vol. 60, no. 4, pp. 447-449
December 2025



EDITORIAL

https://doi.org/10.31688/ABMU.2025.60.4. 447

Camelia C. DIACONU✉
International Secretary General of the Balkan Medical Union, President of the Romanian National Section
University of Medicine and Pharmacy Carol Davila, Clinical Emergency Hospital of Bucharest, Romania
Academy of Romanian Scientists

Secrétaire Général International de l'Union Médicale Balkanique, Présidente de la Section Nationale Roumaine
Université de Médecine et de Pharmacie Carol Davila, Hôpital Clinique d'Urgence de Bucarest, Roumanie
Académie des Scientifiques Roumains

CARDIOVASCULAR DISEASE AND MENTAL HEALTH

Recently, in late august 2025, the European Society of Cardiology released a Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease, considering the complex interactions between the psychological status or the mental illness and the cardiovascular diseases. This Consensus Statement introduces the concept of Psycho-Cardio Team, composed by cardiovascular specialists, mental health professionals, nurses, primary care team, social workers, other allied professionals, working together to ensure an integrated care[1]. The group of authors suggest some recommendations to improve the mental health of patients with cardiovascular diseases: during the cardiovascular visits the patients must be checked for symptoms of psychiatric diseases and also, during the psychiatry evaluations, the patients must be checked for cardiovascular risk factors, using validated tools for screening and diagnosis[1]. The cardiovascular care must integrate mental health care, especially in patients at risk. The best approach of communication with patients with cardiovascular diseases, to improve mental health and resilience, remains to be determined. Multiple studies have determined that a positive mental health, including optimism, happiness,

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET SANTÉ MENTALE

Fin août 2025, la Société Européenne de Cardiologie a publié une déclaration de consensus clinique sur la santé mentale et les maladies cardiovasculaires, prenant en compte les interactions complexes entre l'état psychologique ou la maladie mentale et les maladies cardiovasculaires. Cette déclaration introduit le concept d'équipe psycho-cardio, composée de cardiologues, de professionnels de la santé mentale, d'infirmiers, d'équipes de soins primaires, d'assistants sociaux et d'autres professionnels paramédicaux, travaillant ensemble pour assurer une prise en charge intégrée[1]. Les auteurs formulent des recommandations pour améliorer la santé mentale des patients atteints de maladies cardiovasculaires: lors des consultations cardiovasculaires, les patients doivent être dépistés pour détecter tout symptôme de maladie psychiatrique et, lors des évaluations psychiatriques, les facteurs de risque cardiovasculaire doivent être recherchés à l'aide d'outils validés de dépistage et de diagnostic[1]. La prise en charge cardiovasculaire doit intégrer la prise en charge de la santé mentale, notamment chez les patients à risque. La meilleure approche de communication avec les patients atteints de maladies cardiovasculaires, afin d'améliorer leur

✉ **Correspondence address:** Camelia C. DIACONU
email drcameliadiaconu@gmail.com

and high life satisfaction, is associated with a lower cardiovascular risk. Vice versa, social isolation, financial or work pressures, depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder lead to a higher risk for cardiovascular diseases, such as hypertension, coronary artery disease (including myocardial infarction), cerebrovascular disease, peripheral artery disease, atrial fibrillation, ventricular arrhythmias, sudden cardiac death, chronic heart failure. However, depression and anxiety can be ignored in routine cardiovascular practice and considered the normal reaction of individuals to their prognostic burden of disease. Approximately 72% of patients with chronic heart failure present anxiety, women having even higher percentages[2]. Also, the prevalence of anxiety in patients with atrial fibrillation is 28%[3]. A systematic review showed a prevalence of chronic stress (defined as physical and emotional imbalance) of 58% in patients with cardiovascular diseases[4]. The most used screening tools for anxiety and depression are the Whooley questions, the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and the Generalized Anxiety Disorder (GAD)-2[5-7].

In patients with severe mental illness the cardiovascular diseases have a multifactorial etiology, related to unhealthy lifestyle, obesity, sedentarism, dyslipidemia, smoking, diabetes etc. The cardiovascular risk associated to some psychiatric drugs must not be ignored, therefore the Consensus Statement recommends monitoring the electrocardiogram after the initiation of an antipsychotic drug at week 1, 6, 12, then every year[1]. Special attention must be accorded to treatment with olanzapine, quetiapine, risperidone, sertindole, amisulpride, ziprasidone. The lowest effective dose must be used and always special caution when new drug is initiated, checking for drug interactions. Treatment optimizations include monotherapy, selection of medication less likely to induce weight gain or other cardiovascular risks, a strict monitoring of the patient for drug interactions and possible side effects. Antidepressant therapy is recommended only for moderate to severe anxiety disorders and depression. Benzodiazepines as first-line therapy should be avoided. In patients with heart failure the antidepressants must be avoided, except in severe depression, when the risks associated with untreated depression outweigh the risks[1]. Antidepressants with a risk to prolong the QTc interval (citalopram, escitalopram more than 20 mg/day) must be replaced with newer antidepressants, which have a better safety profile[1].

The Consensus Statement offers recommendations regarding special categories of patients: women, elderly patients, patients with cancer or cancer survivors, migrants and refugees, people with frailty and multimorbidity[1]. The stigma of mental illnesses in the

santé mentale et leur résilience, reste à déterminer. De nombreuses études ont établi qu'une bonne santé mentale, incluant l'optimisme, le bonheur et une grande satisfaction de vie, est associée à un risque cardiovasculaire plus faible. Inversement, l'isolement social, les pressions financières ou professionnelles, la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique augmentent le risque de maladies cardiovasculaires, telles que l'hypertension, la maladie coronarienne (y compris l'infarctus du myocarde), les maladies cérébrovasculaires, l'artériopathie périphérique, la fibrillation auriculaire, les arythmies ventriculaires, la mort subite cardiaque et l'insuffisance cardiaque chronique. Cependant, la dépression et l'anxiété sont souvent négligées en pratique cardiovasculaire courante et considérées comme la réaction normale des individus face à leur pronostic. Environ 72% des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique présentent de l'anxiété, ce pourcentage étant encore plus élevé chez les femmes[2]. De même, la prévalence de l'anxiété chez les patients atteints de fibrillation auriculaire est de 28%[3]. Une revue systématique a montré une prévalence du stress chronique (défini comme un déséquilibre physique et émotionnel) de 58% chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires[4]. Les outils de dépistage de l'anxiété et de la dépression les plus utilisés sont les questions de Whooley, le Questionnaire de santé du patient (PHQ-2) et l'Échelle d'anxiété généralisée (GAD)-2[5-7].

Chez les patients atteints de troubles mentaux sévères, les maladies cardiovasculaires ont une étiologie multifactorielle, liée à un mode de vie malsain, l'obésité, la sédentarité, la dyslipidémie, le tabagisme, le diabète, etc. Le risque cardiovasculaire associé à certains médicaments psychiatriques ne doit pas être négligé; c'est pourquoi la déclaration de consensus recommande une surveillance de l'électrocardiogramme après l'instauration d'un traitement antipsychotique, aux semaines 1, 6 et 12, puis annuellement[1]. Une attention particulière doit être portée aux traitements par olanzapine, quétiapine, rispéridone, sertindole, amisulpride et ziprasidone. La dose efficace la plus faible doit être utilisée et une prudence accrue est de mise lors de l'instauration d'un nouveau médicament, en vérifiant les interactions médicamenteuses. L'optimisation du traitement comprend la monothérapie, le choix d'un médicament moins susceptible d'induire une prise de poids ou d'autres risques cardiovasculaires, et une surveillance stricte du patient afin de détecter les interactions médicamenteuses et les effets indésirables potentiels. Un traitement antidépresseur est recommandé uniquement pour les troubles anxieux et les dépressions modérés à sévères. Les benzodiazépines doivent être évitées en première intention. Chez les patients souffrant d'insuffisance

population must be addressed, to decrease its impact on cardiovascular healthcare, that must use an integrated approach.

"No conflicts of interest"

cardiaque, les antidépresseurs doivent être évités, sauf en cas de dépression sévère, lorsque les risques liés à une dépression non traitée sont supérieurs aux bénéfices escomptés[1]. Les antidépresseurs susceptibles d'allonger l'intervalle QTc (citalopram, escitalopram à une dose supérieure à 20 mg/jour) doivent être remplacés par des antidépresseurs plus récents, présentant un meilleur profil de sécurité[1].

La déclaration de consensus formule des recommandations concernant des catégories spécifiques de patients: femmes, personnes âgées, patients atteints de cancer ou en rémission, migrants et réfugiés, personnes fragiles et polymorbides[1]. Il est essentiel de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales au sein de la population afin de réduire leur impact sur les soins cardiovasculaires, qui doivent adopter une approche intégrée.

„Aucun conflit d'intérêts"

References

1. Bueno H, Deaton C, Farrero M, et al, ESC Scientific Document Group. 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee: Developed by the task force on mental health and cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Federation of Psychologists' Associations AISBL (EFPA), the European Psychiatric Association (EPA), and the International Society of Behavioral Medicine (ISBM), *European Heart Journal*. 2025;46(41):4156–4225. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf191
2. Easton K, Coventry P, Lovell K, Carter LA, Deaton C. Prevalence and measurement of anxiety in samples of patients with heart failure: meta-analysis. *J Cardiovasc Nurs* 2016; 31:367–79. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000265
3. Thrall G, Lip GY, Carroll D, Lane D. Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest* 2007;132:1259–64. https://doi.org/10.1378/chest.07-0036
4. Karami N, Kazeminia M, Karami A, Salimi Y, Ziapour A, Janjani P. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in cardiac patients: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2023;324:175–89. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.055
5. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depres- sion. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439–45. https://doi. org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x
6. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical set- tings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22:1596–602. https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y
7. Bolgeo T, Di Matteo R, Simonelli N, *et al.* Psychometric properties and measurement invariance of the 7-item general anxiety disorder scale (GAD-7) in an Italian coronary heart disease population. *J Affect Disord* 2023;334:213–9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.140