

Периодичность заболеваемости алкогольными психозами. Сообщение 1. Бытовые факторы

НЕМЦОВ А.В.

д.м.н., рук. отдела Московского НИИ психиатрии Росздрава, Москва

Исследовали факторы, определяющие периодичность заболеваемости алкогольными психозами (АП). Материалом служили ежедневные или месячные данные Станции скорой помощи г.Москвы в 1982—2007 гг. — всего 109 839 случаев психоза. До начала антиалкогольной кампании автокорреляция выявила двухнедельную периодичность, которая хорошо коррелировала с двухразовой в месяц выдачей зарплаты, а пик начала психозов был смещен по отношению к зарплате на 9—13 дней. В 2000-е годы цикличность, вероятно, той же природы, стала месячной. Еще одно колебание уровня заболеваемости наблюдалось в январе с максимумом 5—8 числа и резким снижением в феврале. В 1984—1985 гг. рост заболеваемости 7—8 января превышал средний уровень декабря в 2,1 раз, в 1990—1991 гг. — в 6,8 раз, а в 2000—2003 г. — в 2,8 раз. Коэффициент вариаций ежедневной заболеваемости психозами в 1980-е и 1990-е годы составлял 41—44%, а в 2000-е годы снизился до 30%; исчезли недельные колебания заболеваемости, что, по-видимому, связано со снижением социальных ограничений пьянства в 2000-е годы. Автокорреляция стационарирования больных шизофренией имела 7-дневный период, а пик стационарирования приходился на понедельник. Не удалось выявить какую-либо периодичность стационарирования больных с органической или старческой патологией.

Введение

Многократно показано, что фактором, определяющим заболеваемость АП, является уровень потребления алкоголя [1, 7—9, 13]. В России это наглядно проявилось во время антиалкогольной кампании [5] и последующих рыночных реформ [2] в связи с резкими колебаниями продажи и потребления алкоголя [10]. Соответственно изменениям уровня потребления заболеваемость АП также приняла колебательный характер. Однако эти колебания не имели единого механизма, у каждого перепада потребления были свои политические или экономические причины [3], которые случайным или почти случайным образом выстроились в квазипериодическую последовательность. Вот почему эти колебания не стали предметом настоящего исследования.

Помимо этого существуют факторы заболеваемости АП, которые проявляются периодически. Они имеют общее происхождение и функционируют на протяжении более или менее длительного времени. Например, была выявлена цикличность заболеваемости с периодом в неделю, две недели, месяц и год [5]. Эти особенности АП были зафиксированы на протяжении короткого времени до начала антиалкогольной кампании, которая существенно снизила потребление алкоголя и тем самым — заболеваемость АП. Это нивелировало периодические составляющие АП.

Задача настоящей работы — проверить существование периодических составляющих АП после антиалкогольной кампании, когда восстановился исходный уровень потребления алкоголя, и выявить факторы, определяющие периодичность.

Материал и методы исследования

1. Станция скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы представила ежедневные или ежемесячные данные о больных с АП (F10.4, F10.5), стационарированных этой службой¹. Материал охватил несколько периодов (таблица), составивших в сумме почти 22 года, не считая перерыва в 3 года. Перерыв обусловлен реорганизацией скорой психиатрической службы, а позже — созданием электронной базы данных, которая начала функционировать 10 июня 1998 г.

В 1982—1993 гг. больные АП, госпитализированные скорой психиатрической службой (38 818), составили 62,4 % больных, выписанных из больниц с тем же диагнозом (n = 62 211). Остальные больные АП были госпитализированы общими службами скорой помощи (4,2%) или поступали в больницы по направлениям районных диспансеров (33,4 %). В начале третьего периода (таблица), в 1998—1999 гг. шло восстановление исходного уровня заболеваемости после ее снижения в 1995—1998 гг. Поэтому детально проанализированы только больные в 2000—2006 гг., когда установилось относительное постоянство заболеваемости АП.

В исследовании не учитывали разделение больных по гендерному признаку, а также с первичными и повторными АП как в течение жизни, так и текущем году. Поэтому применительно к материалу исследования нельзя говорить о заболеваемости в строгом смысле этого понятия. Единицей учета служил диагноз, поставленный врачом скорой помощи при осмотре больного, до февраля 2004 г. — без разграниче-

¹ На начальном этапе работы в сборе материала принимал деятельное участие врач скорой помощи, к.м.н. Александр Константинович Нечев (1955—2004).

Материал исследования — данные Станции скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы

	Период времени или нозология	Распределение данных	Количество дней	Количество больных
Алкогольные психозы				
1	янв. 82 — дек. 83	Месячное	730	7930
2	янв. 84. — март 94	Дневное	3653	31 653
3	июнь 98 — март 07	Дневное	3178	70 256
Всего			7561	109 839
Контроль — 1990—1991 гг.				
1	Шизофрения	Дневное	730	15 381
2	Старческие заболевания	Дневное	730	2140
3	Органические заболевания	Дневное	730	1992
Всего			730	19 513
Всего				129 352

ния по формам (код 032), а позже — по восьми диагнозам, большинство из которых составляли три формы: "классический" алкогольный делирий (код 094; 39,4%), неутонченный алкогольный делирий (код 100; 31,5%), галлюциноз (код 103; 18,4%). Однако трудности клинической дифференциации в условиях скорой помощи и ограниченное время уточненной диагностики заставили отказаться от нозологического разграничения АП и учитывать их в целом.

2. Управление Медстатистики Департамента здравоохранения Москвы предоставило годовичные данные о количестве больных АП, выписанных из стационаров в 1982—1993 гг. и в 2000—2006 гг.

3. Данные о государственной продаже всех алкогольных напитков (помесячно с января 1983 г. по декабрь 1993 г.) и для сахара (по декабрь 1991г.) были представлены Московским городским управлением статистики ("Мосгорстат"). Пересчет напитков в среднелитровый алкоголь произведен автором на основе коэффициентов, используемых Госкомстатом России.

4. Ежедневные данные о выплате заработной платы в Москве в процентах для 1984 г. к среднегодовому показателю были предоставлены Московским отделением Госбанка, зампред которого сообщил в 2008 г., что для 2000-х годов такие данные отсутствуют, так как выплаты перестали быть привязанными к определенным срокам в отличие от 1980-х.

5. Рутинные методы статистической обработки материала упоминаются по ходу описания результа-

тов. R_s — обозначение корреляции по Спирмену. Графики представлены в абсолютных значениях количества АП в день или в месяц. Большой разрыв во времени, когда существенно увеличилось население Москвы, делают данные графиков не вполне сопоставимыми по уровню заболеваемости АП. По данным стационаров заболеваемость АП в Москве в 2000-х годах сохранилась приблизительно на том же уровне, как и в начале 1980-х (850—870 чел. на 1 млн населения).

Результаты исследования

Прежде всего, предстояло решить, насколько данные скорой помощи отражают заболеваемость АП в Москве.

Первый путь проверки — выборочное сравнение диагнозов скорой помощи в 1984 г. ($n = 834$) с диагнозами тех же больных при их выписке из больницы. Расхождение составило 4,1% главным образом за счет более частой диагностики АП врачами скорой помощи. Однако считать, что во всех этих случаях была ошибка, нельзя из-за abortивного течения части таких психозов. В 3,2% расхождений диагноз при выписке — хронический алкоголизм.

Второй путь — сопоставление годовичных данных скорой помощи с аналогичными данными Мосгорстата о количестве больных, выписанных из стационаров с диагнозом АП. Для первого периода (1982—1993 гг.; рис. 1) корреляция была значимой ($R_s=0,958$; $p < 0,000001$), а доля больных скорой помощи со-

ставляла от 50 до 74% учтенных в стационарах в разные годы с тем же диагнозом (в среднем 59,4%).

Во втором периоде (2000—2006 гг.) соотношение АП отличалось от соотношения в первом (от 74 до 101% (!), в среднем 83,6%), а корреляция была незначимой ($R_s = -0,143$; $\rho = 0,143$). При этом в 2000—2003 гг. динамика показателей скорой помощи и стационаров была сходной и доля АП скорой помощи составляла 74—79%. В 2004 г. АП стационаров начали резко снижаться в отличие от данных скорой помощи (рис. 1), доля АП скорой помощи резко возросла, а в 2006 г. в отличие от всех других лет скорая помощь доставила в стационары на 115 больных АП больше (!), чем было учтено в наркологических и психиатрических стационарах. В связи с несоответствием данных скорой помощи и стационаров и возможной ошибкой учета АП скорой помощью далее будет анализироваться только период 2000—2003 гг.

До начала антиалкогольной кампании в 1984 г. разброс ежедневных показателей заболеваемости был очень велик — от 1 до 26 психозов в день (рис. 2; средняя 11,1; медиана 11,0; SD 4,60). Некоторые максимальные значения, отмеченные датами на рис. 2, приходились на субботы, как и 7 января.

Антиалкогольная кампания началась 1 июня 1985 г. резким снижением продажи алкоголя (рис. 3). Уже в

первый месяц существенно снизилась заболеваемость АП по сравнению с июнем 1984 г. ($\rho < 0,00001$). В 1986 г. уровень заболеваемости АП снизился на 64,2% по сравнению с 1984 г. при снижении потребления (продажи) алкоголя на 28,6% [5]. Снижение уровня АП продолжалось в 1987—1988 гг., тогда как потребление алкоголя начало увеличиваться в 1987 г. [6]. И только в 1989 г. началось возвратное увеличение числа АП [10].

Несмотря на кажущуюся хаотичность ежедневного количества АП (рис. 2), автокорреляция выявила в 1984 г. двухнедельную периодичность (рис. 4а), а периодограмма — очень четкий период в 15,25 дня. Эти колебания заболеваемости хорошо коррелировали с двухразовой в месяц выдачей зарплаты ($R_s = 0,41$, $\rho < 0,001$). Кросскорреляция выплат и АП показала, что пик начала психозов смещен по отношению к зарплате на 9—13 дней. При этом пик после выдачи аванса был меньше, чем после основной части зарплаты, в результате чего большие и меньшие пики АП почти регулярно чередовались. Сбой регулярности произошел только в мае.

Автокорреляция стационарирования больных шизофренией имела очень четкий 7-дневный период, а пик стационарирования приходился в течение недели на понедельник. Не удалось выявить какую-либо периодичность стационарирования больных с органической или старческой патологией.

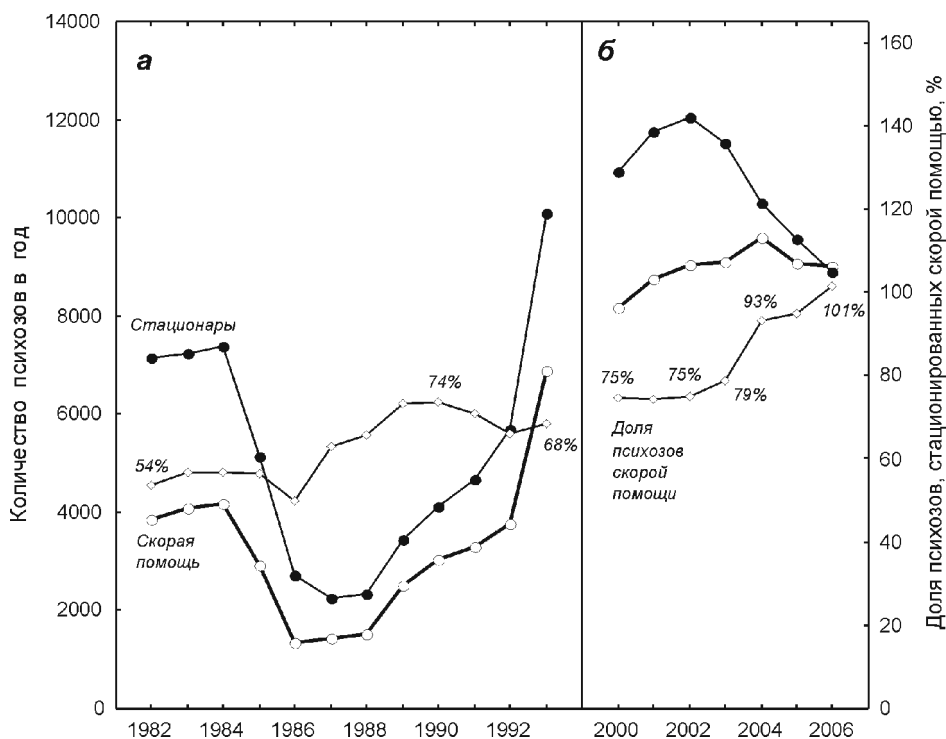


Рис. 1. Соотношение количества алкогольных психозов в Москве по данным Управления медстатистики Департамента здравоохранения Москвы и Станции скорой и неотложной медицинской помощи Москвы в 1982—1993 гг. (а) и в 2000—2006 гг. (б). Проценты — доля алкогольных психозов, стационарированных скорой помощью, по отношению к данным стационаров

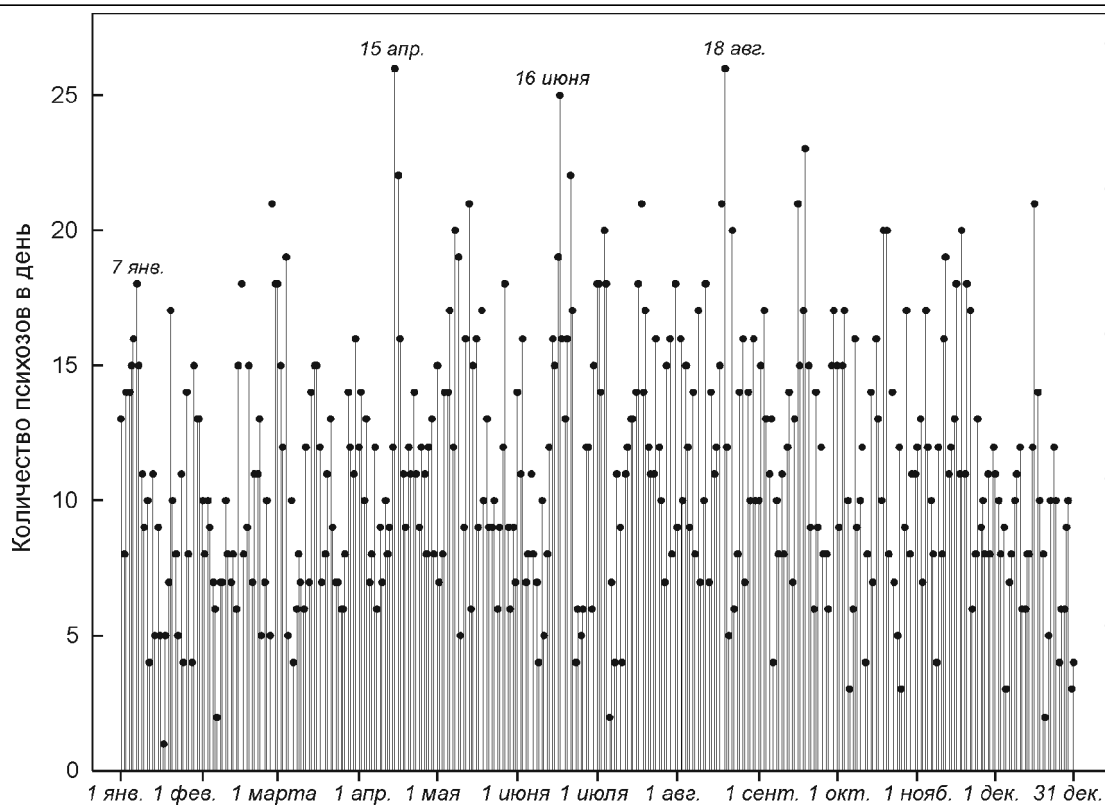


Рис. 2. Ежедневное количество алкогольных психозов в Москве в 1984 г. по данным Станции скорой и неотложной медицинской помощи г.Москвы. Даты на графике обозначают максимумы в январе, апреле, июне и августе

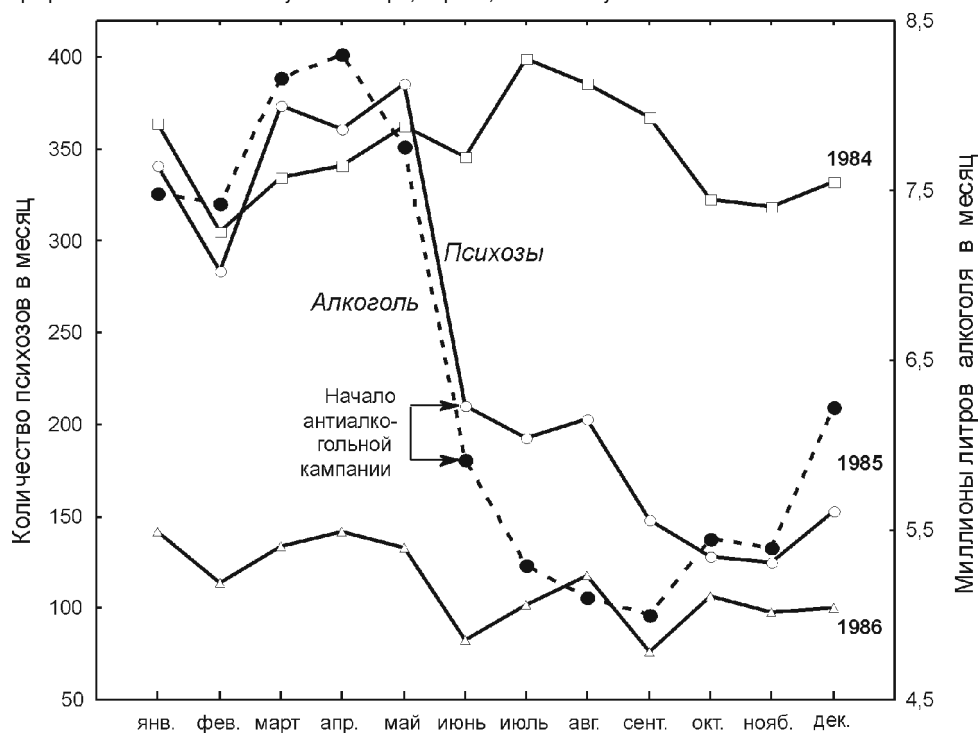


Рис. 3. Месячная динамика алкогольных психозов в 1984–1986 гг. (сплошные линии) и продажа алкоголя в 1985 г. (пунктир) в Москве. Соответствующие годы указаны на графике

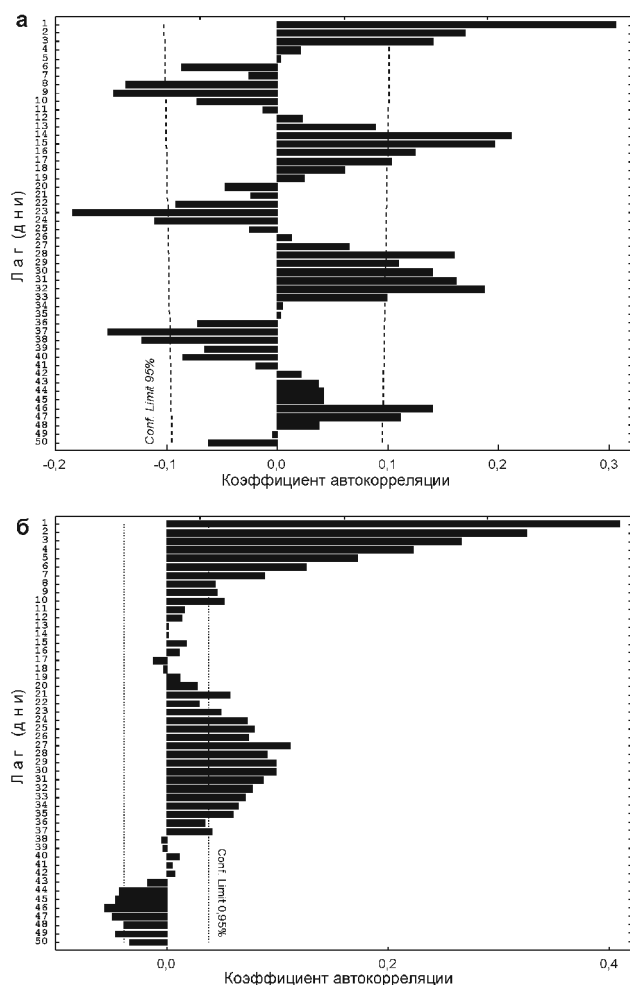


Рис. 4. Автокорреляция ежедневного количества алкогольных психозов в 1984 г. (а) и в 2000—2003 гг. (б). Пунктир — 95%-ная доверительная зона

В 1990-е годы периодичность стала плохо выраженной и преимущественно месячной, хотя небольшой 13—14-дневный пик сохранился. В периодограмме отчетливым был только годичный пик. В 2000—2003 гг. автокорреляционная функция вновь обрела четкость, но уже с месячным циклом (рис. 4б), а периодограмма имела мощный пик, соответствующий 30,33 дня. Следует отметить, что в 2004—2006 гг. четкость месячной цикличности постепенно уменьшалась, а в 2006 г. в периодограмме месячный пик почти исчез, но появились новые пики сравнительно малой мощности: 26-, 52- и 121-й день.

Коэффициент вариаций ($\text{Std. Dev.}/\text{Mean} \times 100\%$) ежедневной заболеваемости АП в 1984 г. составлял 41,4%, в 1990—1991 гг. — 44,1%, а в 2000—2003 и в 2004—2006 гг. существенно снизился (29,7%; отличие от предшествующих лет значимо, $p < 0,00001$).

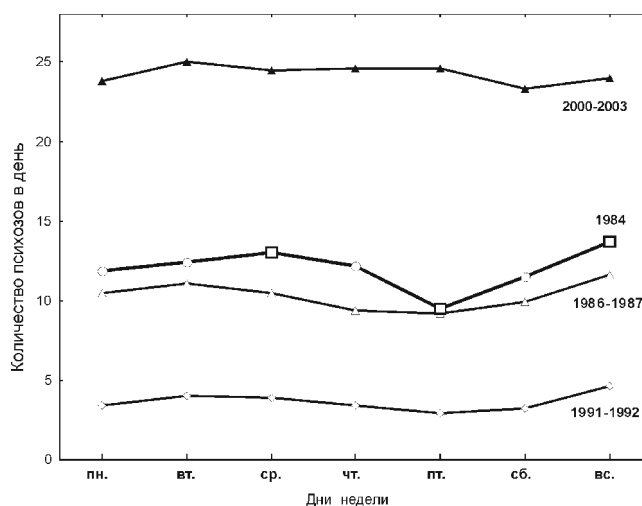


Рис. 5. Распределение алкогольных психозов в течение недели. Годы указаны на графике. Квадраты — значимые различия последовательных величин

Помимо двухнедельной периодичности в 1983—1984 гг. существовали еще колебания в течение недели (рис. 5) с максимумом в среду и воскресенье, а минимумом в пятницу. Эта периодичность сгладилась во время антиалкогольной кампании, а позже, в 2000-е годы, исчезла.

Еще одно колебание уровня заболеваемости АП наблюдалось в январе-феврале: рост в январе с максимумом 5—8-го числа (в среднем 7-го; рис. 6) и резкое снижение в феврале до годового минимума. В 1984—1985 гг. рост заболеваемости АП 7—8 января превышал средний уровень декабря в 2,1 раза. В 1991 г. превышение составило 6,8 раза, а в 2000—2003 г. — 2,8 раза.

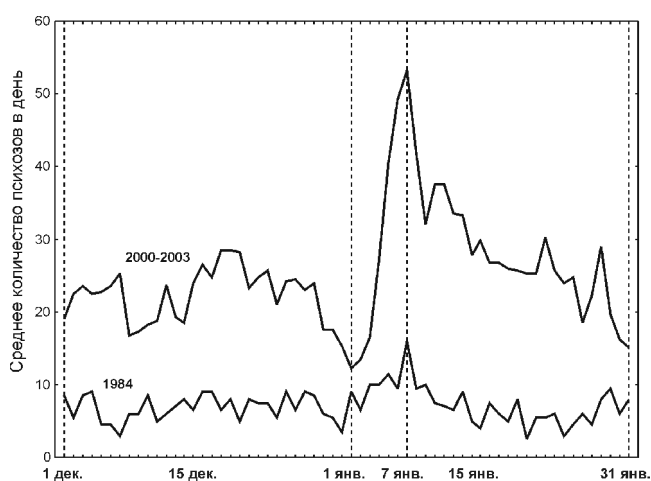


Рис. 6. Ежедневное распределение алкогольных психозов в декабре—январе 1984 и 2000—2003 гг. (средняя)

Обсуждение полученных результатов

Прежде всего, следует обратить внимание на несоответствие данных скорой помощи и стационаров в 2004—2006 гг. в отличие от того, что наблюдалось в предшествующие годы (рис. 1). Скорее всего, это различие объясняется завышением диагностики АП врачами скорой помощи. Косвенно об этом свидетельствует резкое увеличение доли АП скорой помощи по отношению к стационарам: 59,4% в 1982—1993 гг., 75,8% в 2000–2003 гг. и 96,3% в 2004—2006 гг. Особенно показателен 2006 г., когда скорая помощь доставила в стационары на 115 больных АП больше, чем оттуда было выписано с тем же диагнозом. Другая особенность 2006 г. состоит в том, что в это время исчезла месячная цикличность АП скорее потому, что на процесс заболеваемости наложился какой-то другой процесс, не имеющий прямого отношения к АП. Все это может свидетельствовать о том, что в 2004—2006 гг. скорая помощь частично фиксирует в качестве АП другие нозологические формы, скорее всего — похмельные состояния под "давлением" родственников больных. Вполне исключить такой процесс в 2000—2003 гг. также нельзя, хотя он был более сдержанным и не влиял существенно на основные характеристики заболеваемости АП.

Результаты работы еще раз показали, что уровень потребления алкоголя является главным фактором заболеваемости АП (рис. 3). Снижение заболеваемости в Москве во время антиалкогольной кампании и уменьшения потребления алкоголя было таким же "драматичным и немедленным", как в Копенгагене (Дания) в 1917 г. в результате немецкой блокады [11]: количество АП начало уменьшаться в первые же дни июня 1985 г. и к концу месяца достигло значимого уровня (рис. 3). В целом динамика АП хорошо отражает уровень потребления алкоголя, как это уже было показано многократно. Однако снижение уровня заболеваемости АП (на 64,1 % в 1986 г.) не пропорционально снижению потребления алкоголя (на 28,6 %). Эти данные свидетельствуют, что АП связаны с потреблением не прямолинейно, а скорее экспоненциально, как это было показано ранее при сопоставлении с данными Копенгагена [11]: снижение АП "обгоняет" снижение потребления. Сходное "опережение" АП по отношению к уменьшению потребления наблюдалось во Франции в 1970—1982 гг. [6], а также в Польше (1956—1975 гг.), но уже при росте потребления, ко-

торое увеличилось на 71,1 %, тогда как АП — на 230,0% [16].

Такое "опережающее" изменение уровня АП по отношению к потреблению алкоголя позволяет предположить, что даже небольшое снижение потребления может существенно снизить заболеваемость АП. Есть основания полагать, что и другие тяжелые последствия злоупотребления, включая связанную с алкоголем смертность, имеют сходную зависимость от потребления [3].

Позитивным результатом антиалкогольной кампании и снижения потребления алкоголя стало резкое снижение АП (в 1985—1992 гг. суммарно на 46,2%). Поскольку АП бывают почти исключительно у больных алкоголизмом, можно считать, что в условиях значительного уменьшения доступности алкоголя больные также снижают потребление. При этом вынужденное ограничение доступности алкоголя, а значит обрыв запоя, не провоцировали увеличение АП, также как это было в Копенгагене в 1917 г. [11].

Все это и многое другое свидетельствуют о том, что уровень потребления алкоголя является главным фактором заболеваемости АП. Однако реализация этого фактора зависит от многих других условий.

Существует целая группа социально-бытовых факторов, регулирующих уровень заболеваемости АП. Самый короткий из них определял недельную цикличность в 1983—1984 гг. (рис. 5), связанную, вероятно, с тем, что конец рабочей или календарной недели способствует как началу, так обрыву начавшихся раньше запоев. Этим можно объяснить учащение АП в среду и воскресенье. Снижение потребления в 1986—1987 гг. нивелировало недельную периодичность; она практически исчезла в 1991—1992 гг. на фоне низкой заболеваемости, несмотря на то, что в это время уровень потребления уже приближался к уровню 1984 г., а рост начался в 1987 г. [10]. Попутно стоит отметить, что отставание роста АП от роста потребления свидетельствует о том, что во время роста потребления АП обнаруживают значительный лаг, в отличие от того, что наблюдалось во время снижения потребления в 1985 г. Можно думать, что лаг обусловлен перерывом тяжелого пьянства, что снижет риск АП.

Примечательно, что недельная цикличность не восстановилась в 2000-е годы на фоне высокой заболеваемости АП (рис. 4). Скорее всего это означает, что в это время потребление стало более равномерным как в течение недели, так и в целом. Об этом же свидетельствует существенное снижение коэффициента вариаций ежедневной заболеваемости АП. Вероятно, более равномерная заболеваемость АП в

2000-е годы стала результатом снижения социальных и/или психологических ограничений потребления алкоголя и московские алкоголики стали пить более равномерно в течение года по сравнению с началом 1980-х.

Другой социально-бытовой фактор, провоцирующий АП, — это выдача зарплаты. Синхронность этого процесса в советской России и высокий уровень потребления алкоголя проявились в 1984 г. циклическими колебаниями заболеваемости с периодом 15,3 дня (рис. 4а). Кросс-корреляция двух процессов — зарплаты и заболеваемости — показала, что АП учащаются спустя 9—13 дней после выдачи зарплаты. Этот срок близок к средней продолжительности предпсихотического запоя [4]. В 1990-е годы, вероятно, из-за сбоев в регулярности выплат уменьшилась периодичность АП (рис. 4б). Она восстановилась в 2000-е годы, но уже с месячной периодичностью в связи с изменением порядка выдачи зарплат (рис. 4б). Отсутствие 15-дневной или месячной цикличности у больных шизофренией с органической или старческой патологией свидетельствует о том, что такая периодичность среди исследованных контингентов характерна только для больных АП.

Еще одна периодичность АП — резкий подъем заболеваемости в январе каждого года (рис. 6), что легко объяснимо новогодними праздниками. Поражает четкость максимума заболеваемости — 5—8 января, т.е. через неделю после 1 января без какого-либо роста АП в декабре. А ранее было показано, что средняя продолжительность предпсихотического запоя составляет две недели [4]. Вероятно, такое расхождение связано с тем, что новогоднее пьянство отличается особой интенсивностью либо оно начинается еще до 1 января. Скорее всего, в январе задействованы оба фактора. Резкое снижение заболеваемости АП в феврале до годового минимума обусловлено тем, что значительная часть алкоголиков с высоким риском АП реализовали этот риск в январе и тем самым "исчерпали" когорту больных с повышенным риском АП. Но уже в марте начинается новый рост АП, который достигнет максимума в июне-июле-августе.

Заключение

Приведенные данные показывают, что главный фактор заболеваемости АП — уровень потребления алкоголя — опосредуется рядом внеалкогольных факторов, в частности социально-бытовых, которые модулируют линейные отношения уровня потребления и заболеваемости АП. Периодичность этих факторов создает периодичность заболеваемости АП.

В заключение следует подчеркнуть, что исследование проводилось в Москве и построено на заболеваемости АП у алкоголиков, т.е. самых тяжелых потребителей алкоголя. Это провоцирует вопрос о том, насколько выявленные закономерности характерны для остальных потребителей алкоголя. Прямого ответа на поставленный вопрос материал работы не содержит. Косвенный ответ можно сформулировать из большого цикла исследований, которые начал Lederman [8], продолжили Skog [14, 15] и другие исследователи [12]. Эти работы свидетельствуют, что популяция потребителей и трезвенников (потребители с нулевым потреблением) составляет довольно жестко взаимосвязанную когорту. Алкоголики и трезвенники связаны непрерывным рядом переходных форм потребления на основе так называемого "социального взаимодействия" или "социальной диффузии" [14, 15]; Ledermann называл это явление "социальной инфекцией" [8]. В особых переломных ситуациях поведение отдельных групп потребителей может отклоняться от поведения остальных [12], но это отклонение нивелируется при стабилизации ситуации. Все это позволяет распространить описанные закономерности за пределы круга алкоголиков. Если так, АП выступают в качестве индикатора особенностей потребления алкоголя в Москве, а возможно и в России.

Список литературы

1. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. — Воронеж, 1935.
2. Немцов А.В. Алкогольные психозы и смерти при отравлении алкоголем в областях России (1991—1999 годы) // Здравоохранение Российской Федерации. — 2002. — №6. — С. 35—40.
3. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России, 1980—1990-е годы. — М., 2001.
4. Немцов А.В., Лошаков Е.С. Краткая хронология алкогольных психозов // Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — Т. 7, №1. — С. 52—61.
5. Немцов А.В., Нечаев А.К. Факторы заболеваемости алкогольными психозами // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №3. — С. 68—77.
6. Bernard J.G. La sante en France et l'alcool // Alcool ou sante. — 1985. — Vol. 4. — P. 21—24.
7. Jaroszewski Z., Dzibuszko T., Muszynska-Kutner A. Spozycie alkoholu a zapadalnosc napsychozy alkoholowe w Polsce w latach 1956—1986 // Psychiatria polska. — 1989. — Vol. 23. — P. 97—103.
8. Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. — Paris, 1956.
9. Nemtsov A. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign // Addiction. — 1998. — Vol. 93. — P. 1501—1510.

10. Nemtsov A.V. Estimates of total alcohol consumption in Russia, 1980—1994 // Drug and Alcohol Dependence. — 2000. — Vol. 58. — P. 133—142.
11. Nielsen J. Delirium tremens in Copenhagen // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1965. — Suppl. 187. — P. 1—92.
12. Lemmens P. Measurement and distribution of alcohol consumption: Dissertation. University of Limburg, 1991. — Limburg.
13. Poikolainen K. Seasonality of alcohol related hospital admissions has implication for prevention // Drug Alcohol Depend. — 1982. — Vol. 10. — P. 65—69.
14. Skog O.-J. Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems // British Journal of Addiction. — 1980. — Vol. 75. — P. 227—243.
15. Skog O.-J. The collectivity of drinking cultures: A theory of the distribution of alcohol consumption // British Journal of Addiction. — 1985. — Vol. 80. — P. 83—99.
16. Wald I., Jaroszewski Z. Alcohol consumption and alcoholic psychoses in Poland // Journal of studies on alcohol. — 1983. — Vol. 44. — P. 1040—1048.

FLUCTUANT QUANTITY OF THE ALCOHOL PSYCHOSES. REPORT 1. EVERY DAY LIFE FACTORS

NEMTSOV A.V.

The factors influencing the fluctuant quantity of the alcohol psychoses were analyzed. The source for the information was the daily and monthly reports of the emergency ambulance station in Moscow through 1982—2007 serving total amount of 109839 cases of psychoses. Before the beginning of anti-alcohol campaign the biweekly autocorrelation revealed, this was perfectly explained by the bi-weekly salary paying, and the peak of the psychoses was 9—13 days late after the salary cashing. In the years 2000 the recurrent waves of probably the same nature became monthly. There was another wave of the psychoses in January having its maximum on the 5—7th of January followed by the rapid decrease in February. In 1984—1985 the level of the alcohol psychoses circa 7—8th of January was 2.1 times higher then such level of December, in 1990—1991 it was 6.8 times higher, and in 2000—2003 it was 2.8 times higher. Coefficient of the variations in the daily levels of psychoses in 1980-s and 1990-s was 41—44%, yet in 2000-s it decreased to 30% and the weekly fluctuations were gone, probably due to the loss of the social limitations of drinking on 2000-s. The autocorrelation of schizophrenic psychotic patients serving had weekly pattern with its peak on Monday. No correlation was found for the patients with the organic or senile disorders.