

Esaulov V.I.

### THE EXPERIENCE OF USING PSYCHODIAGNOSTIC METHODS ON PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Esaulov V.I., Russia, Pirogov Russian National Research  
Medical University, Assistant of psychotherapy department.  
Institute of Psychotherapy & Clinical Psychology, Lecturer

#### Abstract

The article contains the data on psychodiagnostics research of 76 patients with irritable bowel syndrome (IBS). It gives a special attention to the nonuniformity of mental and emotional disorders with different clinical forms of IBS. It was noted that anxiety and depressive disorders could be named as prevailing personal characteristics for all researched patients with irritable bowel syndrome.

**Keywords:** irritable bowel syndrome, psychodiagnostics research, personal characteristics.

Попытки уточнения и объективизации психического и психологического статусов у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) проводятся достаточно давно. В последние несколько десятилетий в нашей стране и за рубежом по-прежнему сохраняется интерес к исследованиям, сфокусированным на уточнении и диагностике различных аспектов пограничных психических расстройств при СРК. На настоящее время уже имеется определенное количество публикаций, отмечающих закономерности клинического течения и психологические особенности больных с синдромом раздраженного кишечника.

Согласно данным разных исследователей, нарушения психической сферы при синдроме раздраженного кишечника могут носить различный характер. Еще в 1976 году S.J.Young с соавт. обнаружил у 72% больных с СРК нарушения психики в виде истерических, фобических и депрессивных расстройств [1].

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

C.Bergeron, G.Monro (1985) выявили 4 особенности психического состояния у больных, страдающих СРК: 1) неадекватную зависимость от других, сочетающуюся с выраженным ощущением собственной неполноценности; 2) так называемую «соматизацию», при которой симптомы возникали во время эмоциональных нагрузок; 3) признаки реактивной депрессии; 4) склонность к злобе и отрицанию [2].

В проведенных за последние десятилетия исследованиях отмечалась высокая частота (от 54% до 100%) и значительный полиморфизм психических расстройств у больных СРК, включающий невротические (преимущественно истеро-ипохондрические и тревожно-фобические), аффективные и патохарактерологические нарушения [3,4]. E.A.Walker и соавт.(1992) отметили коморбидность гастроэнтерологических расстройств, депрессии и тревоги [5], а W.J.Katon и соавт.(1992) - готовность больных с функциональными заболеваниями кишечника к паническим расстройствам [6].

В 2007 году А.Р.Бабаева и соавт. отметили преобладание при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) тревожно-депрессивных расстройств различной степени тяжести, и указали на преморбидные личностные особенности в виде сензитивности, тревожного недоверия, эмоциональной лабильности, демонстративности и субдепрессивности [7].

Для верификации, уточнения характера психоэмоциональных отклонений у больных с СРК некоторые авторы использовали различные психологические тесты.

F.Cread, E.Guthrie (1987) обнаружили у больных с СРК по данным психодиагностического обследования высокий уровень депрессии и тревоги [8]. P.Enck, M.Wienbeck (1993) при психологическом обследовании пациентов с СРК также выявили высокий уровень тревоги и депрессии, в сочетании с различными функциональными отклонениями на электроэнцефалограмме [9]. S.K.Chakraborti и соавт.(1996) с помощью набора психологических тестов (личностных опросников, тестов на тревогу и уровень ипохондричности, рейтинговой шкалы депрессии) выявили у больных СРК по сравнению с контрольной группой высокий уровень невротических расстройств (76% против 9%), повышенные показатели депрессии, тревоги, ипохондричности [10].

А.Б.Смудевичем и С.В.Ивановым для изучения статуса больных с СРК и оценки эффективности терапии психотропными препаратами использовались Аналоговая шкала

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

оценки функциональных симптомов ЖКТ и Госпитальный опросник тревоги и депрессии, показавший повышенные значения по этим двум параметрам [11].

В большинстве исследований, включавших психологическое тестирование, основное внимание направлялось на комплексное изучение особенностей личности больных, оценку аффективной сферы, характера межличностных отношений, оценку качества жизни.

Типичной в этом плане является работа В. Ю. Ганчо и соавт. (2002), где при верификации психического статуса пациентов с СРК использовался набор из 5-ти психодиагностических методик: тест выраженности депрессивного состояния В.Жмурова; опросник Спилбергера-Ханина - для исследования уровня личностной и реактивной тревожности; тест диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ»; сокращенный вариант ММРІ - опросник СМОЛ, помогающий оценить структуру личности пациентов; и опросник SF-36, показывающий качество жизни пациентов [12]. По данным тестирования, у больных с СРК выявлены выраженные тревожно-депрессивные явления, преобладание шкал «невротической триады» в профиле СМОЛ с максимальным подъемом в этой триаде по 2-ой шкале (депрессия). Эти личностные проявления сочетались с развитием выраженной социально-психологической дезадаптации у подавляющего числа обследованных (96,9%) и снижением качества жизни.

При исследовании аффективных нарушений при СРК Д.А.Роганов (2005) в качестве психодиагностических методов использовал шкалу уровня депрессии М.Гамильтона (HDRS-21), шкалу тревоги Гамильтона (HARS), в сочетании со шкалами общего клинического впечатления и оценки социального и профессионального функционирования. Для оценки болевого синдрома также использовались визуально-аналоговая и вербальная оценочная шкалы боли. В результате этого исследования депрессивные расстройства были выявлены у 60% больных с СРК [13].

Представляет интерес ряд публикаций, посвященных исследованию психологических особенностей пациентов с синдромом раздраженного кишечника, появившихся в последние несколько лет, [14,15,16].

В исследовании 2012 года А.А.Веретенниковой при описании выборки больных с СРК в сравнении с пациентами с неспецифическим язвенным колитом и контрольной группой был использован набор психологических тестов, включающих

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

опросник Мини-мульти, тест ТООБЛ, шкалу депрессии Цунга, и опросник оценки качества жизни SF-36. Автором в качестве личностных особенностей пациентов с СРК отмечены чрезмерная открытость, общительность, склонность к демонстративности, повышенная эмоциональная напряженность, сочетающиеся с тревожностью, зависимыми тенденциями, инфантильностью [14].

В 2013 году Ю.Н. Мялиной и Т.А. Тихоновой проведено сравнительное исследование психологических особенностей больных с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта [15]. Сравнивались некоторые особенности личности больных, страдающих СРК, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, с результатами, полученными в группе контроля. Психологическое тестирование включало обследование цветовым тестом М.Люшера, личностным опросником СМОЛ (Мини-мульти), шкалой депрессии Бека, тестом САН, и опросником, оценивающим качество жизни. Согласно полученным результатам, у пациентов с СРК имелись самые высокие показатели уровня депрессии среди всех обследованных с патологией ЖКТ. Помимо этого, для подавляющего большинства пациентов с СРК в профиле СМОЛ типичными были пиковые показатели по шкалам психастении и истерии, в отличие от ведущей шкалы паранойяльности у пациентов с неспецифическим язвенным колитом, и шкалы психопатии при болезни Крона. Авторы исследования отметили у всех пациентов с заболеваниями ЖКТ высокую тревожность в сравнении с контрольной группой, а также умеренное или существенное негативное влияние болезни, приводящее к снижению качества жизни [15]. В подробной публикации годом позже расширенным коллективом авторов приведены более детализированные данные проведенного экспериментально-психологического обследования с подробным описанием и анализом полученных психологических профилей [16].

В большинстве проведенных ранее исследований, несмотря на приведенные интересные сравнительные результаты психодиагностики, дающие общую картину психологических особенностей у пациентов с СРК, к сожалению не ясно, какой ведущий клинический вариант синдрома раздраженного кишечника (с поносом, запором, болью, смешанной клиникой) выбирался для проведения исследования. Кроме того, в значительном числе публикаций указывается просто количественное число обследованных пациентов без уточнения пола и возраста.

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

Как отмечают С.А.Алексеевко, О.В.Крапивная (2010), при кажущемся единообразии основных форм данного функционального расстройства ЖКТ, объединенных по ведущим диагностическим критериям в общую нозологическую единицу, имеются свидетельства заметной неоднородности больных при каждом из клинических вариантов СРК [17]. По мнению этих авторов, идентификация и четкое описание подгрупп пациентов в рамках основных вариантов синдрома раздраженного кишечника может быть полезна для подбора эффективной терапии.

В настоящее время клинические проявления СРК диагностируются с учетом Римских критериев-III [18,19], описывающих ведущую симптоматику и основные формы течения данного заболевания. Данные критерии приняты неоднозначно даже ведущими гастроэнтерологами, и порождают ряд вопросов, которые до настоящего времени не решены [20].

Подавляющее число исследователей по-прежнему сходятся на том, что патогенез СРК не до конца ясен, отсутствует единая эффективная схема терапии. Нет единой точки зрения и в отношении типичных для данной патологии психоэмоциональных расстройств, сопровождающих основную гастроэнтерологическую симптоматику.

**Цель работы:** исследование основных личностных характеристик с помощью психодиагностических методов 76 пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

**Материалы и методы:**

Было проведено обследование на выборке из 76 пациентов (50 женщин и 26 мужчин) с СРК в возрасте от 18 до 45 лет. Данное соотношение мужчин и женщин (примерно 2 к 1) соответствует типичной пропорции болеющих синдромом раздраженного кишечника мужчин и женщин [4]. Диагноз был поставлен врачами-гастроэнтерологами на основании клинических проявлений заболевания. в соответствии с признанной классификацией (согласно Римским критериям-III) [18,19].

Из 76 обследованных у 29 человек (19 женщин, 10 мужчин) отмечался вариант СРК с преобладанием запоров, у 26 (17 женщин, 9 мужчин) - вариант с преобладанием поносов, и у 21 человека (14 женщин, 7 мужчин).

Психоэмоциональное состояние больных с СРК исследовалось с помощью клинического интервью и набора психологических тестов, включающих: личностный опросник Мини-мульти (СМОЛ), методику измерения уровня тревожности

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

(шкала Дж.Тейлор). Вышеперечисленные психодиагностические методики дополнялись проективными тестами (тестом цветовых выборов М.Люшера, цветовым рисуночным тестом "Силуэт тела", а также цветовым рисуночным тестом "Рисунок болезни /Рисунок здоровья").

Помимо этого набора тестов пациенты заполняли комплексный опросник оценки состояния ЖКТ (220 вопросов), и ранжированный комплексный тест оценки самочувствия. В последнем тесте пациенты в баллах (от 0 до 4 баллов в зависимости от интенсивности) отмечали степень выраженности имеющихся гастроэнтерологических расстройств (нарушения стула, боли, метеоризм, ощущение неполного опорожнения кишечника) и психоэмоциональных расстройств (тревога, подавленность, астения, фиксация на состоянии здоровья, нарушения сна).

**Результаты и обсуждение:**

В клиническом интервью перед началом обследования подавляющее большинство пациентов (более 3/4 обследованных мужчин и женщин) характеризовали себя как людей мнительных, впечатлительных, со склонностью к переменам настроения и самочувствия в ситуациях стресса, и значительным ухудшением настроения с появлением пессимистичного взгляда на жизнь и уменьшением интереса к общению при обострении со стороны ЖКТ.

Появление абдоминальных болей, расстройств стула, выраженное урчание в животе, часто сопровождаемое целым рядом неабдоминальных симптомов, приводило к повышенной фиксации на функциях ЖКТ и общем плохом самочувствии. При этом снижалось желание активно вовлекаться в какие-либо дела, и усиливалось стремление к пассивности, желание остаться дома, полежать. Привычные действия в таком состоянии приходилось выполнять преодолевая себя, из чувства долга, нехотя. Часто такое состояние сопровождалось уныло-ворчливым фоном настроения и тягостным ощущением собственной немощи. Около 1/4 обследованных без желания, формально шли на контакт.

Несмотря на наличие внешне наблюдаемого унылого настроения, внешнюю пассивность, примерно третья часть пациентов отвергали у себя признаки аффективных расстройств, заявляя либо о том, что у них вовсе отсутствуют какие-либо психологические проблемы, либо отмечая лишь временное сиюминутное ухудшение, и отвергая психологическую помощь, говоря о том, что у них "в целом - все в порядке..."

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

Практически во всей группе обследованных с СРК была отмечена тенденция к следованию социально-нормативным установкам. Пациенты были склонны часто использовать оценочные слова, речевые штампы, описывали зависимость своего поведения от мнения окружающих, речь была насыщена фразами о социальных правилах, обязательствах, запретах.

Клинико-anamnestическое исследование пациентов показало, что со временем, по мере течения этого функционального психосоматоза, начинали нарастать определенные патохарактерологические изменения в виде дисгармонических проявлений с усилением преморбидных черт (мнительности, робости, сензитивности), дополняемых эпизодической дисфорической ворчливостью, эгоцентризмом, фиксацией на плохом самочувствии с все чаще высказываемым недовольством окружающими, капризами, подавленностью. Этот тип реагирования с незначительной разницей был характерен как для женщин, так и для мужчин.

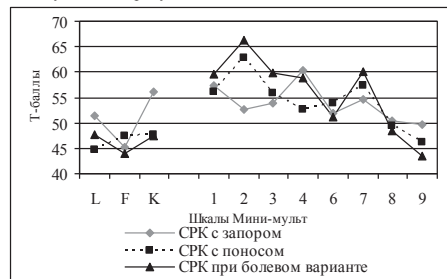
При тестировании мужчин и женщин личностными опросниками показатели в объединенных по полу общих профилях Мини-мульта отличались незначительно. В обобщенном личностном профиле Мини-мульта у женщин с СРК имелись пиковые повышения показателей по 2,8,1,7 шкалам (пессимистичность, индивидуалистичность, сверхконтроль, тревожность), и противоположное им снижение показателей по 9 шкале (оптимистичность). Усредненный профиль Мини-мульта у мужчин с СРК в первую очередь характеризовался более заметным по сравнению с женщинами снижением показателей оптимистичности (9 шкала), в сочетании с подъемами 1,2,7,8 шкал (сверхконтроль, пессимистичность, тревожность, индивидуалистичность), а также 4 шкалы (импульсивность). С целом усредненные показатели Мини-мульта и у мужчин и у женщин имели наибольшие значения по сходным (2,7) шкалам, что позволяло говорить вне зависимости от пола обследованных о тревожно-депрессивном профиле, при котором имелась склонность к пессимистической оценке перспектив в сочетании с внутренней напряженностью, тревогой и страхом. Некоторое повышение профиля на 1 шкале могло указывать на обеспокоенность состоянием своего здоровья.

Данные результаты были в целом похожи на полученные в 2015 году результаты исследования психологического профиля больных с СРК [21].

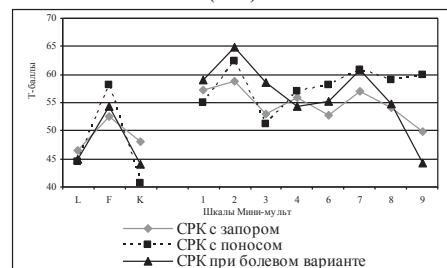
В то же время при анализе результатов психодиагностического тестирования в трех группах пациентов

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

с различными клиническими формами СРК (с преобладанием запоров, поноса, болей и метеоризма) были отмечены определенные отличия в профилях Мини-мульта, которые можно увидеть на рисунках 1 и 2.



**Рисунок 1. Профили Мини-Мульта у мужчин с СРК (n=26).**



**Рисунок 2. Профили Мини-Мульта у женщин с СРК (n=50).**

При более дифференцированном анализе данных Мини-мульта у 76 обследованных мужчин (26 чел.) и женщин (50 чел.) с различными клиническими вариантами СРК можно отметить неоднородность их психоэмоционального состояния.

На двух представленных рисунках (рис.1 и рис.2) можно отметить общую тенденцию к подъему показателей по 7



**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

шкале (тревога), характерную для всех вариантов СРК, и повышенных по сравнению с другими шкалами показателей по 2 шкале (депрессия) при большинстве вариантов течения СРК (кроме "утопленной" 2 шкалы, характерной для профиля пациентов-мужчин с преобладанием запоров).

При варианте с преобладанием запоров у мужчин снижение показателей по 2 шкале (депрессия) сопровождалось заметным повышением по 4 шкале (импульсивность). Результаты опроса больных с этой разновидностью варианта СРК показали, что мужчины по сравнению с женщинами при запорах становились более ворчливыми, капризными, и отличались по сравнению с женщинами большей импульсивностью, несдержанностью, и даже эпизодами гневливости. Кроме того, мужчины отличались меньшей рефлексивностью по сравнению с женщинами. Для женщин с запорами было скорее характерно реагирование со снижением настроения, пассивностью, большей склонностью к самокопанию, готовностью к самокритике, неуверенностью.

При варианте с преобладанием жидкого стула при ведущих подъемах по 7 (тревога) и 2 (депрессия) шкалам, у мужчин несколько ниже были показатели 4 (импульсивность) и 9 (оптимистичность) шкал. На практике это могло проявляться в снижении активности, стремлении к шаблонизированному поведению и консерватизму, сдержанности, осторожности. У женщин при имеющейся склонности к поносам вместе с тревожностью и снижением настроения могла наблюдаться более выраженная суетливость, доходящая до эпизодов ажитации. На профиле Мини-мульты такое поведение также было отражено в виде наибольших по сравнению с другими клиническими вариантами СРК показателей по 9 шкале.

При болевом варианте СРК наблюдались наибольшие (по сравнению с другими вариантами) показатели 2 (депрессия) и 7 (тревога) шкал. В то же время и у мужчин, и у женщин с абдоминальными болями в рамках СРК отмечалось наиболее заметное снижение активности (самые низкие показатели по 9 шкале). Эти проявления могли сопровождаться ангедонией, сужением интереса к происходящему, с некоторым усилением фиксации на состоянии здоровья.

При комплексной оценке другими методами психодиагностики психоэмоционального состояния больных с СРК в качестве ведущего аффекта явно выделялся депрессивный - либо в типичных проявлениях ("депрессивная триада"), либо в различных комбинациях с тревожным спектром расстройств.

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

В зависимости от варианта расстройств стула отмечались различающиеся уровни тревоги у обследованных. Как в случаях течения СРК с преобладанием запоров, так и при поносах у мужчин показатели тревожности по опроснику Дж.Тейлор были в целом меньше, чем у женщин, и составляли соответственно 15 и 20 усл.ед. (при норме до 13 усл.ед.), против почти вдвое больших показателей тревожности у женщин (27 и 33 усл.ед.).

При тестировании опросником Дж.Тейлор также отмечена определенная зависимость между интенсивностью абдоминальной боли и выраженностью тревожных расстройств. У пациентов с частыми и интенсивными болями более высокими были показатели уровня тревоги. Женщины лучше переносили абдоминальный дискомфорт и боли. У мужчин уровень тревоги заметно повышался по мере роста интенсивности болей, доходя до 38 усл.ед. в случаях сильных абдоминальных алгий. В то же время при такой же интенсивности боли у женщин уровень тревоги имел меньшие показатели, (32 усл.ед), что предположительно может свидетельствовать о более спокойном субъективном восприятии и терпеливости женщин по сравнению с мужчинами при появлении интенсивных абдоминальных болей.

Стержневыми психоэмоциональными проявлениями практически у всех 76 больных с СРК являлись разнообразные варианты пограничной психической симптоматики (депрессивно-меланхолической, тревожно-депрессивной, тревожно-фобической, ипохондрической, истеро-ипохондрической и шизоформной). Полученные данные подтвердили результаты ранее проведенных в соавторстве с М.В.Коркиной В.В.Мариловым и собственных исследований личностной структуры больных с синдромом раздраженного кишечника с использованием методов психодиагностики [21,22,23,24].

**Выводы:**

Таким образом, проведенное комплексное психологическое исследование показало наличие практически у всех 76 обследованных больных с синдромом раздраженного кишечника преобладание тревожно-депрессивных расстройств в качестве основной личностной характеристики при данном расстройстве ЖКТ. Результаты проведенного психодиагностического исследования указывают на неоднородность психоэмоционального состояния при различных клинических вариантах СРК. Полученные данные могут быть полезны для лучшего понимания личностной

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

структуры этой группы пациентов, и для построения дифференцированной системы психокоррекции при данном заболевании.

**References:**

- [1] Young S.J., Alpers D.H., Norland C.C., et al. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome. Practical implications for the primary physician. // *Gastroenterology*.- 1976. – Vol.70.- P. 162-166.
- [2] Bergeron C.M., Monto G.L. Personality patterns seen in irritable bowel syndrome patients. // *Amer. J. Gastroenterol.* 1985 - Vol. 80, №6.- P.448-451.
- [3] Korkina M.V., Marilov V.V. Peculiarities of formation and currents of psychosomatic diseases of gastrointestinal tract // *Journal of neuropathology and Psychiatry of S.S. Korsakov* -1987. №11, -P.1697-1700.
- [4] Marilov V.V. Clinical variants of psychosomatic pathology of the gastrointestinal tract // Abstract of the dissertation on competition of a degree of the doctor of med.sciences - M:, 1993.- 48 p.
- [5] Walker E.A., Katon W.J., Jemelka R.P., et al. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study // *Am-J-Med.*, 1992, Jan 24; 92(1A) - P.26-30.
- [6] Katon W.J., Von Korff M., Lin E. Panic disorder relationship to high medical utilization.//*Am-J-Med.* 1992 Jan 24; 92(1A) - P.7-11.
- [7] Babayeva A.R., Rodionova ON., Trubina NV. Psychological aspects of functional gastrointestinal disease// *Lekarstvennyj vestnik*, 2007. №2. - P.24-27.
- [8] Creed, F.H., Guthrie, E.A. Psychological factors in the irritable bowel syndrome // *Gut*, 1987. № 28, -P.1307-1318.
- [9] Enck P., Wienbeck M. Epidemiology and psychological factors of the irritable bowel syndrome// *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* -1993. -№ 5. -P. 979-989.
- [10] Chakraborti S.K., Dey B.K., Ghosh N, et al. Objective evaluation of psychological abnormality in irritable bowel syndrome.//*Indian J Gastroenterol* 1996. Apr;15(2): - P.43-45.
- [11] Smulevitch A.B., Ivanov S.V. Therapy of psychosomatic disorders. Clinical effects of Eglonil (Sulpiride) // *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. – 2000. – Т. 2, № 3. - P. 112-114.

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

- [12]Gancho V.Yu., Uspensky Yu.P., Grinevich V.B., et al. Psychosomatic peculiarities, quality of life and clinical efficiency of Fluvoxamine (Fevarin) in irritable bowel syndrome patients // *Social & Clinical Psychiatry*. 2002. № 3, - P.76-78.
- [13]Roganov D. A. Affective disorders in irritable bowel syndrome // Abstract of the dissertation on competition of a degree of the candidate of med.sciences - M., 2005. - 25 p.
- [14]Veretennikova A.A. Clinical-psychological features features of patients with intestines pathology // *Bulletin of Medical Internet Conferences*, 2012. № 2. Vol. 2. - P.57.
- [15]Myalina Yu.N., Tikhonova T.A. Personality traits in patients with bowel disease // *Bulletin of Medical Internet Conferences*, 2013. №11, Vol. 3. - P.1221.
- [16]Kozlova I.V., Myalina Yu.N., Lekareva LI, Badieva OE, Tikhonova TA. Psychological characteristics of patients with functional and inflammatory bowel disorders.//*Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2014; 10(1): 80–85.
- [17]Alexeenko S.A., Krapivnaya O.V. New approach to diagnostics and treatment of irritable bowel syndrome and constipation // *Far-Eastern Medical Journal*. 2010. № 1. - C.22-24.
- [18]Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process.// *Gastroenterology*, 2006; 130: P.1377-1390.
- [19]Mayev I.V., Cheremushkin S. V. IBS. The Rome III criteria // *Consilium medicum (annex Gastroenterology)*. - 2009. №1 - P.5-10.
- [20]Sheptulin AA. The Rome III criteria of irritable bowel syndrome: what had we expect and what did we see?// *Russ.Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. - 2007. - T.17, № 2. - P. 63-68.
- [21]Esaulov V.I. About some of the emotional and personal characteristics of patients with Irritable Bowel Syndrome // *European research*. 2015. № 5 (6) - P. 76-78.
- [22]Marilov V.V., Esaulov V.I. Mental disorders within irritable bowel syndrome // *Bulletin of PFUR, Medicine Series*: 2000. №3. - P. 98-101.
- [23]Marilov V.V., Korkina M.V., Esaulov V.I. Personality traits and nature of mental disorders in irritable bowel syndrome // *Social &Clinical Psychiatry*. 2000. Vol. 10, №4. - P. 21-27.
- [24]Esaulov V.I. About border mental disorders in patients with irritable bowel syndrome and methods of their treatment

**3rd International Conference  
«Research, Innovation and Education» 2016**

//Contemporary clinical issues in neurology and  
psychoneurology (Materials of scientific conference, 2007,  
Stavropol). - Stavropol: SGMA, 2007. - P. 148-152.