

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПАРАФИЛИЯХ

**ГЕОРГИЙ ВВЕДЕНСКИЙ, ФАРИТ САФУАНОВ, МАКСИМ КАМЕНСКОВ, ИГОРЬ
КОЗЛОВ, АЛЕКСЕЙ НИКОЛАЕВ**

*Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского,
Москва, Россия*

Ключевые слова: полиграф, парафилия.

Резюме

В статье анализируются результаты обследования 93 мужчин сексуальных правонарушителей. Методы: клиничко-психопатологический, сексологический, психофизиологический. Установлены абсолютные и относительные противопоказания к применению опроса с использованием полиграфа в диагностике расстройств сексуального предпочтения у лиц с психической патологией.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность применения ОИП для психиатрии и сексологии обусловлена многочисленностью случаев в судебно-психиатрической практике, когда данных клинического обследования недостаточно для установления диагноза расстройства сексуального предпочтения (парафилий). Психофизиологическое исследование для определения направленности полового влечения широко используется в зарубежных странах [2, 6, 9]. S. Abrams [5] указывал, что отличие плетизмографии полового члена от полиграфического обследования заключается в том, что в случае угрозы (к примеру, изобличения) расширение кровеносных сосудов происходит в сердечных и скелетных мышцах, поскольку именно они должны активироваться в этой ситуации, а при плетизмографии будет регистрироваться отток крови от полового члена. Таким образом, ОИП теоретически должен быть эффективнее плетизмографии полового члена в диагностике парафилий. G.Varanowski [7] и V.Williams [21] оценивают ее в 98%, причем последний подчеркивает, что при «слепой оценке» (анализ только полиграммы) точность уменьшалась. По данным R.Card et al. [8], около 20% преступников не показывают возбуждения на различные сексуальные стимулы, а некоторые обнаруживают несколько уровней возбуждения на девiantные и недевиантные стимулы, что может никак не отражаться на их поведении.

Исследователи отмечают, что вероятность того, что сексуальный правонарушитель имеет также проблемы с психическим здоровьем, эмоциональной сферой, а также с характером, достаточно велика [13], особенно в плане компульсивности [10]. Проведенное А.Ю.Хавкиным [3] обследование 98 сексуальных правонарушителей позволило говорить о том, что существует определенная корреляция между результатами клинического и психофизиологического метода исследования: было выявлено совпадение данных в 27,28% случаев, совпадение с «расширением» (выявление статистически значимых реакций не только на стимулы, получившие отражение в делинквентном поведении) – 43,18%, несовпадение данных в 20,45% и отсутствие достоверных психофизиологических реакций – 9,09%. Автором было также показано, что отсутствие психофизиологических реакций на релевантные стимулы при вербальной стимуляции коррелирует с эгосинтоническим отношением к влечению, однако в части случаев отмечается появление реакций и у подэкспертных с эгосинтонией. Анализ показал, что в последних случаях на момент обследования отмечались состояния декомпенсации у лиц с расстройствами личности и органической психической патологией.

На современном этапе остается нерешенным вопрос влияния текущего психического состояния на получаемые результаты. Имеются только единичные работы оценки влияния психопатологических состояний испытуемых на результаты ОИП. Попытки сформулировать противопоказания к проведению ОИП предпринимались в основном практиками прикладной психофизиологии, исходя из собственного опыта без привлечения специалистов и научного изучения проблемы. В частности, ограничения устанавливаются в зависимости от возраста, «состояния здоровья, физических ограничений и восприятия действительности» [1, 14,]. V.Murphy [16] считает, что дети младше 13 лет, пожилые люди, психически и соматически больные (в частности, с

сердечной патологией), в состоянии утомления или опьянения, эмоционально неустойчивые, не могут подвергаться ОИП. ОИП нельзя проводить сразу после правонарушения или после допроса (не менее 48 часов спустя).

Единичные работы посвящены изучению влияния психических расстройств на результаты полиграфических проверок. M.Floch [11] писал, что расстройства личности и парциальная амнезия являются противопоказаниями к проведению проверок на полиграфе. J.Orlansky [17] дополнил этот список такими психическими расстройствами, как ретардация психического развития, психоз. C.J.Ruilmann et al. [20] отмечал, что у лиц с расстройствами личности отмечается снижение реактивности кожно-гальванического рефлекса и нестабильность дыхания и сердечно-сосудистых реакций. D.Lykke [15] исследовал динамику КГР у лиц с расстройствами личности. Автором было показано, что у лиц с психопатией реакции в ответ на предъявление стимулов более низкие и недифференцированные, чем у психически здоровых обследуемых. D.Raskin et al. [18] проводили полиграфические проверки на 24 испытуемых с расстройствами личности. Эффективность данной методики в плане выявления скрываемой информации была весьма высока и составляла 96%. Позже D.Raskin et al. [19] показали, что у испытуемых с расстройствами личности наблюдались более высокие КГР и показатели ЧСС, чем у здоровых лиц. D.Hammond [12] проводил полиграфическое лабораторное исследование на 20 лицах, страдающих алкоголизмом, испытуемых с расстройствами личности (21 человек) и психически здоровых обследуемых (21 человек). Был сделан вывод о том, что данные психические расстройства (психопатия, алкоголизм) не влияют на результат проверки. В целом можно отметить, что в литературе существуют противоречивые данные относительно валидности полиграфических проверок на лицах с расстройствами личности, что может быть связано с тем, что авторами не учитывались такие клинические характеристики психопатий как наличие декомпенсации или отсутствия таковой.

S.Abrams [4] проводил обследование лиц, страдающих шизофренией, но не обнаруживающих острой психотической симптоматики на момент обследования. Обследуемых разделили на три группы в зависимости от длительного психического расстройства: в течение 1 года, 5 и 17 лет. Оказалось, что длительность заболевания никак не влияла на результаты проверки на полиграфе. Однако

результативность метода была сравнительно низкой и колебалась в пределах 60-70%. Кроме того, в ряде наблюдений отмечались спонтанные изменения артериального давления и аperiodичность дыхания. Таким образом, комплексность проблемы установления противопоказаний к проведению ОИП требует междисциплинарного подхода к проблеме с участием психиатров, сексологов.

Целью данного исследования являлось установление противопоказаний к применению психофизиологического метода в диагностике расстройств сексуального предпочтения у лиц с психической патологией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на изучении 93 подэкспертных, привлекавшихся к уголовной ответственности за совершение сексуальных правонарушений (по ст.ст. 131, 132, 133, 135, 105 Уголовного кодекса РФ) и проходивших стационарную комплексную судебную сексолого-психолого-психиатрическую экспертизу в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (далее – Центр им. В.П.Сербского) в течение 2007-2009 гг.

Критерием отбора являлась квалификация деликта как сексуального. Под сексуальными деликтами подразумевались те, которые включали не только сексуальные правонарушения согласно уголовному кодексу, например, изнасилование, совершение насильственных сексуальных действий и т.д., но и те противоправные деяния, когда сексуальная мотивация прослеживалась на уровне поведения в виде завершённых либо незавершённых попыток насильственных сексуальных контактов, в том числе и исключительно эротических, а также символических сексуальных действий.

В процессе исследования были выделены следующие группы:

Первая группа, в которую вошли 56 подэкспертных с диагнозом расстройств сексуальных предпочтений в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Вторая группа была представлена 24 испытуемыми, совершившими противоправные сексуальные деяния, но не обнаруживающие признаков парафилий при настоящем клиническом обследовании.

Третья группа была представлена 13 обследуемыми, которые не смогли пройти психофизиологическое обследование в силу нарушения инструкций в

ходе тестирования, обусловленного актуальным психическим или соматическим состоянием.

Возраст испытуемых первой группы в среднем составлял 34,5, второй – 34,1 и третьей – 38,2.

В ходе исследования применялись клинико-психопатологический метод обследования, с помощью сексологического обследования оценивали комплекс признаков, характеризующих сексуальное развитие испытуемого, с последующей диагностикой расстройств сексуальных предпочтений, квалификации отношения и характера влечения к аномальному сексуальному поведению. Психофизиологический метод обследования проводился с применением компьютерного полиграфа «Пик-01А».

В ходе тестирования подэкспертному предъявлялись вопросы, содержание которых касалось наиболее часто встречаемых видов расстройств сексуального предпочтения (педофилия, садизм, раптофилия). Структура и последовательность предъявления тестов была следующей: 1. Тест на «имя», который предъявлялся 2-4 раза с целью привыкания испытуемого к процедуре обследования; 2. Тест общих контрольных вопросов (ОКВ-1); 3. Тест для определения расстройств сексуальных предпочтений по возрасту (Тест по возрасту - 1); 4. Тест для определения расстройств сексуальных предпочтений по возрасту (Тест по возрасту - 2); 5. Тест общих контрольных вопросов (ОКВ-2); 6. Тест для определения расстройств сексуальных предпочтений по активности (Тест по активности - 1); 7. Тест для определения расстройств сексуальных предпочтений по активности (Тест по активности - 2); 8. Тест общих контрольных вопросов (ОКВ-3).

Каждый тест предъявлялся 3-5 раз. В тестах между проверочными вопросами дополнительно были вставлены нейтральные стимулы. При обработке полиграмм тестов ОКВ (1, 2 и 3-го) выделялся симптомокомплекс индивидуальных реакций обследуемого, который впоследствии применялся для анализа результатов предъявления тестов по возрасту и по активности. Учитывались только те реакции на проверочные стимулы, вероятность достоверного выделения которых была больше или равна 0,8 и превосходила вероятность выделения контрольных стимулов.

Психофизиологические характеристики – оценивались следующие физиологические параметры: 1. Кожно-гальванические реакции (КГР): амплитуда, длительность, латентный период; 2. Реакции дыхания: амплитуды первого и второго дыхательного цикла,

соотношение амплитуды первого к амплитуде второго, расстояние между началом вдоха первого и высотой вдоха второго («Гипотенуза»), период дыхания с 1 по 1,5 или 2,5 дыхательного цикла, смещение базальной линии дыхания; 3. Сердечно-сосудистые реакции (ССР): период ССР с 3 по 13, 15, 18 или 21 кардиоциклы (КЦ), минимальная амплитуда КЦ, смещение систолической огибающей, смещение диастолической огибающей, смещение дикротического зубца.

Полученные в процессе обработки реакции на проверочные стимулы сопоставлялись для лиц первой группы с клинической картиной парафилий (поведение в ситуации деликта и аномальными сексуальными фантазиями и сновидениями), для обследуемых второй выборки – с поведением в ситуации правонарушения (выбором объекта и активности). Таким образом, рассматривались следующие характеристики: совпадение с данными клинической картины или поведением, несовпадение, отсутствие реакций на проверочные стимулы и совпадение с расширением¹. Оценивалось наличие психофармакотерапии.

Обработка проводилась с использованием нескольких методов статистического анализа: 1) анализ частотности анализируемых признаков (абсолютные и относительные их значения); 2) непараметрические показатели: двусторонний критерий Фишера (ϕ); 3) корреляционный анализ: создание корреляционных матриц и канонический анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ нозологического состава показал, что среди лиц первой группы приблизительно в одинаковом проценте наблюдений отмечались органические психические расстройства, представленные преимущественно органическими расстройствами личности (21%), и различные формы шизофрении (34% и 30% соответственно). В остальных случаях диагностировались другие заболевания: умственная отсталость (7%), расстройства личности (10%), дистимия (2%). Указанные психические расстройства у некоторых подэкспертных были коморбидны аффективным расстройствам в форме депрессий (20%) или синдрому зависимости от алкоголя (9%).

Во второй группе преобладали органические

¹Под совпадением с расширением понимается появление при тестировании реакций не только на те стимулы, которые соответствуют поведению испытуемого в деликте или аномальном сексуальным фантазиям, но и на те стимулы, которые не находят своего отражения в поведении или идеаторной активности (девиантных сновидениях, представлениях).

психические расстройства (49%), в 45% наблюдений выявлялись симптомы психогенной депрессии. В остальных случаях нозологический состав группы был представлен расстройствами личности (12%), шизофренией (12%).

В третьей группе отмечались преимущественно расстройства личности и шизофрения (53% и 31% соответственно).

При анализе психосексуальных расстройств оказалось, что среди подэкспертных первой группы в большей части случаев был диагностирован полиморфный парафильный синдром – 48% (Множественные расстройства сексуального предпочтения F65.6). Реже отмечалась «Другие расстройства сексуального предпочтения» (F65.8) – 32%, «Педофилия» (F65.4) – 11%, «Садомазохизм» (F65.5) – 9%.

В третьей группе в одном случае выставлялся диагноз «Педофилии» и «Садомазохизм», в 4-х – «Множественных расстройств сексуальных предпочтений».

Психофармакотерапия проводилась в единичных случаях: в 5-ти наблюдениях в первой, в 3-х – во второй и в 7-ми – в третьей группах. Фармакотерапия в основном была представлена применением анксиолитических и тимоаналептических средств.

При анализе психопатологического состояния подэкспертного на момент прохождения судебной сексолого-психиатрической экспертизы и проведения психофизиологического обследования были выявлены следующие закономерности.

Среди лиц первой и второй групп чаще встречались психические нарушения в виде психоорганического синдрома (36% и 50%). Среди подэкспертных первой и третьей групп чаще отмечались негативно-личностные изменения (дефектные состояния) в рамках эндогенного процессуального заболевания (29% и 24% соответственно).

Аффективные расстройства чаще отмечались среди испытуемых второй группы (54%), и они также оказали существенное влияние на результаты тестирования на полиграфе.

Следует также отметить, что среди подэкспертных третьей группы, у которых были диагностированы расстройства личности, в большинстве случаев можно было говорить о состояниях декомпенсации.

Клинико-психофизиологические корреляции у лиц с расстройствами сексуального предпочтения. При сопоставлении данных, полученных при психофизиологическом обследовании, с результатами

клинического интервью, результаты тестирования были классифицированы следующим образом:

I. Совпадение данных психофизиологического обследования с клинической картиной.

II. Расширение данных психофизиологического обследования при сопоставлении с клинической картиной.

III. Несовпадение данных психофизиологического обследования при сопоставлении с клинической картиной за счет отсутствия реакций на проверочные стимулы и дачи испытуемым отрицательного вербального ответа на все релевантные вопросы.

IV. Несовпадение данных психофизиологического обследования при сопоставлении с клинической картиной за счет появления реакций на те проверочные стимулы, которые не нашли отражение в клинической картине.

Пункты III и IV хотя и схожи относительно неинформативности данных для параклинической диагностики парафилий, тем не менее, были выделены отдельно в силу того, что в их основе могут лежать различные психопатологические механизмы.

Для подэкспертных, у которых наблюдался III и IV типы данных, психофизиологическое обследование является противопоказанием в силу абсолютной неинформативности данных.

У подэкспертных первой группы совпадение отмечалось в 82% (с учетом случаев с «расширением»), несовпадение, или неинформативность данных, отмечалось в 18% наблюдений. При анализе случаев совпадений оказалось, что у таких подэкспертных наиболее часто можно было говорить о наличии следующих психопатологических синдромов: дефектные состояния при шизофрении, - как правило, это легкие формы дефектов (астенический, апатический, психопатоподобный, астеноанергетический – 19%); депрессивный синдром (преимущественно легкой степени – 14%); психоорганический синдром (12%) в стадии компенсации.

При анализе случаев расширения оказалось, что у таких подэкспертных определялись следующие психопатологические состояния: дефектные состояния при шизофрении (параноидный тип 2%); депрессивный синдром при декомпенсации расстройства личности (легкой степени – 2%); психоорганический синдром в стадии неполной компенсации или декомпенсации (6%), галлюцинаторно-параноидный синдром (2%).

Если у лиц с совпадением данных преобладали астенические состояния, проявляющиеся в первую очередь истощаемостью психических процессов в

состоянии субкомпенсации, то при «расширении» имели место те астенические нарушения, которые характеризовались широким спектром эмоционально-гиперестетических расстройств, которые в совокупности могли определять спонтанные изменения физиологической активности.

При анализе несовпадений оказалось, что в тех случаях, когда несовпадение было связано с появлением реакций на нерелевантные парафилии стимулы, у подэкспертных выявлялись депрессивный синдром или гипоманиакальное состояние с выраженной эмоциональной лабильностью и нарушением внимания, и, вероятно, в силу указанных особенностей появлялись реакции на нерелевантные парафилии стимулы, по принципу спонтанных физиологических изменений, а отсутствие реакций на релевантные стимулы может быть обусловлено выявленными нарушениями внимания;

У остальных подэкспертных несовпадение данных было связано с отсутствием реакций на релевантные парафилии стимулы. В одних случаях отмечались дефектные состояния (астенический, аутистический дефекты и синдром «расщепления» – 5%); в других наблюдениях были квалифицированы астенический, психоорганический (в стадии декомпенсации) и галлюцинаторно-параноидный синдромы. Отличительной особенностью этой подгруппы являлись, с одной стороны, наличие негативной симптоматики в рамках различных психических расстройств, проявляющейся преимущественно эмоционально - дефицитарными проявлениями, с другой - депрессивные состояния вследствие фиксации на судебно-следственной ситуации, что, возможно, и способствовало дезактуализации парафильных переживаний и, как следствие, отсутствию значимых реакций на проверочные стимулы.

Клинико-психофизиологические корреляции у лиц без расстройств сексуального предпочтения. При сопоставлении данных, полученных при психофизиологическом обследовании, с результатами клинического интервью, в том числе особенностями поведения подэкспертного в ситуации деликта, оказалось, что почти в половине выборки выявлялось несовпадение – 42%.

Среди лиц без расстройств сексуальных предпочтений с несовпадением данных психофизиологического обследования обнаруживались следующие психопатологические синдромы: психоорганический синдром (24%), галлюцинаторно-параноидный синдром (4%), синдром зависимости от алкоголя

(4%). По указанным синдромам не было обнаружено достоверных отличий от лиц с совпадением данных. Однако почти у всех испытуемых с несовпадением данных отмечались аффективные расстройства в виде депрессивного или маниакального синдрома.

Клинико-психофизиологические корреляции у лиц, не прошедших психофизиологическое обследование. В эту группу вошли подэкспертные, которые начинали проходить тестирование на полиграфе, но в силу различных обстоятельств, не смогли пройти психофизиологическое исследование полностью:

1. Актуальное психическое состояние.
2. Противодействие.

При актуальном психическом состоянии отмечались различные психопатологические синдромы, которые препятствовали прохождению ОИП:

1. Астенический вариант психоорганического синдрома, проявляющийся глубокими нарушениями внимания, повышенной эмоциональной лабильностью, раздражительностью и вспыльчивостью, повышенной утомляемостью, то есть явлениями декомпенсации органического психического расстройства. При тестировании регистрировались непрекращающиеся спонтанные физиологические изменения (8%).

2. Психогенная депрессия, сопровождающаяся повышенной эмоциональной лабильностью и спонтанными изменениями физиологической активности (8%).

3. Конверсионные расстройства, сопровождающиеся парестезиями верхних конечностей, болевыми ощущениями, что также препятствовало проведению ОИП в виду наличия спонтанной физиологической активности (8%).

4. Панические атаки, сопровождающиеся нарушениями дыхания, при декомпенсации истерического расстройства личности (2%).

У таких подэкспертных обнаруживались признаки физиологической гиперреактивности, проявляющейся резкими и спонтанными, несвязанными со стимуляцией, изменениями (в каналах КГР, дыхания и ФПГ).

Поскольку данные психопатологические состояния носят временный и обратимый характер, их следует расценивать как ограничения к применению метода ОИП. После проведения лечения возможна повторная попытка обследования.

Большую же часть подэкспертных третьей выборки составили лица, оказывающие противодействие, причины которого нуждаются в отдельном анализе.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ позволяет выделить абсолютные и относительные клинические противопоказания к проведению ОИП.

Абсолютные противопоказания: 1. Дефектные состояния при шизофрении в виде «синдрома расщепления», астенического, аутистического, психопатоподобного типа, сочетающиеся с аффективными колебаниями. 2. Галлюцинаторно-параноидный синдром в рамках шизофрении. 3. Стойкая выраженная декомпенсация органических психических расстройств, проявляющаяся астеническими симптомами или депрессивной симптоматикой. 4. Стойкие выраженные депрессивные состояния психогенной природы или в рамках декомпенсации расстройства личности.

Относительные противопоказания. Ограничениями к применению тестирования на полиграфе могут служить следующие психопатологические состояния, выявленные на момент исследования: 1. Астенические расстройства, сопровождающиеся гиперестетическими нарушениями. 2. Неполная ремиссия с галлюцинаторно-параноидной или параноидной симптоматикой при шизофрении). 3. Психоорганический синдром в стадии неполной компенсации. 4. Тревожно-депрессивные расстройства и депрессии с нарушениями внимания. 5. Гипомания или мания. 6. Конверсионные расстройства. 7. Панические атаки.

В данных случаях испытуемые нуждаются в проведении курса лечения, после чего вопрос о возможности проведения ОИП может быть поставлен снова.

Литература

1. Селиванов Н.А., Дворкин А.И. Расследование преступлений повышенной общественной опасности. Пособие следователя. - М., 1998; 367-368.
2. Старович З. Судебная сексология: Пер. с польск. - М.: Юрид. лит., 1991; 336.
3. Хавкин А.Ю. Комплексная диагностика нарушений сексуального предпочтения (клинико-психопатологический, психофизиологический и психологический анализ.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003; 24.
4. Abrams S. The validity of the polygraph schizoprenics // J. of the american polygraph association, 1974; (3)3:328-337.
5. Abrams S. (1984). The penile plethysmograph: a new transducer used for detection and therapy with sexual deviation cases. - Polygraph, 1984; (13):198-201.

6. Ahlmeyer S. et al. The impact of polygraphy on admissions of victims and offenses in adult sexual offenders. Sex Abuse 2000 Apr; 12(2):123-38.
7. Baranowski G. Managing Sex Offenders in the Community With the Assistance of Polygraph Testing. - Polygraph, 1998; (27)2:75-88.
8. Card R.D., Farrall W.R. Advancements in Physiological Evaluation of Assessment and Treatment of the Sexual Aggressor // Annals New York Academy of Sciences, 1990; 261-273.
9. Card R., Dibble A. Predictive Value of the Card/Farrall Stimuli in Discriminating Between Gynephilic and Pedophilic Sexual Offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 1995; (7)2:129-141.
10. English K., Jones L., Patrick D., Pasini-Hill D., Gonzalez S. We Need You to Become Experts in the Post-Conviction Polygraph. - Polygraph, 2000; (29)1:44-62.
11. Floch M. Limitation of the lie detector // J. crim. low and criminol. (40), 1950; 651-652.
12. Hammond D.L. The responding of normals, alcoholics, and psychopaths in a laboratory lie detection experiment. Dissertation Abstracts International 1980; 41 (6-B).
13. Heuer R. Sexual behavior and security risk: background information for security personnel. - Polygraph, 1996; (25)3:165-224.
14. Lawson H.H. Polygraph as a Measure of Progress in the Assessment and Surveillance of Sex Offenders // Sexual Addiction & Compulsivity, 1995; (2)2:37-45.
15. Lykken D. A study of anxiety in the sociopathic personality // Dissertation Abstracts, 1955; 16(4):795.
16. Murphy V. The use of polygraph examinations for victims of sex crimes in Maryland, 1993-1996. - Polygraph, 1996; (25)4:279-289.
17. Orlansky J. Assesment of lie detection capability // Technical report, 1964; 62-16.
18. Raskin D.C., Barland G.H., Podlesny I.A. Validity and reliability of detection of deception // Polygraph, 1977; 6(1):1-39.
19. Raskin D.C., Hare R.D. Psychopathy and detection of deception in a prison population // Psychophysiology, 1978; 15(2):126-135.
20. Ruilmann C.J., Gulo M.J. Investigation of autonomic responses in psychopathic personalities // So.Med.J.: 1950; (43): 953-956.
21. Williams V. Response to Cross & Saxe's 'A Critique of the Validity of Polygraph Testing in Child Sexual Abuse Cases'. - Polygraph, 1999; 28(2):105-116.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL INVESTIGATION AT PARAPHYLIAS
Georgij Vvedensky, Farit Safjanov, Maksim Kamenskov, Igor Kozlov,
Aleksij Nikolaev

Summary

Key words: polygraph, paraphilia.

In article results of research of 93 men of sexual offenders are analyzed. Methods: psychopathological, sexological, psychophysiological. Absolute and relative contra-indications to application of polygraph examinations in diagnostics of paraphilias at persons with a mental diseases are established.

Correspondence to: vvedensky_georg@mail.ru

Gauta2011-12-14