

ПРЕДИСЛОВИЕ

Практическое руководство «Психиатрическая пропедевтика» задумывалось почти сорок лет назад как учебный материал в помощь молодому специалисту для облегчения вхождения в сложный мир научной психиатрии. Все начиналось с методички «Принципы конструирования психиатрического диагноза», вышедшей в Казани в 1986 году. Тогда меня — начинающего психиатра — интересовало все, что было связано с процессом психиатрической диагностики. Хотелось понять, как не ошибиться при постановке диагноза, как отличить норму от патологии, как не спутать один симптом с другим. Учебники и практические руководства казались запутанными и противоречащими друг другу. Монографии, предлагавшиеся нам учителями, предназначались точно не для «зеленых» и начинающих врачей: чтобы их понять, нужно было для начала лет десять поработать в остром или хроническом отделении психиатрической больницы. В общем, многое оставалось непонятным и вызывало чувство досады. Хотелось простоты изложения и ясности мыслей.

И вот тогда я решил написать руководство по введению в специальность, что в медицине и называется пропедевтикой, чтобы самому разобраться в основах профессии и помочь моим молодым коллегам. Решил написать просто и схематично. В то время вся психиатрия была дидактически разделена на общую психопатологию и частную психиатрию. Изучение предполагало последовательное продвижение от изучения психопатологических симптомов и синдромов к отдельным психическим заболеваниям (расстройствам). Но мне уже тогда казалось, что изучение симптомов — это не первый этап освоения дисциплины. Знать, как должен проявляться симптом, и быть способным его выявить в реальной клинической ситуации — не одно и то же. До освоения психиатрической семиотики необходимо было научиться обнаруживать эти самые психопатологические симптомы, отличать их от феноменов обыденной

жизни. Мне всегда казалось, что для понимания психопатологии важен взгляд, способный сравнивать, а не оценивать или наклеивать диагностические ярлыки. Во фразе «все познается в сравнении» наиболее важным представляется слово «все». И психопатология тоже. Удивляло, что пропедевтика внутренних болезней существует, и ее начинающие врачи изучают, а психиатрическую пропедевтику молодые психиатры почему-то игнорируют. Тогда еще на русском языке не вышел фундаментальный труд Карла Ясперса «Общая психопатология», который правильнее было бы назвать первым трудом по психиатрической пропедевтике.

Если честно, то «Пропедевтика» писалась для себя... То, что эта книга почти за сорок лет выдержала шесть изданий (хотя фактически значительно больше — более десятка, поскольку много раз переиздавалась без внесения коррективов), оказалась на протяжении десятилетий востребованной и полезной для коллег, меня греет. Допускаю, что именно сравнительный (феноменологический в моем понимании) подход позволил создать «интересный продукт».

Но при каждом переиздании руководства у меня возникают вопросы: «А не устарели ли излагаемые в нем научные факты и методические приемы?», «Не изменились ли способы психиатрической диагностики в условиях пересмотров психиатрических классификаций, переформулирования названий болезней (расстройств) и появления новых?» И я прихожу к мнению, что за десятилетия мало что в этой области поменялось. Это и плохо, и хорошо. Хорошо, поскольку основы профессии остаются неизбылемыми, новых психопатологических симптомов за десятилетия или даже столетия практически не появилось. Но плохо, что психиатрическая пропедевтика осталась прежней, потому что наука распознавания болезней в других медицинских дисциплинах совершенствуется, идет вперед, появляются современные инструментальные, более точные методы диагностики. При этом клинический метод в медицине как применялся, так и применяется. Без него никакие лабораторные методики не сработают, а терапия не окажется обоснованной и эффективной. В основе любой диагностики лежит распознавание симптома, а симптом — продукт клинического мышления врача, а не инструментальный факт.

И вот сегодня я представляю коллегам очередное переиздание «Психиатрической пропедевтики». Буду рад, если новым поколениям психиатров моя «Психиатрическая пропедевтика» окажется полезной так же, как прежним поколениям психиатров.

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия для медицины является наукой особой. В силу присущей ей специфичности освоение психиатрии, сталкиваясь с трудностями распознавания психопатологических симптомов, диктует необходимость исключения предвзятости и субъективизма. Изучение психопатологии невозможно без овладения основами психологической науки и практики. Ориентация диагноста исключительно на психопатологию без учета существования специфических индивидуальных переживаний человека, реакций и поведенческих актов является тупиковой для развития всей системы психиатрии как науки.

Несмотря на развитие современных инструментальных методов диагностики процесс освоения основ психиатрии остается наиболее сложным. По традиции он включает преимущественное изучение семиотики психических расстройств, психопатологических симптомов и синдромов, дифференциальную диагностику, освоение терминологии. За бортом по-прежнему остаются наиболее важные аспекты проблемы — разграничение психопатологических симптомов и психологических феноменов, различение нормы и патологии. К сожалению, действующая в психиатрическом мире классификация психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10) в еще большей степени запутывает ситуацию, не предлагая серьезных критериев для подобной дифференциации.

В связи с вышеперечисленным несомненно важным для начинающего психиатра (а также любого иного специалиста, занимающегося проблемами психического здоровья) является овладение основами распознавания психической патологии и разграничения ее с нормальной психической деятельностью. Именно это можно считать главным в разделе психиатрии, который называется **психиатрической пропедевтикой**.

Традиционным для клинической психиатрии является разделение на общую психопатологию и частную психиатрию. Первая сфокусирована на психиатрической феноменологии — специфике проявлений отдельных психопатологических симптомов и синдромов, а вторая — на закономерностях и особенностях возникновения, течения и исходов отдельных психических заболеваний. В психиатрическую пропедевтику включается, во-первых, изучение диагностических критериев, позволяющих объективно разграничить психическую норму и патологию (феномен и симптом), во-вторых, принципы построения диагностического процесса.

До настоящего времени освоение психиатрии студентами и врачами затруднено в связи с симптомоцентрической парадигмой, характеризующейся ориентацией на семиотику, а не на феноменологию. *Знание психопатологических симптомов и синдромов еще не является гарантией того, что диагностический процесс будет эффективным.* Ведь важными становятся убедительные доказательства наличия симптома, отрицания наличия психологического феномена. Различие двух подходов (симптомо- и феноменологического) заключается в использовании или в отказе от использования многовариантного анализа наблюдаемых психических явлений, переживаний и поведения как по параметру клинических проявлений, так и по параметру механизмов психогенеза.

Особо следует отметить тот факт, что феноменологический подход требует знаний не только психиатрических основ (этиопатогенеза) семиотики, но и личностных, органических, соматических, философских, религиозных, культуральных, этнических механизмов психогенеза. Объективная диагностика единственно возможна в психиатрии в случае применения феноменологического подхода.

В последние годы (в том числе благодаря и МКБ-10) активно развивается область, смежная с психиатрией, — психология девиантного поведения, поставившая проблему нормы и патологии в новом ракурсе. Этот факт игнорировать никак нельзя. Следовательно, можно утверждать, что истинное внедрение феноменологического метода в психиатрию является насущным велением времени, без которого психиатрия дальше развиваться не сможет.

Данное практическое руководство направлено на уточнение некоторых аспектов феноменологии как раздела психиатрии. Оно может быть полезно студентам и врачам при освоении психопатологии, а также психологам, изучающим основы психиатрии.

Глава 1

**ПСИХИЧЕСКАЯ НОРМА
И ПАТОЛОГИЯ**

1.1. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов

Диагностическая проблема — одна из наиболее теоретически и практически значимых в современной психиатрии. Суть ее заключается в выработке объективных и достоверных критериев диагностики психических состояний человека и квалификации их как *психологических феноменов* или *психопатологических симптомов*. В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических и психопатологических феноменов, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии.

Принцип Курта Шнайдера гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признается лишь то, что может быть таковой доказано». Обратим внимание на, казалось бы, экзотическое для психиатрии слово «доказано». О каких доказательствах может идти речь? Существует лишь один способ доказательства (не менее объективный, чем в других науках). Это доказательство с помощью *логики* — науки о законах правильного мышления, или науки о законах, которым подчиняется правильное мышление.

«Подобно тому, как этика указывает законы, которым должна подчиняться наша жизнь, чтобы быть добродетельной, и грамматика указывает правила, которым должна подчиняться речь, чтобы быть правильной, так логика указывает нам правила, законы или нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным», — писал известный русский логик Г. И. Челпанов. По мнению английского философа Д. Милля,

польза логики главным образом отрицательная — ее задача заключается в том, чтобы предостеречь от возможных ошибок.

Если диагност пытается доказать наличие у человека бреда (т. е. ложных умозаключений), он должен иметь не ложные, но верные и обладать способом их доказательств. Рассмотрим это положение на следующем примере. Мужчина убежден в том, что жена ему изменяет, и свое убеждение «доказывает» следующим умозаключением: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что я застал ее в постели с другим мужчиной». Можем ли мы признать подобное доказательство истинным, а такого человека психически здоровым? В подавляющем большинстве случаев обыватель и почти каждый клиницист признают, что он здоров. Представим, что тот же мужчина приводил бы иные «доказательства», к примеру, такие: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что она в последнее время стала использовать излишне яркую косметику», или «...потому что она уже месяц отказывается от интимной близости», или «...потому что она встала новые зубы» и т. д. Какое из «доказательств» можно признать истинным? На основании здравого смысла подавляющее большинство людей укажет, что все, кроме последнего, явно недоказательны. Но найдутся и те, которые с определенной долей вероятности могут согласиться, к примеру, со вторым «доказательством», признают менее вероятным (но все же вероятным) первое «доказательство».

Для того чтобы разрешить эту типичную для диагностики задачу, необходимо, наряду с *критерием доказанности* (достоверности), ввести еще один критерий из области логики — *критерий вероятности*. По определению, вероятность, выражаемая единицей (1), есть достоверность. Для того чтобы показать, каким образом определяется степень вероятности наступления какого-либо события, возьмем широко известный пример. Предположим, перед нами находится ящик с белыми и черными шарами, и мы опускаем руку, чтобы вынуть оттуда какой-нибудь шар. Спрашивается, какова степень вероятности того, что мы вынем белый шар. Для того чтобы определить это, мы сосчитаем число шаров белых и черных. Предположим, что число белых равняется 3, а число черных — 1; тогда вероятность, что мы вынем белый шар, будет равняться $3/4$, т. е. из 4 случаев мы имеем право рассчитывать на три благоприятных и один неблагоприятный. Вероятность, с которой у нас в руке окажется черный

шар, будет выражаться $1/4$, т. е. из четырех случаев можно считать только на один благоприятный. Если в ящике находится четыре белых шара, то вероятность, что будет вынут белый шар, будет выражаться числом $4/4=1$.

Для анализа случая с идеями ревности, приведенного выше, необходимо знание и такого логического феномена, как аналогия. **Аналогией** называется умозаключение, в котором из сходства двух свойств в известном их количестве мы делаем вывод о сходстве и других характеристик (Г. И. Челпанов). Например, следующее умозаключение может быть названо умозаключением по аналогии: «Марс похож на Землю в части своих свойств: Марс обладает атмосферой с облаками и туманами, сходными с земными, Марс имеет моря, отличающиеся от суши зеленоватым цветом, и полярные страны, покрытые снегом, — отсюда можно сделать заключение, что Марс похож на Землю и в других свойствах, например, что он подобно Земле обитаем».

Основываясь на законах логики, понятиях вероятности, достоверности и феномене умозаключения по аналогии, можно проанализировать диагностический случай с мужчиной, утверждающим, что жена ему неверна. Таким образом, для научного анализа существенным будет не нелепость «доказательства» (к примеру, «изменяет, потому что вставила новые зубы»), а распределение этим человеком спектра вероятности правильности его умозаключения о неверности жены на основании того или иного факта. Естественно, что объективно подсчитать вероятность того, что новые зубы указывают на то, что жена изменяет, невозможно, однако в силу микросоциальных традиций, культуральных особенностей и других параметров можно говорить о том, что это маловероятно. Если же обследуемый наделяет подобный факт качествами достоверности, то можно предполагать, что его мышление действует уже не по законам логики, и на этом основании предположить наличие психопатологического синдрома — бреда.

То же самое можно предположить, если бы в качестве доказательства собственной правоты он приводил чей-либо конкретный пример, поскольку известно, что заключение по аналогии не может дать ничего, кроме вероятности. При этом степень вероятности умозаключения по аналогии зависит от трех обстоятельств: 1) количества усматриваемых сходств; 2) количества известных несходств между ними и 3) объема знания о сравниваемых вещах.

Доказательство наличия психического расстройства согласно принципу Курта Шнайдера базируется на «двух логиках»: оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и логике доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. В области клинической психиатрии это выглядит так: тезис — обследуемый психически болен, аргумент (аргументы) — к примеру, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства — доказывается, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания пациента мы можем расценивать как бредовые и т. д.

Еще одним принципом, которому следует научная диагностическая доктрина, является принцип «**презумпции психической нормальности (здоровья)**». Суть его заключается в том, что никто не может быть признан психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Основными принципами диагностики, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать **феноменологические принципы**. В сфере диагностики психических расстройств феноменологический переворот совершил в начале XX века известный немецкий психиатр и психолог Карл Ясперс. Базируясь на философской концепции феноменологической философии и психологии Гуссерля, он предложил принципиально новый подход к анализу психиатрических симптомов и синдромов.

В основе феноменологического подхода в психиатрии лежит понятие «**феномена**». Феноменом можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание. Субъект-объектное противостояние, по мнению А. А. Ткаченко, К. Ясперс считал первичным и «никогда не устранимым» феноменом, в связи с чем он противопоставлял сознание окружающего, предметное сознание сознанию своего Я, самосознанию. В соответствии с таким разделением становилось возможным описывать сначала саму по себе аномальную реальность, а затем переходить к формам изменения самосознания. Неразделенность этих составляющих в переживании была обозначена

К. Ясперсом как совокупность отношений, расчленение которой оправдано только необходимостью соответствующих описаний. Эта совокупность отношений основывается на характере переживания пространства и времени, своего телесного осознания, сознания реальности. Для К. Ясперса феноменология являлась эмпирическим актом, образующимся благодаря сообщениям больных. Именно поэтому он так высоко ценил подробные расширенные истории болезни (особенно в сравнении с временами Пинеля, когда история болезни могла занимать объем не более страницы), позволяющие глубже проникнуть во внутренний мир больного. Это стало закономерным следствием предпочтения индивидуальному методу с его выделением общего за счет индивидуального и специфического метода феноменологического, сохраняющего в своих понятиях структуру реального многообразия признаков (Ю. С. Савенко). В основных чертах этот метод явился следованием дескриптивному методу Гуссерля. Было очевидно, что подобный психологический метод явно отличается от естественнонаучных описаний, поскольку предмет в данном случае не предстает сам по себе перед нашим взором чувственно, опыт является лишь представлением. В предлагаемом К. Ясперсом методе описание требовало, кроме систематических категорий, удачных формулировок и контрастирующих сравнений, выявления родства феноменов, порядка их следования или их появления и имело своей задачей наглядно представлять психические состояния, переживаемые больными, рассматривать их родственные соотношения, как можно более строго ограничивать их, различать и определять их во времени. Поскольку мы не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению К. Ясперса, лишь о представлении, чувствовании, понимании достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственного наглядного сравнения и символизации посредством разновидности суггестивного изображения. Именно поэтому К. Ясперс отводил такую роль самоописаниям больных, а также развернутым историям болезни, где необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (к примеру, психоаналитического), использует *принципы понимающей, а не объясняющей психологии*. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. *Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний и поступков*. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. Если в рамках ортодоксальной психиатрии вопрос нормы-патологии трактуется произвольно на базе соотнесения собственного понимания истоков поведения человека с нормами общества, в котором тот проживает, то при использовании феноменологического подхода существенное значение для диагностики имеют субъективные переживания и их трактовки самим человеком (то, что представители первого направления обозначили бы как «психологизаторство»). Диагност же следит лишь за логичностью этих объяснений, а не трактует их самостоятельно в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов.

Использование феноменологического метода в диагностическом процессе, по Ю. С. Савенко, должно включать восемь применяемых последовательно и описанных ниже принципов:

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины и длительное пестование для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.
2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное — к предмету постижения: стремление понять его в его самоданности, каков он есть.
3. Боязнь не то что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а — забыв себя, отрешившись от всех пристрастий — войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему, и, таким образом, не построить, а обнаружить, т. е. адекватно понять, постичь. Этому служит процедура феноменологической редукции, или «эпохе» (греч. «воздержание от суждения»), представляющая последовательное,

слой за слоем, «заключение в скобки», т. е. «очищение» от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, сколь бы очевидными они ни были. Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте. Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в «жизненный мир», т. е. к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных предположений, заслонивших первозданную природу вещей.

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность — помеха. Вплоть до ведения самой беседы в случае первой встречи с психически больным. Нередко продуктивнее смотреть и слушать со стороны беседу коллеги с больным.
5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее, на его «горизонте», т. е. не только на моменте непосредственного восприятия, но и на всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, т. е. на предмете, взятом во всем его смысловом поле.
6. Далее следует процедура «свободной вариации в воображении», в которой совершается абсолютно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и т. д. Задача — уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной «кристаллизации» его формы. Это и есть «категориальное созерцание» (в отличие от чувственного) или «эйдетическая интуиция».
7. И, наконец, описание. По словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом

феноменов, пытаюсь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи с частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Необходимо выскательное отношение к выбору лексики и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика — позднейшее дополнение феноменологического метода — фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Для приближения теории феноменологической психологии к повседневной диагностической практике в психиатрии выделим и прокомментируем четыре основных ее принципа.

Принцип понимания, как уже упоминалось выше, используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас, сторонних наблюдателей, поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и действия. В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Продолжим начатый выше анализ случая с идеями ревности. Если для ортодоксального психиатра базой для диагностики бреда ревности будет выступать «нелепый характер высказываний и умозаключений больного» («жена изменяет, потому что вставила новые зубы»), то для феноменологически ориентированного диагноста существенным, наряду с другими параметрами, будет анализ понимания человеком сути измены, того, что тот вкладывает в понятие измены. Ведь под этим термином может скрываться целый спектр толкований: измена — это интимная близость, это — флирт, это — нахождение с другим человеком наедине, это — поцелуй, это — любовное чувство и т. д. Следовательно, без оценки субъективного смысла «измены» невозможно говорить

о генезе «ложной» убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживаний человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

Обратимся к убедительным размышлениям по конкретному случаю одного из основоположников феноменологического подхода Людвиг Бинсвангера. Он писал: «Если вы спросите больного, слышит ли он голоса, а он вам заявит на это, что голосов он не слышит, но «по ночам открыты залы обращений», которые он «охотно бы позволил», то вы можете обратить внимание на точный текст этого предложения и высказать свое суждение об этом, т. е. что речь идет о причудливой или странной манере говорить, и вы можете даже положить это суждение в основу вывода о том, что больной страдает шизофренией». Это, по мнению Л. Бинсвангера, не отражает феноменологического подхода. Ведь «всякое феноменологическое рассмотрение психопатологического явления вместо того, чтобы заниматься разделением психопатологических функций по видам и родам, прежде всего должно быть направлено на существо личности больного, которое представляется нам в его мировоззрении. Конечно, мы можем представить себе весьма наглядно также и отдельные феномены, как, например, переживание «зала обращений» — сначала чувственно-конкретно, затем также более или менее категориально-абстрактным образом, но личность, которая имеет это переживание, всегда сопридана как конкретному феномену, так и абстрактному содержанию существа его, и «между феноменом и личностью можно наблюдать точно фиксируемые всеобщие сущностные взаимосвязи».

Принцип понимания позволяет нам отделять психологические феномены от психопатологических симптомов, а в некоторых случаях и постараться их противопоставить терминологически. Один и тот же феномен после акта понимания, вчувствования может быть нами назван либо аутизмом или интраверсией, либо резонерством или демагогией, либо амбивалентностью или нерешительностью и т. д.

Следующим феноменологическим принципом является **принцип «эпохе»**, или **принцип воздержания от суждения**. В диагностическом плане его можно было бы модифицировать в *принцип воздержания от преждевременного суждения*. Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического

мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует указать, что вчувствование не означает полного принятия переживаний человека и исключения анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствование может обернуться субъективностью и так же, как в ортодоксальной психиатрии, привести к неправильным выводам. Примером подобной крайности может служить высказывание Рюмке о «чувстве шизофрении», на основании которого рекомендуется постановка этого диагноза.

Два следующих принципа феноменологического подхода к диагностике могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания**, а также **принцип контекстуальности**. *Принцип беспристрастности* и точности описания клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. *Точность описания* требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным в описании становится *контекстуальность* наблюдаемого феномена, т. е. его описание в контексте времени и пространства — создание своеобразных «фигуры и фона». *Принцип контекстуальности* подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена. Психиатрические истории болезни изобилуют выражениями типа: «у больного печальное, скорбное выражение лица», «пациент ведет себя неадекватно, груб с медицинским персоналом, гневлив», «больной переоценивает свои способности». Они приводятся врачом зачастую в качестве «доказательства» наличия психопатологической симптоматики, дезадаптивных, болезненных проявлений. Однако эти обоснования теряют вес в связи с тем, что приводятся изолированно, вне контекста ситуации, вызвавшей психические феномены. Печальное, скорбное выражение лица в палате психиатрической лечебницы может быть расценено как нормальная реакция человека на госпитализацию, а печальное, скорбное выражение лица при встрече после разлуки с любимым человеком