

Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом

ГОФМАН А.Г.

д.м.н., профессор, руководитель Отделения психич. расстройств, осложненных патологическими формами зависимости, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ

МАЛКОВ К.Д.

к.м.н., врач психиатр-нарколог, Московский НИИ психиатрии МЗ РФ

ЯШКИНА И.В.

к.м.н., н.сотр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ

КОЖИНОВА Т.А.

к.м.н., н.сотр. Московского НИИ психиатрии МЗ РФ

Проблемы взаимоотношения прогрredientных эндогенных заболеваний (шизофрения и заболевания шизофренического спектра по МКБ-10) с алкоголизмом начала изучаться еще в начале XX века. Важнейшие вопросы, касающиеся взаимоотношения двух заболеваний и их взаимовлияния, нашли отражения в работах В. Гретера, Э. Крепелина, С.А. Суханова, В.А. Гиляровского, С.Г. Жислина [1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11]. В связи с резким ростом алкоголизма в России во второй половине XX столетия актуальность проблемы возросла как в лечебно-организационном плане, так и в клиническом.

Сформировались три точки зрения на влияние, которое оказывает хроническая алкогольная интоксикация на эндогенное заболевание. Еще со времени Э. Крепелина получило распространение мнение о смягчающем влиянии алкоголизма на течение шизофрении [6]. В качестве доказательства приводились наблюдения, касающиеся незначительного дефекта, возникающего у бродяг-шизофреников, злоупотребляющих алкоголем. С другой стороны, всегда было известно, что вслед за запоями может наступить обострение шизофренического процесса с появлением галлюцинаторно-бредовой, кататонической или аффективно-бредовой симптоматики. Это давало основания утверждать, что алкоголизм утяжеляет течение шизофрении. Высказывалась и иная точка зрения: алкоголизм присоединяется к наиболее благоприятно текущему шизофреническому процессу или сочетается с ним. Поэтому злоупотребляющие алкоголем больные шизофренией отличаются относительной личностной сохранностью [3].

Решение вопроса о взаимовлиянии алкоголизма и шизофрении невозможно без анализа эпидемиологических данных. Поскольку основная масса больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, сосредоточена в психоневрологических диспансерах, были предприняты попытки поголовного обследования этой категории больных [7,10]. Эти исследования продемонстрировали, что соотношение разных форм шизофрении (по МКБ-10) существенно различается в зависимости от того, сочетается или не сочетается эндогенное заболевание с алкоголизмом. Оказалось, что алкоголизм не сочетается с юношеской злокачественно протекающей шизофренией, очень редко осложняет течение рекуррентной шизофрении, особенно часто наблюдается у больных шубообразной шизофренией. В целом удалось показать, что алкоголизм сочетается с теми формами шизофрении, которые отли-

чаются относительной доброкачественностью течения. Выяснилось также, что только у половины больных шизофренией, несмотря на многолетнее злоупотребление алкоголем, формируется алкогольный абстинентный синдром. В остальных случаях, несмотря на многолетнее пьянство, принимающее характер псевдозапоев или постоянного злоупотребления алкоголем, алкогольный наркоманический синдром не формируется. Эти больные при улучшении психического состояния (ремиссия шизофрении) переходят на умеренное потребление спиртных напитков, не обнаруживают признаков патологического влечения к опьянению, сохраняют способности контролировать количество потребляемого алкоголя. В этих случаях обычно пользуются понятием *симптоматический*, или *вторичный алкоголизм*, т.е. злоупотребление алкоголем рассматривается чаще всего как симптом эндогенного заболевания.

Выяснилось также, что по мере возрастания глубины шизофренического дефекта и старения больных злоупотребление алкоголем сокращается или полностью прекращается.

Всегда было известно, что в части случаев алкоголизм присоединяется к шизофрении, тогда как в другой части наблюдений больные алкоголизмом заболевают шизофренией. Точка зрения Э. Блейлера о том, что во всех случаях алкоголизм присоединяется к шизофрении, возможно, отражала положение дел в то время, когда алкоголизмом страдала незначительная часть населения. В настоящее время, когда до 10% населения страдает алкоголизмом или находится в состоянии хронической алкогольной интоксикации, в 50% наблюдений алкоголизм присоединяется к шизофрении, и в 50% случаев формируется на несколько лет раньше появления первых проявлений эндогенного заболевания.

В тех случаях, когда алкоголизм присоединяется к шизофрении, первые признаки эндогенного заболевания обнаруживаются в среднем в 18—19 лет, злоупотребление алкоголем начинается в 24—25 лет, в 30% случаев уже через 1—2 года формируется абстинентный синдром. До начала пьянства большинство госпитализаций связано с психотическими состояниями. С присоединением алкоголизма 60% стационарированных объясняются запоями, неправильным поведением в опьянении и только 40% — психозами.

В тех случаях, когда шизофрения присоединяется к алкоголизму, ее первые проявления возникают в возрасте

29—30 лет. Злоупотребление алкоголем начинается в 20—21 год, абстинентный синдром за 1—2 года формируется только у 15–16% больных. В 84% случаев госпитализация связана с возникновением психотического состояния или его утяжелением, в 16% случаев — с запоем, абстинентным синдромом, неправильным поведением в опьянении.

Различия в группах связаны с тем, что в разном возрасте формируются разные формы шизофрении и по-разному развивается алкоголизм.

Эпидемиологические исследования показали, что среди больных, страдающих шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, у 12—13% можно диагностировать сопутствующий алкоголизм или хроническую алкогольную интоксикацию. Кроме того, среди больных алкоголизмом, состоящих на учете в наркологических кабинетах (диспансерах), небольшая часть также страдает малопрогредиентной шизофренией.

Если пользоваться МКБ-9, то соотношение разных форм шизофрении по данным эпидемиологических исследований, проведенных в Москве сотрудниками института психиатрии АМН СССР, следующее: вялотекущая (шизотипическое расстройство) — 28,6%, параноидная — 20,9%; приступообразно-прогредиентная (с эпизодическим течением) — 24,9%; рекуррентная (шизоаффективный психоз) — 19,4%; ядерная (злокачественная юношеская) — 6,5%.

При шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом, соотношение этих форм существенно различается: вялотекущая — 27%; параноидная — 20%; шубообразная — 49%; периодическая — 4%; ядерная — 0%.

Различия возникают из-за отсутствия в группе, где имеется сопутствующий алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация, больных ядерной шизофренией, очень небольшого количества больных рекуррентной шизофренией, вдвое большего количества больных шубообразной шизофренией.

При шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом или заболеваниями шизофренического спектра, не менее 19% родственников первой линии родства страдают шизофренией, и не менее 23% находятся в состоянии хронической алкогольной интоксикации или обнаруживают признаки алкоголизма.

У мужчин сочетанная патология встречается в 8 раз чаще, чем у женщин, т.е., несмотря на наличие эндогенного психического заболевания, мужчины злоупотребляют алкоголем или страдают алкоголизмом намного чаще, чем женщины (как и в населении в целом).

Социально-демографическая характеристика больных с сочетанной патологией такова: высшее образование имеют 6,8% (при шизофрении — 26,2%), высшее неполное — 1,9% (при шизофрении — 9,3%), высшее и среднее — 38,8% (при шизофрении — 65%). Никогда не заключали брак 35%, разведены — 36%, совершили общественно-опасные действия 38,8% (при шизофрении — 8,5%). Можно отметить рост числа противоправных поступков, совершаемых больными с сочетанной патологией: 17 лет назад таковых было 25%, теперь — почти 39%. Возраст больных с сочетанной патологией моложе, чем возраст больных шизофренией (соответственно на возраст после 30 лет приходится 12,6% и 28%). Это объясняется тем, что по мере нарастания дефекта и старения часть больных прекращает употреблять спиртные напитки. Особенно показательны данные об инвалидности. При сочетанной патоло-

гии инвалидность 2-й группы имеют 42% (при шизофрении без алкоголизма — 28%). Из приведенных данных следует, что все виды адаптации при сочетанной патологии нарушаются в большей мере, чем при изолированном эндогенном заболевании, не сочетающемся с алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией.

Весьма различается частота синдромов, встречающихся в течение жизни у больных шизофренией и больных с сочетанной патологией. При шизофрении с непрерывным течением (вялотекущая, параноидная, ядерная) неврозоподобные расстройства встречаются у 16,6% больных (при сочетанной патологии — у 3%); нерезко выраженные аффективные расстройства — у 4,5% (при сочетанной патологии — у 23,7%); психопатоподобные — у 0,6% (при сочетанной патологии — у 18,2%); нерезко выраженные изменения личности — у 6,5% (при сочетанной патологии — у 20,8%); параноидный синдром — у 18,2% (при сочетанной патологии — у 8,5%); кататонический — у 8,3% (при сочетанной патологии не встречается); конечные состояния — у 6,2% (при сочетанной патологии не встречаются). Таким образом, при сочетанной патологии в рамках непрерывного течения эндогенного заболевания чаще встречаются нерезко выраженные аффективные расстройства, психопатоподобные синдромы, нерезко выраженные изменения личности и намного реже или вообще не встречаются неврозоподобные расстройства, несистематизированные бредовые идеи, паранойальные и параноидные синдромы, кататонические синдромы и конечные состояния. Если исключить более часто возникающие психопатоподобные расстройства, то в целом частота встречаемости разных синдромов отражает меньшую тяжесть психических нарушений в группе больных с сочетанной патологией.

Сходное положение характеризует и группу больных с сочетанной патологией в рамках приступообразного течения (периодическая шизофрения, шубообразная). При сочетанной патологии в этих вариантах течения не встречается онейроидный синдром (при изолированной шизофрении — 6,6%), не встречаются также конечные состояния, интермиссии; реже встречаются: астенический синдром — 0,7% (при шизофрении — 5,2%), неврозоподобные и сверхценные образования — 0,7% (при шизофрении — 2,8%), депрессивный синдром — 9,5% (при шизофрении — 15,2%). В то же время чаще встречаются острые бредовые состояния — 13,3% (при шизофрении — 6,2%), субдепрессивные расстройства — 17,8% (при шизофрении — 9,3%) и нерезко выраженные изменения личности — 15,2% (при шизофрении — 6,1%). Таким образом, при шизофрении с эпизодическим течением также отмечается меньшая тяжесть психических нарушений. Вместе с тем заметно, что злоупотребление алкоголем провоцирует возникновение острых бредовых состояний.

Если регистрировать частоту, с которой встречаются те или иные синдромы на протяжении всей жизни, а не только при госпитализации, то при сочетанной патологии это выглядит следующим образом. Аффективные синдромы встречаются у 28%, психопатоподобные — у 26%, алкогольный абстинентный синдром — у 50%, снижение энергетического потенциала — у 8%, галлюцинаторно-параноидный — у 4%, бред ревности — у 4%, паранойальный — у 3%, острый параноид — у 3%, обсессивно-фобический — у 3%, ипохондрический — у 3%.

При непрерывнотекущей параноидной шизофрении алкоголизм формируется до появления первых проявле-

ний психозов и его влияние проявляется в увеличении частоты возникновения психопатоподобных расстройств и субдепрессивных состояний. Манифестные психозы, возникающие в тесной связи с продолжительной алкогольной интоксикацией, часто имеют сходство с острым алкогольным галлюцинозом, затем формируется характерный для эндогенного заболевания галлюцинаторно-параноидный психоз. При непрерывном течении психозов симптоматический алкоголизм обычно наблюдается в инициальном периоде, когда преобладают субдепрессивные, психопатоподобные и нерезко выраженные дефицитные расстройства.

При психозах с эпизодическим течением зависимость от алкоголя чаще формируется до появления первых признаков эндогенного заболевания. Манифестным психотическим приступам обычно предшествует длительная алкогольная интоксикация. В межприступном периоде доминируют психопатоподобные расстройства и несистематизированные бредовые идеи.

При психопатическом расстройстве злоупотребление алкоголем на протяжении многих лет остается весьма массивным. При всех формах психозов и расстройствах психического спектра по мере нарастания дефицитных расстройств начинается редукция злоупотребления алкоголем.

При приступообразной психозах нередко возникают длительные (многолетние) периоды полного воздержания от употребления алкоголя. В части случаев это можно объяснить изменением эмоционального состояния (окончанием приступа и исчезновением депрессивных расстройств).

Психозы, возникающие при сочетании алкоголизма или хронической алкогольной интоксикации с эндогенным психическим заболеванием, нередко вызывают значительные диагностические затруднения. Это касается прежде всего отграничения этих психозов от острого алкогольного галлюциноза, алкогольного параноида, а также атипичного и фантастического делирия.

Разграничение алкогольных психозов от эндогенных должно проводиться с учетом особенностей алкоголизма, самих психотических состояний и особенностей психического статуса после исчезновения галлюцинаторной и параноидной симптоматики. При сочетанной патологии давность злоупотребления алкоголем и давность наличия абстинентного синдрома могут измеряться сроком в 1—2 года. В опьянении нередко возникают идеи ревности, отношения, преследования, отравления, кататонические включения, речевая бессвязность, тяжелое речевое возбуждение. Алкогольные психозы возникают только в непосредственной связи с запоем, в первые сутки воздержания от алкоголя, чаще всего на высоте абстинентного синдрома. При сочетанной патологии этого может и не быть, психозы могут возникать после очень коротких запоев и не в состоянии похмелья.

Абстинентный синдром при сочетанной патологии может включать чуждые банальному похмельному состоянию расстройства: тревожно-боязливое состояние с растерянностью, идеи преследования, особого значения, отравления. Кроме того, в похмелье иногда отмечается заметная неадекватность аффекта содержанию бреда и неадекватность поведения содержанию бреда и аффекту. При сочетанной патологии нередко запои возникают в связи с тревожно-депрессивными, депрессивными или гипоманиакальными состояниями. Характер злоупотребления

алкоголем нередко носит хаотичный характер: беспричинно возникающие запои чередуются с ничем не объяснимыми спонтанными ремиссиями. При алкоголизме обычно имеются характерные для этого заболевания изменения личности или психопатоподобные изменения. При психозах часто отмечается снижение активности, интересов, нарастание замкнутости, неадекватные поступки, манерность, необычная манера высказываться, недостаточная доступность, установление с окружающими чисто формальных отношений.

В рамках острых психотических состояний, протекающих в форме галлюцинозов, при сочетанной патологии нередко возникают псевдогаллюцинации, сочетающиеся с бредом воздействия. Содержание бреда преследования может быть оторвано от реальности. Иногда возникает фантастический бред или фантастический экспансивный галлюциноз.

При сочетанной патологии нередко наблюдается депрессия с растерянностью, идеями самообвинения, аффект может не соответствовать содержанию бреда, при алкогольных психозах эмоциональная патология представлена страхом, тоской, тоскливо-тревожным настроением. Резко отличается и поведение больных алкоголизмом от поведения больных с сочетанной патологией. Для больных алкоголизмом характерно обращение за помощью, попытки спастись бегством от мнимых преследователей, баррикадирование помещения, суицидальные попытки, предпринимаемые с целью избежать мучительной смерти, предрекаемой преследователями. При сочетанной патологии поступки могут быть не адекватны бреду и аффекту, возможна агрессия в отношении окружающих, нелепое поведение, превращение преследователя в преследуемого. При алкогольном галлюцинозе бред воздействия сочетается с истинными галлюцинациями и патологическими ощущениями, при сочетанной патологии — с псевдогаллюцинациями. При этом возможно появление идеаторных, сенестопатических, кинестетических автоматизмов. Нередко наблюдаются псевдогаллюцинаторный и бредовой варианты синдрома открытости. При алкогольном галлюцинозе изменения синдромологической картины психоза достаточно просты: вербальный галлюциноз может смениться делириозным помрачением сознания или фантастическим делирием. При сочетанной патологии возможно возникновение депрессивно-параноидного или тревожно-бредового состояния с отдельными проявлениями синдрома психического автоматизма, развитие других бредовых и аффективно-бредовых синдромов. Острый алкогольный параноид никакими синдромами не сменяется, в рамках этого алкогольного психоза не возникают ни проявления деперсонализации и дереализации, ни растерянность с чувством собственной психической измененности, ни аффективно-бредовые и кататонические расстройства. Очень существенна оценка терапии антипсихотиками. Если обманы восприятия или бред исчезли во время лечения нейролептиками, то после отмены психотропных препаратов алкогольные психозы не рецидивируют. При сочетанной патологии это наблюдается достаточно часто. Уже через несколько дней после отмены нейролептиков нередко вновь появляются обманы восприятия или бред. После окончания психоза больные алкоголизмом достаточно охотно, а нередко и со своеобразной бравадой обсуждают содержание галлюциноза или параноида. При сочетанной патологии отмечается неже-

ление говорить о перенесенном психозе, стремление связать его возникновение с потреблением алкоголя, невозможность объяснить многие поступки, совершенные на высоте психотического состояния. Больные алкоголизмом объясняют наступление психоза самыми различными жизненными обстоятельствами, но только не пьянством. Критика к перенесенному алкогольному психозу наступает намного быстрее. Тогда становятся заметны алкогольные изменения личности. При сочетанной патологии отмечаются сдержанность в манере общения, пассивность, формальные контакты с окружающими, эмоциональная холодность или неадекватность. В патофизиологическом исследовании устанавливается отсутствие характерных для алкоголизма изменений мышления и наличие нарушений, свойственных психозу.

Сходным образом различается алкогольный анамнез у больных, перенесших эндогенный онейроид и фантастический алкогольный делирий. При сочетанной патологии до возникновения психоза отсутствуют типичные для алкоголизма изменения личности. Что касается самих психотических состояний, то они, прежде всего, различаются по своей длительности. Фантастический делирий длится обычно не более недели, эндогенный онейроид — недели и месяцы. В продромальном периоде фантастического делирия возможно появление тревоги, подозрительности, идей отношения или подавленности, идей самообвинения. В продроме онейроида могут возникнуть растерянность, задумчивость, молчаливость, излишняя скрытность. Для эндогенного онейроида характерна смена ряда этапов: аффективно-бредовая дереализация сменяется фантастической дереализацией и деперсонализацией, затем иллюзорно-фантастической дереализацией, истинным онейроидом (встречается крайне редко). Фантастический бред сочетается с псевдогаллюцинациями. Алкогольный фантастический делирий — менее сложный по структуре психоз. Развивается галлюцинаторный, фантастический, образный бред, иногда нелепый бред величия. Отсутствует строгая последовательность в смене этапов. Бывает этап двойной бредовой ориентировки в начале делирия, сменяющийся этапом фантастического галлюцинаторного бреда. Доминируют истинные галлюцинации, псевдогаллюцинации редки. Аффективные расстройства также имеют существенные различия. В начале алкогольного фантастического делирия нередко появляется аффект удивления и любопытства, затем в некоторых случаях нарастает растерянность. Для эндогенного онейроида характерна калейдоскопическая сменяемость аффективных нарушений. Наблюдаются растерянность, тревожность, недоумение, страх, зачарованность, восторг, блаженство или тревога, ужас, покорность, безысходность. Различаются и двигательные нарушения. При алкогольном фантастическом делирии суетливое возбуждение может чередоваться с периодически возникающей обездвиженностью на фоне галлюцинаторной отрешенности. При эндогенном онейроиде наблюдаются кататонические расстройства (субступор, ступор с восковой гибкостью, негативизмом). Синдром психического автоматизма при фантастическом делирии может включать идеаторные, сенестопатические и двигательные автоматизмы, но они относительно скудные, отличаются простотой структуры, возникают на высоте психоза. Проявления синдрома психического автоматизма при эндогенном онейроиде намного разнообразнее, сложнее.

Во время алкогольного фантастического делирия структура психоза может изменяться в течение суток: в вечернее время по мере углубления помрачения сознания исчезают разнообразные обманы восприятия, проявления синдрома психического автоматизма, появляются суетливость и типичные для белой горячки зрительные галлюцинации. При эндогенном онейроиде этого никогда не бывает. При алкогольном фантастическом делирии исчезающая симптоматика вновь не появляется после отмены нейролептиков. Преждевременная отмена антипсихотиков может привести к возобновлению симптоматики эндогенного онейроида. Больные алкоголизмом после окончания психоза преуменьшают тяжесть злоупотребления алкоголем, стремятся объяснить перенесенный психоз соматическим заболеванием, физической и умственной перегрузкой, всякими обстоятельствами, не имеющими отношения к злоупотреблению алкоголем. Нередко обнаруживаются алкогольные изменения личности или аномальные черты характера. У перенесших эндогенный онейроид можно отметить незначительно выраженные черты эмоциональной нивелировки, астенические проявления, аффективную лабильность.

В целом разграничение алкогольных психозов от психозов, возникающих при сочетанной патологии, основывается на неприятии принципа “все после всего возможно”. При алкогольных психозах не могут возникнуть изменения личности, характерные для психозов.

Резко различаются и генетические предпосылки возникновения алкогольных и эндогенных психозов: в группе больных с сочетанной патологией наследственная отягощенность психозами и заболеваниями психотического спектра встречается примерно в 10 раз чаще, что также значимо для дифференциальной диагностики.

Описанные принципы дифференциальной диагностики алкогольных психозов и психозов при сочетанной патологии не исключают возможности возникновения острых алкогольных психозов у больных психотическим спектром заболеваниями психотического спектра. Так, несомненно, что при длительном и массивном злоупотреблении алкоголем у больного психотическим спектром может возникнуть алкогольный делирий. Бесспорно, что после запоя при психотическом расстройстве может развиваться длительный вербальный галлюциноз, который тоже надо рассматривать как алкогольный психоз. Что касается возможности возникновения острого алкогольного параноида у больных психотическим спектром расстройством, то подобные психозы не описаны. Даже при непрерывно текущей параноидной психотической может возникнуть алкогольный делирий, если отмечается многолетнее массивное злоупотребление алкоголем (Ф.С. Подольный). Форма алкогольных психозов и их тяжесть в значительной мере определяются массивностью алкогольной интоксикации. Это положение совершенно справедливо и в отношении больных психотическим спектром злоупотребляющих алкоголем. Так, очень редко, но все же удается наблюдать возникновение тяжело протекающего алкогольного делирия у больных психотическим спектром. Иногда даже возникает транзиторный амнестический или психорганический синдром.

Таким образом, при сочетании алкоголизма или хронической алкогольной интоксикации с эндогенными процессуальными заболеваниями могут иметь место эндогенные психозы, алкогольные психозы и психозы, в ди-

намике которых отмечается смена алкогольной симптоматики шизофренической.

Терапия больных с сочетанной патологией достаточно трудна из-за недостаточной критичности больных, ограниченных возможностей психотерапевтического воздействия. Хотя давно уже разработаны принципы лечения этой группы больных, реализовать их часто весьма затруднительно. Многие здесь связано с организационными трудностями, стремлением наркологов и психиатров избавиться от этой категории “трудных” больных, с отсутствием четких положений, регламентирующих необходимость организации наблюдения за больными с сочетанной патологией в психоневрологических учреждениях (диспансерах).

Список литературы

1. Гиляровский В.А. Психиатрия. — 1931. — 659 с.
2. Гиляровский В.А., Богданович Л.А. Алкоголизм и шизофрения. Проблемы судебной психиатрии. — М., 1961. — Вып. 9. — С. 335—360.
3. Гофман А.Г., Шейнин Л.М., Ойфе И.А. Алкоголизм и эндогенные психические заболевания // Сб. науч. работ. — М., 1994. — С. 19—23.
4. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. — Воронеж, 1935. — 35 с.
5. Жислин С.Г. Течение шизофрении на патологически измененной почве // Материалы Всесоюзной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С. Корсакова. — М., 1954. — С. 30—34.
6. Крепелин Э. Учебник психиатрии. — Т. I. — 1910. — 486 с.
7. Малков К.Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ним алкоголизма: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 2001.
8. Суханов С.А. К учению о галлюцинозах // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1906. — Кн. 3. — С. 373—388.
9. Суханов С.А. Алкоголизм и преждевременное слабоумие // Практический врач. — 1912. — Т. III. — С. 39—41.
10. Шейнин Л.М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1984. — 21 с.
11. Graeter K. Dementia praecox mit alcoholismus chronicus. — Leipzig, 1909.