

Ф44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства



Соловий Дмитрий Олегович
5 курс 37 группа
Лечебный факультет

● **В международной классификации болезней 10-го пересмотра диссоциативные (конверсионные) расстройства описаны следующим образом:**

«Общепринятыми положениями, на основе которых выделяются диссоциативные, или конверсионные, расстройства, являются полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность и непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела. Все виды диссоциативных расстройств имеют тенденцию к исчезновению через несколько недель или месяцев, особенно если их возникновение связано с каким-либо травмирующим событием в жизни. Многие хронические расстройства, особенно параличи и потеря чувствительности, могут развиваться на основе существования неразрешимых проблем и межличностных сложностей. Считается, что они имеют психогенную этиологию, поскольку по времени возникновения тесно связаны с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями»

В МКБ-10 в разделе «диссоциативные (конверсионные) расстройства» (F44) описаны следующие диагнозы:

- **F44.0 Диссоциативная амнезия**
- **F44.1 Диссоциативная фуга**
- **F44.2 Диссоциативный ступор**
- **F44.3 Трансы и состояния овладения**
- **F44.4 Диссоциативные расстройства моторики**
- **F44.5 Диссоциативные судороги**
- **F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия**
- **F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства**
- **F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства**

В разделе «диссоциативные расстройства» DSM-5 перечислены следующие диссоциативные расстройства

- Диссоциативное расстройство идентичности / англ. Dissociative identity disorder, 300.14 (F44.81)
- Диссоциативная амнезия / англ. Dissociative amnesia, 300.12 (F44.0)
- Диссоциативная амнезия с диссоциативной фугой / англ. Dissociative amnesia with dissociative fugue (300.13 (F44.1)
- Расстройство деперсонализации/дереализации / англ. Depersonalization/Derealization Disorder, 300.6 (F48.1)
- Другое уточнённое диссоциативное расстройство / англ. Other Specified Dissociative Disorder, 300.15 (F44.89)
- Неуточнённое диссоциативное расстройство / англ. Unspecified Dissociative Disorder, 300.15 (F44.9)

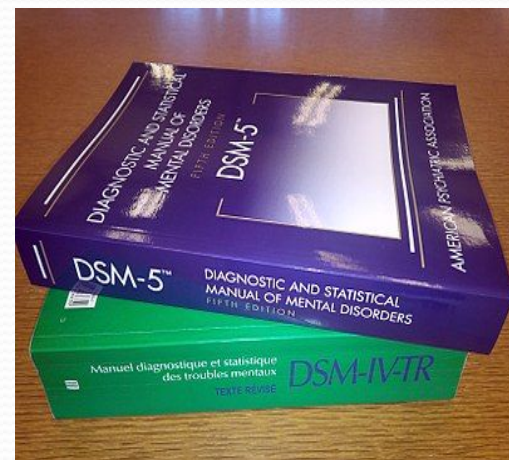
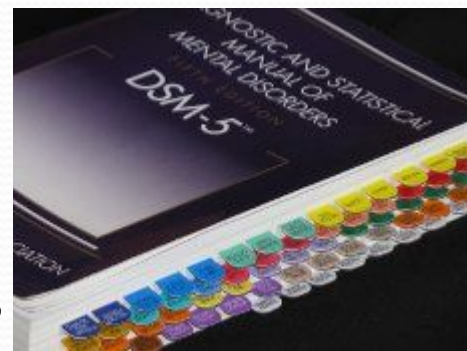
DSM-5

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION

DSM-5

● **DSM-5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition)** — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания) — используемая в США с 2013 года нозологическая система, «номенклатура» психических расстройств. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association (APA)). DSM-5 был опубликован 18 мая 2013 года, заменив DSM-IV-TR 2000 года. «DSM-V» — нерекомендуемое к использованию устаревшее название, отвергнутое ассоциацией. С пятого издания ассоциацией решено использовать арабскую цифру в наименовании руководства (до 2013 в названиях использовались римские цифры), правильное современное сокращение — DSM-5.

● В Соединённых Штатах DSM имеет высокий авторитет в психиатрии. Рекомендации к использованию при лечении психических расстройств, а также оплата поставщиками медицинских услуг часто определяются классификациями DSM, поэтому появление новой версии имеет важное практическое значение.



● Конверсионные расстройства в практике как невролога, так и терапевта, нередко приводят к ошибочной диагностике и, соответственно, к применению дорогих и сложных диагностических и лечебных процедур. Согласно последним статистическим данным, конверсионных расстройства (функциональные неврологические симптомы) занимают **шестое место в двадцатке наиболее часто выставляемых диагнозов.**



Распространенность ДКР: данные мировой статистики

- Данные мировой статистики показывают, что распространенность КДР колеблется от 5 до 22 человек на 100,000 популяции
- Доказано, что : Около 10% пациентов, направленных к неврологу, страдают конверсионными расстройствами
- Такие симптомы как психогенный тремор, дистония, миоклонус встречаются у 2%-3% пациентов, госпитализированных в неврологические клиники
- У 20% пациентов с «эпилепсией» пароксизмальные состояния проявляются исключительно диссоциативными конвульсиями
- В США распространенность диссоциативных конвульсий составляет от 2 до 33 человек на 100 000 населения
- Диссоциативные судороги наблюдаются у 18% пациентов, действительно страдающих эпилепсией.
- Диссоциативные расстройства могут появиться в любом возрасте, однако чаще всего развиваются у людей молодого и среднего возраста. Несмотря на то, что расстройства проявляются чаще всего у взрослых, национальное эпидемиологическое исследование, проведенное в Австралии продемонстрировало распространенность ДКР у детей до 16 лет (от 2.3 до 4.2 на 100.000 детской популяции).

Этиология

- Хотя этиология ДКР считается многофакторной, наиболее важными факторами представляются следующие:
- Хронический и/ли острый эмоциональный дистресс в комбинации с:
 - социальными, культурными или семейными запретами на открытое выражение эмоций;
 - Сравнительно более высоким престижем неврологических, либо соматических тяжелых заболеваний (таких как, например, парез или амнезия) по сравнению с нарушениями психического здоровья;
 - когнитивными особенностями, такими как высокая потребность в контроле окружающего мира;
 - врожденными биологическими особенностями, такими как нарушением межполушарного взаимодействия и чрезмерной продукцией кортизола, снижающего возможности осознания пациентом телесных ощущений.
- Возникновение конверсионных (диссоциативных) симптомов отчасти снижает интенсивность переживаемых негативных эмоций по поводу перенесенного эмоционального дистресса. Внимание переключается с травмирующих переживаний на симптом. Защитная роль ДКР приводит к вторичной выгоде от болезни (ВВБ) и способствует затяжному ремитирующему характеру расстройств.

Патогенез



Биологические предиспозиции

- Более развитые, чем в норме, нейронные связи между лимбической системой и премоторной корой, обнаруженные у пациентов с ДКР, объясняют, почему интенсивный дистресс способен вызывать моторные конверсии. В частности, при конверсионном параличе затронуты участки мозга, отвечающие за самовосприятие, регуляцию эмоций, и двигательные процессы
- Врожденные биологические особенности, такие как нарушение межполушарного взаимодействия и чрезмерная продукция кортизола, который способен снижать осознание пациентом собственных телесных ощущений .
- У пациентов с диссоциативными расстройствами были найдены нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе, что, тем не менее, может быть связано с хроническим неразрешимым конфликтом .

Патогенные факторы

- Хронический длительный дистресс, потребность в контроле внешней среды (экстернальность), высокий уровень потребностей при недостаточных возможностях их удовлетворения

Триггеры

- «Последней каплей» может служить любое событие: от острого эмоционального дистресса и незначительной по тяжести черепно-мозговой травмы до прививки от кори

Доказанные нейробиологические изменения головного мозга у пациентов с ДКР

- Симптомы возникают вне осознанности пациента. Функциональные исследования головного мозга **показывают разобщенность в нейронном цикле, соединяющем осознанное желание, двигательную активность и восприятие**
- **Мозговые цитокины** рассматриваются в качестве одного из реагентов, вызывающих слабость, тошноту, комок в горле и другие нарушения, сопровождающие классические конверсионные симптомы
- Функциональные исследования головного мозга пациентов с ДКР показывают **повышенную активность лимбической системы в ответ на болезненные стимулы**

Факторы риска ДКР

- Факторы риска возникновения конверсионных (диссоциативных расстройств) подразделяются на факторы **высокого** и **невысокого** риска



риска

- **Физическое и/ли сексуальное насилие.** В 50% - 75% случаях у пациентов с ДКР обнаруживается история предыдущего сексуального либо физического насилия, пережитого в детском возрасте.
- **Пережитые психологические травмы, перенесенные в детстве.** Доказано, что наблюдение за случаями домашнего насилия и/ли вербальной агрессией со стороны родителей и других значимых лиц, приводят к нарушению целостности проводящих путей. Имеются доказательства того, что дисфункциональные отношения с матерью служат фактором риска развития конверсионных расстройств.
- **ПТСР и ОРС** весьма часто сопровождаются симптомами ДКР.
- ДКР чаще встречаются у **женщин** (75% всех заболевших).
- Доказано, что ДКР чаще встречаются у лиц с **алекситимией**
- ДКР связаны с тенденцией постоянно переживать негативные эмоции и концентрироваться на предыдущих **дистрессах**



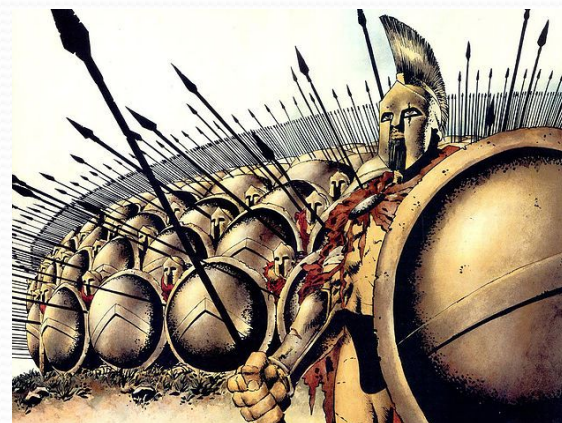
Факторы невысокого риска

- **История неэффективного взаимодействия между врачом (врачами) и пациентом.** Показано, что врачи, которые отрицают реальность симптоматики пациента, демонстрируют низкий уровень эмпатии, либо, напротив, преувеличивают значение симптомов и чрезмерно патологизируют результаты дополнительных методов обследования (в частности, ЭЭГ), могут повлиять на усложнение симптоматики у пациента



Диссоциация как механизм психологической защиты от травматического стресса

- Травматический стресс выделяется как фактор высокого риска в развитии ДКР. Защитные функции диссоциации помогают справиться с непереносимым для личности стрессом. Диссоциативные симптомы определяются как часть клинической картины ПТСР и острого стрессового расстройства по DSM-V



- Клиницисты (Франкенталь, Клафт, Шпейгель, Людвиг), работающие с людьми, перенесшими психотравму, и сами жертвы насилия отмечают адаптивный характер диссоциации (Франкл о событиях в концлагере), особенно, когда он является ответом на экстремальные психотравмирующие ситуации.



Семь основных защитных функций диссоциации

1. **Автоматизация поведения.** Диссоциативный процесс сводит к минимуму влияние сознательного контроля индивида при актуализации врожденных и выученных паттернов поведения. Благодаря этому индивид получает возможность концентрировать внимание на более важных аспектах ситуации или сложной задачи.
2. **Эффективность и экономичность деятельности.** Диссоциация позволяет экономно расходовать усилия, повышая, таким образом, их эффективность. Диссоциация обеспечивает раздельное протекание психических процессов. Диссоциативный процесс позволяет снизить до приемлемого уровня напряжение, вызванное противоречивой или избыточной информацией, что дает личности возможность мобилизовать усилия для решения той или иной задачи.

3. **Разрешение непереносимых конфликтов.** В ситуации конфликта, когда в распоряжении индивида отсутствуют подходящие средства для немедленного его разрешения, конфликтующие установки, желания и оценки как бы разводятся при помощи диссоциативного процесса. Благодаря этому, находясь в сложной ситуации, индивид обретает возможность предпринять согласованные и целенаправленные действия.

4. **Уход от повседневной реальности.** Диссоциация лежит в основе множества религиозных практик и феноменов, таких, например, как явления одержимости духами, шаманизма



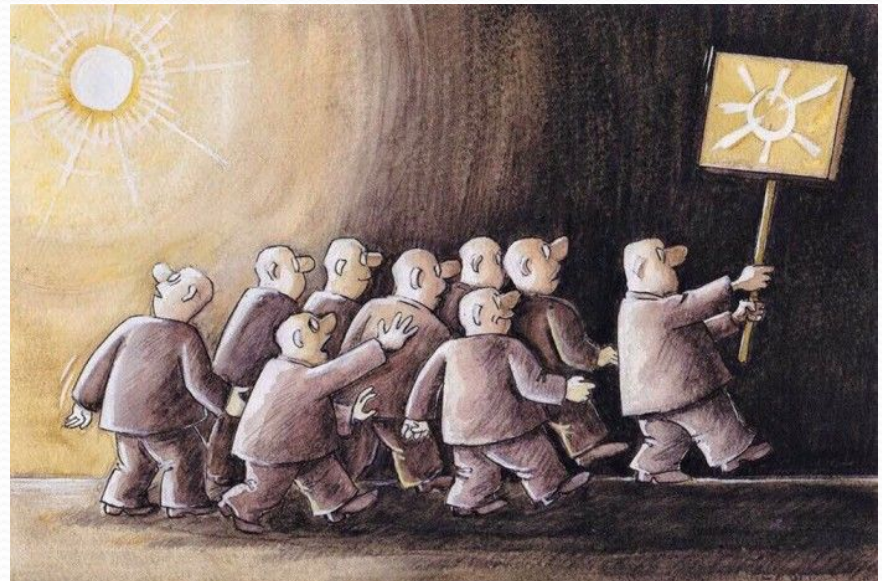
5. **Изоляция катастрофических переживаний.** Диссоциативный процесс изолирует переживания психотравмирующих ситуаций, которые сопровождаются интенсивными негативными эмоциями. При этом восприятие психотравмирующей ситуации дробится на отдельные фрагменты. Амнестические эпизоды, фуги — это примеры диссоциативных состояний, которые служат цели изоляции травматических переживаний.

6. **Эмоциональная разрядка табуированных эмоций и аффектов.** Некоторые эмоции, аффекты, чувства и импульсы, на переживание которых в той или иной культуре наложено табу, могут быть выражены только в контексте особых санкционированных ритуалов, церемониалов, обрядов и празднеств. Участники этих ритуалов высвобождают и выражают табуированные эмоции, чувства и импульсы в контексте диссоциативного состояния, которое можно было бы уподобить своего рода «контейнеру», содержащему агрессивные импульсы, чувства, связанные с фрустрацией или неисполнимыми желаниями. Индивид получает возможность выражать эти чувства непосредственно или в символической форме, не испытывая при этом страх или вину в связи с нарушением рамок социаль



7. **Усиление «стадных чувств».** Диссоциация играет большую роль при сплочении больших групп людей, оказывающихся перед лицом общей опасности, а также в сфере влияния авторитарных лидеров.

В качестве механизма психологической защиты, диссоциация помогает справиться с интенсивными негативными эмоциями, вызванными воздействием факторов психотравмирующей ситуации или события.



- Эти функции можно рассматривать и как «первичную» и как «вторичную» выгоды при терапии, воспринимать их как мишени терапии. Они могут быть своего рода «лазейками», через которые можно проводить психотерапию, погружаясь во внутренний мир клиента с диссоциативными симптомами.



Диссоциативные (конверсионные расстройства) F 44

- Общие признаки, которые характеризуют диссоциативные и конверсионные расстройства, заключаются в частичной или полной потере нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой. Обычно существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах этот сознательный и элективный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться от дня ко дню и даже от часа к часу.
- Убедительные доказательства психологической обусловленности может быть трудно найти, даже если они обоснованно подозреваются. При наличии известных расстройств центральной или периферической нервной системы диагноз диссоциативного расстройства должен устанавливаться с большой осторожностью. При отсутствии данных о психологической обусловленности диагноз должен быть временным.



Диссоциативная амнезия 44.0



- Основной признак - потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких,
- обычно она является парциальной и селективной. Генерализованность и полнота амнезии часто варьируют день ото дня и при оценке разными исследователями, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования.
- Аффективные состояния, которые сопровождают амнезию, очень разнообразны, но тяжелая депрессия является редкой. Могут быть очевидными растерянность, дистресс и разные степени поведения, направленного на поиск внимания, но иногда бросается в глаза позиция спокойной примиренности. Чаще всего заболевают в молодом возрасте, причем самые крайние проявления обычно имеют место у мужчин, подверженных стрессу сражений.

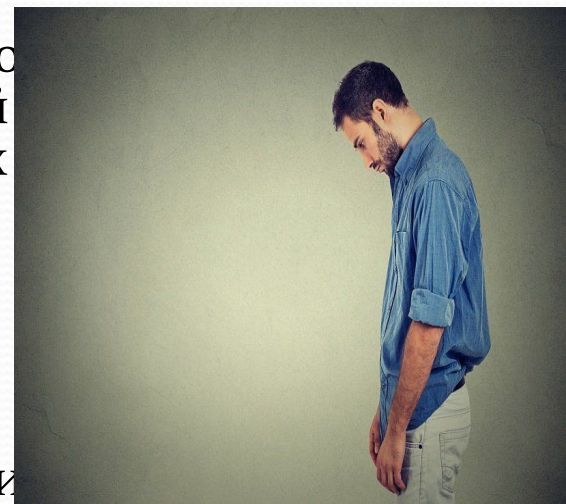
Диссоциативная fuga 44.1

- Диссоциативная fuga имеет все признаки диссоциативной амнезии в сочетании с внешне целенаправленными путешествиями, во время которых больной поддерживает уход за собой. В некоторых случаях принимается новая идентичность личности, обычно на несколько дней, но иногда на длительные периоды и с удивительной степенью полноты.
- Организованное путешествие может быть в места ранее известные и эмоционально значимые. Хотя период fugи амнезируется, поведение пациента в это время для независимых наблюдателей может представляться совершенно нормальным.



Диссоциативный ступор 44.2

- Поведение больного отвечает критериям ступора, но осмотр и обследование не выявляют его физической обусловленности. Как и при других диссоциативных расстройствах, дополнительно обнаруживается психогенная обусловленность в форме недавних стрессовых событий или выраженных межперсональных или социальных проблем.
- Ступор диагностируется на основании резкого снижения или отсутствия произвольных движений и нормальных реакций на внешние стимулы, такие как свет, шум, прикосновение.
- Длительное время больной лежит или сидит по существу неподвижно. Полностью или почти полностью отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения. Хотя может присутствовать некоторая степень нарушения сознания, мышечный тонус, положение тела, дыхание, а иногда и открывание глаз и координированные движения глаз таковы, что становится понятным, что больной не находится ни в состоянии сна, ни в бессознательном состоянии.



Транс и одержимость 44.3

- Расстройства, при которых имеется временная потеря как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего. В некоторых случаях отдельные поступки управляются другой личностью, духом, божеством или "силой". Внимание и осознание могут ограничиваться или фокусироваться на одном-двух аспектах из непосредственного окружения и часто наблюдается ограниченный, но повторяющийся набор движений, лоз и высказываний. Сюда должны включаться только те трансы, которые являются непроизвольными или нежелательными и затрудняют повседневную деятельность за счет того, что возникают или сохраняются и вне рамок религиозных или других культурально приемлемых ситуаций



Диссоциативные расстройства движений и ощущений

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

F44.5 Диссоциативные конвульсии

F44.6

Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия

F44.7

Смешанные диссоциативные расстройства

- При этих расстройствах имеются потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Поэтому больной представляется страдающим от физического заболевания, хотя таковое, объясняющее возникновение симптомов, не может быть обнаружено. Симптомы часто отражают представления больного с физическом заболевании, что может находиться в противоречии с физиологическими или анатомическими принципами. Кроме того, оценка психического состояния больного и его социальной ситуации часто предполагает, что снижение продуктивности, вытекающее из утраты функций, помогает ему избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить зависимость или негодование. Хотя для других проблемы или конфликты могут быть очевидными, сам больной часто отрицает их наличие и свои неприятности приписывает симптомам или нарушенной продуктивности.



- Самыми яркими проявлениями синдрома Ганзера являются мимоговорение и мимодействия. Мимоговорение проявляется в заведомо нелепых, абсурдных ответах на самые простые вопросы. Например, больной не может правильно ответить, сколько пальцев у него на руке. Мимодействия встречаются реже мимоговорения и проявляются в неправильных действиях в ответ на элементарные указания. Например, пациент поднимает руку вместо ноги, пытается надеть рубашку на ноги, а брюки – на руки. При исследовании кожной чувствительности больной с синдромом Ганзера не реагирует на холод, тепло и болевые раздражители (укол булавкой).
- Ориентировка в окружающем нарушена, связь с внешним миром резко ограничена, восприятие реальности затруднено. Пациент полностью сосредоточен на узком круге проблем. Возникают аффективные нарушения, наблюдаются колебания от тревоги и страха к радости и оптимизму. При синдроме Ганзера также могут выявляться галлюцинаторные расстройства. Галлюцинации преимущественно зрительные, как правило, связанные с реальной ситуацией, нередко устрашающие. Носят сценopodobный характер, могут включать в себя судебные заседания, чтение приговора и т. п.

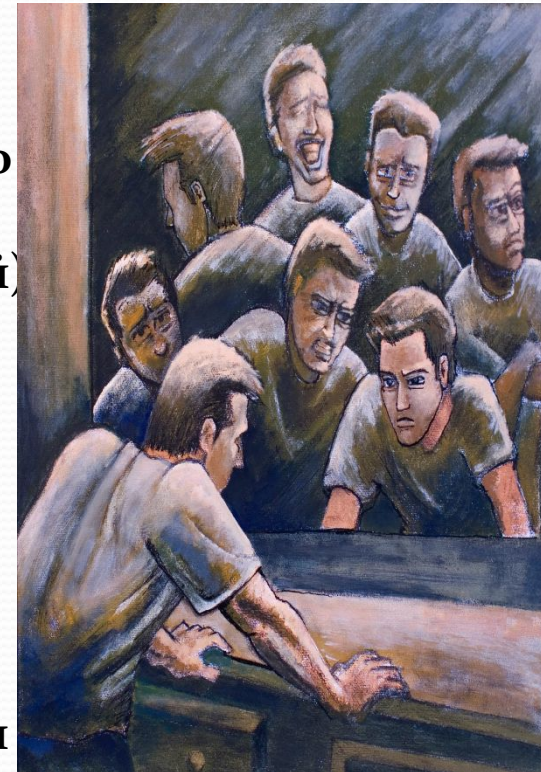


Диссоциативное расстройство личности

(Сложная личность) F 44.8

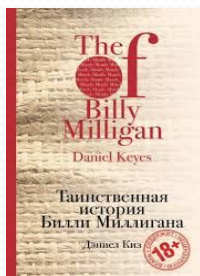
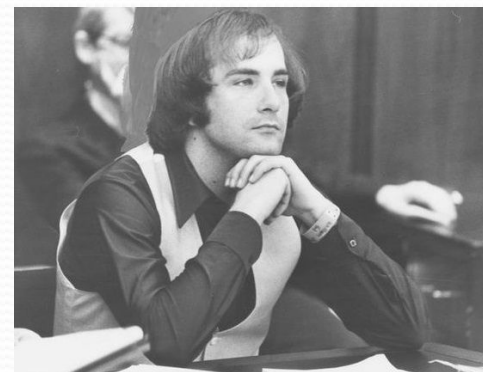
Диссоциативное расстройство идентичности / англ. *Dissociative identity disorder, 300.14 (F44.81) по DSM-5*

Очень редкое психическое расстройство из группы диссоциативных расстройств, при котором личность человека разделяется, и складывается впечатление, что в теле одного человека существует несколько разных личностей (или, в другой терминологии, эго-состояний). При этом в определённые моменты в человеке происходит «переключение», и одна личность сменяет другую. Эти «личности» могут иметь разный пол, возраст, национальность, темперамент, умственные способности, мировоззрение, по-разному реагировать на одни и те же ситуации. После «переключения» активная в данный момент личность не может вспомнить, что происходило, пока была активна другая личность.



История

- Описание этого расстройства имеет довольно длительную историю. Первым случай диссоциативного расстройства личности описал в XVI веке швейцарский врач, философ и алхимик Парацельс. В его трудах сохранились записи о женщине, которая считала, что у нее кто-то ворует деньги, однако на самом деле деньги тратила ее вторая личность, о которой она ничего не знала.
- В наше время возник всплеск интереса к этой проблеме: эта тема часто фигурирует в художественных фильмах, вспомнить хотя бы тот же «Бойцовский клуб». Широко известна книга Дэниела Киза «Таинственная история Билли Миллигана», основанная на реальной истории человека, у которого было 24 разных личности.



● **проявляется четырьмя основными критериями по DSM-5:**

- 1. У пациента должно быть минимально два (возможно и больше) личностных состояния. Каждая из этих личностей должна обладать индивидуальными особенностями, характером, собственным мировоззрением и мышлением, они по-разному воспринимают действительность и в критических ситуациях отличаются поведением.
- 2. Эти личности контролируют поведение человека по очереди.
- 3. У пациента присутствуют провалы в памяти, он не помнит важных эпизодов своей жизни (свадьбу, рождение ребенка, прослушанный курс в университете и т.д.). Проявляются в виде фраз «Я не могу вспомнить», но обычно пациент приписывает это явление проблемам с памятью.
- 4. Возникшее диссоциативное расстройство не связано с острой или хронической алкогольной, наркотической или инфекционной интоксикацией.



● **проявляется четырьмя основными критериями по МКБ 10:**

- А. Существование двух или более различных личностей внутри индивида, но только одна присутствует в данное время.
- В. Каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически) захватывает полный контроль над поведением индивида.
- С. Имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, что по масштабам превосходит обычную забывчивость.
- D. Симптомы не обусловлены органическими психическими расстройствами (например, эпилепсией) или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ

- Пациенты с диссоциативным расстройством личности могут слышать голоса, у них также могут наблюдаться визуальные, тактильные, обонятельные и вкусовые галлюцинации. Таким образом, возникает риск ошибочной диагностики психотического расстройства. Однако, эти галлюциногенные симптомы отличаются от типичных галлюцинаций при психотических расстройствах, таких как шизофрения. Пациенты с диссоциативным расстройством личности воспринимают эти симптомы, как исходящие от альтернативной личности (например, как будто кто-то другой хочет плакать их глазами, слышат голос альтернативной личности, который критикует их).
- Распространены депрессия, тревога, токсикомания, самоповреждение, самокалечение, неэпилептические судороги, суицидальное поведение, а также сексуальная дисфункция.
- Переключение между личностями и амнестические барьеры между ними часто приводят к сумбурной беспорядочной жизни. Как правило, пациенты пытаются преувеличить или преуменьшить интенсивность своих симптомов и их воздействие на других людей.



Диагностика

причиной симптомов не должно быть наличие другого расстройства (например, сложных частичных судорог, черепно-мозговой травмы, посттравматического стрессового расстройства, другого диссоциативного расстройства), воздействия алкогольной интоксикации, общепринятых культурных или религиозных практик, или, у детей, игра (например, воображаемый друг).

- Для правильного диагноза требуются глубокие знания по теме диссоциативных явлений. Рекомендуется проводить продолжительные опросы, также под воздействием гипноза или медикаментозных средств (барбитуратов или бензодиазепинов), а больных можно попросить вести дневник между приемами у врача. Все эти меры включают попытку вызвать сдвиг личностей во время проведения оценки. С течением времени врач может составить схему различных личностей и их взаимосвязей. Для помощи в диагностике разработаны структурированные опросники и анкеты, которые особенно полезны для врачей с небольшим опытом в диагностике и лечении такого расстройства.
- Также врач может попытаться установить прямой контакт с альтернативными личностями, попросив о беседе с частью сознания пациента, причастной к поступкам, о которых тот не помнит или считает совершенными кем-то другим. Гипноз может помочь докторам получить доступ к диссоциированным состояниям пациента и другим личностям и помочь пациенту лучше контролировать сдвиги диссоциированных состояний.
- Должна быть принята во внимание возможность симуляции (умышленной симуляции соматических или психологических симптомов, вызванной внешним стимулом), если ее мотивом может являться личная выгода (например, уход от ответственности за действия или обязанности). Тем не менее, симулянты обычно преувеличивают хорошо известные симптомы расстройства (например, диссоциативную амнезию) и пренебрегают другими симптомами. Также они, как правило, создают стереотипные альтернативные идентичности. В отличие от пациентов, действительно страдающих данным расстройством, симулянты создают впечатление наслаждения своей болезнью; пациенты с настоящим расстройством часто пытаются скрыть его. При возникновении подозрений в симуляции расстройства, перекрестная проверка фактов из различных источников может выявить несоответствия и исключить диагноз диссоциативного расстройства личности.

Расхождение во мнениях о множественной личности

- Некоторые психологи и психиатры считают, что диссоциативное расстройство идентичности имеет ятрогенный или надуманный характер, или утверждают, что случаи истинной множественной личности очень редки и большинство задокументированных случаев следует рассматривать в качестве ятрогенных.
- Критики модели диссоциативного расстройства личности утверждают, что диагноз состояния множественной личности — это феномен, в большей степени характерный для англоговорящих стран. До 1950-х годов случаи раздвоения личности и множественной личности описывались и лечились как редкость в Западном мире. В 1957 году публикация книги «Три лица Евы» (англ. «The Three Faces of Eve») и позднее выход одноимённого фильма способствовали росту публичного интереса к феномену множественных лич

