижение результатов в кардиореабилитации и приверженности лечению. **Заключение.** Применение многофакторной психосоциальной модели А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян позволило структурировать разнородные данные о приверженности кардиореабилитации, выделить роль психосоциальных факторов и мишеней для дальнейшей работы.

Ключевые слова: кардиореабилитация, приверженность лечению, комплаенс

Для цитирования: Герасимова, А.А. (2026). Роль психосоциальных факторов в кардиореабилитации. *Современная зарубежная психология, 15*(3), 126—134. https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150312

The role of psychosocial factors in cardiac rehabilitation

A.A. Gerasimova ✉
Medical Research Centre of Cardiology named after Academician E.I. Chazov, Moscow, Russian Federation
✉ anna.al.gerasimova@gmail.com

Abstract

Background and Relevance. Adherence to cardiac rehabilitation represents a primary challenge in the organization of secondary prevention of cardiovascular complications. **Objective.** To synthesize current research on adherence to cardiac rehabilitation and to identify psychosocial targets for collaborative practice within a multidisciplinary rehabilitation team. **Methods.** The multifactorial psychosocial model developed by A.B. Kholmogorova and N.G. Garanyan, encompassing macrosocial, family, personal, and interpersonal levels, was utilized as the theoretical and methodological framework for this literature review. **Results.** At the family level, the regulatory, informational, and emotionally supportive functions of the family were identified as key contributors to adherence to cardiac rehabilitation and its efficacy. At the interpersonal level, the influence of social relationships, including the patient's perception of interactions with healthcare providers, on physical health status and long-term treatment attitudes was highlighted. At the personal level, the impact of depressive and anxiety states on achieving cardiac rehabilitation outcomes and maintaining treatment adherence was established. **Conclusion.** The application of the multifactorial psychosocial model by A.B. Kholmogorova and N.G. Garanyan enabled the structuring of heterogeneous data regarding cardiac rehabilitation adherence, thereby delineating the role of psychosocial factors and identifying specific targets for future clinical interventions and research.

Keywords: cardiac rehabilitation, adherence, compliance

© Герасимова А.А., 2026

CC BY-NC

For citation: Gerasimova, A.A. (2026). The role of psychosocial factors in cardiac rehabilitation. *Journal of Modern Foreign Psychology, 15*(3), 126—134. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/jmfp.2026150312

Введение

Несмотря на снижение доли госпитализаций по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) за период 2014—2023 гг. с 7,7% до 6,7%, ИБС продолжает оставаться ведущей причиной в структуре заболеваемости и смертности (Шепель и др., 2025). В 2021 г. в России ИБС стала причиной 54,4% всех смертей в структуре сердечно-сосудистых заболеваний (Барбараш и др., 2024). Из всех смертей от ИБС в 2022 г. 81,7% относилось к хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) (Вайсман, Енина, 2024).

Высокие риски рецидивов, потенциал хронификации заболевания и соответствующее снижение качества жизни позволяют говорить о необходимости введения кардиореабилитации как неотъемлемой части лечения после сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Кардиореабилитация представляет собой комплексную систему вторичной профилактики ССЗ, доказанно снижающую число госпитализаций, частоту сердечно-сосудистых неблагоприятных событий и смертности. Кардиореабилитация направлена на коррекцию модифицируемых факторов риска развития осложнений, к которым относятся дислипопротеидемия, артериальная гипертония, сахарный диабет, курение, низкая физическая активность, ожирение, стресс, тревога и нарушение сна (Барбараш и др., 2024).

Комплексные программы кардиореабилитации предполагают активное междисциплинарное взаимодействие лечащего врача-кардиолога, врача-реабилитолога, специалиста по лечебной физкультуре, диетолога и медицинского психолога. К основным компонентам кардиореабилитации относятся: консультации по питанию; модификация факторов риска (отказ от курения и алкоголя, достижение целевых показателей для индекса массы тела, артериального давления, липопротеинов низкой плотности, глюкозы и др.); психообразование и навыки саморегуляции; предоставление информации; физические упражнения (Mehra et al., 2020).

После оценки клинического статуса пациента, уровня его функционирования и жизнедеятельности рекомендуется как можно раньше начинать кардиореабилитацию в условиях стационара медицинского учреждения под наблюдением персонала и продолжать амбулаторно после выписки (Барбараш и др., 2024).

По данным систематического обзора и сетевого метаанализа рандомизированных контролируемых исследований, среди основных компонентов кардиореабилитации каждый компонент по отдельности взаимосвязан со снижением заболеваемости и повторных госпитализаций (психосоциальное управление, обучение пациента и физические упражнения) и смертности (психосоциальное управление, физические упражнения и модификация факторов риска). Вместе с тем компоненты кардиореабилитации взаимодействуют синергически и снижают частоту реваскуляризации (Kabboul et al., 2018). Для пациентов старшего возраста (75 ± 6 лет) при наблюдении 1 год кардиореабилитация оказалась эффективна для снижения риска повторного инфаркта, сердечно-сосудистых осложнений и повторных госпитализаций по любым причинам (Bush et al., 2020). По данным систематического обзора и метаанализа рандомизированных контролируемых исследований, кардиореабилитация, основанная только на физических упражнениях, снижает риск повторного инфаркта на 47%, смерти от ССЗ — на 36% и смерти от всех причин — на 26% (Lawler, Filion, Eisenberg, 2011).

Многочисленные исследования свидетельствуют об эффективности предлагаемых программ и позволяют включать их в национальные клинические руководства и рекомендации профильных организаций (Барбараш и др., 2024; Mehra et al., 2020).

Несмотря на доказательства эффективности, приверженность кардиореабилитации во всем мире продолжает оставаться достаточно низкой. Средний процент приверженности в мире составляет 34%. Наблюдается неравномерность получаемой помощи — от 1% в Южной Корее до 75% в Нидерландах (Wang et al., 2023). В России оптимально приверженными статинотерапии, назначаемой для контроля липопротеинов низкой плотности, оказались только 38% пациентов после инфаркта миокарда (ИМ) в первые полгода наблюдений. За второе полугодие количество пациентов, приверженных статинотерапии, снизилось до 17,6% (Фитилев и др., 2024).

Целью данного обзора является обобщение актуальных исследований, посвященных проблеме приверженности кардиореабилитации, и выделение психосоциальных мишеней для совместной работы в многопрофильной реабилитационной команде. В качестве теоретико-методологического основания будет применена многофакторная психосоциальная модель А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян, включающая макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный уровни (Холмогорова, 2011).

Макросоциальные факторы

В рамках многофакторной психосоциальной модели макросоциальный уровень охватывает широкий социокультурный контекст, в котором формируются установки в отношении здоровья, болезни и обращения за помощью. Применительно к приверженности кардиореабилитации к макросоциальным факторам относятся культурные нормы и ценности, социально-экономические условия, характеристики системы здравоохранения и демографические переменные,

которые непосредственно определяют доступность для пациента медицинской помощи.

В поперечном исследовании в Малайзии на основе заполнения шкалы барьеров среди пациентов после инфаркта миокарда авторы приходят к выводу о значительном снижении шансов на участие в кардиореабилитации в связи с восприятием медицинского обслуживания, логистическими факторами и необходимостью самостоятельного управления транспортным средством для доступа в реабилитационные центры. Факторами, повышающими вероятность участия в кардиореабилитации, оказываются наличие социальной поддержки и более высокий уровень тревоги. Авторы также указывают на различия в приверженности среди этнических групп (Chong et al., 2024).

В метаанализе факторов участия в кардиореабилитации пациентов после острого инфаркта миокарда (ОИМ) выделяют следующие снижающие вероятность участия факторы: возраст старше 60 лет, женский пол, образование ниже высшего, низкий экономический статус, сниженная фракция выброса левого желудочка, ИМ с подъемом сегмента ST, курение (Wang et al., 2023). При тематическом анализе исследований за период с 2010 по 2023 г. выделяют группы факторов: связанные с системой здравоохранения (низкая доступность кардиореабилитационных программ и отсутствие альтернативных методов их получения); социально-экономические (низких уровень образования, удаленность, низкий уровень дохода) и индивидуальные характеристики (женский пол, пожилой возраст и сопутствующие заболевания) (Iyngkaran et al., 2024).

По всему миру участие женщин в программах кардиореабилитации на 10—30% ниже, чем мужчин (Beleigoli et al., 2024; Mueller, Kim, 2025). В то же время для женщин завершение программ кардиореабилитации может иметь бо́льшую эффективность по снижению смертности по сравнению с мужчинами (Colbert et al., 2015). В качестве причин неучастия или выбывания женщин из процесса кардиореабилитации выделяют: внутриличностные барьеры (убеждения в отношении здоровья, нехватка времени, религиозные причины); межличностные барьеры (отсутствие семейной или социальной поддержки); логистические барьеры (транспорт, расстояние и доступность); барьеры программы кардиореабилитации (групповой формат, специфика упражнений); барьеры системы здравоохранения (отсутствие направлений, стоимость, негативный опыт взаимодействия с системой здравоохранения, язык) (Resurrección et al., 2017). Вероятность полноценного участия в программе кардиореабилитации значительно снижается, если женщина является единственным человеком, осуществляющим заботу о семье (Singh et al., 2022).

Семейные факторы

Семейный уровень рассматривает характер внутрисемейных отношений и структуру семейной системы как факторы, непосредственно влияющие на формирование копинг-стратегий, отношения к болезни и готовности следовать рекомендациям.

После возвращения пациента из стационара роль семейного окружения в приверженности кардиореабилитации становится особенно значимой. Семья может быть фактором, как способствующим изменению пищевых привычек, так и препятствующим изменениям (Duarte et al., 2024). Наличие курящего партнера значительно снижает вероятность бросить курить у другого супруга (Cobb et al., 2014). Вместе с тем активная поддержка членов семьи и поощрение за усилия положительно коррелируют с намерением отказа от курения (Daniel et al., 2021).

Для кардиореабилитации представляет интерес подход в здравоохранении, ориентированный на значительное вовлечение семейной системы в заботу о пациенте, повышение самоэффективности и самооценки членов семьи, снижение факторов риска для пациента. Было проведено десятилетнее рандомизированное контролируемое исследование, оценившее эффективность программы Family-Centered Empowerment Model (FCEM) среди пациентов после инфаркта миокарда и их семей. Получены убедительные данные, свидетельствующие о снижении риска смертности в 4 раза по сравнению с контрольной группой, а также о значительном улучшении качества жизни в течение 48 месяцев (Vahedian-Azimi et al., 2024).

Исследование на основе лонгитюдного интервью с шестью диадами, где один из пары перенес ИМ, запечатлело сложную динамику процесса взаимной адаптации к новой реальности. Авторы отмечают значение регулирующей и поддерживающей роли семьи в процессе реабилитации. Для оптимизации процесса подчеркивают важность формирования у членов семьи пациента позитивных убеждений относительно здоровья и предоставления помощи в понимании организации физической активности (Birtwistle et al., 2022).

Повышение эффективности консультаций по вопросам изменения питания может быть достигнуто за счет привлечения к ним ответственного за процесс члена семьи. По мнению самих пациентов, супруги участвуют в организации процесса реабилитации и контролируют прием лекарственных средств (Герасимова и др., 2025).

Личное впечатление пациентов подтверждает другое исследование — среди медицинских консультантов по физической активности. Проанализировав их полуструктурированные интервью, авторы выделили 4 темы, через которые семья может способствовать физической активности пациентов после ИМ.

1. Семья как «вторая пара ушей» (присутствие при обсуждении диагноза, запоминание рекомендаций).

2. Семья как регулятор физической активности (контроль и мотивация).

3. Семья как социальная поддержка (ролевое моделирование, практическая помощь в реализации физической активности, эмоциональная поддержка).

На оказание поддержки семьей в то же время влияют их убеждения относительно здоровья в целом и представления о состоянии здоровья пациента (Birtwistle et al., 2021).

Личностные факторы

Личностный уровень многофакторной психосоциальной модели включает в себя устойчивые индивидуальные характеристики пациента — когнитивные схемы, эмоциональные паттерны, стратегии совладания со стрессом и особенности саморегуляции. Психоэмоциональное состояние человека может значительно измениться после сердечно-сосудистого события и уже само по себе влиять на дальнейший исход заболевания и приверженность кардиореабилитации.

По данным метаанализов, распространенность депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца составляет 19,8% (Zeng et al., 2025), тревожного расстройства и посттравматического стрессового расстройства после инфаркта миокарда — 11,96% и 10,26% соответственно (Chong и et al., 2025).

Депрессия, наряду с высоким давлением и показателями липидного профиля, является фактором, снижающим вероятность приверженности кардиореабилитации (Betancourt-Peña, Portela-Pino, Amaral-Figueroa, 2024). Наличие депрессивной симптоматики у пациентов, участвующих в группе кардиореабилитации, предсказывает худшие показатели частоты сердечных сокращений, систолического артериального давления и метаболического индекса при физических упражнениях (Kowalewska, Radecki, Cieślik, 2024).

Однако, по данным лонгитюдного исследования, у участников, прошедших кардиореабилитацию, происходит снижение депрессивной и тревожной симптоматики, рост показателей эмоционального благополучия и появляется ощущение увеличения энергии (Garca-Sánchez et al., 2025). Введение психологического консультирования в дополнение к протоколам кардиореабилитации, основанной только на физических упражнениях, снижает депрессивную и тревожную симптоматику, а также влияет на улучшение восприятия болезни. Вместе с тем индивидуальное консультирование демонстрирует лучший результат по сравнению с групповой работой и обучением техникам релаксации (Zambetti et al., 2025).

Согласно рандомизированному контролируемому исследованию, одна сессия мотивационного консультирования перед началом программы кардиореабилитации повышает вероятность участия в программе, несмотря на наличие депрессивной симптоматики (Tanaka et al., 2025). Интервенции, направленные на выработку психологической устойчивости у пациентов и их обучение адаптивным стратегиям совладания, могут влиять на снижение вероятности повторного инфаркта миокарда и уменьшение депрессивной симптоматики (Jurišić, Jakovljević, 2025).

Понимание и учет индивидуальных особенностей пациента может оказывать существенное влияние на приверженность кардиореабилитации и ее эффективность в долгосрочной перспективе. В эмпирически обоснованной модели механизма соблюдения домашних упражнений по кардиореабилитации у пациентов с хронической сердечной недостаточностью выделяются три последовательных шага (Yang et al., 2024a):

1) удовлетворение психологических потребностей в физических упражнениях (автономность, компетентность, сопричастность);

2) укрепление регуляторной мотивации к регулярному выполнению упражнений;

3) ыпо мере интернализации мотивации пациенты начинают сами ставить цели, регулировать и поддерживать занятия в долгосрочной перспективе.

Интерперсональные факторы

На интерперсональном уровне многофакторной психосоциальной модели в контексте кардиореабилитации рассматриваются актуальные отношения пациента с медицинским персоналом. Качество терапевтического альянса, стиль коммуникации и степень вовлеченности врача в разъяснение целей реабилитации непосредственно влияют на приверженность кардиореабилатции (Jurišić, Jakovljević, 2025).

Пять консультаций с лечащим врачом и получение информационных материалов могут повысить вероятность отказа от курения у пациентов в 7 раз при годичном наблюдении, по сравнению с пациентами, не получившими подобной поддержки (Domić et al., 2024). Более того, восприятие взаимоотношений с лечащим персоналом оказывает влияние на приверженность пациента лечению и качество жизни после прохождения кардиореабилитации в стационаре (Chong et al., 2024; Weeger, Farin, 2017). Поддержание постоянного контакта с одним из членов реабилитационной команды (медсестрой) может оказывать влияние на достижение целевых показателей липидного профиля пациента (Lidin et al., 2025). Воспринимаемая эмпатия от специалиста по реабилитации повышает удовлетворенность лечением, приверженность лечению и терапевтическим целям (Posa et al., 2022).

Представляет интерес ретроспективный анализ эмпатически ориентированного подхода к оказанию помощи (empathy-centered care approach) пациентам с сердечной недостаточностью, в котором пациенты были разделены на две группы — контрольную, получавшую стандартное лечение (физический уход, контроль целевых показателей, предоставление информационных материалов, обучение техникам релаксации и осознанности) и экспериментальную, в которой к стандартному лечению добавлялось взаимодействие с подготовленными участниками реабилитационной команды (медсестрами и психологом-консультантом), поощрявшими пациентов к выражению своих чувств и

анализу переживаний. После интервенций, длившихся неделю, обе группы продемонстрировали улучшение целевых показателей. Однако группа, получавшая лечение на основе эмпатически ориентированного подхода, имела более высокие целевые показатели работы левого желудочка, лучше выполнила тесты на основе физических упражнений, а также продемонстрировала более высокие баллы по шкале психологической устойчивости и более низкие баллы по шкале самооценки тревожности (Guan, Wang, 2023).

Участие в группах равной поддержки (peer support) пациентов кардиоцентров, в дополнение к стандартным протоколам кардиореабилитации, снижает количество последующих госпитализаций и повышает навыки самоконтроля и самоэффективности (Weddell et al., 2025). Высокий уровень воспринимаемой социальной поддержки является значимым фактором приверженности тренировкам в домашних условиях (Yang et al., 2024b).

Представляет интерес также гендерное различие в роли социальной поддержки. Для женщин большее значение имеет эмоциональная поддержка, а мужчины больше ориентированы на получение практической помощи. Наличие развитой сети социальной поддержки, включающей в том числе соседей и волонтеров, оказывает положительное влияние на представителей обоих полов (Marchwinski, 2025).

Обсуждение результатов

Применение многофакторной психосоциальной модели А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян позволило структурировать разнородные данные о приверженности кардиореабилитации и выделить роль психосоциальных факторов на четырех уровнях: недоступность программ на макросоциальном уровне; двойственная роль семейного окружения на семейном уровне; депрессивная и тревожная симптоматика как следствие заболевания и предиктор низкой приверженности на личностном уровне; качество терапевтического альянса и эмпатия специалистов на интерперсональном уровне. Таким образом, повышение приверженности кардиореабилитации может быть достигнуто за счет разработки программ, учитывающих каждый из рассмотренных уровней.

Выводы

1. Пациенты кардиологических центров сталкиваются со множеством внешних барьеров, затрудняющих приверженность кардиореабилитации по стандартизированным программам.

2. Обучение и вовлечение близких членов семьи пациента в реабилитационный процесс повышает приверженность лечению и улучшает эмоциональное состояние пациента.

3. Восприятие отношений с лечащими специалистами, удовлетворение эмоциональных потребностей и получение дополнительной социальной поддержки влияют на улучшение физического состояния, удовлетворенность лечением, приверженность рекомендациям.

4. Депрессивная и тревожная симптоматика, широко распространенная после инфаркта миокарда, непосредственно снижает приверженность кардиореабилитации, однако является модифицируемой: психологическое консультирование и мотивационная работа улучшают эмоциональное состояние пациентов и повышают приверженность участию в программах кардиореабилитации.

Заключение

Обобщая приведенные данные, можно говорить о значительном влиянии на приверженность кардиореабилитации общего фактора ее принципиальной доступности для различных групп пациентов. Следуя тренду на персонализированную медицинскую помощь, в ряде исследований предлагается признать актуальную реальность и начать разрабатывать комплексные программы упражнений для занятий дома, без необходимости посещения специализированных учреждений, а также систематически использовать возможности современных цифровых технологий. Гибкий подход вовлечения в кардиореабилитацию может позволить снизить гендерные, культуральные и возрастные барьеры для многих пациентов. Достаточное количество рандомизированных контролируемых исследований позволяет говорить о сопоставимой эффективности дистанционных программ в сравнении с очным участием, а в поддержании мотивации и превосходящих вторые (Owen, O'Carroll, 2024). Финансовое поощрение среди пациентов с низким уровнем дохода демонстрирует повышение приверженности кардиореабилитации по сравнению с традиционным подходом (Gaalema et al., 2024).

Представляется практичным активное вовлечение близких и членов семьи в реабилитационный процесс пациента и организация совместных семейных консультаций, начиная с пребывания в стационаре при объяснении диагноза и назначений.

Учитывая важность интрерперсональных отношений для реабилитационного потенциала пациентов, может быть полезным введение элементов мотивационного консультирования в рутинную практику реабилитационной команды. Врачам-кардиологам достаточно трех обучающих занятий для повышения выражаемой эмпатии в задаваемых вопросах (Pollak et al., 2023).

Перспективой дальнейших исследований, следуя тренду на индивидуализированную терапию, может быть разработка и проверка эффективности кардиореабилитационных программ, учитывающих макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы.

Ограничения. Теоретико-методологическое обоснование обзора, задающее его рамку, вместе с тем является и его ограничением, не позволившим рассмотреть иные психосоциальные факторы, влияющие на приверженность кардиореабилитации.

Limitations. The theoretical and methodological rationale underpinning the review — while establishing its scope — also acts as a limitation, precluding the examination of other psychosocial factors influencing adherence to cardiac rehabilitation.

Список источников / References

1. Барбараш, О.Л., Карпов, Ю.А., Панов, А.В., Акчурин, Р.С., Алекян, Б.Г., Алехин, М.Н., Аронов, Д.М., Арутюнян, Г.К., Беленков, Ю. Н., Бойцов, С.А., Болдуева, С.А., Бощенко, А.А., Бубнова, М.Г., Булкина, О.С., Васюк, Ю.А., Галявич, А.С., Глезер, М.Г., Голубев, Е.П., Голухова, Е.З., ... Якушин, С.С. (2024). Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации. *Российский кардиологический журнал, 29*(9), 166—229. https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110
   Barbarash, O.L., Karpov, Yu.A., Panov, A.V., Akchurin, R.S., Alekyan, B.G., Alekhin, M.N., Aronov, D.M., Harutyunyan, G.K., Belenkov, Yu.N., Boytsov, S.A., Boldueva, S.A., Boschenko, A.A., Bubnova, M.G., Bulkina, O.S., Vasyuk, Yu.A., Galyavich, A.S., Glezer, M.G., Golubev, E.P., Golukhova, E.Z., ... Yakushin, S.S. (2024). 2024 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. *Russian Journal of Cardiology, 29*(9), 166—229. (In Russ.). https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110
2. Вайсман, Д.Ш., Енина, Е.Н. (2024). Показатели смертности от ишемической болезни сердца в Российской Федерации и ряде регионов: Особенности динамики и структуры. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 23*(7), 23—30. https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3975
   Vaisman D.Sh., Enina E.N. (2024). Coronary artery disease mortality rates in the Russian Federation and a number of regions: Dynamics and structure specifics. *Cardiovascular Therapy and Prevention,* 23(7), 23—30. (In Russ.). https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3975
3. Герасимова, А.А., Холмогорова, А.Б., Погосова, Н.В., Аушева, А.К. (2025). Психосоциальные факторы, влияющие на приверженность кардиореабилитации у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь», 14*(2), 379—386. https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-2-379-386
   Gerasimova, A.A., Kholmogorova, A.B., Pogosova, N.V., Ausheva, A.K. (2025). Psychosocial factors influencing adherence to cardiac rehabilitation in patients after myocardial infarction. *Russian Sklifosovsky Journal «Emergency Medical Care», 14*(2), 379—386. (In Russ.). https://doi.org/10.23934/2223-9022-2025-14-2-379-386
4. Фитилев, С.Б., Возжаев, А.В., Шкребнева, И.И., Клюев, Д.А., Саакова, Л.Н., Оваева, А.О. (2024). Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС) как инструмент для нового уровня понимания и диагностики приверженности фармакотерапии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в амбулаторной практике г. Москвы. *Качественная клиническая практика, 2*, 16—32. https://doi.org/10.37489/2588-0519-2024-2-16-32
   Fitilev, S.B., Vozzhaev, A.V., Shkrebniova, I.I., Kliuev, D.A., Saakova, L.N., Ovaeva, A.O. (2024). Electronic medical information and analytical system (EMIAS) as a tool for the new level of understanding and diagnosis of medication adherence in patients with myocardial infarction in primary care practice in Moscow. *Good Clinical Practice, 2*, 16—32. (In Russ.). https://doi.org/10.37489/2588-0519-2024-2-16-32
5. Холмогорова, А.Б. (2011). *Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра*. М.: МЕДПРАКТИКА.
   Kholmogorova, A.B. (2011). Integrative psychotherapy for affective disorders. Moscow: Medpraktika. (In Russ.).
6. Шепель, Р.Н., Самородская, И.В., Какорина, Е.П., Драпкина, О.М. (2025). Динамика и структура числа случаев госпитализации пациентов по поводу ишемической болезни сердца в Российской Федерации в 2014—2023 гг. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 14*(3), 81—95. https://doi.org/10.17802/2306-1278-2025-14-3-81-95
   Shepel, R.N., Samorodskaya, I.V., Kakorina, E.P., Drapkina, O.M. (2025). Dynamics and structure of the number of patients hospitalized for coronary artery disease in the Russian Federation in 2014—2023. *Complex Issues of Cardiovascular Diseases, 14*(3), 81—95. (In Russ.). https://doi.org/10.17802/2306-1278-2025-14-3-81-95
7. Beleigoli, A., Foote, J., Gebremichael, L.G., Bulamu, N.B., Astley, C., Keech, W., Tavella, R., Gulyani, A., Nesbitt, K., Pinero de Plaza, M.A., Ramos, J.S., Ludlow, M., Nicholls, S.J., Chew, D.P., Beltrame, J., Clark, R.A. (2024). Clinical effectiveness and utilisation of cardiac rehabilitation after hospital discharge: Data linkage analysis of 84,064 eligible discharged patients (2016—2021). *Heart, Lung and Circulation, 33*(7), 1036—1045. https://doi.org/10.1016/j.hlc.2024.01.018
8. Betancourt-Peña, J., Portela-Pino, I., Amaral-Figueroa, M. (2024). Factors related to non-adherence to cardiac rehabilitation in patients with heart failure. *Revista Clínica Española (English Edition), 224*(1), 24—33. https://doi.org/10.1016/j.rceng.2023.12.010

9. Birtwistle, S.B., Jones, I., Murphy, R., Gee, I., Watson, P.M. (2021). Family support for physical activity postmyocardial infarction: A qualitative study exploring the perceptions of cardiac rehabilitation practitioners. *Nursing & Health Sciences, 23*(1), 277—236. https://doi.org/10.1111/nhs.12806
10. Birtwistle, S.B., Jones, I., Murphy, R., Gee, I., Watson, P.M. (2022). «Do what you can with a happy heart»: A longitudinal study of patient and family members' lived experiences of physical activity post-myocardial infarction. *Disability and Rehabilitation, 44*(14), 3661—3670. https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1878560
11. Bush, M., Kucharska-Newton, A., Simpson, R.J., Fang, G., Stürmer, T., Brookhart, M.A. (2020). Effect of initiating cardiac rehabilitation after myocardial infarction on subsequent hospitalization in older adults. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 40*(2), 87—93. https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000452
12. Chong, M.S., Sit, J.W.H., Choi, K.C., Suhaimi, A., Chair, S.Y. (2024). Barriers to cardiac rehabilitation and patient perceptions on the usage of technologies in cardiac rehabilitation: A crosssectional study. *Journal of Clinical Nursing, 33*(3), 1084—1093 https://doi.org/10.1111/jocn.16919
13. Chong, R.J., Hao, Y., Tan, E.W.Q., Mok, G.J.L., Sia, C.-H., Ho, J.S.Y., Chan, M.Y.Y., Ho, A.F.W. (2025). Prevalence of depression, anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine, 14*(6), Article 1786. https://doi.org/10.3390/jcm14061786
14. Cobb, L.K., McAdams-DeMarco, M.A., Huxley, R.R., Woodward, M., Koton, S., Coresh, J., Anderson, C.A.M. (2014). The association of spousal smoking status with the ability to quit smoking: The atherosclerosis risk in communities study. *American Journal of Epidemiology, 179*(10), 1182—1187. https://doi.org/10.1093/aje/kwu041
15. Colbert, J.D., Martin, B.-J., Haykowsky, M.J., Hauer, T.L., Austford, L.D., Arena, R.A., Knudtson, M.L., Meldrum, D.A., Aggarwal, S.G., Stone, J.A. (2015). Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women. *European Journal of Preventive Cardiology, 22*(8), 979—986. https://doi.org/10.1177/2047487314545279
16. Daniel, J.A., Kim-Mozeleski, J.E., Poudel, K.C., Sun, A., Burke, N.J., Tsoh, J.Y., Ward, K. (2021). Family support and readiness to consider smoking cessation among chinese and vietnamese American male smokers. *Journal of Smoking Cessation, 2021*, Article 6678219. https://doi.org/10.1155/2021/6678219
17. Domić, A., Pilipović-Broćeta, N., Grabež, M., Divac, N., Igić, R., Škrbić, R. (2024). Intensive intervention on smoking cessation in patients undergoing elective surgery: The role of family physicians. *Medicina, 60*(6), Article 965. https://doi.org/10.3390/medicina60060965
18. Duarte, C.K., de Silva, L.A., de Andrade, P.M.B., Martins, T.M.M., de Ghisi, G.L.M. (2024). Barriers and facilitators to nutritional recommendations identified by participants of a cardiovascular rehabilitation program in a low resource context in Brazil. *Nutrition, 124*, Article 112451. https://doi.org/10.1016/j.nut.2024.112451
19. Gaalema, D.E., Khadanga, S., Savage, P.D., Yant, B., Katz, B.R., DeSarno, M., Ades, P.A. (2024). Improving cardiac rehabilitation adherence in patients with lower socioeconomic status: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 184*(9), 1095—1104. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.3338
20. García-Sánchez, E., Santamaría-Peláez, M., González-Bernal, J.J., González-Santos, J., Sedano García, M.A., De Juana Velasco, I., Sánchez Hernández, J., García Pardo, H., Fernández-Solana, J. (2025). Impact of cardiac rehabilitation on anxiety, depression, and health-related quality of life in cardiovascular patients. *The Egyptian Heart Journal, 77*(1), Article 64. https://doi.org/10.1186/s43044-025-00658-8
21. Guan, Z., Wang, Q. (2023). A retrospective analysis of empathy-centric care strategies on negative emotional states and expectation levels in acute heart failure patients. *Medicine, 102*(47), Article e36264. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000036264
22. Iyngkaran, P., Appuhamilage, P.Y., Patabandige, G., Sarathchandra Peru Kandage, P.S., Usmani, W., Hanna, F. (2024). Barriers to cardiac rehabilitation among patients diagnosed with cardiovascular diseases — a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(3), Article 339. https://doi.org/10.3390/ijerph21030339
23. Jurišić, M., Jakovljević, M. (2025). The synergy of the empathy of healthcare professionals and the resilience of cardiovascular patients. *Cardiologia Croatica, 20*(3—4), 84—89. https://doi.org/10.15836/ccar2025.84
24. Kabboul, N.N., Tomlinson, G., Francis, T.A., Grace, S.L., Chaves, G., Rac, V., Daou-Kabboul, T., Bielecki, J.M., Alter, D.A., Krahn, M. (2018). Comparative effectiveness of the core components of cardiac rehabilitation on mortality and morbidity: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine, 7*(12), Article 514. https://doi.org/10.3390/jcm7120514
25. Kowalewska, K., Radecki, K., Cieślik, B. (2024). Does psychological state influence the physiological response to cardiac rehabilitation in older adults? *Medicina, 60*(3), Article 361. https://doi.org/10.3390/medicina60030361
26. Lawler, P.R., Filion, K.B., Eisenberg, M.J. (2011). Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post—myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Heart Journal, 162*(4), 571—584. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.07.017

27. Lidin, M., Michelsen, H.Ö., Hag, E., Stomby, A., Schlyter, M., Bck, M., Hagstr öm, E., Leosdottir, M. (2025). The nurses' role in the cardiac rehabilitation team: Data from the Perfect-CR study. *Journal of Cardiovascular Nursing, 40*(4), 386—394. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001113
28. Marchwinski, L.E. (2025). Exploring gender differences in social support in cardiac rehabilitation: A comprehensive review. *Cureus, 17*(8), Article e89333. https://doi.org/10.7759/cureus.89333
29. Mehra, V.M., Gaalema, D.E., Pakosh, M., Grace, S.L. (2020). Systematic review of cardiac rehabilitation guidelines: Quality and scope. *European Journal of Preventive Cardiology, 27*(9), 912—928. https://doi.org/10.1177/2047487319878958
30. Mueller, A.S., Kim, S.M. (2025). Cardiac rehabilitation in the modern era: Evidence, equity, and evolving delivery models across the cardiovascular spectrum. *Journal of Clinical Medicine, 14*(15), Article 5573. https://doi.org/10.3390/jcm14155573
31. Owen, O., O'Carroll, V. (2024). The effectiveness of cardiac telerehabilitation in comparison to centre-based cardiac rehabilitation programmes: A literature review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 30*(4), 631—646. https://doi.org/10.1177/1357633X221085865
32. Pollak, K.I., Olsen, M.K., Yang, H., Prose, N., Jackson, L.R.II, Pinheiro, S.O., Dunbar, T. K., Johnson, K.S. (2023). Effect of a coaching intervention to improve cardiologist communication: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 183*(6), 544—553. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0629
33. Posa, S., Wasilewski, M.B., Mercer, S.W., Simpson, S., Robinson, L.R., Simpson, R. (2022). Conceptualization, use, and outcomes associated with empathy and compassion in physical medicine and rehabilitation: A scoping review. *International Journal of Rehabilitation Research, 45*(4), 291—301. https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000542
34. Resurrección, D.M., Motrico, E., Rigabert, A., Rubio-Valera, M., Conejo-Cern, S., Pastor, L., Moreno-Peral, P. (2017). Barriers for nonparticipation and dropout of women in cardiac rehabilitation programs: A systematic review. *Journal of Women's Health, 26*(8), 849—859. https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6249
35. Singh, S.K.D., Noor, A.B.Y.A., Ahmedy, F., Abdullah, K.L., Abidin, I.Z., Suhaimi, A.B., Sator, P. (2022). Exploring social support for women coping with a cardiac rehabilitation programme after acute coronary syndrome: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Rehabilitation Medicine, 54*, Article jrm00295. https://doi.org/10.2340/jrm.v54.160
36. Tanaka, A., Aggarwal, S., Arena, R., Wang, M., Liang, Z., Campbell, T., Rouleau, C. (2025). The potential influence of depressive symptoms on outcomes from a brief motivational intervention in patients referred to cardiac rehabilitation. *Patient Education and Counseling, 138*, Article 109206. https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.109206
37. Vahedian-Azimi, A., Sanjari, M.J., Rahimi-Bashar, F., Gohari-Mogadam, K., Ouahrani, A., Mustafa, E.M.M., Ait Hssain, A., Sahebkar, A. (2024). Cardiac rehabilitation using the family-centered empowerment model is effective in improving long-term mortality in patients with myocardial infarction: A 10-year follow-up randomized clinical trial. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention, 31*, 189—204. https://doi.org/10.1007/s40292-024-00636-2
38. Wang, L., Liu, J., Fang, H., Wang, X. (2023). Factors associated with participation in cardiac rehabilitation in patients with acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Cardiology, 46*(11), 1450—1457. https://doi.org/10.1002/clc.24130
39. Weddell, J., Shi, W., Redfern, J., Buckley, T., Gallagher, R. (2025). Effectiveness of coronary heart disease peer support interventions: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology,* Article zwaf241. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaf241
40. Weeger, S., Farin, E. (2017). The effect of the patient — physician relationship on health-related quality of life after cardiac rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 39*(5), 468—476. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1146360
41. Yang, Z., Huang, H., Xu, L., Gao, Y., Zhang, C., Wang, A. (2024b). From need to action: Decoding the role of motivation in adherence to home-based cardiac rehabilitation exercise in chronic heart failure patients. *BMC Nursing, 23*, Article 913. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02617-1
42. Yang, Z., Jia, H., Zhang, F., Huang, H., Hao, X., Wang, A. (2024a). A behavioural driving model of adherence to home-based cardiac rehabilitation exercise among patients with chronic heart failure: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing, 33*(2), 531—542. https://doi.org/10.1111/jocn.16901
43. Zambetti, E., Crepaldi, M., Lanfranchi, F., Zenoni, E., Bariletti, I., Quarenghi, F., Viscardi, L., Rizzola, G., Regazzoni,V., Bigoni, A., Brivio, F., Soddu, I.M., Anselmi Kaiser, M., Giudici, V., Greco, A. (2025). Can psychological interventions affect cardiac rehabilitation patients' well-being? Preliminary results from a longitudinal study. *International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention, 26*, Article 200474. https://doi.org/10.1016/j.ijcrp.2025.200474
44. Zeng, J., Qiu, Y., Yang, C., Fan, X., Zhou, X., Zhang, C., Zhu, S., Long, Y., Hashimoto, K., Chang, L., Wei, Y. (2025). Cardiovascular diseases and depression: A meta-analysis and Mendelian randomization analysis. *Molecular Psychiatry, 30*(9), 4234—4246. https://doi.org/10.1038/s41380-025-03003-2

Информация об авторе
Анна Александровна Герасимова, медицинский психолог отделения медицинской реабилитации (кардиореабилитации), Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова Минздрава России (ФГБУ НМИЦК), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5298-6084, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

Information about the author
Anna A. Gerasimova, Clinical Psychologist, Medical Rehabilitation (Cardiac Rehabilitation Department, National Medical Research Centre of Cardiology named after Academician E.I. Chazov, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5298-6084, e-mail: anna.al.gerasimova@gmail.com

Конфликт интересов
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest
The author declares no conflict of interest.

Декларация об этике
Статья является обзорной и не требует одобрения этического комитета.

Ethics statement
This article is a review and does not require ethics committee approval.

Поступила в редакцию 08.12.2025
Поступила после рецензирования 20.07.2026
Принята к публикации 04.08.2026
Опубликована 30.09.2026

Received 2025.12.08.
Revised 2026.07.20.
Accepted 2026.08.04.
Published 2026.09.30.