

Научная статья

УДК 343.9

doi 10.63118/3034-3259.2025.6.4.001



## **Клинико-криминологический анализ ошибок в судебной психиатрии**

**МЕВЛУД ДЕМУРАЛОВИЧ ДАВИТАДЗЕ**

Московский государственный юридический университет имени  
О. Е. Кутафина (МГЮА), Государственный университет просвещения,  
Москва, Россия, md2063@mail.ru

**СОФЬЯ НАТАНОВНА ОСКОЛКОВА**

Открытый университет экономики, управления и права, Москва,  
Россия, oskolkova.1954@mail.ru

**Аннотация.** В статье проанализированы объективные и субъективные факторы диагностических и экспертных ошибок при стационарной судебно-психиатрической экспертизе за 1988-1992 и 2019-2023 гг. в государственном экспертном учреждении Москвы. Описаны основные результаты клинико-криминологического анализа представленного материала – механизмы социально опасного поведения при шизофрении и расстройствах личности. Отмечена значительная частота сочетаний диагностических ошибок с экспертными (82 - 89 %), что влечет за собой неоптимальность профилактики повторных правонарушений.

**Ключевые слова:** клинико-диагностические и экспертные ошибки, клинико-криминологический анализ, социально-опасное поведение, судебно-психиатрическая экспертиза.

5.1.4 Уголовно-правовые науки.

Для цитирования: Давитадзе М. Д., Осколкова С. Н. Клинико-криминологический анализ ошибок в судебной психиатрии // Lex criminalis scientiarum. 2025. Том 2. № 4 (6). С. 272-287. doi 10.63118/3034-3259.2025.6.4.001.

Original article

## **Clinical and Criminological Analysis of Errors in Forensic Psychiatry**

**MEVLUD D. DAVITADZE**

Moscow State Law University named after O. E. Kutafin (MSLU), State  
University of Education, Moscow, Russia, md2063@mail.ru

**SOFIA N. OSKOLKOVA**

Open University of Economics, Management and Law, Moscow, Russia,  
oskolkova.1954@mail.ru

**Abstract.** The article analyzes objective and subjective factors of diagnostic and expert errors during inpatient forensic psychiatric examination in 1988-1992 and 2019-2023 at the state expert institution in Moscow. The main results of the clinical and criminological analysis of the presented material are described – the mechanisms of socially dangerous behavior in schizophrenia and personality disorders. A significant frequency of combinations of diagnostic errors with expert errors (82-89%) was noted, which leads to the non-optimal prevention of repeated offenses.

**Keywords:** clinical diagnostic and expert errors, clinical criminological analysis, socially dangerous behavior, forensic psychiatric examination.

5.1.4. Criminal legal sciences.

**For citation:** Davitadze M.D., Oskolkova S.N. Clinical and Criminological Analysis of Errors in Forensic Psychiatry. *Lex criminalis scientiarum*. 2025, vol. 2, no. 4 (6), pp. 280-287. doi 10.63118/3034-3259.2025.6.4.001.

Несовпадения диагностических и/или экспертных выводов всегда составляли актуальную проблему судебной психиатрии. Важность рассматриваемой проблемы отмечал ВП Сербский (1912), но интерес к ней стал возрастать с 60-х годов XX в. [5,10, 11]. На протяжении многих лет изучение диагностических и экспертных ошибок по материалам повторных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) проводилось в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ. Согласно результатам этих исследований, с 1960 по 2020 г. около 1/3 повторных СПЭ составляли случаи диагностических и экспертных ошибок [5, 11, 7]. В основном такие ошибки связаны с разграничением шизофрении и других форм психопатологии, а при разграничении с психопатией (РЛ) имеют место более, чем в половине случаев [7]. По данным В. А. Абрамова от 2022 г, [1], совпадения в диагнозе при шизофрении составляют 29,7 %.

С середины XX в. большее значение в судебно-психиатрической практике приобрели различия экспертной оценки при шизофрении, прежде всего учащение вывода о вменяемости при повторных СПЭ [8]. С 1996 г. (после введения в УК статьи 22 – ограниченной вменяемости) стали обсуждаться спорные аспекты ее применения и основания ошибок.

Практически все работы по судебной психиатрии в той или иной степени содержат положение о связи диагностических и экспертных ошибок с юридически значимыми последствиями. Эффективная профилактика повторных правонарушений предполагает правильную квалификацию психопатологического состояния и выявление потенциальных механизмов антисоциального поведения - негативно-личностных, психотических или личностно обусловленных. Также диагностические ошибки при СПЭ, неверная оценка процессуальной дееспособности могут затруднять следственно-судебные действия с участием лица, оптимальный выбор меры медицинского характера.

С учетом приведенных положений, а также внедрением новых диагностических систем, споров о роли психометрических и персонифицированных методов в диагностическом процессе при сохраняющихся диагностических ошибках тема проведенного исследования представляется актуальной.

Для анализа клинико-социальных факторов диагностических и экспертных ошибок при СПЭ в медико-криминологическом аспекте изучено 174 случая изменения диагноза и/или экспертного решения у мужчин 18-72 лет при стационарной СПЭ - 98 в период 1988-1992 гг. и 76 случаев в период 2019-2023 гг. СПЭ женщин, как и криминальная активность, имеют высокую гендерную специфику, потому женщины не включались в данное исследование. Экспертизы, установившие методом катамнеза верифицированный диагноз, проводились в государственном экспертном учреждении Москвы; они являлись повторными (по одному и тому же делу) или вторыми (по разным уголовным делам) и их выводы считались верифицированными. В 1-й группе «психопатия» (расстройство личности) менялась на диагноз «шизофрения», 57 наблюдений 1988-1992 гг. и 43 наблюдения 2019-2023 гг. 2-я группа: диагноз

«шизофрения» менялся на диагноз «психопатия» (расстройство личности) - 29 наблюдений 1988-1992 гг. и 18 наблюдений 2019-2023 гг. Диагностическое изменение в основном сопровождалось экспертным.

При анализе состояния подэкспертных имелось в виду влияние психогенно-травмирующей ситуации привлечения к уголовной ответственности. Единый принцип отбора подэкспертных (наличие факта изменения диагноза и/или экспертной оценки психического состояния во время СПЭ), может считаться критерием репрезентативности данных. Временной интервал между сопоставлявшимися заключениями СПЭ, принятый за катамнез, составлял от 3 - х месяцев до 36 лет.

На предварительном этапе работы подэкспертные обследовались клиничко-психопатологическим методом (интервью), экспериментально-психологически, в 2019-2023 гг. также психометрическими методами (шкала позитивных и негативных симптомов PANSS, шкала социального функционирования PSP). Непосредственно при изучении диагностических ошибок использованы катамнестический метод, клиничко-криминологический анализ, статистический метод (t-критерий Стьюдента) и корреляционный анализ (коэф. корреляции Пирсона). Как свидетельствуют литературные данные разных лет, диагностические и экспертные ошибки в судебной психиатрии связаны с сочетанием объективных и субъективных причин (факторов). Авторы придерживались концепции, что субъективные факторы ошибок следует расценивать как «фон» по отношению к объективным.

Согласно результатам, выявлены различия частоты встречаемости причин в исследованных группах при первой или первичной СПЭ в сопоставленных временных периодах (1988-1992 гг. и 2019-2023 гг.). Преобладала объективная сложность клинической картины (нетипичные клинические проявления), коморбидность психопатологии (эндогенно и экзогенно обусловленной)-(1)  $p < 0,05$ . Экзогенные факторы представляли собой стрессы, последствия ранних органических вредностей, травм головы, интоксикаций, сосудистые нарушения головного мозга. Вторая по частоте сложность диагностики и экспертной оценки (2) была связана с доминированием в клинической картине шизофрении нозологически нейтральной психопатоподобной/неврозоподобной симптоматики; с атипичными психотическими состояниями при психопатии (РЛ) – до 80 % подэкспертных;  $p < 0,05$ . Пункты 1 и 2 находятся в прямой положительной корреляционной связи ( $r = +0,786$   $p < 0,05$ )

Несколько реже при гипо-и гипердиагностике шизофрении имело значение отсутствие полных данных о динамике психопатологии, социальной адаптации - до 69,7 %; (1)  $p < 0,05$ . Важно отметить, что по указанным факторам (причинам) в обеих группах изменения диагноза достоверных различий частоты показателя через 30 лет не отмечено -  $p > 0,05$ . Это относится и к недостаточной системности клиничко-экспертного анализа в обеих группах. Неоптимальность экспериментально-психологического обследования и недостаточное изучение криминального анамнеза и механизма совершения правонарушений во время первой/первичной СПЭ в двух группах изменения диагноза (2) встречались достоверно реже через 30 лет (в 2019-2023 гг.);  $p < 0,05$ . Перечисленные причины, выступая в различных сочетаниях, обуславливали не только ошибочный диагноз и/или экспертный вывод, но и неверную оценку социальной опасности (ее недооценку, реже переоценку). (3) Отмечалась тенденция к более высокому качеству диагностического процесса в 2019-2023 гг., чем 30 лет назад  $p < 0,1$ . Пункты 1-3 находятся в прямой положительной корреляционной связи ( $r = +0,703$   $p < 0,05$ ).

В случаях гипердиагностики шизофрении и верифицированного диагноза РЛ в 1988-1992 гг. и в 2019-2023 гг. выявлялись в разных сочетаниях признаки клиничко-социальной динамики, имитирующие динамику шизофрении (сужение круга общения; стремление к одиночеству; негативное отношение к близким; трудовая и/или семейная дезадаптация; семейное насилие, в том числе, отказ от речевого контакта; непонятные действия в алкогольном опьянении; др.) с учащением показателя за 30 лет –  $p < 0,1$ . Перечисленные факторы гипердиагностики шизофрении находились в прямой положительной корреляционной связи ( $r = +0,692$

$p < 0,05$ ).

Большое значение имеет изучение сопряженных с диагностическими и экспертными клинико-криминологическими ошибок. Так, при гипердиагностике шизофрении с учетом соотнесения клинической информации с системой «синдром-личность-ситуация», описанной Ф.В.Кондратьевым [7], неверное представление о механизмах правонарушения можно было относить к основным причинам ошибки в диагнозе и экспертном выводе. В целом указанные механизмы при эндогенном расстройстве отражали негативно-личностные изменения и/или продуктивно-психотическую симптоматику (классификация ММ Мальцевой и ВП Котова) [9]. Дисгармония личности, как отмечено психиатрами и психологами выступала условием совершения правонарушения [10, 3, 2].

Половина обследованных лиц до первой СПЭ привлекались к уголовной ответственности. Среди подэкспертных преобладало низкое качество жизни (69,3 - 78,2 %) – до 133 по шкале ее субъективной оценки.

В более старшем возрасте (после 35 лет) при изменении диагноза «психопатия» или «РЛ» на шизофрению, как и наоборот, нередко совершались правонарушения, ранее не свойственные субъекту, но изменение рисунка и тяжести криминального поведения при ошибках не учитывалось (1). Так, впервые отмечались тяжелые агрессивные деликты, деяния сексуального характера. В механизмах правонарушений большую роль играли расстройства влечений, что совпадает с данными О. Кернберг [6].

Не всегда сразу выяснялось, что личность не только оказывалась податливой влияниям среды, но и шла по пути, затрагивающему ее наиболее «слабые места» (2). Однако криминальное поведение при РЛ в отличие от шизофрении в основном детерминировалось количественными изменениями расстройств. Так, при эмоционально-неустойчивом РЛ человек подпадал под влияние зависимых от алкоголя, наркотиков, так как при этом меньше всего надо было проявлять самостоятельности, инициативы, воли и выдержки. Замкнутый подозрительный шизоид, изолируя себя от окружающей среды, создавал атмосферу недожелательности, что облегчало конфликты с криминальным разрешением. При РЛ с чертами паранойяльности, эпилептоидности негатив социума мог усиливать агрессивность и мстительность. Соответственно, возникало больше поводов к межличностным проблемам, также вплоть до криминальных. В случаях смешанного типа РЛ с чертами деспотизма динамические изменения проявлялись в нарастании эмоциональной холодности, эгоцентризма с пренебрежением к безопасности окружающих.

При гипердиагностике шизофрении также недостаточно анализировались данные длительного катамнеза о формировании синдрома химической или нехимической зависимости – от алкоголя, телесериалов, а также от интернета - (до 70 8%) (3). Роль Интернет-зависимости в механизмах правонарушения стала актуальной для исследований 2019-2023 гг. Пункты 1-3 находятся в прямой положительной корреляционной связи ( $r = +0,683$   $p < 0,05$ ).

Важно отметить, что клинико-социальные проблемы, даже агрессия, психологизировались близкими, в ряде случаев и врачами, объяснялись экзогенными вредностями. Экспертами не учитывалось, что независимо от типа РЛ его симптомы могут «выгорать» (так называемая депсихопатизация). Это явление тоже может стать основанием нарушения социального функционирования. Больные ищут новизны, особых переживаний, им трудно придерживаться личных, социальных ценностей. Частые неудачи в интерперсональных отношениях, нечеткая идентичность могут препятствовать социальной норме, играть криминальную роль. Данный механизм совершения правонарушений (депсихопатизация) также отмечался другими авторами - ВВ Гориновым [4].

Переоценка данных о смягчении проявления РЛ после 50 лет при реальном отсутствии этого могут приводить к ошибочному диагнозу шизофрении. В то же время манипулятивность и жестокость, сопровождаемая эмоциональной холодностью дисгармоничной личности, в этом возрасте часто повышают риск антисоциального поведения (совпадает с данны-

ми DiFrank A. от 2022 г).

Как показало проведенное исследование, диагностические ошибки в основном сопровождаются экспертными: в 1988-1992 гг. в 89,6 % случаев, в 2019-2023 гг. в 82,7 % случаев, образуя прямую положительную корреляционную связь ( $r=+0,798$   $p<0,05$ ). При этом ошибочный вывод о способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (предпосылки вменяемости лица) как правило, влек за собой отсутствие рекомендации мер медицинского характера (кроме случаев ошибочной диагностики временного расстройства психической деятельности).

Таким образом, человек с хроническим психическим расстройством мог совершить повторное правонарушение по болезненным мотивам.

Клинический пример. Подэкспертный В., 1983 г рождения. Наследственность не отягощена психическими расстройствами. В 5-6 летнем возрасте боялся темноты, видел силуэт черта. Посещал детские дошкольные учреждения, но с детьми играл мало. В общеобразовательной школе успевал удовлетворительно, но учился неровно. Был увлечен театром, литературой, школьной самодеятельностью. Со сверстниками отношения почти не поддерживал, так как не имел с ними общих интересов. С 11 лет после смерти сестры стал задумываться о смысле жизни и смерти, о бессмертии. Появились аффективные колебания, испытывал тоску. На уроках не мог сосредоточиться, видел и воспринимал окружающее как в замедленной съемке. Стал читать религиозную и философскую литературу, хотя не всегда понимал смысл прочитанного. Постепенно стал проникать в суть вещей и явлений. В подростковом возрасте в незнакомом месте вдруг понимал, что уже был там, а свою комнату мог не узнать. Считал, что это проявления петли времени. Заводил много поверхностных знакомств, а для близких, родителей был как айсберг – переживаниями не делился, но отношения оставались хорошими. В 18 лет приложив упорство, В. поступил на факультет театроведения ГИТИС. Последующие характеристики В. противоречивы. Люди, мало его знающие, отмечали общительность, доброжелательность, но непостоянство в дружбе, лживость. Близкие считали его уязвимым, ранимым, нервным. В целом все отмечали его эрудированность и странность, в том числе, в состоянии опьянения. Много рассуждал о летающих тарелках, религии. В 2003 г впервые почувствовал, что идущий впереди пожилой мужчина его притягивает. Шел за ним, возникло ощущение тревоги, приближения катастрофы, страх. Внезапно понял, что это воплощение Сатаны, которого послали ему в наказание. В дальнейшем неоднократно видел этого старика, иногда его часть, контуры. Предполагал, что машины следят за ним, говорил, что может выброститься из окна. Преподаватели замечали, что В. когда говорит, часто соскальзывает с мысли. Считали, что он никого не пускает в свой внутренний мир. В 20 лет В стал встречаться с Г, несмотря на давние конфликты семей. Вступить в брак ему запрещали. Когда Г. сделала аборт, он очень тяжело переживал, считая большим грехом. Другам писал, что в голове каша, сердце липкой лапой держит тоска. Весной 2004 г В. совершил убийство своих родителей, нанеся удары гантелей по голове. Сам сообщил в милицию и вызвал скорую помощь.

При допросах давал разные показания – то говорил, что на квартиру было совершенно нападение, то что ночью у него начался бред. Также рассказал, что вечером был конфликт с отцом, потом он ушел к себе, заснул, а проснувшись, увидел, что пришел старик. Решил его уничтожить, потом не понимал, бьет гантелей отца или старика. Сомневаясь, что отец умер, снова ударял отца, чтобы он не мучился от боли. Мать убил, чтобы она не расстроилась, и чтобы души родителей встретились. Утверждал, что общался с родителями после их смерти. При первой стационарной СПЭ в психическом состоянии В. выраженной патологии отмечено не было. Он заявлял, что в момент убийства родителей к нему пришел старик и он убил их, обороняясь от него. Указано, что был избирательно общителен, по ночам часто плакал. Экспериментально-психологическое обследование не проводилось. Были диагностирована истерическая психопатия, защитные высказывания.

Сделан вывод о способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в отношении инкриминируемых деяний В. следует считать вменяемым.

В судебном заседании отвлеченно рассуждал на темы религии, добра и зла, объясняя происшедшее как наказание нечистой силой за детоубийство. Иногда жаловался на трудность концентрации внимания. При повторной стационарной СПЭ В. формально понимал цель направления на экспертизу. Мимические реакции были неадекватны: вычурно выворачивал руки, хмурил лоб, выявлялась диссоциация мимической мускулатуры. В беседе был активен, речь по типу монолога, с резонерством, непродуктивностью. Часто перескакивал с фразы на фразу, растерянно спрашивал, о чем говорил. Самыми значительными событиями своей жизни считал свое рождение и приход к истинной вере. Говорил, что родители умерли, потому что срок их земной жизни был предопределен. Заявлял, что единственная его цель в суде и при обследовании – доказать, что старик реальность. Если это так, то он не болел и его отпустят из зала суда. Отмечал потерю чувства своего «Я», чувство преобладающей мысли – когда думал помимо своей воли. Описывал состояния, когда мысли путаются, бегут и трудно выделить одну. Жаловался на периодические головные боли, которые определял как состояние эклер – мозги ворочаются как крем. При этом фон настроения был неадекватно повышен, лицо лучистое, озаренное. Временами был дурашлив, утрачивал дистанцию. Не хотел в тюрьму – так как там сохранит тело, но загубит душу. Высказывал намерение в случае осуждения добиваться смертной казни. При экспериментально-психологическом исследовании выявлялись нарушения мышления и эмоционально-волевой сферы по шизофреническому типу. Комиссия пришла к заключению, что В. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении. Правонарушение совершено в болезненном состоянии, которое лишало его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в отношении инкриминируемых деяний В. следует считать невменяемым. С учетом особой опасности для себя и других лиц В. рекомендовалось применение принудительных мер мед характера в виде лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Продление, изменение и прекращение данной меры мед характера осуществляется судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров (ст. 102 (Гл. 15 УК РФ). Подробно данный пример, а также другие изложены в книге Осколкова С «Судебная психиатрия для будущих юристов» М., Городец. 2021. 320 с.

В случае гипердиагностики шизофрении и расстройстве личности рекомендации мер медицинского характера преимущественно были ошибочными (кроме единичных случаев совершения правонарушения в состоянии декомпенсации), а профилактика повторных противоправных деяний обычно не была связана с необходимым уголовным наказанием.

Использованные в работе методические подходы могут быть экстраполированы на исследование диагностических и экспертных ошибок при разграничении других нозологических форм, а также в соответствующем клинико-криминологическом анализе.

Таким образом, изучение диагностических и экспертных ошибок при судебно-психиатрической экспертизе является важным путем совершенствования судебно-психиатрического экспертного анализа, а также одним из методов понимания механизмов антисоциального и криминального поведения при психических расстройствах. Постоянной задачей судебной психиатрии является снижение частоты ошибок при проведении СПЭ, что должно способствовать профилактике повторных правонарушений. Решение этой задачи предполагает несколько аспектов: совершенствование формирования судебно-психиатрического вывода благодаря мультидисциплинарному подходу, изучению причин ошибок, максимальной коллегиальности вывода (участие в СПЭ не менее 2 врачей-психиатров и психолога. Определенные перспективы повышения качества СПЭ видятся в обязательном прохождении наставничества после ординатуры (закон № 424-ФЗ от 17 ноября 2025 г.).

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Абрамов В. А. Диагностические ошибки в психиатрии: причины и возможности преодоления // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2022. № 3 (59). – С. 5-15.
2. Антонян Ю. М., Гульдман В. В. Криминальная патопсихология. 1991. 248 с.
3. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., Кооперат изд «Север». 1933. – 142 с.
4. Горинов В. В., Корзун Д. Н., Шеховцова Е. С. Психологические особенности принятия решений и саморегуляции у обвиняемых с расстройствами личности // Психич здоровье. 2018. № 8. – С. 69-73.
5. Калашник Я. М. Особенности повторной судебно-психиатрической экспертизы // Проблемы судебной психиатрии. М. – 1957. – С. 56-72.
6. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М.: Класс. 2018. – 368 с.
7. Кондратьев Ф. В. Судьбы больных шизофренией (клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты). М. ЗАО Юстицинформ. 2010. – 401 с.
8. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Научно-практическое руководство. Изд. МГУ. 1999. – 497 с.
9. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. М., Медицина. 1995. – 255 с.
10. Сербский В. П. Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней. М., 1912. Пирогов. – 676 с.
11. Шумский Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб.: Гуманит агентство «Академический проект», 1997. – 390 с.

## REFERENCES

1. Abramov V. A. Diagnostic errors in psychiatry: causes and ways to overcome them // Journal of Psychiatry and Medical Psychology. 2022. No. 3 (59). – Pp. 5–15..
2. Antonyan YU.M., Guldan V.V. Criminal pathopsychology. 1991. – 248 p.
3. Gannushkin P.B. Clinic of psychopathies, their statics, dynamics, systematics. Moscow, Cooperative publishing house "Sever". 1933. – 142 p.
4. Gorinov V., Korzun D., Shekhovtsova E. Psychological features of decision-making and self-regulation in defendants with personality disorders //Mental health. 2018. № 8. – pp. 69-73.
5. Kalashnik I.M. Features of repeated forensic psychiatric examination //Problems of forensic psychiatry. M.-1957. – pp. 56-72.
6. Kernberg O. Aggression in personality disorders and perversions. M.: Class. 2018. – 368 p.
7. Kondratiev F.V. The fate of patients with schizophrenia (clinical, social and forensic psychiatric aspects). M. CJSC Justicinform. 2010. – 401 p.
8. Kudryavtsev I.A. Comprehensive forensic psychological and psychiatric examination. Scientific and practical guide. Publishing house of Moscow State University. 1999. – 497 p.
9. Maltseva M.M., Kotov V.P. Dangerous actions of the mentally ill. M., Medicine. 1995. – 255 p.
10. Serbsky V. P. Psychiatry. A guide to the study of mental illness. Moscow, 1912. Pirogov. – 676 p.
11. Shumsky N.G. Diagnostic errors in forensic psychiatric practice. St. Petersburg: Humanit agency "Academic project", 1997. – 390 p.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**МЕВЛУД ДЕМУРАЛОВИЧ ДАВИТАДЗЕ** – доктор юридических наук, профессор кафедры криминологии и уголовно-исполнительного права имени В.Е. Эминова Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный юридический университет имени О.Е. Кутафина (МГЮА)», профессор кафедры уголовного права, уголовного процесса и криминалистики Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Государственный университет просвещения», Москва, Россия, md2063@mail.ru

**СОФЬЯ НАТАНОВНА ОСКОЛКОВА** – доктор медицинских наук, профессор кафедры уголовного права и процесса Автономной некоммерческой организации высшего образования «Открытый университет экономики, управления и права», Москва, Россия, oskolкова.1954@mail.ru

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**MEVLUD D. DAVITADZE** – Doctor of Law, Professor of the Department of Criminology and Criminal Enforcement Law named after V.E. Eminov of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Moscow State Law University named after O.E. Kutafin (MSLU)", Professor of the Department of Criminal Law, Criminal Procedure and Criminalistics at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "State University of Education", Moscow, Russia, md2063@mail.ru

**SOFIA N. OSKOLKOVA** – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Criminal Law and Procedure at the Autonomous Non-Profit Organisation of Higher Education "Open University of Economics, Management and Law", Moscow, Russia, oskolkova.1954@mail.ru

*Статья поступила 05.09.2025*

*Принята к печати 16.12.2025*