

Диагностика как универсальная форма научного познания (эпистемологический анализ)

| Печать |

Кротков Е.А.

15.04.2014 г. Журнал «Вопросы философии» 2014, №3

На основе обобщения исследований отраслевых разновидностей диагностики номинированы категории и принципы эпистемологического анализа диагностической деятельности, характеризуются ее сущностные компоненты. Специфика диагностического поиска усматривается в исключительной значимости априорно-нормативного (парадигмального) знания, преимущественной направленности его на познание отдельного, единичного.

The author nominates the categories and principles of epistemological analysis of diagnostic procedures on the basis of generalization of branch specification of diagnosis. The paper discusses the basic components of these procedures. The specifics of the diagnostic research are regarded in the exclusive value of its apriori normative knowledge, its orientation to the cognition of the singular and its practical theleological function.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: диагностика, распознавание, идентификация, когнитивная модель, априорный, апостериорный, репродуктивный, инновационный.

KEY WORDS: diagnosis, recognition, identification, cognitive model, apriori, aposteriori, reproductive, innovative.

Постановка вопроса

Сегодня едва ли найдется такая сфера жизнедеятельности человека и общества, в которой не возникает потребность в диагностике. В адекватном и достаточно раннем диагнозе нуждаются не только больные люди, но и экономические, социальные и политические системы и институты, культура, наука и техника. Объяснение простое: продукция квалифицированной диагностики позволяет составить адекватную картину состояния исследуемого объекта, определить вектор и интенсивность идущих в нем процессов, выявить причинно-следственные и функциональные связи с окружающей средой. В связи с этим становится актуальной задача всестороннего осмысления диагностики как вида эпистемической практики и рационального дискурса. Заметный вклад в ее решение внесен работами специалистов отраслевых диагностик – психологической, социологической, медицинской, техникоинженерной, экономической и др. Вместе с тем, преимущественно прикладной характер этих исследований, не интегрированных в систему принципов и категорий эпистемологического анализа, не позволяет аккумулировать полученные в них позитивные результаты на междисциплинарном уровне анализа, транслировать их *mutatis mutandis* на другие отраслевые диагностики.

Диагностике много веков уделялось внимание в медицине. Однако универсализация парадигмы врачебной диагностики привела к устойчивому предрассудку, согласно которому результатом диагностического поиска должна быть оценка состояния или поведения объекта в категориях нормы и патологии, что неуместно в отношении археологии и геологии, химии и физики, математики и логики, хотя деятельность по распознаванию имеет место и в этих областях научной деятельности.

Постановкой и решением задач, возникающих при построении искусственных диагностических систем, занимается теория распознавания образов. Под распознаванием в ней понимается способность искусственной интеллектуальной системы относить

воспринимаемый ею объект к одному из ранее выделенных классов (таксонов) при обнаружении у него некоторого множества признаков (параметров), характерных для объектов этого класса. Созданы системы, которые в состоянии самостоятельно порождать классификационные схемы, формировать оптимальное пространство идентификационных признаков и повышать их разрешающую способность (обучающиеся и самообучающиеся системы). Для построения диагностических алгоритмов привлекается теория статистических решений, методы алгебры логики, некоторые разделы математического программирования [Распознавание... 1985]. Формализации (математизации) любого процесса предшествует содержательное его истолкование. Выявление этих пресуппозиций интерпретативного плана, принимаемых разработчиками распознающих систем, представляет значительный интерес для эпистемологии, поскольку в них, как правило, находят отражение сущностные элементы диагностического познания. С другой стороны, специалистам по компьютерной диагностике, равно как и представителям отраслевых диагностик, полезно опереться в своих штудиях на результаты эпистемологических исследований философов, в которых обобщается и систематизируется опыт диагностического познания в различных областях науки. Такие исследования представляются также важными для более глубокого понимания природы научного познания в целом, роли в нем диалектики творческого и репродуктивного, инноваций и «готового» знания, теории и практики.

Априорно-апостериорная природа распознавания

Что же представляет собой диагностика? Вопрос далеко не риторический, и ответ на него естественно начать с дефиниций: нельзя внести ясность и связанность в рассуждения, если она сначала не введена в определения (В.Гершель). Некоторые из широко известных определений диагностики трудно признать удовлетворительными, поскольку в них не содержится комплекс специфицирующих ее признаков, не раскрывается основное содержание этой деятельности. Диагностика – «раздел медицинской теории и практики, излагающей методы и средства исследования для распознавания заболевания и состояния больного с целью назначения необходимого лечения и профилактических мероприятий» [Василенко 1985, 79]. «Диагностика (от греч. *diagnoōstikos* – способность распознавать) – учение о методах и принципах распознавания болезней и постановки диагноза» [Российская... 1998, 121]. «Социальная диагностика (греч. *diagnostikos* — способный распознавать) – выявление, распознавание социальных болезней и максимально точное их определение с изучением, анализом и характеристикой породивших их причин» [Социологическая... 2003, 297]. «Диагностика плазмы (от греч. *diagnostikos* — способный распознавать) – определение значений параметров плазмы, характеризующих ее состояние» [Физическая... 1988, 605]. Но, во-первых, диагностика не является ни «разделом» теории, ни «учением», она – разновидность познавательной деятельности. Во-вторых, включение в дефиницию слова «распознавание» («выявление», «определение») в качестве эквивалента греческого *diagnoōstikos* само по себе не добавляет ясности, ибо предполагает разъяснение того, что представляет собой распознавание, определение или выявление. В-третьих, определение значений параметров само по себе не содержит специфицирующей характеристики диагностики как распознавания. Проблема, разумеется, не в отдельных неудачных дефинициях, а в отсутствии в нашей литературе целостной междисциплинарной рецепции диагностики как разновидности научного познания, четкого понимания ее специфики (в сравнении, скажем, с инновационным научным исследованием). Задача моего анализа состоит в том, чтобы предложить определения сущностных аспектов диагностического познания как такового, выделить эпистемологические категории и принципы, посредством которых может быть осмыслена диагностика как вид (или форма) научного познания.

Небольшой экскурс в этимологию слова «распознавание» и других близких по семантике терминов. В «Толковом словаре» Вл. Даля отмечается следующее. «Распознавать, распознать что от чего, разузнавать, разотличать, разобрать по признакам и предметам<...>». «Опознавать, опознать что, <...> обследовать, разыскать..., осмотреть место и помнить все положение и обстановку его<...> Опознать местность, опознать неприятеля<...>». «Узнавать, узнать что, кого, опознать, признать или распознать по приметам, отличая от других подобных, как нечто уже знакомое, виданное<...>» [Даль 1978 II, 681; Даль 1978 IV, 69; Даль 1978 IV, 479]. Здесь важными представляются три момента. Распознать – значит: а) отождествить что-то с чем-то, кого-то с кем-то на основании «примет»; б) опознают ранее уже известное («знакомое»); г) распознают что-то конкретное, единичное. (этого человека, эту лошадь, это место). Представляется символичным, что основой ассоциированных слов «распозн(ав)ание», «опознание», «признание», «узна(ва)ние» является слово «знание»: распознавать можно только то, о чем уже имеется определенное знание. К примеру, врач может распознать только ту болезнь, которая, хотя бы в общем виде, была им изучена ранее: встреча с пациентом, страдающим неизвестной данному врачу болезнью, не может завершиться постановкой правильного диагноза. Аналогично, археолог не может распознать в найденном в раскопе предмете элемент скифской домашней утвари, если ему заранее не известны характеристические ее признаки, а свидетель не в состоянии распознать (опознать) человека, которого он никогда ранее не встречал. Далее, судя по контекстам, в которых фигурируют элементы ассоциированного ряда, нетрудно также заключить: то, на что направлена диагностическая деятельность, всегда есть единичная сущность, – данная вещь, этот процесс, или данная ситуация. Действительно, невозможно поставить медицинский диагноз страданию человека вообще, а не данного пациента, как нельзя узнать на улице просто человека, а не своего бывшего начальника по службе. Иное дело, что распознается в объекте либо его индивидуальное содержание, либо то, что в нем сходно (одинаково) с другими – однотипными с ним – объектами. Следовательно распознает (реконструирует) событие преступления в его уникальности, и устанавливает личность преступника, а судья определяет (распознает) тип (или вид) уголовно наказуемого деяния, совершенного данным человеком. В первом случае имеет место *индивидуализирующая диагностика*, во втором – *типологизирующая*. Это различие подводит к установлению еще одной важной дистинкции: *объект диагностики и ее предмет*. Объектом диагностического поиска врача-клинициста является конкретный (единичный) человек, а ее предмет – состояние его здоровья, болезнь, которой он, возможно, страдает, причина этой болезни. Автомеханик имеет дело с вполне определенной машиной – это объект его диагностической деятельности, а ее предмет – функциональное состояние ее узлов и систем, отдельных деталей и элементов и т.п.

Как и любой процесс познания, распознавание состоит в формировании *когнитивного образа* исследуемого (или искомого) объекта: *образа индивидуальности* – в индивидуализирующей диагностике, и *типологического образа* – в типологизирующей диагностике. Собирая по крупицам сведения об обстоятельствах некоторого преступления, о человеке, который мог быть причастен к его совершению, следователь выстраивает индивидуальный образ события преступления. Осматривая засохшее растение, ботаник предполагает на основании его некоторых внешних признаков, что это магнолия и, следовательно, древесное растение с вечнозелеными листьями, душистыми цветами и т.п. – формирует его типологический образ.

В диагностике то, что мы хотим узнать об исследуемом (искомом) объекте, т.е. каким будет его образ, в значительной степени предопределено тем, что уже ранее знали об этом объекте или об однотипных с ним объектах. Врач может поставить правильный

нозологический диагноз, т.е. построить адекватный типологический образ того заболевания, которое имеется у пациента, только при условии, что оно ему уже известно (как вид патологии): он должен знать, какие у этой болезни могут быть симптомы, а какие при ней исключены; он осведомлен, в принципе, об известных медицинской науке причинах ее возникновения, закономерностях ее развития, и т.д. Приступая к оценке менеджмента фирмы, эксперт заранее должен знать возможные типы (модели) управленческой деятельности, как должен знать и то, какие из них являются оптимальными для организаций, однотипных изучаемой фирме. Решая уравнение, т.е. отыскивая (распознавая) его корни, мы ориентируемся на известные нам алгебраические функции и эквивалентные преобразования. Следовательно направляет свои преимущественные усилия на сбор информации о событии преступления, возможные типологические характеристики которого хранятся в его памяти и сопоставляются с конкретными обстоятельствами данного преступления. Словом, рассматриваемая специфика диагностического образа связана с исключительно важной ролью в его формировании априорного знания, т.е. такого знания об объекте (его потенциально наблюдаемых, а также «скрытых» от наблюдения параметрах), которое предшествует диагностическому поиску и канализирует (направляет) его, предопределяя тем самым спектр возможных результатов этого поиска.

Единственное, чего не может знать а priori диагност, так это то, какой именно из возможных диагнозов будет адекватно отражать предметное содержание исследуемого объекта, какой конкретно образ индивидуальности или типологический образ «присвоить» этому объекту. Какие, конкретно, числа из заданного заранее их множества являются корнями данного уравнения; кто из круга обоснованно подозреваемых лиц совершил данное преступление; каким именно заболеванием из числа возможных при данной клинической картине болезни страдает данный пациент etc. Дело в том, что процесс распознавания всегда предполагает некую непрозрачность (неочевидность) искомой идентичности выстраиваемого образа. Она связана с тем, что однотипные объекты чем-то отличаются друг от друга, имеют общие черты с объектами других типов, а один и тот же объект в разное время, в разных ситуациях может изменять какие-то свои характеристики (свойства), вплоть до полной его «неузнаваемости». Чтобы обнаружить различия в сходном, сходное в различном, общее в единичном (*типологизирующая диагностика*), индивидуальное в общем (*индивидуализирующая диагностика*), необходимо провести фактуальное исследование, т.е. получить об объекте диагностики *апостериорное* знание. Но и в этом плане диагносту должны быть заранее известны тип и, ориентировочно, круг искомых фактов, а также методы их обнаружения. Врач, предположив, что пациент перенес инфаркт миокарда, направляет свой поиск на обнаружение не любых внешних признаков патологии, а тех симптомов, которые характерны именно для этого грозного заболевания и использует для этого соответствующий комплекс методов эмпирического (клинического) исследования. Если же у него возникло подозрение на обострение язвенной болезни желудка, то он ищет другой комплекс симптомов, обнаруживаемых иными методами обследования. Следовательно, осмотрев место преступления и опросив свидетелей, а также произведя предварительную оценку найденных вещественных факторов события преступления, в силу своей профессиональной подготовки и предшествующего опыта способен определиться с тем, какого рода и какая по содержанию эмпирическая информация ему потребуется, чтобы мысленно восстановить картину преступления в целом, какими методами и средствами ее получить. Такова специфика апостериорного в структуре диагностической деятельности: оно имплицитно в указанном выше смысле априорным компонентом диагностического поиска.

Подводя итог этому разделу, подчеркну следующее. Термин «априорный» не

означает, разумеется, что когнитивные модели, как бы заключил И.Кант, «вполне независимы от опыта», являются «чистыми рассудочными понятиями» [Кант 1993, 100]. Все знание, накопленное человечеством, в конечном счете, имеет своим источником опыт, опытом оно и контролируется (корректируется). С другой стороны, типологические когнитивные модели действительно «выходят за пределы» опыта, «делают его возможным» (в терминологии Канта), но опыта конкретного человека, осваивающего определенный объект данного типа (вида, класса). Примечательно, что Кант, вводя термин «априорный», добавлял, что этот термин еще недостаточно определен: иногда выражение «познания a priori» истолковывается как возможность знать, учитывать что-то до данного конкретного опыта. Кант приводит пример с человеком, который неловко подрыл фундамент своего дома: о нем говорят, что этот человек должен был a priori знать, что дом обвалится. Поэтому, не соглашаясь с Кантом в решении вопроса о существовании знаний, «безусловно независимых от всякого опыта», следует согласиться с ним в том, что существуют знания, «независимые от того или иного (конкретного – Е.К.) опыта» и которые не только направляют этот опыт, но и, в известном смысле, предопределяют его возможные исходы. Любому человеку свойственно усваивать, а затем и использовать знания, к созданию которых его личный (индивидуальный) опыт непосредственно причастен не был. Такое употребление «готового» знания для решения каких-либо практических задач также представляется возможным связать с термином «a priori», причем с не меньшим основанием, чем в специфически кантовском смысле.

Сущность и роль идентификации в распознавании

Конституирующим компонентом диагностики является процесс идентификации. Известные на сегодня модели идентификации предполагают: а) истолкование объекта диагностики как «пучка» его признаков, б) деление всех признаков по основанию «наблюдаемый – ненаблюдаемый», в) деление наблюдаемых признаков по их информативной значимости – «специфический – неспецифический», «постоянный – непостоянный», г) определение критериев качественного и/или количественного характера, позволяющих произвести идентификацию выстраиваемого образа с самим объектом, т.е. создание *алгоритма идентификации*.

В типологизирующей диагностике результатом идентификации оказывается подведение единичного под общее с последующей трансляцией знания об этом общем на исследуемый индивидуальный объект. Зная, что любое число, сумма цифр которого делится на три, само тоже делится на три, и, установив, что сумма цифр числа 5379 кратна трем (апостериорное знание), дедуктивным образом заключаем, что и само это число является элементом класса (таксона), именуемого «число, кратное 3» (типологический диагноз). Получив данные лабораторного исследования, свидетельствующие о том, что в мокроте пациента имеются палочки Коха (апостериорное знание), и, зная, что их наличие (в контексте некоторых других признаков легочного заболевания) является отличительным признаком туберкулеза легких, врач ставит соответствующий нозологический (т.е. типологический) диагноз и «проецирует» мысленно на данный случай этого заболевания все, что ему было заранее известно об этой разновидности легочной патологии (о ее этиологии, патогенезе и т.п.).

Процедура индивидуализирующей диагностики направляется вопросом «Какой из объектов некоторого ранее выделенного их множества является идентичным искомому объекту *a*?». Ее номологической основой является высказывание, имеющее следующее содержание: «Объект, имеющий идентификационное свойство *Y*, является искомым». В эпистемологическом плане оно означает, что искомый объект, сохраняя свою идентичность, т.е. идентификационное свойство *Y*, может, тем не менее, предстать в разных контекстах

своего существования (временных, пространственных, биологических, социальных и т.п.) как другой объект, утрачивая при этом какие-то одни свойства и приобретая другие. В качестве признака индивидуальной идентичности может выступать как отдельный фактор объекта *a*, отражающий некое уникальное свойство этого объекта (почерк, особенность речи – в текстологическом исследовании; «рисунок» кожных покровов пальцев, ладоней, запах одежды – в криминалистическом исследовании), так и определенное сочетание нескольких абстрактных признаков (вкупе с другими факторами исследуемой ситуации).

Во всех диагностических практиках операции отождествления предшествует выявление некоторого множества признаков, обнаружение которых производится фактологическими методами исследования. В клинической медицине – это физические методы (аускультация, перкуссия, пальпация), лабораторные (химические и биологические исследования), инструментальные (эндоскопические, рентгенологические, электрофизиологические); в проведении розыскных мероприятий – следственный осмотр, обыск, разнообразные криминалистических методы, следственный эксперимент; в социологии – интервью, анкетный опрос, включенное наблюдение, контент-анализ, и т.п. В научной литературе признаки, по которым происходит идентификация, называют тестовыми, вторичными, или эмпирическими индикаторами. Назовем их *идентификационными признаками*. Роль идентификационных признаков – репрезентативная (знаковая): по их наличию либо отсутствию у диагностируемого объекта судят о наличии либо отсутствии у него *ноуменальных признаков*, т.е. таких, которые невозможно выявить фактологическими методами: одни из них имеют принципиально ненаблюдаемую природу (диспозиционные свойства, свойства квантовомеханических объектов, психических состояний и процессов), доступ к восприятию других по каким-либо причинам временно затруднен. Мысленный переход от обнаружения идентификационных признаков у объекта к признанию наличия у него соответствующего комплекса ноуменальных признаков (их называют также сущностными или первичными) составляет *интерпретацию идентификационных признаков*. Врач, констатируя наличие у пациента таких «внешних» (фактологических) признаков болезни как прогрессирующая слабость, лихорадка, чувство тошноты и боль в правом подреберье, неровный, плотный край печени, ее увеличение, выраженная желтуха и т.п., обоснованно связывает с ними ноуменальное ее содержание – ненаблюдаемые классическим клиническим методом физиологические и цитологические изменения в печени. По обнаруженным при осмотре отпечатков рук, следов обуви, признаков применения орудия взлома криминалист мысленно заключает о таких обстоятельствах события преступления, прямых свидетелей которых может и не быть. Физик по оставленному элементарной частицей треку в камере Вильсона судит о ее энергии (по длине трека), заряде (по кривизне трека), о ее типе etc.

В свете изложенного рассмотрим более детально природу (сущность) типологизирующей идентификации на примере врачебно-диагностического поиска. Идентификация врачом наблюдаемых проявлений искомой патологии (ее симптомов) не составляет особой проблемы, по крайней мере, для обычной (некомпьютерной) диагностики. Разумеется, в этом деле нужны и определенные познания, и известный опыт. Однако куда более сложной является задача установления скрытых от наблюдения патологических состояний и процессов, их содержания и динамики. В таких случаях распознавание должно опираться на ранее выявленные устойчивые связи (семиотические зависимости) между наблюдаемыми факторами искомой патологии и ненаблюдаемыми ее параметрами. Обобщенное (стандартизированное) описание системы идентификационных признаков этой патологии и описание коррелятивной ему системы ноуменальных признаков представляет собой *когнитивную модель* данной патологии. Будучи усвоенной в процессе обучения, эта модель становится своеобразным эталоном, по которому врач

судит о наличии либо отсутствии у пациента соответствующего заболевания. «За годы обучения и практики в памяти врача создается более или менее определенный эталон каждого заболевания и при постановке диагноза происходит сравнение неизвестного заболевания с <...> эталоном» [Хараузов, Дунаевский 1969, 152–153]. Например, описание язвенной болезни желудка содержит в себе, во-первых, характеристику ее этиологии и патогенеза (нарушение нервных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторную и моторную функции гастродуоденальной зоны, несоответствие между повреждающим действием кислотно-пептического фактора и сопротивляемостью слизистой оболочки желудка), а также описание соответствующих органических изменений; Все это вместе взятое может быть отнесено к ноуменальному (ненаблюдаемому) содержанию данного страдания. Во-вторых, описание его идентификационных признаков или симптомов (боль, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, истощение и т.п.). При этом предполагается, что система признаков, составляющая феноменальный (наблюдаемый) «профиль» данного заболевания, достаточно специфична для него, т.е. позволяет отделить его от других болезней органов пищеварения

Проблема подбора идентификационных признаков, т.е. эмпирических индикаторов ноуменального содержания объектов диагностики, ассоциируется с известной проблемой связи эмпирических терминов с теоретическими, которая активно разрабатывалась в рамках методологического проекта логического позитивизма. Речь идет об эмпирической интерпретации теоретических концептов [Швырев 1966, 78–95]. Во врачебной диагностике данная проблема сводится к вопросу о том, какая система наблюдаемых признаков патологии является адекватным репрезентантом сущности (этиологии и патогенеза) того заболевания, которым страдает обследуемый пациент.

Мыслимое посредством когнитивной модели феноменологическое содержание диагностируемой патологии (ее наблюдаемый «профиль») имплицитно включает в себя инструментальный компонент: знание того, какими методами и средствами могут быть выявлены идентификационные признаки этой патологии. «Само собой разумеется, что без хорошего овладения техникой диагностического исследования распознавание заболевания невозможно», – отмечал известный отечественный клиницист В.Х. Василенко. Быть хорошим врачом-диагностом значит не только знать, что ищется, но и «владеть способом расспроса, аускультацией, пальпацией и другими клиническими методами» [Василенко 1982, 129].

Когнитивные модели входят в структуру и других разновидностей типологизирующей диагностики. «Информационная (т.е. когнитивная. – Е.К.) модель <...> преступления в обобщенном виде отражает его типичные черты и особенности. В модели отражается то, чем преступления одного и того же вида, например кражи, в своей массе схожи одно с другим с точки зрения возможности их успешного раскрытия и расследования <...> Практическая значимость информационной модели преступления состоит в том, что, будучи вероятным прообразом преступного события, она может быть использована как своеобразная матрица, накладываемая на конкретный случай <...> и, таким образом, может служить своеобразным ориентиром, направляющим раскрытие и расследование совершенного преступления» [Ищенко, Топорков 2005, 36–37].

Когнитивные модели видов болезни, типов элементарных частиц или физических полей, разновидностей преступлений или их мотивов, виды геологических пород, отрядов, классов, семейств живых организмов и т.п. представляют собой результаты создания естественных классификаций (систематик) в соответствующих предметных областях

науки. Они являются своеобразными мини-теориями, в которых «спрессовано» номологическое, эмпирическое и методологическое знание о выделяемых и обобщаемых объектах. Перед индивидуальным сознанием врача, геолога, ботаника, физика, юриста etc. эти модели предстают как системы «готовых» знаний об объектах соответствующего типа, как предпосылки его собственной диагностической деятельности. Предваряя исследование конкретного (индивидуального) объекта, они предопределяют, какое скрытое от наблюдения (ноуменальное) содержание имеет этот объект и каких «внешних» (феноменологических) его манифестаций следует ожидать. В этом смысле когнитивные модели оказываются *априорно-нормативным* компонентом любого диагностического поиска.

Диагностика и инновации в науке

Итак, диагностический образ исследуемого объекта возникает при посредстве «готового» знания, т.е. проецирования, мысленного переноса на этот объект накопленного ранее теоретического и фактуального знания об объектах соответствующего типа. Условием такой трансляции является обнаружение у объекта идентификационных (наблюдаемых) признаков, «прописанных» в когнитивной модели объектов этого типа, а ее (трансляции) механизмом является дедуктивный вывод. При этом классическая теоретико-познавательная схема «объект – образ» в структуре диагностического поиска приобретает вид триады «объект – образ₁ – образ₂», где образ₁ – это когнитивная модель определенного вида объекта (заболевания, элементарной частицы, преступления, химического элемента, геологической породы, социальной группы, этнической культуры и т.п.), которая опосредует формирование диагностического образа₂. Последний оказывается в значительной степени результатом трансляции априорного знания на диагностируемый объект. И хотя диагност проводит наблюдения, измеряет, выдвигает гипотезы, верифицирует или фальсифицирует их, строит объяснения и т.п., новизна результата этой деятельности имеет сугубо экстенсивный характер: увеличивая фактический объем имеющегося научного знания, она не приводит к существенному изменению его содержания («Сократ тоже смертное существо», «Это растение – магнолия», «Данное деяние Сидорова – кража», «Причина болезни Петрова – вирусная инфекция» и т.д.). Здесь уместна аналогия диагностики с деятельностью большинства ученых в границах того, что Т.Кун называет «нормальной наукой». «Самую удивительную особенность этой деятельности» он усматривал в том, что она «в очень малой степени» ориентирована на создание нового знания. «Иногда<...> все детали результата<...> известны заранее, так что спектр ожиданий оказывается лишь немного шире известной картины». Далее, имея в виду факты, особенно показательные для парадигмы, Кун пишет: «Используя эти факты для решения проблем, парадигма порождает тенденцию к их уточнению и к их *распознаванию* (выделено мною. – Е.К.) во все более широком круге ситуаций». Продолжая эту аналогию, задачи, решаемые диагностикой, тоже можно уподобить тому, что Кун называл головоломками: они должны иметь «гарантированное решение» и «должны существовать также правила, которые ограничивают как природу приемлемых решений, так и те шаги, посредством которых достигаются эти решения» [Кун 1977, 59, 47, 63].

Изложенное не дает оснований для недооценки роли апостериорного компонента в структуре диагностического дискурса. Чтобы могла состояться идентификация, необходимо не только иметь априорное знание о том, какими должны быть у диагностируемого объекта идентификационные признаки, но и установить, есть ли они у данного объекта. Врач, располагая заранее знанием симптоматики многих заболеваний, не в состоянии *a priori* решить вопрос, идентификационные признаки какого из них имеются у данного пациента. Для этого ему необходимо осуществить комплекс эмпирических

исследований клиническими или параклиническими методами. В процессе этих исследований формируется *апостериорный комплекс* диагностируемой патологии, состоящий из de facto обнаруженных у пациента наблюдаемых признаков болезни. Идентификация наступает тогда, когда констатируется достаточное количество совпадений нормативных (априорно заданных) и наличных (апостериорных) признаков данной патологии. Мера этой «достаточности» устанавливается на основе обширного статистического материала как отношение числа адекватных диагнозов к общему числу поставленных (с использованием соответствующей когнитивной модели) диагнозов. Суду, рассматривающему уголовное дело, заранее известен и состав квалификационных признаков любых видов преступлений, прописанных в Уголовном Кодексе, и состав эмпирических индикаторов этих признаков. Однако для того, чтобы установить, квалификационные признаки какого, конкретно, преступления имеются у данного деяния, суду необходимы «доказательства», т.е. фактуальная база в виде свидетельских показаний, результатов допроса подозреваемых, заключений криминалистических исследований и т.п. Автомеханик, знающий все виды возможных причин выхода из строя автомобиля, может установить, какая, конкретно, из них имеет место у данной машины, только после ее осмотра и тестирования.

В презентации диагностики как универсальной эпистемической практики уместно осветить вопрос о соотношении диагностики и инновационных построений, теории и практики, логики и интуиции. От того, каким образом интерпретировать диагностический поиск в свете сформулированного вопроса, зависит многое, а именно, истолкование основных закономерностей и общей структуры диагностики, характеристика логического строя диагностического мышления, оценка роли «готового» знания и индивидуального творчества в структуре диагностической деятельности. Основное назначение диагностики – познание единичного объекта, а значимость ее результата, т.е. диагноза, оценивается в контексте решения сугубо прикладных задач в отношении этого объекта. Для науки характерна и иная интенция – обобщение результатов исследования единичных объектов на эмпирическом уровне, построение идеальных моделей, формулировка номологических высказываний – на теоретическом. Далее, первейшая задача ученого, встретившего незнакомый, как ему кажется, объект, «странный» факт, непонятное явление или процесс – попытаться его осмыслить в той системе теоретического и эмпирического знания, посредством того методологического и логического инструментария, которые достаточно успешно «работали» до их обнаружения. В этом состоит, как я полагаю, одна из интерпретаций принципа Оккама «сущностей не следует умножать без необходимости», объясняющая известный консерватизм науки, своеобразный ее «экономизм», защищающий от угрозы скороспелых и по этой причине «скоропортящихся» инноваций. Рассмотрим ситуацию, когда исследуются так называемые аномальные факты. Возможны два варианта. Первый имеет место тогда, когда исследователь, перебрав различные уже известные интерпретативные схемы, в конце концов, устанавливает принадлежность этих фактов к одному из известных науке типов явлений. Назовем такого рода научно-поисковую деятельность *репродуктивным исследованием*. Для репродуктивного исследования характерны задачи, решение которых основано на уже существующем теоретическом и эмпирическом знании, оно осуществляется в рамках разработанного ранее методологического аппарата. Нетрудно заметить, что понятие «диагностика» в том его содержании, которое определено было выше, и понятие «репродуктивное исследование» имеют много общего: диагностика – это репродуктивное исследование, направленное на изучение единичного объекта. Вместе с тем, одна из важнейших задач науки – получение нового знания, т.е. осуществление *инновационных исследований*. Инновационное исследование начинается с того момента, когда в полной мере осознается невозможность решения определенного вида задач (проблем) на уже существующей теоретической и фактуальной базе, с помощью ранее созданных методов и средств. Это

обстоятельство побуждает исследователей к формулировке новых идей и принципов, изобретению нетрадиционных экспериментальных методик, средств наблюдения и измерения, что, в общем и целом, не характерно для диагностики.

Данный подход согласуется с мнением В.Х. Василенко, внесшего значительный вклад в философско-методологическое осмысление врачебно-диагностического познания. «Разница между обычным практическим диагностированием и научным исследованием заключается в том, что в науке строят предположения для обобщений или выявления закономерностей и ищут новые факты и связи, до того неизвестные, а врач, изучая факты, явления и связи и проверяя предположения, стремится выяснить, имеется ли уже известное заболевание в данном конкретном случае, т.е. практический врач идет путем относительно известного. Здесь <...> не открытие нового, а узнавание – нахождение известных фактов в новом объекте» [Василенко 1998, 173].

Известно, что возможности диагностики, класс решаемых ею задач непрерывно возрастают в связи с углублением и расширением теоретических знаний, созданием новых классификаций, объяснительных моделей, изобретением новых методов и средств фактологического исследования. Однако деятельность такого рода имеет *научно-инновационный*, а не репродуктивный характер, и не является, по определению, собственно диагностическим познанием.

Изложенное не означает, что диагностика как форма научного познания имеет исключительно рутинный характер. Когнитивные модели как априорно-нормативная основа процесса идентификации фиксируют лишь устойчивое, закономерное, общее в диагностируемом объекте, напоминая скорее схемы, нежели подробные «карты» движения мысли в пространстве ее предметного содержания. Когда же некоторый образец, или «стандарт» проецируется на конкретную ситуацию, требуется творческое усилие, сопряженное со способностью так ее переосмыслить, чтобы усмотреть в единичном, случайном и изменчивом общее, закономерное и устойчивое. И. Кант называл все это «способностью суждения»: «способность суждения есть умение подводить под правила, т.е. различать, подчинено ли нечто данному правилу (*casus datae legis*) или нет», «усматривать общее», различать, «подходит ли под него данный случай *in concreto*» [Кант 1964, 217–218]. При этом он отмечал, что способность суждения есть особый дар, который требует упражнения.

Тщательность в проведении эмпирического исследования объекта, опора на теоретические и экспериментальные достижения современной науки в интерпретации выявленных фактов, обстоятельная проверка диагностических гипотез, высокая логико-методологическая культура диагноста и развитая интуиция – в этом заключается та мера творчества, без которого невозможна эффективная диагностика.

Вместо заключения

Учитывая функциональное назначение диагностики, состоящее в описании, объяснении и оценке текущего состояния ее объектов, выявлении причин и динамики их изменения, что, в свою очередь, образует основу прогнозов и принятия управленческих решений, становится понятной возрастающая потребность в специализированной подготовке экспертов, т.е. людей, способных в экономической, социальной, политической и иных областях жизни общества ставить своевременные и обоснованные диагнозы. Однако недостаточная философская проработанность структуры диагностического познания, его основных звеньев (этапов) и общих закономерностей, неотрефлексированность по этой причине специфики отраслевых диагностик

существенно ограничивает реализацию названной потребности. Взять хотя бы печально известный феномен «дивергентных» диагнозов и прогнозов. Проблема даже не в том, хорошо это или плохо, когда одному и тому же объекту разные специалисты ставят расходящиеся (а нередко и противоречащие) диагнозы. Настораживает другое: зачастую авторы таких диагнозов обходятся без классификационных принципов, идентификационных критериев, оценочных шкал, интерпретативных правил и процедур рациональной аргументации. Но если названные компоненты диагностической деятельности являются для нее конститутивными, то многие из таких «диагнозов» вообще не имеют к ней какого-либо отношения: инсайты и пророчества не по ее части.

Литература

Василенко 1982 – *Василенко В.Х.* Пропедевтика внутренних болезней. М.: Медицина, 1982.

Василенко 1985 – *Василенко В.Х.* Введение в клинику внутренних болезней. М.: Медицина, 1985.

Даль 1978 II – *Даль В.* Толковый словарь живого великого русского языка. М.: Рус. яз., Т. 2. 1978.

Даль 1978 IV – *Даль В.* Толковый словарь живого великого русского языка. М.: Рус. яз., Т. 4. 1978.

Ищенко, Топорков 2005 – *Ищенко Е.П., Топорков А.А* Криминалистика: Учебник. М.: Контракт, 2005.

Кант 1993 – *Кант Иммануил.* Пролегомены ко всякой будущей метафизике, могущей возникнуть в смысле науки. М.: Прогресс, 1993.

Кант 1964. – *Кант Иммануил.* Сочинения в шести томах. Т.3. М.: Мысль, 1964.

Кун 1977 – *Кун Т.* Структура научных революций. М.: Прогресс, 1977.

Распознавание... 1985 – Распознавание образов, состояние и перспективы. М.: Радио и связь, 1985.

Российская... 1998 – Российская социологическая энциклопедия. М.: НОРМА-ИНФРА, 1998.

Социологическая... 2003 – Социологическая энциклопедия. Минск: Белорусская Энциклапедыя, 2003.

Физическая... – Физическая энциклопедия. В 5-ти т. Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1988.

Хараузов, Дунаевский 1969 – *Хараузов К.Н., Дунаевский О.А.* Использование линейных решающих функций в медицинской практике / Проблемы вычислительной диагностики. Ленинград, 1969.

Швырев 1966 – *Швырев В.С.* Неопозитивизм и проблемы эмпирического обоснования науки. М.: Наука, 1966.