

Научная статья | Original paper

Редукционизм поневоле: как неявные метафизические установки влияют на практику психиатра

Д.Ю. Коломыщев 

Омский государственный медицинский университет,
Омск, Российская Федерация

 d.kolomytsev@icloud.com

Резюме

Контекст и актуальность. Современная психиатрия пребывает в состоянии устойчивого концептуального кризиса, связанного с «трудной проблемой сознания». Этот кризис проявляется в клинической практике как прогрессирующий упадок феноменологического анализа и доминирование нерефлексируемого редукционизма, маскируемого под прагматизм и клинический консенсус. **Цель:** осуществить попытку предварительного картирования спектра мировоззренческих позиций практикующих психиатров относительно ключевых философских проблем психиатрии и разработать методологический подход для их последующего изучения. **Методы.** Проведено поперечное анонимное онлайн-анкетирование 120 практикующих психиатров с использованием оригинального опросника, выявляющего декларируемые и неявные мировоззренческие установки у врачей. Применились методы дескриптивной статистики, иерархический кластерный анализ и анализ взаимосвязей для выявления латентных структур. **Результаты.** Исследование выявило внутреннюю противоречивость и эклектичность мировоззренческих позиций. При доминировании позиций биологического редукционизма (69,1%) у значительной части респондентов выявлена противоречивость установок, в частности широко распространенный неявный функционализм и несовместимые с физикализмом взгляды (40% от общей выборки). Исследование также демонстрирует слабость связи между философскими взглядами и клиническими установками. Обсуждается, что клинические позиции у респондентов определяются не философской рефлексией и строгими методологическими принципами, а скорее давлением системы здравоохранения, образовательных стандартов и прагматическим упрощенным выбором.

© Коломыщев Д.Ю., 2025



CC BY-NC

Коломыцев Д.Ю. (2025)

Редукционизм поневоле: как неявные

метафизические установки влияют на практику...

Консультативная психология и психотерапия,

33(4), 155–175.

Kolomyshev D.Yu. (2025)

Reductionism by default: how implicit

metaphysical assumptions influence psychiatric...

Counseling Psychology and Psychotherapy,

33(4), 155–175.

Ключевые слова: редукционизм, мировоззрение психиатра, концептуальный кризис, метафизические установки, клинические установки

Благодарности. Автор благодарит за помощь в сборе данных для исследования А.В. Леонову, А.А. Кубитова, А.А. Шмиловича.

Дополнительные данные. Наборы данных можно запросить у автора (Д.Ю. Коломыцев).

Для цитирования: Коломыцев, Д.Ю. (2025). Редукционизм поневоле: как неявные метафизические установки влияют на практику психиатра. *Консультативная психология и психотерапия*, 33(4), 155–175. <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330408>

Reductionism by default: how implicit metaphysical assumptions influence psychiatric practice

D.Yu. Kolomytsev ✉

Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

✉ d.kolomytsev@icloud.com

Abstract

Context and relevance. Modern psychiatry exists in permanent conceptual crisis rooted in the “hard problem of consciousness”. This crisis manifests clinically through a progressive decline in phenomenological analysis and the dominance of unreflected reductionism, often masked by pragmatism and clinical consensus. **Purpose:** To conduct preliminary mapping of worldview positions among practicing psychiatrists regarding key philosophical issues in psychiatry and to develop a methodological framework for their further study. **Methods:** A cross-sectional anonymous online survey of 120 practicing psychiatrists (including residents and early-career specialists) was conducted using an original questionnaire designed to identify both explicit and implicit attitudes. Analysis included descriptive statistics, hierarchical cluster analysis (Ward’s method), and link analysis using Pearson’s χ^2 with Bonferroni correction. **Results:** The study revealed internal contradictions and eclecticism in worldview positions. While biological reductionist positions dominated (69.1%), a significant proportion of respondents demonstrated contradictory attitudes, particularly widespread implicit functionalism and views incompatible with physicalism (40% of total sample). The research also shows a weak link between philosophical views and clinical attitudes, indicating that clinical decisions are determined not by philosophical reflection but rather by systemic constraints, educational standards, and pragmatic simplified choices. **Conclusions:** The documented dominance of unreflected reductionism reflects psychiatry’s systemic crisis and necessitates intentional integration of philosophical reflection into psychiatric education and clinical practice.

Keywords: reductionism, psychiatrist's worldview, conceptual crisis, metaphysical assumptions, clinical attitudes

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection A.V. Leonova, A.A. Kibitov, A.A. Shmilovich.

Supplemental data. Datasets can be requested from the author (Kolomytsev D.Yu.)

For citation: Kolomytsev, D.Yu. (2025). Reductionism by default: how implicit metaphysical assumptions influence psychiatric practice. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 33(4), 155–175. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2025330408>

Введение

Современная психиатрия пребывает в состоянии устойчивого концептуального кризиса, источник которого заключается в фундаментальном вопросе о соотношении объективного и субъективного, мозга и сознания. Накопление данных в нейронауках на протяжении последних десятилетий не только не разрешило этот кризис, но и углубило его, обнажив классический «разрыв в объяснении» (explanatory gap) (Levine, 1983). Примечательно, что психиатрия как практическая дисциплина не видит в этом предмета для собственной рефлексии, перекладывая ответственность за решение концептуальных проблем на нейронауки и питая иллюзорные надежды на скорое появление унифицирующей биологической теории (Kandler, 2025; Коломыцев, 2025).

Эти надежды представляются несостоительными, поскольку сами нейронауки не имеют единого решения «трудной проблемы сознания» и характеризуются значительным философским разнообразием — от панпсихизма до элиминативизма (Pinto, Stein, 2021; Kirkeby-Hinrup, 2024). На клиническом уровне концептуальная пустота проявляется в прогрессирующем упадке феноменологического анализа, его замене операционализированными поведенческими критериями, доминировании pragматичных, но философски бедных диагностических классификаций (DSM, МКБ) и активном продвижении исследовательских программ, открыто отрицающих онтологический и эпистемологический статус субъективного опыта, как это происходит в рамках проекта RDoC (Research Domain Criteria) (Холмогорова, 2014).

Исторически попытки осмыслиения соотношения мозга и сознания в психиатрии не сводились лишь к биологическому редукционизму. Классики психиатрии, такие как Карл Ясперс, видели основу этой дисципли-

ны в понимании субъективного мира пациента через феноменологический анализ, противопоставляя его каузальному объяснению (Ясперс, 1997). Людвиг Бинсвангер и Эжен Минковски, развивая экзистенциально-феноменологическое направление, прямо утверждали, что психиатрия без философской антропологии и онтологии слепа к своему объекту — человеческому бытию (Binswanger, 1963, Minkowski, 1987). Однако современный поворот в сторону операционализируемых критериев и нейробиологических коррелятов привел к тому, что сложность субъективного опыта была заменена верой в то, что открытие неких мозговых процессов является исчерпывающим ответом на вопросы о природе психического расстройства. Таким образом, современный концептуальный кризис также представляет собой кризис забвения собственной философской традиции (Fulford, Stanghellini, Broome, 2004).

Психиатр в своей клинической практике занимает часто нерефлексируемую, хотя и определенную, мировоззренческую позицию (Kendler, 2005). Это формирует парадокс: фундаментальные вопросы о природе психических расстройств и психики вообще перекладываются на нейронауки, в то время как на уровне неявных предпосылок происходит стихийное принятие жестких редукционистских установок (при том, что далеко не все нейробиологические теории носят редукционистский характер). K.S. Kendler (2025), анализируя «метафорические разговоры о мозге в психиатрии», называет их «долговыми расписками», которые позволяют в настоящем избегать рефлексии над природой психического в надежде, что однажды мы сможем объяснить мозговую основу психических расстройств. Данная неосознаваемая метафизика превращается в подразумеваемую догму. Она оказывает определяющее влияние на исследовательские программы и на клиническое мышление, порождая иллюзию непогрешимости используемых методов и ложную уверенность в концептуальной непротиворечивости своих позиций. Таким образом, психиатрия изолируется от необходимости явно обозначить и обосновать свою философскую позицию, маскируя ее под pragmatism и клинический консенсус (Коломыцев, 2025). Вышесказанное не отрицает достижений в области лечения психических расстройств и необходимость pragmatического подхода в решении реальных клинических задач, однако успехи нейробиологии и прикладной характер дисциплины не могут быть основанием для игнорирования сложности и уникальности психики и служить поводом для отказа от размышлений о собственных научных основах.

Влияние метафизической позиции обнаруживается за пределами стандартных процедур, а именно в смысловых аспектах практики: в том,

как психиатр подходит к диагностике (что считает приоритетом — субъективный опыт, поведение или инструментальные данные), выбирает терапию (отдает предпочтение фармакотерапии или психотерапии), интерпретирует классификации и выстраивает отношения с пациентом. Несмотря на повсеместную декларацию биопсихосоциальной модели и вообще плюрализма, в реальной клинической практике доминируют установки, унаследованные от вульгарного материализма и функционализма, что приводит к хорошо известному феномену «смерти феноменологии» и методологическому обеднению (Andreasen, 2007; Stein, 2024; Холмогорова, Рычкова, 2017).

В настоящее время практически полностью отсутствуют эмпирические исследования, направленные на выявление и анализ этих неявных и, по всей видимости, противоречивых мировоззренческих установок у практикующих врачей. Существует тотальный разрыв между абстрактными философскими дискуссиями о природе сознания и смысловым содержанием реальной клинической практики, которая зачастую движется нерефлексируемыми догмами. Значимой задачей является эмпирическая верификация и проблематизация мировоззренческих вопросов внутри самого психиатрического сообщества.

Целью настоящего пилотного исследования являлась попытка предварительного картирования спектра мировоззренческих позиций практикующих психиатров относительно ключевых философских проблем психиатрии и разработка методологического подхода для их последующего изучения.

Материалы и методы

Дизайн исследования: поперечное анонимное онлайн-анкетирование.

Выборка и процедура. В исследовании приняли участие 120 молодых практикующих психиатров (включая ординаторов и врачей со стажем до 5 лет). Выборка была сформирована целенаправленно из числа членов профессиональных сообществ (Совет молодых ученых Российской общества психиатров), ординаторов и выпускников кафедр психиатрии различных регионов России. Исследование проводилось в период с февраля по март 2025 года.

Методика. Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, концептуальной основой которого послужил анализ современных философских дискуссий о природе сознания и их им-

пликаций для психиатрической практики. Методологический замысел опросника предполагал выявление как декларируемых, так и неявных мировоззренческих позиций через систему дилемм и прямых вопросов.

Структура опросника включала два взаимодополняющих блока.

1. *Блок выявления философских установок*, содержал:

- дилеммы по типу опросника Хельла–Зиглера (Хельл, Зиглер, 1998);
- прямые вопросы о природе сознания с вариантами ответов, охватывающими спектр философских позиций;
- вопросы, опосредованно выявляющие неявные установки относительно природы сознания через отношение к нейрунаукам и возможностям ИИ (искусственного интеллекта).

2. *Блок клинических установок*, включал вопросы о смысловых аспектах практики:

- диагностических приоритетах;
- отношении к диагностическим системам;
- терапевтических предпочтениях;
- значимости терапевтических отношений (неявные установки относительно значимости психологических методов помощи);
- оценке модели психиатрической помощи.

Процедура проведения. Опросник распространялся в электронном виде. Гарантировались анонимность и конфиденциальность данных.

Методы анализа данных. Первичная обработка данных включала методы дескриптивной статистики. Для выявления латентных структур применялся иерархический кластерный анализ (метод Уорда, квадратичное евклидово расстояние) на смешанном наборе переменных, что, учитывая разнородность шкал, является ограничением метода и может влиять на стабильность и интерпретацию выявленных кластеров. Полученные кластеры следует рассматривать как эвристические, а не как строгую типологию, что, однако, соответствует разведочным целям данного исследования. Для анализа связей использовались таблицы сопряженности (критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2) с поправкой Бонферрони). Статистический анализ выполнялся в IBM SPSS Statistics 23.

Важно подчеркнуть методологическую специфику данного исследования. Разработанный опросник не был предназначен для измерения единого латентного конструкта, в связи с чем стандартные критерии внутренней согласованности (такие как α -критерий Кронбаха) к нему неприменимы. Опросник выступал инструментом для многомерного картирования разнородных и потенциально противоречивых установок. В связи с

этим применение методов кластерного анализа преследовало цель выявления эмпирически существующих группировок респондентов на основе сходства их ответов по широкому спектру вопросов. Условные названия кластеров («Рефлексирующие физикалисты» и т. д.) были присвоены post hoc на основе интерпретации наиболее ярких черт различий между выявленными группами и были сформулированы для удобства читателя, а не являются результатом валидизированной типологии.

Результаты

Проведенное исследование выявило характеристики молодого российского психиатра как специалиста, находящегося в состоянии методологического напряжения. С одной стороны, наблюдается выраженная ориентация на «широку взглядов» — 84 респондента (70% от выборки) считают это необходимым для понимания пациентов; с другой стороны, эта ориентация сталкивается с доминированием нерефлексируемой естественно-научной позиции, что приводит к внутренним противоречиям и формированию эклектичных и зачастую непоследовательных взглядов.

Так, на прямой вопрос о природе сознания чаще всего ($n = 51$ чел., 42,5%) респонденты выбирали ответы в духе редуктивного физикализма, отождествляя сознание с физико-химическими/квантовыми процессами в мозге. Функционалистскую редукцию сознания к информации или признание его «иллюзией» в качестве своей позиции обозначили лишь 14 респондентов (11,6%). Нередукционистские позиции (панпсихизм, дуализм, идеализм, мистерианство, ложность противопоставления материального психическому) обозначили 35 человек (29,1%). Однако декларируемая позиция при ближайшем рассмотрении оказалась нестабильной. 48 участников опроса (40%) были уверены, что феноменальное сознание может возникнуть на небиологическом субстрате (в форме сильного ИИ) в отдаленной перспективе, а 24 человека (20%) допускали, что оно уже существует у современных информационных систем, что не согласуется с теорией тождества психики и физико-химических процессов. Это свидетельствует о широком распространении неявного функционализма, который зачастую не осознается самими респондентами, сочетаясь в их картине мира с установками, близкими к теории тождества психики и нейрональных процессов.

Подобная эклектика прослеживалась и в вопросе о свободе воли. Лишь 32 респондента (26,7%) последовательно отрицали ее существование.

вание. Большинство же ($n = 72$ чел., 60%) пытались найти компромисс между научным детерминизмом и интуицией свободы, прибегая к идеалистическим аргументам об их совместимости ($n = 28$ чел., 23,3%), апеллируя к «тайныстенным» физическим принципам ($n = 33$ чел., 27,5%) или допуская свободу воли в «редких случаях» ($n = 11$ чел., 9,1%). В итоге 88 респондентов (73,3%) признавали реальность свободы воли, что входит в противоречие с их редукционистскими позициями, декларируемыми или неявными.

В клинических установках доминировала ориентация на объективность и биологию. За приоритетность «болезненных форм внутренних переживаний» в качестве основы диагностики психических расстройств (краеугольный камень феноменологии) высказалось лишь 15 опрошенных (12,5%). Вместо этого 72 респондента (60%) в диагностике считали верным полагаться на объективные критерии: нарушения психических способностей ($n = 30$ чел., 25%), поведенческие и речевые расстройства ($n = 25$ чел., 20,8%) или данные о мозговом функционировании ($n = 17$ чел., 14,2%). Парадоксальным образом, при таком подходе, 96 респондентов (80%) признавали важность терапевтических отношений, причем 56 (46,7%) видели в них не просто условие сотрудничества, а неотъемлемую часть лечения, влияющую на патогенез психических расстройств. Это указывает на глубокое, хотя и не всегда оформленное концептуальное, принятие комплексной природы психического расстройства.

Для выявления внутренней логики в наблюдаемом разнообразии индивидуальных ответов был проведен кластерный анализ.

Кластеры философских установок. Анализ ответов на вопросы о природе человека, сознания и свободе воли выявил три устойчивые группы.

Кластер 1 («Рефлексирующие физикалисты», $n = 35$ чел.). Респонденты демонстрировали последовательную физикалистскую позицию, но с элементами интеллектуальной рефлексии, пытаясь интегрировать интуиции, не укладывающиеся в жесткую детерминистскую картину (например, через апелляцию к квантовым процессам или признание «противоречивости мыслей о Боге»).

Кластер 2 («Противоречивые физикалисты», $n = 48$ чел.). Респонденты формально указывали на приверженность физикализму (теория тождества психики и нейрональных процессов), но их ответы обнаруживали внутренний конфликт: они статистически значимо чаще, чем другие группы, сочетали веру в Бога, идеалистические трактовки свободы воли с декларативным материализмом. Именно эта группа значимо чаще демонстрировала имплицитный функционализм, отвечая на вопрос о сознании у ИИ.

Кластер 3 («Нередукционисты», $n = 37$ чел.) объединил респондентов, занимавших нередукционистские позиции: признание неразрешимости загадки сознания, дуализм, панпсихизм.

Кластеры клинических установок. Анализ ответов, касающихся психиатрической практики, также выявил три группы.

Кластер А («Нейрооптимисты-биоцентристы», $n = 41$ чел.) характеризовался выраженной верой в нейронауки и доказательную медицину, признанием биологической природы психических расстройств в качестве ведущей. Отличительной чертой респондентов из этого кластера было лишь декларативное признание важности психотерапии и терапевтических отношений («важны партнерские отношения») при общей ориентации на биологическую модель.

Кластер Б («Нейрооптимисты-интеграторы», $n = 54$ чел.) объединял респондентов, разделяющих базовые установки кластера А, но демонстрирующих более глубокое и содержательное принятие психосоциального фактора. Они значимо чаще утверждали, что терапевтические отношения являются «неотъемлемой частью лечения, влияющей на патогенетические факторы».

Кластер В («Критики-скептики», $n = 25$ чел.) объединял респондентов с критической позицией по отношению к мейнстриму: скепсисом в отношении возможностей нейронаук, признанием неизвестности или условности природы психических расстройств, большей открытостью к феноменологическому подходу и антипсихиатрической риторике.

Статистический анализ не выявил значимых связей между принадлежностью к философскому кластеру (1–3) и клиническому кластеру (А–В), что указывает на разрыв между абстрактными философскими взглядами и клиническими установками, которые формируются под влиянием иных факторов — образовательных стандартов, практического опыта и контекста конкретного лечебного учреждения.

Поскольку значимых связей между философскими и клиническими позициями не было обнаружено, нами был проведен попарный анализ связей между всеми отраженными в опроснике компонентами мировоззренческих установок. Это позволило выявить сети статистически значимо связанных пар ответов, отражающих в некотором смысле последовательные паттерны суждений.

Паттерн «Последовательный редукционизм» (рис. 1) объединил взгляды на природу психических расстройств как исключительно биологическую, веру в возможность исчерпывающей нейробиологической теории для психиатрии, отношение к современным классификациям

как основе для работы (а не компромиссу), атеистические взгляды и приверженность физикализму и прагматизму в практике.

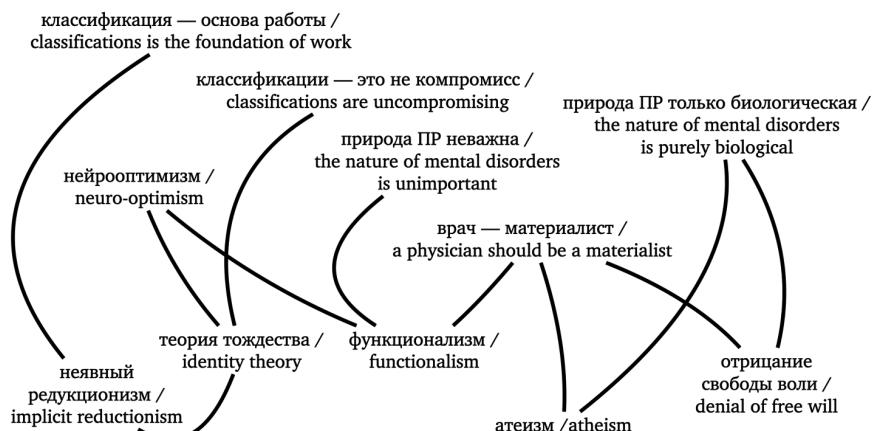


Рис. 1. Паттерн «Последовательный редукционизм»:
графические связи изображены между позициями со статистически
значимой связью ($p < 0,05$)

Fig. 1. Pattern «Sequential Reductionism»: Graphical connections are shown between positions with a statistically significant link ($p < 0,05$)

Паттерн «Рефлексирующий плюрализм» (рис. 2) характеризовался признанием необходимости многосторонней оценки психического состояния, нередукционистскими взглядами на сознание и открытостью к трансцендентному.

Паттерн «Скептицизм» (рис. 3) характеризовался признанием ложности дилеммы физическое/психическое, диагнозов — социальными конструктами, компромиссности классификаций психических расстройств и трудностей коммуникации между врачами и пациентами, которые мешают лечению.

Таким образом, результаты показывают, что современный молодой психиатр существует в поле напряженности между декларируемым плюрализмом и реально действующим редукционизмом, между абстрактными философскими представлениями и прагматикой клинической практики. Это противоречие является прямым отражением концептуального кризиса всей дисциплины, интериоризированного в ее практиках.



Рис. 2. Паттерн «Рефлексирующий плюрализм»: графические связи изображены между позициями со статистически значимой связью ($p < 0,05$).

Fig. 2. Pattern “Reflexive pluralism”: Graphical connections are shown between positions with a statistically significant link ($p < 0,05$)

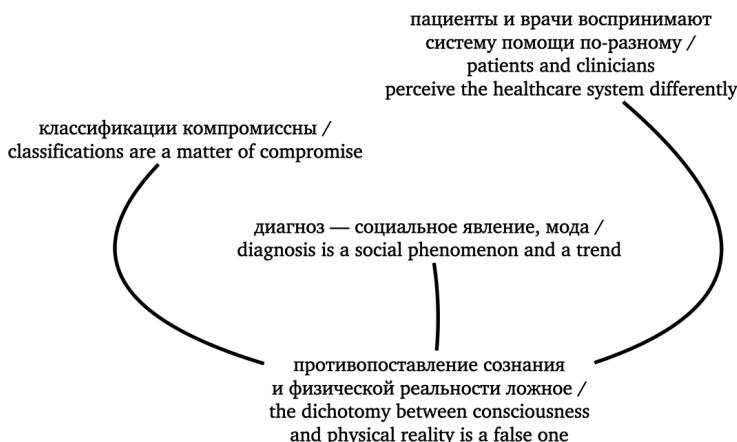


Рис. 3. Паттерн «Скептицизм»: графические связи изображены между позициями со статистически значимой связью ($p < 0,05$).

Fig. 3. Pattern «Skepticism»: Graphical connections are shown between positions with a statistically significant link ($p < 0,05$)

Обсуждение результатов

Настоящее исследование имеет ряд существенных ограничений, главным из которых является непредставительность выборки и использова-

ние невалидизированного опросника. Выборка была сформирована целенаправленно и включала 120 психиатров в начале своего карьерного пути, что не позволяет экстраполировать полученные результаты на все психиатрическое сообщество России. Кроме того, разработанный для данной работы опросник не проходил стандартной процедуры психометрической валидации, что связано с разведочным характером исследования. В связи с этим количественные показатели (например, точный процент респондентов, придерживающихся той или иной позиции) не должны интерпретироваться как точные измеряющие параметры, а полученные кластеры — как строгая и окончательная типология. Важно подчеркнуть, что основная цель исследования заключалась не в получении репрезентативных статистических данных, а в актуализации самого вопроса и демонстрации качественного наличия и сложности неявных метафизических установок в клинической практике. Таким образом, представленные результаты носят иллюстративный, эвристический характер и призваны стимулировать дальнейшую систематическую разработку этой темы.

Тем не менее, проведенное исследование при всей простоте своего дизайна и неизбежной ограниченности любого анкетирования, пытающегося «измерить» мировоззрение, позволяет сделать ряд концептуально значимых выводов. Полученные данные являются не столько портретом конкретных специалистов, сколько зеркалом, в котором отражается системный кризис современной психиатрии, рассмотренный нами в предыдущих работах.

Главным результатом можно считать эмпирическое подтверждение того, что биологический редукционизм, несмотря на всю свою концептуальную уязвимость, остается доминирующим стилем мышления в среде молодых практикующих психиатров. Но сегодня он редко предстает в чистой, «вульгарной» форме. Он трансформировался в более изощренный и потому более устойчивый неявный функционализм и нейрооптимизм. Молодые психиатры, с одной стороны, признают необходимость «широкты взглядов», а с другой — искренне верят, что будущее дисциплины — за нейробиологией, которая однажды даст окончательные ответы и сделает ненужными сложные психопатологические штудии.

Этот нейрооптимизм является очередным ликом «церебральной мифологии», которую критиковал еще К. Ясперс (Ясперс, 1997). Как и столетие назад, сложность субъективного опыта подменяется простотой и наглядностью объективных коррелятов. Наши данные показывают, что надежда на простой ответ глубоко проникла в сознание нового поколения, определяя его клинический выбор: лишь 15% видят ядро диагно-

стики в болезненных формах переживания, в то время как подавляющее большинство ищет опору в объективных, поддающихся измерению феноменах — поведении, снижении когнитивного функционирования, гипотетических маркерах работы мозга.

Показательным результатом является отсутствие значимой статистической связи между философскими и клиническими кластерами. Философские взгляды большинства психиатров представляют собой эклектичный, непоследовательный конгломерат интуиций, культурных клише и обрывочных знаний. Мировоззрение врача существует в некотором параллельном мире, слабо влияя на практические решения.

Клиническая же практика живет по своим законам, диктуемым системой оказания помощи, давлением физикалистской парадигмы и pragматической необходимостью быстрых решений. В результате психиатр может на словах признавать сложность и «тайну» сознания, но в диагностике руководствоваться бихевиоральными критериями; может считать терапевтические отношения важными, но видеть их роль лишь в повышении комплаенса к фармакотерапии. Этот концептуальный разрыв между абстрактными убеждениями и смысловыми аспектами практики является прямым следствием методологической неопределенности всей дисциплины.

Выявленные в ходе анализа мировоззренческие паттерны («Последовательный редукционизм», «Рефлексирующий плюрализм», «Скептицизм») не являются, по сути, осознанными философскими позициями, а показывают скорее дефицит прочных взглядов, охватывающих большое поле вопросов. На наш взгляд, это симптомы того, что психиатрия как практика не выработала адекватного языка для описания своего предмета и собственных методологических оснований.

Наличие этих паттернов доказывает, что стихийное метафизическое творчество неизбежно. Если дисциплина не рефлексирует свои основания явно, они формируются неявно — под влиянием моды, авторитетов, культурного контекста и упрощенных представлений о науке. Декларируемый плюрализм на поверку оказывается плюрализмом эклектики, а не продуманного методологического выбора.

Заключение

Таким образом, данное исследование дает несколько иллюстраций концептуального кризиса современной психиатрии, который

проявляется в практике врачей. Доминирование нерефлексируемого редукционизма, разрыв между абстрактными взглядами и клиническими смыслами, эклектичность мировоззренческих конструктов — все это признаки отсутствия методологической целостности знаний.

Выход из этого кризиса видится не в ожидании спасительных открытий от нейронаук, а в целенаправленной работе по прояснению и экспликации метафизических оснований психиатрической практики. Если метафизические установки стихийны и нерефлексируемы (что и показало исследование), то логичным путем преодоления этого является их целенаправленная рефлексия в рамках образования. На наш взгляд необходимо включение основ философии сознания, критической истории психиатрии и методологии науки в программы обучения и повышения квалификации психиатров. Только осознание своих собственных неявных мировоззренческих предпосылок позволит психиатру преодолеть запутанность и совершить последовательный методологический выбор, адекватный сложности и уникальности объекта исследования — человеческой субъективности.

Как показывают наши данные, запрос на такую рефлексию существует: его сигналами является декларируемая большинством респондентов ценность «широкты взглядов», робкие попытки меньшинства идти против мейнстрима: заявлять о своих, пусть и непоследовательных, но антиредукционистских позициях. Задача профессионального сообщества — помочь превратить эту интуитивную потребность в систематическое методологическое знание.

Ограничения. Непредставительность выборки, использование невалидизированного опросника.

Limitations. Lack of sample representativeness, use of an unvalidated questionnaire.

Список источников / References

1. Коломыщев, Д.Ю. (2025). Феноменальное сознание и будущее психиатрии. Часть 1. *Социальная и клиническая психиатрия*, 35(1), 102–110.
Kolomytsev, D.Yu. (2025). Phenomenal consciousness and the future of psychiatry. Part 1. *Social and Clinical Psychiatry*, 35(1), 102–110. (In Russ.).
2. Холмогорова, А.Б. (2014). Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода. *Социальная и клиническая психиатрия*, 24(4), 53–61.

- Kholmogorova, A.B. (2014). The exacerbation of the struggle of paradigms in the sciences of mental health: Searching for a way out. *Social and Clinical Psychiatry*, 24(4), 53–61. (In Russ.).
3. Холмогорова, А.Б., Рычкова, О.В. (2017). 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? *Социальная психология и общество*, 8(4), 8–31. <https://doi.org/10.17759/sps.2017080402>
- Kholmogorova, A.B., Rychkova, O.V. (2017). 40 years of the biopsychosocial model: What's new? *Social Psychology and Society*, 8(4), 8–31. <https://doi.org/10.17759/sps.2017080402>
4. Хъелл, Л., Зиглер, Д. (1998). *Теории личности: основные положения, исследования и применение*. СПб: Питер Ком.
- Khell, L., Zigler, D. (1998). *Theories of personality: Basic assumptions, research and applications*. St. Petersburg: Piter Kom. (In Russ.).
5. Ясперс, К. (1997). *Общая психопатология*. М.: Практика.
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology*. Moscow: Praktika. (In Russ.).
6. Andreasen, N.C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>
7. Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger* (J. Needleman, Trans.). Basic Books.
8. Fulford, K.W., Stanghellini, G., Broome, M. (2004). What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry*, 3(3), 130–135.
9. Kendler K.S. (2025). A history of metaphorical brain talk in psychiatry. *Molecular psychiatry*, 30(8), 3774–3780. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03053-6>
10. Kendler, K.S. (2005). Toward a philosophical structure for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 433–440. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.433>
11. Kirkeby-Hinrup, A. (2024). Quantifying empirical support for theories of consciousness: A tentative methodological framework. *Frontiers in Psychology*, 15, e1341430. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1341430>
12. Levine, J. (1983). Materialism and qualia: The explanatory gap. *Pacific Philosophical Quarterly*, 64(4), 354–361.
13. Minkowski, E. (1987). The essential disorder underlying schizophrenia and schizophrenic thought. In: J. Cutting & M. Shepherd (Eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept* (pp. 188–212). Cambridge University Press.
14. Pinto, Y., Stein, T. (2021). The hard problem makes the easy problems hard — a reply to Doerig et al. *Cognitive Neuroscience*, 12(2), 97–98. <https://doi.org/10.1080/17588928.2020.1838469>
15. Stein, D.J., Nielsen, K., Hartford, A., Gagn -Julien, A.-M., Glackin, S., Friston, K., Maj, M., Zachar, P., Aftab, A. (2024). Philosophy of psychiatry: Theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*, 23(2), 215–232. <https://doi.org/10.1002/wps.21194>

Приложение**Текст опросника на выявление мировоззренческих позиций**

1. Оцените свою мировоззренческую позицию относительно природы человека (выберите одну из клеток, в зависимости от того, какое утверждение лучше отражает ваши взгляды).

А. Человек обладает полной внутренней свободой в принятии решений Поведение человека полностью определяется факторами, которые находятся за пределами его сознания.

Б. Поведение человека направляется разумом Поведение человека управляет иррациональные мотивы.

В. Человеческая природа может быть понята и объяснена только изучением индивида как единого целого Систематическое понимание поведения человека может быть достигнуто только посредством детального анализа составных частей.

Г. Личность — это результат действия генетических факторов
 Личность — продукт окружающей среды.

Д. Личность человека может фундаментально измениться в течении жизни Склад личности неизменен.

Е. Люди живут в сугубо личном мире Окружающий мир оказывает решающее влияние на поведение людей.

Ж. Поведение человека порождается внутренними факторами Поведение человека — это серия ответов на внешние стимулы.

З. Человеком движет необходимость сохранения внутреннего равновесия (комфорта) Мотивация человека направлена на поиск нового, развитие и самореализацию.

И. Природа человека принципиально познаваема методами научного исследования Природу человека невозможно познать.

2. Имеет ли значение мировоззренческая позиция в работе психиатра? (один вариант)

1. Нет, клинические факты не зависят от позиции.

2. Да, врач должен придерживаться последовательной материалистической позиции, которая не противоречит естественно-научному мышлению.

3. Нет, философование скорее вредит работе психиатра.

4. Да, взгляды психиатра должны быть достаточно широкими — это способствует лучшему пониманию пациентов.

5. Да, избыточно «биологическая» позиция обесценивает феноменологический подход, что ведет к методологическим ошибкам и сказывается на качестве диагностики и лечения.

*3. Какая позиция относительно природы сознания более близка вам?
(один вариант)*

1. Сознание есть не что иное, как физико-химические процессы, происходящие в мозге (сознание может возникнуть только в мозге).

2. Сознание есть обработка информации, вычислительный процесс (может осуществляться не только мозгом, но и сложными вычислительными системами).

3. Сознание — это некий квантовый эффект, возникающий на макроуровне.

4. Сознание — это иллюзия.

5. Материальный мир вторичен по отношению к сознанию.

6. Сознание — тайна, которая не будет разгадана никогда.

7. Противопоставление сознания и физической реальности ложное — вопрос не имеет смысла.

8. Сознание и физическая реальность имеют различную природу.

9. Сознание — это неотъемлемое свойство реальности (оно в различных видах существует не только в мозге, но и в неживых системах).

4. Если вам близки и другие позиции относительно природы сознания, то выберите их (несколько вариантов) — варианты см. в вопросе 3.

5. Какова ваша позиция в отношении свободы воли? (один вариант)

1. Свобода воли — это иллюзия, поскольку все физические процессы (в том числе происходящие в нейронах и мозге) детерминированы.

2. В редких обстоятельствах человек действительно может совершить свободный выбор.

3. Детерминизм верен, но фундаментальные физические принципы (например, принцип неопределенности) дают пространство и для свободы воли.

4. Детерминизм верен, но идея свободной воли необходима, иначе исчезнет понятие моральной ответственности.

5. Внутренняя интуиция свободы выбора в целом верна.

6. Детерминированный внешний мир — это часть сознания, которое может обладать свободой.

6. Существует ли Бог? (один вариант)

1. Да.
2. Нет.
3. Маловероятно.
4. Для меня это не имеет значения.
5. У меня противоречивые мысли на этот счет.
6. Невозможно привести доказательства существования/несуществования Бога, поэтому вопрос не имеет смысла.

7. Полагаете ли вы возможным сильный искусственный интеллект, подобный или превосходящий человеческий, обладающий самосознанием и внутренним субъективным опытом, основанный на вычислительных процессах? (один вариант)

1. В каком-то смысле сознание (как внутренний опыт) есть и у существующих систем искусственного интеллекта.
2. Нет, сознания не может быть без биологических процессов.
3. Нет, сознание не связано ни с биологическими, ни с вычислительными процессами.
4. Да, но в отдаленной перспективе.

8. Могут ли нейронауки дать новую полноценную понимательную базу для психиатрии будущего? (один вариант)

1. Да, при этом методы диагностики психических расстройств кардинально изменятся по мере лучшего понимания, как функционирует головной мозг.
2. Да, но методы диагностики психических расстройств значительно не изменяются.
3. Нет.
4. Изменятся и психиатрия, и нейронауки, поскольку в настоящее время роль биологии в психиатрии и нейронауках переоценена.

9. Имеют ли значение исследования внутренних (субъективных) процессов пациента в получении научных знаний в психиатрии? (один вариант)

1. Нет, только объективные процессы могут быть предметом исследования.
2. Только в той мере, насколько они коррелируют с объективными процессами (в мозге).
3. Только в той мере, насколько они могут быть измерены с помощью психометрических шкал.

4. Без данных исследований невозможно вообразить развитие психиатрии как науки.

10. Природа психических расстройств... (один вариант)

1. Только биологическая.
2. Биологический фактор ведущий, но и социально-психологические факторы имеют значение.
3. Отчасти или полностью подчиняется «моде», является культурной выдумкой, ярлыком
4. Практически неизвестна.
5. Не имеет значения, важны только способы диагностики и лечения психических расстройств.

11. Что должно являться приоритетным для диагностики психического расстройства? (выберите один ответ)

1. Особые болезненные формы внутренних переживаний.
2. Болезненное содержание внутренних переживаний.
3. Объективные признаки психических расстройств (поведение и речь).
4. Объективные нарушения психических способностей.
5. Ненормальные показатели по психометрическим шкалам.
6. Объективные нарушения мозгового функционирования (если есть возможность оценить).

12. Что важнее для психиатра в качестве базовой дисциплины? (один вариант)

1. Общая психология.
2. Нейробиология.
3. Патофизиология и клиническая медицина.
4. Антропология.
5. Философия.
6. Доказательная медицина.

13. Как вы относитесь к существующим классификациям болезней? (несколько вариантов)

1. Международные классификации — это основа для моей работы и понимания психических расстройств.
2. Международные классификации — это компромисс.
3. Классификации, основанные на нейробиологии, должны заменить текущие.

4. Невозможно пользоваться одной классификацией, необходимо оценивать психические расстройства с различных позиций.
5. Классификация вообще не имеет значения для лечения.
6. Международные классификации скорее мешают моей работе.
7. Я сторонник отечественной нозологической классификации психических расстройств.

14. Эффективные методы лечения психических расстройств (один вариант)

1. Только те, которые основываются на биологическом воздействии.
2. Текущие методы (в частности, психофармакотерапия) по сути варварские и грубые, но приходится довольствоваться такими.
3. Эффективны как биологические, так и социально-психологические вмешательства.
4. Теоретическая эффективность — бессмысленная тема для разговора, имеют значение только те методы, которые показывают эффективность в рамках РКИ со строгой методологией.
5. Их не существует.

15. Насколько имеют значение терапевтические отношения между врачом и пациентом? (один вариант)

1. Это не имеет отношения к лечению психических расстройств.
2. Это неотъемлемая часть лечения психических расстройств, поскольку влияет на важные для их патогенеза факторы.
3. Имеют значение партнерские отношения между врачом и пациентом.
4. Не имеют значения при лечении тяжелых психических расстройств, а при лечении непсихотических расстройств имеют значение для того, чтобы пациент был привержен медикаментозному лечению.
5. Не задумываюсь об этом, достаточно просто быть вежливым человеком.

16. Существующая модель оказания психиатрической помощи (несколько ответов)

1. Ставит заботу о пациенте на первое место.
2. Это форма насилия над личностью пациента.
3. Это разумный компромисс между заботой и ограничением.
4. Это экономически оправданная модель: она обеспечивает максимальное благо пациенту за те деньги, которые могут быть потрачены.

Коломыцев Д.Ю. (2025)

Редукционизм поневоле: как неявные
метафизические установки влияют на практику...
Консультативная психология и психотерапия,
33(4), 155–175.

Kolomytsev D.Yu. (2025)

Reductionism by default: how implicit
metaphysical assumptions influence psychiatric...
Counseling Psychology and Psychotherapy,
33(4), 155–175.

5. Воспринимается пациентами и врачами по-разному, из-за чего возникают сложности и ухудшаются результаты лечения.

6. Поощряет пассивность пациента, что в конечном счете мешает выздоровлению.

Информация об авторах

Коломыцев Дмитрий Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, Омский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России), Омск, Российской Федерации, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9330-4438>, e-mail: d.kolomytsev@icloud.com

Information about the authors

Dmitry Yu. Kolomytsev, Candidate of Science (Medicine), Associate Professor, Chair of Psychiatry, Medical Psychology, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9330-4438>, e-mail: d.kolomytsev@icloud.com

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Участники были письменно проинформированы об исследовании и принимали в нем участие добровольно.

Ethics statement

The participants were provided with written information about the study and participated voluntarily.

Поступила в редакцию 13.09.2025

Received 2025.09.13

Поступила после рецензирования 28.10.2025

Revised 2025.10.28

Принята к публикации 01.12.2025

Accepted 2025.12.01