

ԱՆՄԵՂՍՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԴԱՏԱՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ
ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ԶԱՌԱՆՑԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԹՈՒՅԼ ՏՐՎՈՂ
ՓՈՐՁԱԳԻՏԱԿԱՆ ՍԽԱԼՆԵՐԸ՝ ՏԱՐԲԵՐ
ՆՈԶՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔԵՐՈՒՄ

Գևորգյան Ա.Ս.

*Փորձաքննությունների ազգային բյուրո,
Երևան, Հայաստան*

Հոդվածում ընդգծվում է իրավախախտման ժամանակահատվածում «Զառանցանքային համախտանիշի» ախտորոշման գործընթացի կարևորությունը: Հարուկ ուշադրություն է դարձվում անմեղսունակության դատաբանական փորձաքննության մեջ ինչպես կատարված արարքի և վրանգավոր հետևանքների միջև անմիջական կապի առանձնահատկությունների պարզմանը, այնպես էլ արարքի և զառանցանքի մոտիվացիոն շարժառիթի անմիջական կապեր գտնելուն: Նշվում է, որ վերը նշված փաստերի բացահայտումը թույլ կտա բացառել ախտորոշիչ սխալների առաջացումը կամ գոնե առաջարկել դրանց թվի նվազեցման իրավասական ուղիներ: Աշխատությունն ունի միջկարգապահական բնույթ, քանի որ հեղինակի կողմից որպես հետազոտական առաջադրանք փորձ է արվել գնահատել դատաբանական և դատաբանական փորձագիտական հետազոտությունների փոխընդհանուր մոտեցումները (եզրերը) կատարվող համալիր փորձաքննությունների շրջանակներում:

Բանալի բառեր. զառանցական համախտանիշ, դատաբանական փորձաքննություն, անմեղսունակություն, մեղսունակություն, իրավախախտում:

Զառանցանքներն իրադարձությունների և մարդկանց միջև ուղղման չենթարկվող կապերի ու հարաբերությունների հաստատումն է՝ առանց իրական հիմքերի: Միտքը համարվում է զառանցանքային, եթե չի համապատասխանում իրականությանը, աղավաղված է, լիովին «տիրելի պացիենտին»՝ չի ենթարկվում ճշտման, ուղղման՝ չնայած իրականության հետ ակնհայտ հակասությանը: Զառանցանքներն ունեն բնութագրեր և հատկություններ, որոնց առկայությունը զառանցանքի ախտորոշման համար պարտադիր է, հակառակ դեպքում՝ զառանցանքի մասին խոսելն իմաստից զուրկ է: Օբյեկտ հատկանիշներն են՝ անսասան համոզվածություն, շտկման անհնարիություն, կեղծ տրամաբանություն (պարալոգիա), հաստատված կարծիքի անփոփոխություն, բացարձակ անդրդվելիություն՝ ի պատասխան տրամաբանական փաստարկներին, ուղղվածություն դեպի սեփական «ես»-ը և ձևավորումը հիվանդագին ֆոնի վրա: Միայն այս չափանիշների առկայության դեպքում է հնարավոր տարբերակել զառանցանքը սխալ դատողություններից, կեղծ համոզմունքներից, կրոնական և այլ բնույթի դոգմաներից: Զառանցանքը դասակարգվում է հետևյալ կերպ՝ ըստ կառուցվածքի (համակարգված, չհամակարգված), ըստ ծագման մեխանիզմների (առաջնային, երկրորդային), ըստ բովանդակության (ինքնագնահատականի նվաստացմամբ, ինքնագնահատականի

Թղթակցական հասցեն՝ Գևորգյան Ադելաիդա Ստեփանի, ՀՀ ԳԱԱ «Փորձաքննությունների ազգային բյուրո» ՊՈԱԿ-ի դատաբանական բաժնի փորձագետ, Հայաստան, ք. Երևան, Բսակովի պող., 24, e-mail: adelaida-gevorgyan@mail.ru

մեծարամբ, պերսեկուտոր, խառը ձևեր), ըստ զարգացման փուլերի (գառանցանքային տրամադրություն, գառանցանքային ընկալում, գառանցանքային տրամաբանում, գառանցանքային բյուրեղացում, գառանցանքային մեղմացում, մնացորդային գառանցանք) [4]:

Ինչպես հայտնի է համակարգված գառանցանքը բնութագրվում է մտքի ներքին տրամաբանական կապերի առկայությամբ և ապացուցողական մի ամբողջ համակարգով: Միտքն ունի իր ներքին սուբյեկտիվ տրամաբանությունը, որի հիման վրա փաստերը մեկնաբանվում են աղավաղված և միակողմանի: Նման մտքերը զարգանում են, մեկնաբանվում յուրովի, համակարգվում և դառնում պացիենտին հատուկ աշխարհայացք, տեսակետ, համոզմունք: Այս գառանցանքը կոչվում է նաև առաջնային, մեկնաբանողական (ըստ ծագման մեխանիզմների), այն զարգանում է դանդաղ, ունի քրոնիկ ընթացք:

Ինչ վերաբերում է չհամակարգված գառանցանքին, ապա այն բնութագրվում է տրամաբանական ապացույցների բացակայությամբ, փաստերի ոչ ապացուցողական հաստատմամբ և հիվանդագին համոզվածությամբ՝ իր պնդումներում, եզրակացություններում, ընկալումներում: Զառանցանքն առաջանում է պահի ազդեցության ներքո, պացիենտի զգացմունքային ընկալումների շրջանակներում: Բովանդակությունը բազմազան է և անկայուն, փոփոխվում է միջավայրի և ներաշխարհի զանազան ազդակներից: Դատողությունները հակասական են և ճեղքված, գուրկ են որևէ տրամաբանական մեկնաբանությունից: Ուստի նման մտքերը փորձաքննվողի կողմից չեն բացատրվում, կցկտուր են և անավարտ: Ի սկզբանե չհամակարգված գառանցանքը ձևավորվում է բարդ հոգեախտաբանական վիճակի շրջանակներում, այլ հոգեկան խանգարումների առկայության և ազդեցության ներքո: Ուստի գառանցանքի բովանդակությունը հազեցած է զանազան պատկերներով, պատկերացումներով, զգացմունքներով՝ հարուցելով լարվածություն, վախ, տագնապ, շփոթություն: Այս առանձնահատկությունների շնորհիվ չհամակարգված գառանցանքը կոչվում է նաև երկրորդային, զգայական: Երկրորդային գառանցանքը ծագման մեխանիզմով կապված է այս կամ այն օրգանի հոգեկան ֆունկցիայի խախտման հետ:

Զառանցական համախտանիշը կարող է դրսևորվել ինչպես առանձին կլինիկական նոզոլոգիական հիվանդության շրջանակներում որպես միակ գերիշխող ախտանիշ, օրինակ՝ «Զառանցական խանգարման» կամ «պարանոյայի» ժամանակ, այնպես էլ այլ նոզոլոգիական հիվանդությունների ժամանակ զուգորդված այլ համախտանիշների հետ համակցության մեջ, օրինակ՝ «Շիզոֆրենիա, պարանոիդ ձև», «Սուր պոլիմորֆ փսիխոտիկ խանգարման», «Մանիակալ-դեպրեսիվ խանգարման» հիվանդությունների ժամանակ [1]:

Ի՞նչ է իրենից ներկայացնում անմեղսունակություն հասակացությունը. դա անձի այն կարգավիճակն է, երբ հանցանքը կատարելու պահին անձը, տառապելով քրոնիկական հոգեկան հիվանդությամբ, հոգեկան գործունեության ժամանակավոր հիվանդագին խանգարմամբ, տկարամտությամբ կամ այլ հիվանդագին հոգեկան վիճակով, գրկվել է իր գործողությունների փաստացի բնույթն հասկանալու, իր գործողություններին հաշիվ տալու, դրանց հետևանքները կանխատեսելու, դեկավարելու ունակությունից: Անդրադառնանք՝ թե արդյոք ինչպիսի՞ հոգեախտաբանական մեխանիզմներով է անձի մոտ ձևավորվում անմեղսունակությունը՝ հանգամանորեն վերլուծելով այն բոլոր սոցիալական գործոնները, որոնք իրավախախտումը կատարելիս նկատելիորեն ազդում են թե՛ մոտիվացիոն և թե՛ կամային կոմպոնենտների վրա:

Ինչպես հայտնի է մեղսունակություն հասկացության հիմքում ընկած է հոգեկան գործունեության մեջ այն բոլոր հոգեբանական պատկերացումները, որոնք պայմանավորում են անհատի շրջակա իրականության մեջ վերջինիս պահանջումները, որոնք էլ իրենց հերթին ձևավորում են վարքը (ըստ Ռուբինշտեյնի 1973թ.):

Շատ իրավագետներ համաձայն չեն «անմեղսունակության վիճակ» հասկացության հետ, քանզի խոսքը գնում է ոչ թե անձի հոգեկան վիճակի մասին, այլ նրա վերաբերմունքի՝ իր իսկ կողմից կատարված հանրորեն վտանգավոր արարքի: Որոշ իրավագետներ էլ ընդունում են «հանցավոր հակվածություն (դելիկտություն)» հասկացությունը, որի տակ ընկալվում է նաև անձի ունակությունը հասկանալու և գիտակցելու սեփական գործողությունները: Անմեղսունակություն հասկացությունն իրենից ներկայացնում է իրավական բնորոշում և բնութագրում է անձի կարողությունը կամ անկարողությունը՝ կրելու քրեական պատասխանատվություն: Ըստ Ալեկսենի /1982թ./ և Շիշկովի /1998թ./ դատահոգեբուժական փորձագետների իրավասության մեջ է մտնում միայն հատուկ մասնագիտական գիտելիքներով, ինչպես նաև փաստերի և ապացույցների հիման վրա բացահայտելու, թե արդյոք տվյալ քրեորեն նշանակալի իավիճակում անձի մոտ որևէ հոգեկան խանգարման նշաններ կան, թե՛ ոչ: Եվ եթե կան հոգեկան գործունեության խանգարման նշաններ, ապա որքանով են սահմանափակել կամ զրկել նրան իրավախախտումը կատարելիս գիտակցելու և ղեկավարելու սեփական գործողությունները:

Հարցերը, որոնք տրվում են հիմնականում դատահոգեբուժական փորձագետներին հետևյալն են՝

1. Տառապե՞լ է արդյոք փորձաքննվողը որևէ հոգեկան հիվանդությամբ, թե՛ ոչ:

2. Եթե այո, ապա կարո՞ղ էր իրավախախտումը կատարելիս հաշիվ տալ իր գործողություններին, հասկանալ դրանց փաստացի վտանգավորությունը, կանխատեսել և ղեկավարել դրանք:

3. Անձը հանդիսանու՞մ է մեղսունակ, սահմանափակ մեղսունակ, թե՛ անմեղսունակ:

Հարկ է նշել, որ փորձագետը պարտավոր է սեփական եզրակացությունը կառուցել միմիայն տվյալ գործի շրջանակներում իրեն տրամադրված նյութերի (ապացույցների) և ներկա կլինիկո-անամնեստիկ հետազոտությունների շրջանակում, որի գործընթացը ներկայումս կարգավորվում է ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքով:

Անմեղսունակություն հասկացությունն իր մեջ ներառում է երկու գլխավոր չափորոշիչներ՝ բժշկական (հոգեբուժական) և իրավական (հոգեբանական), որոնք միմյանց հետ գտնվում են անքակտելի կապի մեջ:

Բժշկական չափորոշիչն իր մեջ ներառում է մի շարք հոգեկան խանգարումներ, որոնց առկայության պարագայում անգամ իրավական չափորոշիչի առկայության դեպքում խոսքը գնում է անմեղսունակության մասին:

Առաջին հայացքից տեսակետ է ձևավորվում, որ ցանկացած հոգեբուժական հիվանդության առկայությունն արդեն իսկ անմեղսունակության հիմք է, սակայն կան պայմանական դատահոգեբուժական տեսակետից տարանջատված հիվանդություններ, որոնց առկայության պարագայում է, որ կարող է խոսքը գնալ բժշկական չափորոշիչի առկայության մասին: Առավել հանգամանորեն է պետք դիտարկել վերոնշյալ հոգեկան խանգարումների ցանկը:

1. *Քրոնիկական հոգեկան հիվանդությունների շարք*. դրանք այն հիվանդություններն են, որոնք ընթանում են տարիներ շարունակ, ունեն տենդենց պրոգրեսիվելու, այսինքն հարաճում են՝ բերելով հիվանդության ընդհանուր պատկերի բարդացման և հոգեկան ոլորտներում անդարձելի փոփոխությունների ձևավորման: Այս խմբի մեջ են ընդգրկված՝ «Շիզոֆրենիա, պարանոիդ ձևը», «Խրոնիկական գառանցական խանգարումը», «Էպիլեպսիան» և այլն:

2. *Ժամանակավոր հոգեկան գործունեության խանգարումները*. իրենցից ներկայացնում են տարբեր տևողությամբ և պոլիմորֆ հոգեախտաբանական խանգարումներ, որոնք սկսվում են անկանխատեսելի սուր, առանց պրոդրոմալ ախտանիշների, հաճախ կայծակնային, ավարտվում են հիմնականում առողջացումով: Նշված ցանկում ընդգրկված են (ախտաբանական հարբացվածությունը, ախտաբանական աֆեկտը, ախտաբանական մթնշաղային խանգարումը, ռեակտիվ վիճակները, դելիրիին, փսիխոպաթիաների դեկոմպենսացված վիճակները): Նշված խանգարումներն իրենց տևողությամբ կարող են լինել մի քանի րոպեից մինչև ամիսներ: Ժամանակավոր բառը կամ բնորոշումը նման դեպքերում պետք է հասկանալ հոգեկան խանգարման լրիվ դարձելիության և վերականգնման եզրույթով:

3. *Այլ վիճակներ կամ պսիխոպաթիաներ*. իրենցից ներկայացնում են ոչ ներդաշնակ բնավորության գծերի ամբողջություն, անձի անոմալ՝ ախտաբանական խառնվածքը, որը չունի պրոցեսուալ բնույթ և պահպանվում է ողջ կյանքի ընթացքում: Նշված խանգարումները ընդգրկված են հոգեկան հիվանդությունների միջազգային 10-րդ դասակարգչի F 60-F60.8 խորագրում:

4. *Թուլամտություն կամ դեմենցիա*. այս խմբի մեջ ընդգրկվում են բոլոր այն հիվանդությունները, որոնք ընթանում են ինտելեկտուալ-մենտալ ոլորտների ախտահարմամբ, դրանք կարող են լինել ինչպես բնածին այնպես էլ ձեռք բերովի:

Հարկ է նշել, որ միայն բժշկական չափորոշիչի առկայությունը դեռևս բավարար չէ անմեղսունակության վերաբերյալ դրական եզրակացության հանգելու: Անհրաժեշտ է բժշկական չափորոշիչի շրջանակներում ուսումնասիրել նաև ախտանիշների արտահայտվածությունը և դրանց ազդեցությունը իրավական նշանակալի իրավիճակներում, որոնք մի դեպքում՝ կարող են խաթարել անձի ինքնավերահսկողությունը (անմեղսունակության դեպքում), իսկ որոշ դեպքերում՝ չունենալ որևիցե ազդեցություն (մեղսունակության դեպքում): Վերոնշյալ ախտանիշների ազդեցությունը և արտահայտվածությունը հոգեկան ոլորտների վրա ձևավորում են իրավական չափորոշիչներ, դրանք են.

1. Ինտելեկտուալ կոմպոնենտի գնահատումը իրավախախտման պահին: Գնահատելու համար հարկ է առաջնահերթ գնահատել իրավախախտման պահին մտադրության առկայությունը (մոտիվը, նպատակը), ապա վերջինիս հաջորդող գիտակցումը, հանրորեն վտանգավոր արարքի (անգործության) փաստացի բնույթը: Այսինքն՝ այն անձի ընդհանուր գիտակցումն է իր կատարած գործողությունների նկատմամբ:

2. Մեխանիկական կոմպոնենտի գնահատումը իրավախախտման պահին, այն կանխատեսելու ունակությունն ու սեփական գործողությունները վերահսկելու կարողությունն է, և իրենից ներկայացնում է անձի կողմից մտավոր պատկերացումը, թե արդյո՞ք սեփական գործողությունները կամ անգործությունն ինչ հետևանքների կարող էր բերել:

Այսպիսով, երկու կարևորագույն ասպեկտների դատահոգեբուժական գնահատման արդյունքում կարողանում է փորձագետը գնահատել, թե անձը տվյալ իրավախախտումն իրագործելիս կատարել է գործողությունները մեղսունկության, թե՞ անմեղսունակության վիճակում (սահմափակ մեղսունակության) վիճակում: [2]:

Հարկ է անդրադառնալ հատկապես «Ձառանցական համախտանիշի» ժամանակ կատարած իրավախախտման, մասնավորապես՝ ծանր մարմնական վնասվածքների և սպանությունների դեպքում՝ ինչպես մոտիվացիոն (ինտելեկտուալ), այնպես էլ մեխանիկական կոմպոնենտների դատահոգեբուժական գնահատմանը և փորձագիտական սխալներին:

Պայմանականորեն տարանջատվում են զառանցական մոտիվացիայով գործողություններ, պայմանավորված՝

- Ձառանցական պաշտպանությամբ,
- Ձառանցական վրեժով,
- Ձառանցական պրոյեկտների իրագործմամբ,
- Ձառանցական դեմոնստրացիա (Հերոստրատի տիպով),
- Ենթադրյալ մեղքի թողությամբ,
- Ձառանցական ինքնահաստատմամբ,
- Երկրորդային զառանցանքով [3]:

Ըստ շատ հեղինակների, վերոշարադրյալը յուրաքանչյուր դեպքի փորձագիտական գնահատմանն է արժանի իրավախախտման ժամանակահատվածում զառանցանքի որպես օբյեկտ ախտանիշ առկայության հայտնաբերման, որն էլ հենց հանդիսացել է մոտիվացիոն կարևորագույն կոմպոնենտ հանցանքը պլանավորելու և իրագործելու մեջ:

Ըստ Ա.Ա. Տկանչենկոյի զառանցանքի հանյտանքերումն ինքնին ներառում է և՛ բժշկական, և՛ իրավական չափորոշիչը, որն էլ հենց անմեղսունակության կարևորագույն ապացուցողական հիմքն է հանդիսանում:

Սակայն կատարված փորձագիտական հետազոտությունների 2-3 տոկոս դեպքերում, դրանց արդյունքում բազմիցս հանդիպելով «Ձառանցանքային համախտանիշ»-ի առկայության պարագայում կատարված կլինիկո-անամնեստիկ և փաստաթղթային դատահոգեբուժական հետազոտությունների և վերլուծությունների, համադրելով զառանցանքի առկայության պարագայում անմիջական մոտիվացիոն կոմպոնենտի բացակայությունը տվյալ իրավախախտման հետ, թույլ են տվել կատարելու հետևություններ, եզրակացնելով, որ տվյալ հանցագործության շրջանակներում մեղադրյալը հանցանքը կատարել է մեղսունակության վիճակում (հոգեկան վիճակում զառանցանքային համախտանիշի ողջ ասպեկտում չէին հայտնաբերվում հանցագործության հետ համադրելի ֆաբուլայի էլեմենտներ, արտահայտված պարալոգիզմ, կոնկրետ իրավիճակի շրջանակներում դատողությունները և կանխատեսելու, պլանավորելու ունակությունները տուժված չէին), այսինքն՝ զառանցանքի բովանդակությունը անմիջականորեն չէր արտացոլում հանցագործության մոտիվացիոն կոմպոնենտը:

Վերոնկարագրյալը կարևորագույն գործոն է թե՛ փորձագիտական եզրակացության, թե՛ վարույթի հետագա ընթացքի համար: Մինչդեռ շատ հեղինակների կողմից Ձառանցանքի հայտնաբերումը իրենից ենթադրում է արդեն իսկ անմեղսունակության բժշկական պարտադիր «չափանիշ» [2]:

Այսպիսով, կատարած հետազոտություններում ծանր մարմնական վնասվածքների հատկանիշներով ուղեկցվող հանցագործությունների շրջանակներում «Զառանցանքային համախտանիշի» առկայությունը պետք չէ դիտարկել որպես օբյեկտ ախտանիշ անմեղսունակության եզրույթում, քանզի բազմաթիվ դատահոգեբուժական վերլուծություններով հնարավոր է եղել հայտնաբերելու անմիջական հանցավոր արարքի պլանավորման ռացիոնալ գործելակերպը տվյալ իրավախախտման շրջանակում:

Հարկ է նշել նաև, որ փորձագիտական սխալները հաճախ ծագում են նաև այն պարագայում, երբ քրեական վարույթում կամ քրեական գործերում բացակայում են անձի կողմից տրված ցուցմունքները, փորձաքննվողի կողմից ցուցաբերած միտումնավոր դիրքորոշված պահվածքը՝ հրաժարվելը կլինիկական գրույցից, ցուցմունք չտալը, դիսփոնույատիվ վարքը, վարույթն իրականացնող մարմնի կողմից պատշաճ բժշկական տեղեկությունների, ինչպես նաև մինչ իրավախախտումը անձի վարքում առկա տարօրինակությունների մասին տեղեկությունների բացակայությունը, ինչը հաճախ կարող է բերել փորձագիտական կոպիտ սխալների՝ անձի մոտ զառանցանքային մոտիվացիայի առկայության պարագայում իրավախախտման պահին մեղսունակության որակմամբ:

Ուստի, վերոշարադրյալ սխալներից խուսափելու համար հաճախ փորձագիտական հանձնաժողովը ողջամիտ կասկածի պարագայում պատշաճ հիմնավորումներով պետք է առաջարկի, որպեսզի փորձաքննությունն անց կացվի դատահոգեբանական փորձաքննության հետ համալիր կարգով՝ խառնվածքային, անհատական հոգեբանական առանձնահատկությունները, ինչպես նաև տվյալ անձին բնորոշ պաշտպանողական մեխանիզմների դատահոգեբանական հետազոտության և վերալուծության արդյունքում փորձագիտական սխալներից խուսափելու նկատառումներից ելնելով:

Գրականության ցանկ

1. Ս.Գ.Սուրիաշյան.Ս.Պ.Մարգարյան, «Հոգեբուժություն», «Աստղիկ հր...», 2006թ., 193 էջ:
2. Руководство по судебной психиатрии. В 2 т. Том 1: практ. Пособие / под ред. А.А/Ткаченко.- 3-е изд, перераб. и доп.- М.: Издательство Юрайт, 2017.- 449с. - Серия: Профессиональная практика.
3. Лунц, Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. М; 1966.
4. Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում - 10: Հոգեկան և վարքային խանգարումների դասակարգում, կլինիկական նկարագրություն և ախտորոշման ցուցումներ.- Եր; Զանգակ -97, 2001.264 էջ:

ЭКСПЕРТНЫЕ ОШИБКИ ДОПУСКАЕМЫЕ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БРЕДОВОГО
СИНДРОМА В ХОДЕ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ
ЭКСПЕРТИЗ НЕВМЕНЯЕМОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Геворгян А.С.

В статье отмечена важность процесса диагностирования «бредового синдрома» во время совершения правонарушения. Особое внимание при производстве судебно - психиатрической экспертизы невменяемости уделено как выяснению особенностей непосредственной связи между совершенным деянием и наступившими опасными последствиями, так и нахождению прямой связи «мотивационного компонента» поступка и бреда. Отмечается, что выявление вышеперечисленных фактов позволит исключить возникновение диагностических ошибок или по крайней мере предложить реалистические пути к уменьшению их количества. Работа имеет междисциплинарный характер, так как в качестве исследовательской задачи автором оценивается взаимодополняемость судебно - психиатрической и судебно - психологической экспертиз в рамках проводимых комплексных экспертиз.

Ключевые слова: бредовой синдром, судебно - психиатрическая экспертиза, судебно - психологическая экспертиза, невменяемость, вменяемость, правонарушение.

EXPERT MISTAKES MADE IN FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATIONS
OF INSANITY IN CASES OF DELUSIONAL SYNDROME
RESEARCH IN CASES OF DIFFERENT NOSOLOGICAL DISEASES

Gevorgyan A.

The article notes the importance of the process of diagnosing the "delusional syndrome" during the commission of an offense. Particular attention in the production of forensic psychiatric examination of insanity is paid both to finding out the features of the direct connection between the committed act and the dangerous consequences, and to finding a direct connection between the "motivational component" of the act and delirium. It is noted that the identification of the above facts will allow to exclude the occurrence of diagnostic errors or at least offer realistic ways to reduce their number. The work has an interdisciplinary character, since as a research task the author defined an attempt to assess the complementarity of forensic psychiatric and forensic psychological examinations within the framework of conducted complex examinations.

Keywords: delusional syndrome, forensic psychiatric examination, Insane, sane, delinquency.

Ներկայացվել է խմբագրության 15.05.2023

Ընդունվել է տպագրության 01.12.2023