

**ГЛОЗМАН Ж. М.  
ПАТОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ И ЛИЧНОСТЬ  
СТЕНОГРАММА ЗАЩИТЫ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ  
МГУ, 2000**

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
имени М. В. ЛОМОНОСОВА  
факультет психологии**

**СТЕНОГРАММА  
заседания диссертационного совета Д.053.05.48**

**11 февраля 2000 г.**

Защита диссертации в виде научного доклада на соискание ученоей степени доктора психологических наук Глозман Жанны Марковны на тему: «Патология общения и личность» по специальности 19.00.04 – медицинская психология

Официальные оппоненты:

Доктор психологических наук, академик РАО, профессор  
Лубовский В. И.

Доктор психологических наук, член-корр. РАО, профессор  
Шкловский В. М.

Доктор психологических наук, член-корр. РАО, профессор  
Асмолов А. Г.

Ведущее учреждение: Психологический Институт РАО.

Председатель диссертационного совета – академик РАО, доктор  
психологических наук, профессор Климов Е. А.

Ученый секретарь диссертационного совета — доктор психологических наук, профессор Смирнов С.Д.  
Москва — 2000

**Е. А. Климов, председатель диссертационного совета, академик РАО, доктор психологических наук, профессор:**

На основании явочного листа на заседании диссертационного совета присутствуют:

1. Климов Е. А.	доктор психологических наук	19.00.03
2. Поляков Ю. Ф.	доктор психологических наук	19.00.04
3. Смирнов С. Д.	доктор психологических наук	19.00.01
4. Ахутина Т. В.	доктор психологических наук	19.00.04
5. Вилюнас В. К.	доктор психологических наук	19.00.01
6. Гульдан В. В.	доктор психологических наук	19.00.04
7. Доброхотова Т. А.	доктор медицинских наук	14.00.08
8. Зараковский Г. М.	доктор психологических наук	19.00.03
9. Иванников В. А.	доктор психологических наук	19.00.01
10. Конопкин О. А.	доктор психологических наук	19.00.01
11. Леонова А. Б.	доктор психологических наук	19.00.03
12. Мунипов В. М.	доктор психологических наук	19.00.03
13. Петренко В. Ф.	доктор психологических наук	19.00.01
14. Соколова Е. Т.	доктор психологических наук	19.00.04
15. Стрелков Ю. К.	доктор психологических наук	19.00.03
16. Хомская Е. Д.	доктор психологических наук	19.00.04

Из 17 членов диссертационного совета присутствуют 16, в том числе 5 докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации. Необходимый кворум имеется, диссертационный совет правомочен проводить заседание. Разрешите открыть заседание диссертационного совета.

На повестке дня защита диссертации Жанны Марковны Глозман «Патология общения и личность», представленной в виде научного доклада на соискание ученой степени доктора психологических наук по специальности 19.00.04 — медицинская психология.

Работа выполнена в лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова.

Официальные оппоненты: профессор Лубовский Владимир Иванович, доктор психологических наук, действительный член РАО; профессор Шкловский Виктор Маркович, доктор психологических наук, член-корреспондент РАО; профессор

Ведущее учреждение: Психологический Институт Российской Академии Образования.

Есть ли у членов совета вопросы по повестке дня? — Вопросов нет.

Слово для оглашения материалов личного дела соискателя предоставляется ученому секретарю, доктору психологических наук, профессору С.Д. Смирнову

**С. Д. Смирнов** оглашает материалы дела. Все представленные документы полностью соответствуют «Положению о порядке присуждения ученых степеней и присвоения ученых званий» ВАК РФ. Материалы личного дела прилагаются.

**Е. А. Климов:**

Есть ли вопросы к ученому секретарю по материалам личного дела Ж. М. Глозман ? — Вопросов нет

Слово для изложения основных положений и выводов диссертации предоставляется Ж. М. Глозман.

**Ж. М. Глозман:**

Уважаемый председатель Ученого совета !

Уважаемые члены Ученого совета !

Коллеги !

В качестве диссертации представляется научный доклад «Патология общения и личность», который обобщает итоги исследований за период с 1974 по 2000 г., и представлен совокупностью публикаций за этот период, список которых приводится в тексте доклада.

Начну с основных определений. В данном исследовании используется традиционное словарное определение общения: «сложный многограновый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности

и включающий в себя обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятие и понимание другого человека. Соответственно в общении различаются три стороны: коммуникативная, интерактивная и перцептивная». При общении сообщения, культуры людей и реальность взаимодействуют таким образом, чтобы породить смысл или достичь понимания.

В отечественной психологии термин «коммуникация» (в широком значении этого понятия, выражающем смысловой аспект социального взаимодействия и термин «общение» чаще всего употребляются как эквивалентные. И в настоящем исследовании, вслед за А. А. Леонтьевым, используется «понимание коммуникации именно как общения *sensu stricto*», учитывая при этом, что имеется целый ряд ситуаций, когда эта эквивалентность нарушается, и термин «коммуникация» употребляется во втором, более узком значении: для характеристики обмена информацией в человеческом общении, т.е. обозначает только одну из сторон общения — коммуникативную.

Любые формы общения есть специфические виды совместной *деятельности* (самостоятельной, либо компонента, составной части и одновременно условия другой некоммуникативной деятельности) и обладают всеми характеристиками деятельности: целью (самостоятельной или подчиненной некоммуникативной задаче), специфическим мотивом, результативностью и нормативностью (социальным контролем). *Предметом деятельности общения* является Другой человек, а ее *продуктом* — оценка и самооценка, познание и самопознание.

Личность и общение столь сложны в своих психологических проявлениях, что анализировать их можно только системно, то есть (следуя принципам, разработанным в школе Л. С. Выготского) как *исторически формирующиеся и динамически развивающиеся системные явления*. Это означает, что, рассматривая общение как деятельность, необходимо выделить составляющие его единицы (или звенья) и уже тогда проанализировать, как и почему каждая из составляющих единиц может нарушаться при разных видах патологии (как органической, так и эндогенной, и функциональной), как эти нарушения связаны с патологией других психических образований и,

прежде всего, личности. И, конечно, какие при этом открываются возможности коррекции. Если говорить *об основных составляющих деятельности общения*, то, для того чтобы эта деятельность могла успешно осуществляться, необходима сохранность, по меньшей мере, трех основных взаимосвязанных звеньев: звена мотивации ( побуждения к деятельности общения), 2) операциональных возможностей коммуникации и, наконец, 3) звена контроля за протеканием этой деятельности.

Тесная связь между структурами личности и процессом общения как в онтогенезе, так и в процессе функционирования зрелой личности (актуалогенезе) позволяет постулировать **гипотезу** о том, что нарушения возможностей общения должны неизбежно привести к изменениям личности, и наоборот, патология личности не может, как нам представляется, не повлиять на коммуникативные возможности субъекта. Причем, чтобы эта деятельность могла успешно осуществляться, необходима сохранность, по меньшей мере, трех основных взаимосвязанных звеньев: звена мотивации ( побуждения к деятельности общения), 2) операциональных возможностей коммуникации и, наконец, 3) звена контроля за протеканием этой деятельности.

Причем связь изменений личности и нарушений общения будет, вероятно, носить качественно различный характер в зависимости от того, какое звено процесса общения (операциональное, мотивационное или звено контроля) будет преимущественно нарушено.

Основная **цель предлагаемого исследования** состоит в том, чтобы, опираясь на методологию культурно-исторического системного подхода к строению и нарушению психических функций, выявить психологическую специфику различных по природе и феноменологии нарушений общения, рассматриваемых под углом зрения их взаимосвязи и взаимообусловленности с нарушениями личности.

**Объектом исследования**, соответствующим обозначенной цели, являются различные по этиологии нейропсихологические, патопсихологические и дефектологические синдромы нарушений определенных звеньев в структуре общения.

**Предмет данного исследования** — психологическая специфика, особенности формирования и функционирования механизмов нару-

шений общения и возможности их профилактики и коррекции в зависимости от психологической структуры общения, особенностей личности субъекта и других психологических факторов.

Исходя из указанной цели были поставлены следующие **задачи исследования:**

1. Провести теоретический анализ современных теорий общения человеческой личности, всех психических функций и, в целом, жизненного мира человека с тем, чтобы обосновать генетическую связь нарушений личности с нарушениями общения.
2. С точки зрения системного подхода описать компонентную структуру различных звеньев общения (операциональных возможностей общения, мотивации и контроля в общении) и проанализировать вовлечение отдельных компонентов в нейропсихологическую структуру различных по этиологии и феноменологии нарушений общения.
3. Создать модель нарушений жизненного мира человека при патологии каждого из анализируемых звеньев общения.
4. Обобщив полученные экспериментальные результаты и данные литературы, подтвердить взаимосвязь всех звеньев общения как отражение системного строения сложных психологических процессов, обеспечиваемого совместной деятельностью различных функциональных блоков и отделов мозга.
5. Изучить взаимосвязь и взаимообусловленность 3-х сторон общения: коммуникативной, перцептивной и интерактивной, а также возможности использования этой взаимосвязи в качестве опоры в процессе восстановления личности и общения.
6. Проанализировать факторы и условия организации группового общения, определяющие и повышающие эффективность групповой реабилитации.

**Позвольте мне изложить далее положения, выносимые на защиту, и их обоснование в настоящем исследовании**

*Во-первых*, теоретический анализ и серия экспериментальных исследований проблем личности и общения на материале патологии, как органического, так и функционального генеза, отчетливо выявляют взаимосвязь изменений личности и дефектов общения и их взаимообусловленность и взаимовлияние в ходе восстановительного обучения, каковы бы ни были этиология и феноменология нарушений личности и общения.

Любое изменение личности, ее мотивационной сферы, ценностных ориентаций, динамических смысловых образований и др. не может не изменить сферу межличностных взаимодействий данного человека, не отразиться на структуре его общения с другими людьми. И наоборот, сужение круга общения человека или изменение по субъективным или объективным причинам характера его межличностных взаимодействий приводят к выраженным нарушениям различных аспектов личности этого человека и вследствие этого личностного компонента всех его психических функций и процессов. Взаимосвязь изменений личности и общения была подтверждена в целом ряде теоретических и экспериментальных исследований, изложенных в докладе. Особенno ярко она проявляется в феномене «порочного круга» при нарушениях речи, когда патологическая личностная реакция в виде «страха речи» препятствует актуализации даже имеющихся у больного возможностей общения, а невозможность общения еще более усиливает «страх речи» и другие неврозоподобные изменения личности. Патология здесь является яркой иллюстрацией движения от нарушенной деятельности к индивидуальному сознанию, возникновению патологически направленного личностного смысла и обратного движения от индивидуального сознания к еще более нарушенной деятельности. И наоборот, как было показано в ряде описанных в работе экспериментальных исследований и клинических наблюдений, восстановление возможностей верbalного и невербального общения способствует положительной личностной динамике, прежде всего в области самооценки и личностных реакций и установок больного, что отражается и на поведенческом уровне (уменьшается «страх речи», увеличивается общая и вербальная активность больного),

и в сфере межличностной перцепции и межличностных отношений с окружающими.

Все эти данные вносят свой вклад в проблему понимания соотношения биологического (органического) и социального в развитии болезни и изменений психики больного. Экспериментально на модели изучения феномена тревожности у больных с афазией была подтверждена двойственная природа изменений личности при нарушениях общения: органическая (обусловленная заболеванием) и функциональная (связанная с реакцией больного на дефект и отношение окружающих и нему), различающиеся по своим проявлениям, времени формирования на протяжении болезни и специфике обратного развития в ходе восстановительного обучения. Здесь находит свое применение известная формула С.Л. Рубинштейна (пленка 1) о том, что *внешние причины действуют, преломляясь через внутренние условия*.

Во-вторых, проведенный анализ различных аспектов изменений личности и общения показывает специфичность и взаимосвязанность нарушений трех выделенных звеньев общения: операционных возможностей общения, мотивационного эвена общения и звена контроля общения. Нарушение каждого из этих звеньев приводит к специфическим изменениям личности больного, но при этом не остаются интактными и остальные звенья процесса общения. Так, нарушения операциональных возможностей коммуникации приводят к изменению иерархии смыслообразующих мотивов больного: мотив, побуждающий и направляющий речевую деятельность больного, приобретает функцию смыслообразования; целью коммуникации становится не обеспечение (планирование, координация и пр.) другой деятельности, а само порождение речевого высказывания. При этом страдают такие компоненты в предложенной нами структуре мотивационного звена общения, как ориентировка в ситуации общения и коммуникативное намерение. Основным механизмом возникновения патологических изменений личности в этих случаях является противоречие между высокой мотивацией к коммуникации и резко ограниченными ее операциональными средствами — противоречие, которое больной в данной социальной

ситуации развития не может разрешить собственными силами и которое можно устраниТЬ, воздействуя с двух сторон: с помощью восстановительного обучения расширить вербальные и невербальные возможности коммуникации больного и перестроить под влиянием группового взаимодействия мотивационно-смысловые образования личности.

Патология операционального звена коммуникации сочетается также у некоторых групп больных с модально-специфическими нарушениями контроля за своей речью и осознания своих речевых дефектов, в результате чего возникает специфический синдром личностных нарушений и трудности адекватного восприятия межличностных отношений окружающих, в том числе членов семьи больного. С другой стороны, первичные нарушения мотивации (при которых нарушаются такие компоненты этого звена, как осознание психологической реальности Другого и установка на «прочтение Другого»), а также генерализованные нарушения контроля общения приводят к сужению (вплоть до аутизма) или искажению коммуникативных возможностей больных, проявляющемуся как в изменениях лексического и грамматического оформления речи больных шизофренией или больных с поражением любых структур мозга, так и в дефектах перцептивных характеристик общения.

Взаимосвязь всех звеньев общения является отражением системного строения сложных психологических процессов, обеспечивающего по А. Р. Лурия совместной деятельностью различных функциональных блоков и отделов мозга, образующих сложную саморегулирующуюся систему.

*В-третьих*, патология различных звеньев процесса коммуникации вызывает специфические искажения эллипсоидной структуры жизненного мира человека, имеющего два фокуса: «Я» и «Другой», предполагающие не только различие, но и их потенциальное взаимодействие (плёнка. 2). Такая структура возникает на определенном этапе онтогенетического развития самосознания, когда сознание своей единичности перерастает в сознание своей особенности. Причем это происходит не путем интроспекции, а через других, в процессе общения. Фундаментальным моментом отношения,

связывающего «Я» и «Другого», является по М.М. Бахтину позиция «вненаходимости» Другого и отсюда его достоверность и значимость для «Я», целостная представлена ему. Говорящий и слушающий — это субъекты одной и той же деятельности.

Бицентрическая психологическая структура жизненного мира может сохраняться даже тогда, когда другого значимого для нас человека фактически наяву нет рядом. Механизм этого феномена заключается в «персонализированности» (по А.В. Петровскому), т.е. идеальной представленности субъекта в деятельности и сознании других, отвечающей потребности человека «быть личностью». Способность индивида «быть субъектом преобразования поведения и сознания окружающих через свою отраженность («персонализированность») в них характеризует особое «системное» (по А.Н. Леонтьеву) качество индивида, то есть личность.

При нарушении операциональных возможностей коммуникации (плёнка 3) патологический характер носят связи между двумя концентрами «Я» и «Другой» и, прежде всего, путь от «Я» к «Другому». При нарушении мотивации к коммуникации (плёнка 4) бицентрическая структура мира заменяется моноцентрической, то есть концентр «Другой» утрачивает присущие ему характеристики вненаходимости и равнозначности, другой человек выступает в качестве объекта, а не взаимодействующего субъекта. При нарушении звена контроля за коммуникацией (плёнка 5) страдает прежде всего обратная связь между указанными двумя концентрами, то есть, прежде всего, путь от «Другого» к «Я».

Однако при патологии каждого звена процесс общения страдает целиком, во всех его аспектах, то есть нарушается в той или иной степени и коммуникативная, и интерактивная, и перцептивная стороны общения. Таким образом, материал патологии отчетливо показывает взаимосвязь и взаимообусловленность этих сторон общения. С другой стороны, эта взаимосвязь может быть использована в качестве опоры в процессе восстановления личности и общения: активно используя в терапевтической группе интерактивную и перцептивную стороны общения, можно компенсировать коммуникативные дефекты и наоборот.

При этом на первый план выступает задача деятельностного опосредствования мотивационно-смысовых образований личности, такой организации межличностного взаимодействий в референтной для каждого больного группе, при которой максимально активизируется побудительная функция мотивов и достигается оптимальное как по содержанию, так и по форме сочетание предметно-практической и коммуникативной деятельности. Группа является одновременно объектом и совокупным субъектом терапевтического воздействия. Экспериментально в ходе исследования малой терапевтической группы больных с афазией были выявлены 2 мотива-стимула, эффективно стимулирующие коммуникацию больных и позволяющие превысить их обычный уровень вербальной коммуникации: мотив взаимопомощи и мотив соперничества, связанный с мотивом самоутверждения в группе. Далее, проблема заключается в том, чтобы этот ситуационный мотив превратился в устойчивое личностное свойство. Для этого он должен генерализироваться по отношению к ситуации, под воздействием которой первоначально возник и «встроиться» в личный опыт.

Оптимальная организация общения как при групповых формах психологической профилактики, так и в терапевтической группе больных создает условия для мобилизации созидательной активности личности, роста ее самосознания, «духовного производства», которые становятся основой самовоспитания, профилактики конфликтов и социально-психологической реабилитации личности. И тогда вступает в действие формула А. Н. Леонтьева (плёнка 6), перефразирующая указанную выше формулу С. Л. Рубинштейна: «внутреннее (субъект) действует через внешнее и этим само себя изменяет».

Благодарю за внимание !

**Е. А. Климов:**

Спасибо. Есть ли вопросы к Жанне Марковне?

**Т. А. Доброхотова,** доктор медицинских наук, профессор:

У меня два вопроса: во-первых, в вашей работе анализируется группа больных шизофренией; мне хотелось бы знать, какие формы шизофрении вы исследовали. И во-вторых, что означает то, что

стрелки на представленных рисунках наполовину белые, а наполовину черные?

**Ж. М. Глозман:**

Разрешите мне начать со второго вопроса. Стрелки на рисунках являются компонентами модели жизненного мира субъекта. Верхняя стрелка символизирует путь от «Я» к «Другому», а нижняя — от «Другого» к «Я». Черный и белый цвета — это — чисто декоративный элемент. Что касается первого вопроса, группа больных шизофренией изучалась нами только в контексте исследования того, как нарушения мотивации к коммуникации — один из центральных механизмов всех форм шизофрении — влияют на операциональную сторону коммуникации. Поэтому дифференциация отдельных форм шизофрении не входила в задачи нашего исследования.

**Ю. К. Стрелков,** доктор психологических наук, профессор:

Жанна Марковна, не могли бы Вы пояснить: возможно ли возникновение одинаковых симптомов при патологии различных звеньев в структуре общения?

**Ж. М. Глозман:**

Да, возможно появление внешне сходных симптомов, однако применение в работе Луриевского метода синдромного анализа позволяло выявлять их различную природу. Приведу пример: симптоматология нарушений общения по типу «резонерства», сходная при шизофрении и при органических поражениях мозга, что и позволило А. Р. Лурия использовать этот патопсихологический термин при описании нейропсихологических синдромов. При левополушарных поражениях мозга этот симптом описан в структуре лобного синдрома, при поражении правого полушария он может встречаться и при патологии других структур мозга. Однако в патопсихологии термин «резонерство» обозначает специфическую характеристику патологии мышления у больных шизофренией, выражющуюся в склонности «к бесплодному мудрствованию», в тенденции к непродуктивным многоречивым рассуждениям. При локальной патологии этот симптом связан, прежде всего, с дефектами регулирующей функции речи и контроля в любой деятельности больного: интеллектуальной, гностической, мнестической, и в том числе и в деятельности общения.

Таким образом, при шизофрении структура деятельности общения нарушается, прежде всего, со стороны ее интенциональности, а при локальных поражениях мозга — со стороны ее нормативности.

**А. Б. Леонова**, доктор психологических наук, профессор:

Мне представляются очень интересными и важными Ваши данные о факторах, повышающих мотивацию к коммуникации у больных с афазией. Можно ли вычленить некоторые психологические условия, при которых эти факторы действуют более или менее интенсивно?

**Ж. М. Глозман:**

Да, анализ групповых занятий позволяет вычленить кроме мотивов-стимулов, побуждающих коммуникацию больных, и некоторые условия, способствующие реализации побуждающей функции мотива реабилитации.

К числу таких условий можно отнести, во-первых, возникновение «проблемной ситуации», когда, например, ответ не ясен и происходит групповое его угадывание или возникает рассогласование ожидаемого ответа с результатом. Одним из условий расширения возможностей коммуникации больных с афазией является использование наглядных средств: реальных предметов и картиночного материала. Это особенно важно для больных с грубой степенью выраженности афазии, у которых возможной формой коммуникации становится выбор соответствующей картинки, что, в свою очередь, часто способствует произнесению нужного слова. Очень важным условием побуждения к коммуникации является выбор аффектививно окрашенных тем для занятий. Важным условием эффективности межличностного взаимодействия в малой терапевтической группе является оптимальный подбор больных в группу, т.е. учет таких параметров, как величина, закрытость группы, гетерогенность ее членов по полу, степени выраженности дефектов и др. И, наконец, одним из важных условий, способствующих повышению мотивации к коммуникации у больных с афазией, является благоприятный социально-психологический климат в малой терапевтической группе, способствующий возникновению мотива взаимопомощи, доброжелательного сопереживания, взаимного одобрения и взаимной под-

держки и обеспечивающий социальное принятие каждого больного как члена данной малой группы.

**О. А. Кроткова** — кандидат психологических наук:

Жанна Марковна, Вы говорили о том, что в группе расширяются возможности общения, и это благоприятно действует на изменения личности больных. Можно ли вычленить некоторые закономерности личностной динамики в ходе групповой реабилитации?

**Ж. М. Глозман:**

Динамика личности больного в группе проходит не менее 3-х этапов: 1) выжидательный — присматривание к группе, старание показать себя с лучшей стороны, но при этом больной замкнут, насторожен, общается только с педагогом, избегая обращений к другим членам группы, хотя очень внимательно за ними наблюдает; 2) раскрытие личности больного в группе, когда он начинает себя вести как в обычном коллективе; обнажаются тенденции, желания и претензии, черты лидерства или пассивность, общительность, эгоцентричность, замкнутость, сенситивность и пр., но при этом, даже если больной принимает на себя роль лидера и помощника педагога в группе, стимулируя других больных к общению, он очень боится обнаружить в чем-то свою несостоятельность, всячески скрывает свои трудности; 3) перестройка личности под влиянием групповой деятельности, отражающая повышение у него уверенности в своих силах и возможностях, характеризующаяся возрастанием интереса к другим больным, увеличением числа вопросов к врачу и больным. Больной активно общается о другими членами группы, обращается к ним за помощью в случаях затруднений, не боясь признать свои трудности. То есть наблюдается ослабление фиксации на своих дефектах, что, в свою очередь, делает общение больного более свободным и продуктивным; круг общения расширяется, включая уже не только педагога и других членов группы, но и студентов, эпизодически присутствующих на занятиях, и других гостей.

**Е. А. Климов:**

Если вопросов больше нет, слово для оглашения письменных отзывов, поступивших на диссертацию и автореферат, предоставляется ученыму секретарю совета С. Д. Смирнову.

**С. Д. Смирнов:**

В качестве ведущего учреждения выступал Психологический Институт РАО. Отзыв рассмотрен и утвержден на заседании научной группы «Психология общения, развития и реабилитации личности» Психологического Института РАО и подписан руководителем группы, академиком РАО, доктором психологических наук, профессором А. А. Бодалевым. В отзыве отмечается, что диссертационное исследование Ж. М. Глозман посвящено проблеме, практическая значимость и теоретическая актуальность которой не вызывает сомнений, так как рассматривается общение как деятельность, которая обеспечивает все другие формы деятельности. Научная новизна и теоретическая значимость исследования состоят в описании компонентной структуры различных звеньев общения. В отзыве подчеркивается, что большим научным вкладом диссертанта в развитие психологической и дефектологической теории является построение теории общения как лечебного фактора и рассмотрение ее профилактического и терапевтического аспектов. Высочайшая практическая значимость исследования состоит в разработке методического аппарата для исследования личности больных с нарушениями операциональных возможностей общения. Вместе с тем отмечается, что в диссертации недостаточно проработаны некоторые исследования Ю. Б. Некрасовой и ее учеников, выполненные в последние годы, в области коррекции нарушений речевого общения и семейной психотерапии у больных заиканием.

Однако сделанные замечания не снижают общей высокой оценки диссертации, скорее они — пожелание автору, в каких направлениях можно продолжать в будущем разработку столь важной и значимой проблемы — патология общения и личность. В целом диссертация Ж. М. Глозман квалифицируется в отзыве как фундаментальный, оригинальный, завершенный труд, вносящий крупный вклад в психологическую науку, и соответствующий требованиям ВАК к докторским диссертациям. (Отзыв прилагается).

На автореферат диссертации поступило 4 отзыва:

- от заведующего кафедрой неврологии факультета постдипломного образования ММА им. И. М. Сеченова, академика РАН,

д-ра мед. наук Вейна А. М. и профессора этой кафедры, д-ра мед. наук Голубева В. Л. В отзыве подчеркивается многоплановость исследования, приоритетность решаемых задач, новизна и значимость полученных результатов, которые можно квалифицировать как решение крупной научной проблемы, имеющей важное значение для медицинской психологии.

- от руководителя отделения пато- и нейропсихологии Отдела клинической психологии Научного Центра психического здоровья РАМН, доцента Корсаковой Н. К. В отзыве указывается, что диссертация объединяет различные составляющие медицинской психологии благодаря творческому и результативному соединению методологий исследований, имманентных для различных подходов. Цикл проведенных исследований оценивается как оригинальный, масштабный и фундаментальный, а также как программа решения дифференциально-диагностических и коррекционных задач, доступная широкому кругу пользователей.
- от заведующего отделением реабилитации Института нейрохирургии РАМН, д-ра мед. наук, профессора Найдина В. Л. В отзыве указывается, что в работе представлена стройная концепция взаимосвязи личностных особенностей индивида и имеющихся у него возможностей общения, и подчеркиваются практическая значимость и фундаментальное методологическое значение диссертации.
- от старшего научного сотрудника лаборатории функциональной асимметрии мозга человека ИЭФБ им. И. М. Сеченова РАН, (Санкт-Петербург), д-ра мед. наук Егорова А. Ю. Отзыв отмечает глобальность поставленной проблематики, междисциплинарный характер, актуальность, фундаментальный характер и практическую значимость исследования.

Все отзывы положительные и не содержат замечаний.

В деле имеются четыре справки о практическом внедрении результатов диссертационной работы Ж. М. Глозман: в педагогиче-

ский процесс МГУ им. М. В. Ломоносова, а также в практику диагностической и реабилитационной работы в клинике нервных болезней Московской Медицинской Академии им. И. М. Сеченова в Центре лечебной педагогики, на кафедре невропатологии Российской Медицинской Академии постдипломного образования (справки прилагаются).

**Е. А. Климов:**

Есть ли у членов совета вопросы по зачитанным отзывам? Вопросов нет.

Слово для ответа на замечания, содержащиеся в отзыве ведущего учреждения, предоставляется Ж. М. Глозман.

**Ж. М. Глозман:**

Я искренне признательна коллегам из Психологического института за обстоятельный анализ моей работы и ценные указания по продолжению моей работы.

**Е. А. Климов:**

Переходим к выступлениям официальных оппонентов. Слово предоставляется первому официальному оппоненту, академику РАО, доктору психологических наук, профессору В. И. Лубовскому.

**В. И. Лубовский**, академик РАО, доктор психологических наук, профессор:

(Зачитывает отзыв. Отзыв положительный, содержит замечания. Отзыв прилагается).

**Е. А. Климов:**

Диссертанту предоставляется возможность ответить официальному оппоненту.

**Ж. М. Глозман:**

Большое спасибо, глубокоуважаемый Владимир Иванович, за обстоятельный анализ моей работы и высказанные замечания. Позвольте мне на них ответить.

Первое. Я согласна с Вами, что предложенная Л. С. Выготским дифференциация первичных и вторичных дефектов, хотя и не противоречит идущему от М. С. Лебединского делению на органические и функциональные изменения личности, но более продуктивна для анализа и более соответствует данным современной медицинской

психологии об органических, и в частности, нейродинамических нарушениях при так называемых «функциональных» дефектах.

Второе. Я согласна с Владимиром Ивановичем в том, что отсутствие как в отечественной, так и в западной литературе экспериментальных исследований личности больных с афазией объясняется, прежде всего, трудностями методического характера.

Во-первых, необходимо выбрать для исследования такие личностные характеристики, которые были бы значимы для структуры личности человека, системы его взаимоотношений с миром. Во-вторых, эти характеристики должны быть динамическими образованиями, тонко реагирующими на изменения жизненных условий, операциональных возможностей жизнедеятельности субъекта, отражающих динамику изменения поведения в данной социальной ситуации. В-третьих, для исследования этих характеристик необходимо выбрать такие методики, которые были бы адекватны для работы с больными с речевыми нарушениями, то есть основывались бы на невербальных реакциях испытуемых (например, выбор карточки с ответом). Отмечу, что все разработанные в диссертации методы оказались доступными для всех больных с афазией, даже с полным отсутствием внешней речи, но с сохраненным внутренним чтением. В-четвертых, нужно обеспечить систему контроля за пониманием больными задания. К сожалению, размеры научного доклада не позволили мне подробно их изложить, но они детально описаны в моей монографии «Личность и нарушения общения». Кратко поясню здесь, что к ним относятся: анализ сопутствующих высказываний больных, развернутое описание анализируемого качества с использованием синонимичных высказываний, сопряженное чтение тестового материала вместе с экспериментатором, а также критерий сходных ответов на близкие по смыслу высказывания и противоположных ответов на антонимичные высказывания.

Что касается третьего замечания, поясню, что понятие «чувство языка» (или «словесный инстинкт» по Ушинскому, «неосознанные знания» по Божович, «грамматическая интуиция» по Додонову) понимается в наших исследованиях как определенные речевые динамические стереотипы, управляющие процессом грамматического

оформления высказывания, как способность применять соответствующие механизмы грамматического анализа к конкретным речевым действиям. Это понимание полностью соответствует представлениям Слобина, Грина и Янушкевичуса.

**Е. А. Климов:**

Удовлетворен ли ответом официальный оппонент? — Вполне.

Слово предоставляется второму официальному оппоненту — члену-корреспонденту РАО, доктору психологических наук, профессору В. М. Шкловскому.

**В. М. Шкловский**, член-корреспондент РАО, доктор психологических наук, профессор:

(Зачитывает отзыв. Отзыв положительный, содержит замечания. Отзыв прилагается).

**Е. А. Климов:**

Слово для ответа на замечания, содержащиеся в отзыве официального оппонента — В. М. Шкловского, предоставляется Ж. М. Глозман.

**Ж. М. Глозман:**

Большое спасибо, глубокоуважаемый Виктор Маркович, за обстоятельный анализ моей работы и высказанные замечания и пожелания. Попытаюсь на них ответить.

Что касается первого замечания, конечно, разные наши публикации отражают отдельные аспекты анализируемой темы «Патология общения и личность». В наиболее общем и полном виде основные положения диссертации изложены в монографии «Личность и нарушения общения».

Далее, в афазиологической отечественной и зарубежной литературе имеются ряд наблюдений и констатации изменений личности при афазии (эти работы упомянуты и проанализированы в диссертационном научном докладе). Однако все они носят описательный, а не экспериментальный характер, что обусловлено, как это справедливо отмечает и Виктор Маркович, трудностями методического характера.

Относительно исследований логоневроза хочу заметить, что в диссертации подчеркивается, что в большинстве работ как

В. М. Шкловского и его сотрудников, так в трудах других авторов, во-первых, делается акцент на роли психологических и личностных факторов в патогенезе заикания и, во-вторых, указывается на сугубо коммуникативный характер этого заболевания. Недостаточно проработан вопрос о связи изменений личности с нарушениями общения при афазии. Именно этот разрыв мы и попытались восполнить в своем исследовании, включив данные литературы в концептуальную схему собственной работы.

По поводу пятого замечания я позволю себе не согласиться с глубокоуважаемым Виктором Марковичем. Наши исследования мотивов, действующих в малой терапевтической группе больных с афазией, и факторов, повышающих мотивацию больных к коммуникации, были опубликованы в нескольких работах с 1981 по 1989 годы на русском и английском языках. Ни до, ни после этого я и мои коллеги не встречали аналогичных исследований в литературе.

И наконец, последнее, я полностью согласна с Виктором Марковичем, что многие собственные исследования недостаточно подробно изложены в научном докладе. Рамки доклада позволяют только теоретически обобщить эти исследования для решения основной задачи — анализа процесса общения как функциональной системы в ее структурно-динамических составляющих и во взаимосвязи и взаимообусловленности с нарушениями личности человека.

**Е. А. Климов:**

Удовлетворен ли ответом официальный оппонент? – Да.

Слово предоставляется третьему официальному оппоненту — члену-корреспонденту РАО, доктору психологических наук, профессору А. Г. Асмолову.

**А. Г. Асмолов**, член-корреспондент РАО, доктор психологических наук, профессор:

(Зачитывает отзыв. Отзыв положительный, содержит одно замечание. Отзыв прилагается).

**Е. А. Климов:**

Для ответа на замечания третьего официального оппонента слово предоставляется Ж. М. Глозман.

**Ж. М. Глозман:**

Большое спасибо, глубокоуважаемый Александр Григорьевич, за всесторонний и глубоко содержательный анализ моей работы, который, как мне кажется, имеет собственную научную значимость. Я полностью согласна с Вашим мнением, что термин «системный подход» должен по праву быть заменен термином: культурно-исторический системный подход.

**Е. А. Климов:**

Удовлетворен ли отзывом официальный оппонент? — Вполне.

Переходим к свободной дискуссии. Есть ли желающие высказаться?

**А. А. Леонтьев**, академик РАО, доктор психологических и филологических наук, профессор:

При обсуждении на кафедре диссертации Жанны Марковны я выступал как официальный рецензент, и я позволю себе сначала повторить некоторые позиции этого выступления и, первое мое удивление. Представить себе, что Жанна Марковна при таком количестве работ, при такой известности, всероссийской, международной, еще не доктор психологических наук — чрезвычайно трудно. В общественном сознании Ж. М. Глозман уже давно полноценный доктор, иначе говоря, гражданский брак уже совершен, и тот факт, что Жанна Марковна вышла на защиту только приводит формальное положение вещей в соответствие реальному положению. Второе, очень сильной стороной работы Жанны Марковны является то, что диссертация изучает не только отдельные афазические синдромы, но патологию общения в целом. Мне кажется, что Виктор Маркович, мой друг, хочет от Жанны Марковны невозможного. Ни один человек, за исключением, может быть, только Выготского, не может получать собственный экспериментальный материал по всем существующим патологиям. И тот факт, что Жанна Марковна, будучи блестящим афазиологом, включает в круг анализируемых ей патологий, вовлеченных в предложенную ей систему, кроме афазий, шизофрению, логоневрозы, аутизм и различные другие синдромы, доказывает, что это — действительно работа по медицинской психологии, а не по какой-то ее части, как бывает чаще всего. Эта ра-

бота вносит весомый вклад и в общую психологию, и в социальную психологию, и в психологию личности. И в этом сила диссертации.

И наконец, последнее, что мне хотелось бы подчеркнуть. Мне приходилось беседовать с нашими выпускниками, медицинскими психологами. Я помню, как они жаловались на то, что не могут найти общего языка с клиническими психиатрами при попытках объяснить клинический синдром с точки зрения общепсихологической теории. Меня удивило, что уважаемый Виктор Маркович встал здесь не на позицию медицинских психологов, а на позицию клинических психиатров. Мне кажется, что название диссертации «Патология общения и личность» полностью соответствует смыслу и духу ее работы. Эта диссертация создает новое направление и открывает перспективу дальнейших исследований. Мне представляется, что у членов ученого совета не может быть никаких сомнений в том, что Ж. М. Глозман достойна присуждения ученой степени доктора психологических наук.

**Е. А. Климов:** Спасибо, Алексей Алексеевич. Кто еще хочет принять участие в дискуссии? Пожалуйста, Татьяна Васильевна.

**Т. В. Ахутина**, доктор психологических наук:

Алексей Алексеевич был первым, а я вторым рецензентом на апробации диссертации Ж. М. Глозман. И именно я возражала против внесения слова «нейропсихология» в название диссертации. Нейропсихология — это наука о мозговой организации психических функций. Каковы единицы анализа, когда мы рассматриваем общение? Это — диада «Я» и «Другой». В этом смысле нельзя говорить о нейропсихологии общения. Это — логическая ошибка. Я думаю, что то, что диссертация названа таким образом, это правильно. Несомненно, в диссертации Жанны Марковны очень глубоко представлен нейропсихологический аспект, но она шире этого. И я присоединяюсь к сказанному: диссертация безусловно достойна присуждения ученой степени доктора психологических наук.

**Е. А. Климов:** Спасибо, Татьяна Васильевна. Слово представляется доктору медицинских наук, профессору Т. А. Дорохотовой.

**Т. А. Дорохотова**, доктор медицинских наук, профессор:

Я — не психолог, я — врач. Эта работа вызывает у меня много любопытных ассоциаций. Допустим, больной выходит из коматозного

состояния, при котором больной не обнаруживает абсолютно никаких признаков психической деятельности. Когда на стадии спутанности, начинаешь общаться с больным, оказывается, что общение способствует восстановлению разных видов ориентировки. Момент общения — это введение больного в активное состояние.

Присоединяясь к высокой оценке диссертации Ж. М. Глозман, я хотела бы отметить еще одно ее несомненное достоинство — прикладное значение. Эта работа очень ценна для врачей. Спасибо.

**Е. А. Климов:** Пожалуйста, Виктор Федорович Петренко.

**В. Ф. Петренко,** академик РАН, доктор психологических наук, профессор:

После таких обстоятельных выступлений я буквально скажу только несколько слов. На мой взгляд это — новаторская работа, монстик, связующий физическое бытие с социальным или экзистенциональным бытием. А. Г. Асмолов уже говорил, что диссертация позволяет установить связь между работами Бахтина и А. Р. Лuria. Диссертация Ж. М. Глозман дает богатую эмпирию и возможности для философского осмысления, и в этом смысле она — не только медицинская, но и философская работа и глубокая общепсихологическая работа. И я хотел бы поддержать эту новаторскую и фундаментальную работу.

**Е. А. Климов:** Так, слово просит Е. Д. Хомская. Пожалуйста, Евгения Давыдовна.

**Е. Д. Хомская,** доктор психологических наук, профессор:

Я считаю, что диссертация — новаторская работа с точки зрения проблем, которые поставлены и материалов, которые использованы. Жанна Марковна блестяще справилась с задачей и показала, что проблема общения доступна для исследования, благодаря использованию системного и деятельностного подходов. Важным достижением диссертации является то, что получены данные о том, что любой вербальный дефицит приводит к нарушениям личности. И это доказано. Второй позитив — это то, что выявлены разные формы нарушений. Третий позитив заключается в том, что в диссертации прослеживается обратное развитие этих нарушений. Хотелось бы пожелать, чтобы в дальнейшей работе Жанна Марковна больше вни-

мания уделила проблемам невербального общения. Диссертация безусловно достойна присуждения ученой степени доктора психологических наук.

**Е. А. Климов:** Слово представляется В. А. Петровскому.

**В. А. Петровский,** доктор психологических наук, профессор:

На мой взгляд, исследование Ж. М. Глозман — наверняка не первый, но принципиально новый опыт сближения патопсихологических и современных общепсихологических исследований личности. В каком смысле современных? В том, что здесь мы наблюдаем смещение интраперсонального подхода на интераперсональный подход к пониманию личности. Самое противное, когда психологи, психиатры, психотерапевты на вопрос: «Где существует личность?», абсолютно бескомпромиссно указывают на индивида. Вот сейчас происходит смещение интра- на интераперсональную трактовку в понимании личности. Жанне Марковне оказались тесны представления об индивиде как центре мироздания. Она использует другую модель, модель эллипса, когда есть «Я» и есть «Другой» — два равнозначных центра мироздания. Кто для меня «Другой»? На мой взгляд, эта категория чрезвычайно продуктивна и требует еще дополнительного осмысливания. Дефект способен дать человеку основание почувствовать, что он сам другой, то, что у человека вызывает ощущение инаковости, отчужденности от мира других людей. Отчужденность — первый аспект «другости».

Второе: Что «Я» без Другого? Вы знаете, что есть различие между бытием и существованием. Существование есть репродуцированное или отраженное бытие. Когда человек в силу определенного дефекта не может отразиться в другом человеке, у него бытие ополовинено, и это рождает ужас, отчаяние. Эти феномены в поле зрения Жанны Марковны. Это — феномены бытия без существования. Вот как описывает их Жанна Марковна.

Третье: Какова мера этой инаковости? Здесь возможны 2 случая. Первый случай — нулевое отличие, нет разницы между Я и Другим, полная идентификация. Или: Другой — это не Я — объектное восприятие Другого. Второй вариант: бесконечное, абсолютное отличие между мной и Другими. Все остальные — это Я. Безусловно —

это есть пафос психологии. Или: Я не похож на других. Ощущение мании или наоборот ужаса: Я тоже Ты. Вот эта 4-клеточная матрица отношений человека отражается в диссертации Жанны Марковны: субъект — субъектные, субъект — объектные, объект — субъектные и объект — объектные отношения. И только одно отношение является нормой, а все другие — признаки патологии.

Я хотел бы напомнить в заключение, как Толстой обрел однажды чувство своего «Я» (Он описывает это в одной из своих книг): «Однажды я подумал: а вдруг я такой, как все, — и мне стало страшно. Потом я подумал: а вдруг я не такой, как все, — и мне стало еще страшнее». Норма заключается в ощущении своей особости, то есть единства всеобщего и единичного.

Исследование Жанны Марковны, на мой взгляд, демонстрация силы патопсихологического метода в психологии личности, и вместе с тем, силы современных общепсихологических разработок в психологии личности как интер- и метаиндивидуальных образований для понимания патологии индивида. Пройдет время, и, я уверен, работа Жанны Марковны будет восприниматься как классическое исследование в области психологии личности.

**Е. А. Климов:** Есть еще желающие выступить? — Нет.

Заключительное слово предоставляется Ж. М. Глозман

**Ж. М. Глозман:**

Огромную благодарность хочу выразить коллективу лаборатории нейропсихологии и кафедры нейро- и патопсихологии, коллегам, которые в течение всех 30 лет моей работы на факультете оказывали мне постоянную благожелательную поддержку.

Еще раз большое спасибо официальным и неофициальным оппонентам, членам Ученого совета и всем присутствующим за внимание и интерес к диссертации.

**Е. А. Климов:**

Для проведения тайного голосования есть предложение избрать счетную комиссию в следующем составе: председатель счетной комиссии — В. А. Иванников, члены счетной комиссии — В. М. Мунинов, Вилюнас В. К.

Есть ли возражения по составу счетной комиссии? — Нет.

(Состав счетной комиссии утверждается единогласно. Объявляется перерыв для проведения тайного голосования и работы счетной комиссии).

**Е. А. Климов:**

Для оглашения результатов тайного голосования слово представляется председателю счетной комиссии В. А. Иванникову.

**В. А. Иванников**, доктор психологических наук, профессор:

Состав комиссии: В. А. Иванников, В. М. Мунипов, Вилюнас В. К.

Комиссия избрана для подсчета голосов при тайном голосовании по диссертации Ж. М. Глозман на соискание ученой степени доктора психологических наук.

Состав диссертационного совета утвержден в количестве 17 человек. Присутствовало на заседании 16 членов совета, в том числе докторов наук по профилю рассматриваемой диссертации — 5. Роздано бюллетеней 16, осталось не розданных бюллетеней — 1, оказалось в урне 16 бюллетеней.

Результаты голосования по вопросу о возбуждении ходатайства о присуждении ученой степени доктора психологических наук:

«за» — 16

«против» — нет

«недействительных бюллетеней» — нет.

**Е. А. Климов:**

Есть предложение утвердить протокол заседания счетной комиссии. Кто за утверждение данного протокола? Кто против? — Нет. Кто воздержался? — Нет.

Протокол заседания счетной комиссии утверждается единогласно.

Предлагаю рассмотреть заключение по диссертации Ж. М. Глозман «Патология общения и личность», представленной на соискание ученой степени доктора психологических наук по специальности 19.00.04 — медицинская психология. Проект заключения роздан членам совета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА  
ПО ДИССЕРТАЦИИ Ж. М. ГЛОЗМАН  
«ПАТОЛОГИЯ ОБЩЕНИЯ И ЛИЧНОСТЬ» В ВИДЕ НАУЧНОГО ДОКЛАДА  
НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАУК

**Конкретное личное участие автора в получении научных результатов.** Диссертация в форме научного доклада обобщает итоги более чем 25-летних научно-теоретических и научно-практических исследований автора на факультете психологии МГУ. Она создает новое научное направление, суммируя и обосновывая совершенно своеобразный междисциплинарный подход к нарушениям речевой коммуникации.

**Актуальность диссертационного исследования** обусловлена первостепенным значением общения для развития и функционирования человеческой личности, а также неразработанностью вопроса о связи патологии общения с изменениями личности субъекта. Выбор проблемы нарушений общения в качестве предмета диссертационного исследования не только является весьма актуальным для медицинской психологии, но и отражает тенденцию к интеграции знаний, характерную для современной науки.

Диссертация Ж. М. Глозман освещает проблему общения с точки зрения нейро- и патопсихологии, дефектологии, общей и социальной психологии, психолингвистики и других областей знания. В диссертации изучены разные формы патологии общения на разнообразных клинических моделях с глубоким анализом их личностно-психологических и социально-психологических компонентов. Такой широкий подход обусловил несомненную научную новизну исследования.

Задачи исследования соответствуют теме диссертации и положениям, выносимым на защиту.

Для решения поставленных задач отобран, теоретически обоснован и адаптирован для исследования больных с нарушениями речи широкий набор интересных методик. **Степень обоснованности научных положений, рекомендаций и выводов, полученных соискателем**, обеспечивается большим количеством экспериментальных

исследований на широкой выборке больных с афазией, сочетающихся с глубоким теоретическим анализом отечественной и зарубежной литературы по проблемам патологии общения у разных нозологических групп больных.

**Наиболее существенные результаты, полученные лично автором, и их новизна.** Впервые с точки зрения системного подхода проанализированы психологическая специфика, особенности формирования и функционирования механизмов различных по природе и феноменологии нарушений общения в зависимости от психологической структуры общения, нарушенного звена в этой структуре. Это позволило построить три модели патологии общения: при нарушениях операциональных возможностей общения, мотивации к общению и звена контроля в процессах общения, а также выявить специфику взаимосвязи этих звеньев в разных нозологических группах больных.

Впервые различные формы нарушений общения рассматриваются под углом зрения их взаимосвязи и взаимообусловленности с нарушениями личности, а также анализируются в аспекте выделения первичных и вторичных дефектов.

Впервые экспериментально доказана двойственная природа изменений личности при нарушениях общения: органическая (обусловленная заболеванием) и функциональная (связанная с реакцией больного на дефект и отношение окружающих и нему), различающиеся по своим проявлениям, времени формирования на протяжении болезни и специфике обратного развития в ходе восстановительного обучения.

Впервые на основании общепсихологической теории общения проанализирована деятельность малой терапевтической группы больных с нарушениями общения, трансформация смысловых структур пациента в условиях групповой деятельности.

**Практическая значимость диссертации и использование полученных результатов.** Выявлены факторы, определяющие и повышающие эффективность групповой реабилитации, способствующие повышению мотивации больных к восстановительному обучению, а также условия, способствующие реализации побуждающей функции

ции этих мотивов, наиболее эффективные формы организации и методы групповой реабилитации. Эти методы и организационные принципы были успешно использованы на протяжении многих лет в практике восстановительного обучения больных с афазией в клинике нервных болезней ММА им. И. М. Сеченова, отражены в опубликованных МЗ СССР методических рекомендациях и подтверждены двумя удостоверениями на рационализаторское предложение. Результаты диссертационной работы используются в ряде общих и специальных курсов, читаемых на факультете психологии МГУ и в других медико-психологических вузах.

### **Публикации автора.**

Представленный доклад по докторской диссертации удачно суммирует основные идеи совокупности основных монографических работ и статей автора, опубликованных за период проведения данного исследования. Всего по теме диссертации опубликованы 116 работ и 2 находятся в печати, из них 6 монографий и учебных пособий.

В целом диссертационная работа в форме научного доклада выполнена на очень высоком теоретическом и экспериментальном уровне, позволила получить важные в теоретическом и практическом отношении результаты, имеющие объективную значимость для развития медико-психологической науки и практики. Диссертация отвечает «Положению о порядке присуждения ученых степеней и присвоения ученых званий» ВАК РФ, а ее автор достойна присуждения ученой степени доктора психологических наук по специальности 19.00.04 – Медицинская психология.

### **Е. А. Климов:**

Есть ли у членов совета замечания, дополнения, возражения по проекту заключения? – Нет.

Кто за то, чтобы утвердить заключение совета по диссертации Ж. М. Глозман в данной редакции? – 16 человек. Кто против? – Нет. Кто воздержался? – Нет. Заключение совета утверждается единогласно.

Теперь необходимо утвердить классификационные признаки диссертации.

1. Характер результатов диссертации:

1.1. Разработка теоретических положений, совокупность которых можно квалифицировать как новое крупное достижение в развитии перспективного направления в соответствующей области науки.

Кто «за»? Единогласно.

2. Уровень новизны результатов:

2.1. Результаты являются новыми.

Кто «за»? Единогласно.

3. Ценность результатов диссертации:

3.2. Высокая.

Кто «за»? Единогласно.

4. Связь темы диссертации с плановыми исследованиями:

4.2. Тема входит в отраслевую программу, планы академии наук, планы научных организаций и научно-производственных учреждений.

Кто «за»? Единогласно.

5. Уровень внедрения (использования) результатов диссертации, имеющий прикладное значение:

5.2. На межотраслевом уровне.

Кто «за»? Единогласно.

6. Рекомендации по расширенному использованию результатов диссертации, имеющей прикладное значение:

6.1. Требует расширенного использования.

Кто «за»? Единогласно.

Классификационные признаки утверждены единогласно.

На основании защиты, результатов тайного голосования и принятого по диссертации заключения диссертационный совет Д.053.05.48 при МГУ им. М. В. Ломоносова возбуждает ходатайство о присужде-

## Часть 1

---

нии Жанне Марковне Глозман ученой степени доктора психологических наук по специальности 19.00.04 — медицинская психология.

Разрешите от имени совета поздравить Жанну Марковну Глозман с защитой докторской диссертации и пожелать ей дальнейших успехов.

Председатель диссертационного совета,  
академик РАО,  
доктор психологических наук, профессор Е. А. Климов

Ученый секретарь диссертационного совета,  
доктор психологических наук, профессор С. Д. Смирнов

Соискатель Ж. М. Глозман