

بسمه تعالی

موضوع: ارزیابی خطر و وضعیت خطرناک در میان زندانیان مبتلا به اختلالات روانی و دیگر افسار جامعه

مترجم: علی اصغر فرقدان

تاریخ ترجمه: تابستان ۹۱

Www.HaghGostar.Ir

ناشر: پایگاه نشر مقالات حقوقی، حق گستر

ارزیابی خطر و وضعیت خطرناک در میان زندانیان مبتلا به اختلالات روانی و دیگر افسار جامعه

از وضعیت خطرناک تا ارزیابی میزان ریسک: خشونت، تخلف جنسی، خشونت خانوادگی، کودک آزاری و خودکشی

ارزیابی و سنجش خطر و پیش بینی وضعیت خطرناک

اولین نسل پژوهش

حرکت از پیش بینی وضعیت خطرناک به سوی ارزیابی خطر

پیش بینی خشونت

پیش بینی تخلف جنسی

پیش بینی خشونت خانوادگی و کودک آزاری

پیش بینی خودکشی

خلاصه

ارزیابی و سنجش ریسک و پیش بینی وضعیت خطرناک و بحرانی

مبنی بر قضاوت درخصوص احتمال خطر و نیاز مبرم برای معیارهای گوناگون پیشگیری کننده بطور کلی واژه " ارزیابی و سنجش خطر " به فرآیند تصور سازی خطرات مختلف اشاره می کند.

وسیعترین معنا و مفهوم برای ریسک و خطر را می توان به فرآیند هایی مانند پیش بینی وضعیت آب و هوا، تعیین حق بیمه و تصمیم گیری در راستای زمینه های پزشکی در مورد تشخیص و درمان نسبت داد.

مفهوم ریسک و خطر کاملاً مفهومی بغرنج و چند بعدی می باشد.

پیشنهاد شده است که مفهوم و تصور کلی درمورد " ریسک " متضمن قضاوت و داوری درخصوص ماهیت خطر، احتمال وقوع آن، تناوب و فراوانی وقوع، اهمیت و جدی بودن عواقب و قربات و نزدیک بودن وقوع خطر باشد.

از یک جهت، هدف اصلی ارزیابی روانشناختی تلاش برای پیش بینی درباره رفتار آینده بر اساس برخی از عواملی است که با مجموعه ای از روشها و سبک ها با تدابیر پیشگویانه درهم آمیخته می باشند.

دو نفر به نامهای موریس و میلر در سال ۱۹۸۵ سه نوع تدبیر و طرح پیشگویانه ای را مشخص و تعیین نمودند که این سه نوع طرح عبارتند از :

پیش بینی بالینی، که در این طرح پیش بینی بر اساس تجربه و قضاوت می باشد.

پیش بینی آماری، که در این طرح پیش بینی بر اساس یک طرح آماری یا فرمول می باشد.

پیش بینی تحلیلی، که در این طرح پیش بینی بر اساس یک تجزیه و تحلیل مشخص درمورد اینکه چگونه یک فرد خاص عملی را در شرایط مشابه در گذشته انجام داده است می باشد.

مطمئناً، اکثر انواع پیش بینی های رفتاری که درچارچوب قانونی صورت می گیرند پیش بینی هایی درمورد وضعیت خطرناک آینده هستند که بمنظور اعمال اعدام، پیش بینی احتمال تکرار ارتکاب

جرم بمنظور تعلیق مجازات، عفو، وضعیت مجرم جنسی و غیره بوده و بر اساس قضاوت بالینی انجام می شوند.

درعین حال، جالب توجه است که این چنین قضاوت ها اکثرا بصورت ذاتی، حکایتی و همه پیش بینی های ذهنی می باشند که در معرض انواع تعصبات و اکتشافات قرار دارند.

تعجب آور نیست که در بحث مربوط به دقت نسبی پیش بینی های آماری و بالینی، بایستی اذعان داشت که پیش بین های آماری بمراتب خیلی بهتر از هر زمان دیگر هستند.

با این وجود، دادگاهها کاملا غریب نوازی کرده و حتی برای پیش بینی های بالینی بسیار مساعد و مطلوب عمل می کردند و نظر مساعد داشتند و این احتمالا به این خاطر است که دادگاهها چنین فرض کرده اند که متخصصین سلامت روان از نرخ های بالای تخصص و دقت برخوردارند که بیشتر از نرخهای افراد عادی می باشد و این امر به احتمال زیاد صحت دارد زیرا مردم فرض را بر این می دانند که تجربه دقت را افزایش و بهبود می بخشد .

در واقع افرادی مانند داوز، فوست و میل در سال ۱۹۸۹ به این نتیجه رسیدند که تقریبا در هر یک از این مطالعات و پژوهش ها، روش آماری یا بعضی اوقات با روش بالینی کاملا برابر است و یا بعضی اوقات هم با آن برابری اندکی داشته و یا از آن پیشی گرفته است.

همه پژوهش ها با این وضعیت در یک راستا قرار نداشته و موافق با آن نیستند، با این وجود، برخی مطالعات بنظر می رسند که یا مستلزم یک نگرش و رویکرد تحلیلی باشند و یا مستلزم رویکردی باشد که آن را بعضی اوقات قضاوت بالینی دارای ساختار می نامند.

فردی بنام لیت واک در سال ۲۰۰۱ چنین استدلال نمود که حتی روشهای آماری مستلزم بعضی از اشکال قضاوت بالینی در کاربردها هستند (برای نمونه در نمره گذاری).

برخی از پژوهشگران مانند برام در سال ۱۹۹۶، لیت واک و شلسینگر در سال ۱۹۹۹ رهنمودها و دستورالعمل هایی را برای تصمیم گیری در زمینه های پیش بینی به معرض پیشنهاد گذاردند.

در واقع، کار شبکه تحقیق و پژوهش در مورد بهداشت روان (سلامت روان) و قانون توسط افرادی به نامهای جان و کاترین احراز و مورد تصدیق قرار گرفت.

فردی بنام بنیاد مک آرثر در سال ۱۹۸۸ که بعداً در باره آن در این فصل بحث خواهد شد یک رویکرد و نگرشی را نسبت به ارزیابی ریسک (ارزیابی خطر) بیان نمود که شکل یک قضاوت بالینی دارای ساختار را بخود گرفت.

وقتی که به قضاوت خطر بازگشت مجدد به جرم (تکرار جرم) نگاه می کنیم و زمانیکه تحقیق و پژوهشی را در خصوص پیش بینی های خطر مورد ارزیابی و تجزیه و تحلیل قرار می دهیم، توجه کردن به این نکته حائز اهمیت است که یک مشکل عمده ای در نتیجه گیری درباره چنین چیزی وجود دارد.

اولاً بازگشت بسوی جرم (تکرار جرم) چیست ؟

بازگشت بسوی جرم را می توان به چند طرق مشخص نمود.

آیا نقض های اصولی عفو مشروط مانند فقدان گزارش دهی در سر موقع پنداشته می شوند؟

درباره بستری شدن مجدد اما نه برای اعمال غیر خشونت و غیر مجرمانه چه ؟

درباره تخلفات جنائی جزئی چطور ؟

ثانیا مطالعاتی که خطر تکرار جرم را که توسط افرادی که از زندان آزاد می شوند مورد بررسی قرار می دهد صرفاً نمی توان با افرادی که هرگز از زندان آزاد نمی شوند (آدم کش ها یا کسانی که به نوعی همدستان رهبران سیاسی هستند) منظور نمود و اگر از سوابق پلیس استفاده شود، مطمئناً آن بررسی را دست کم گرفتیم زیرا بسیاری از جرایم گزارش نمی شوند و بسیاری از مرتکبین جرایم هم دستگیر نمی گردند.

اولین نسل پژوهش

تحقیق و پژوهش درخصوص پیش بینی های وضعیت خطرناک در اولین قسمت قرن بیستم بسیار پراکنده بود و بررسی های پیگیری مشکل بنظر می رسیدند.

اکثر بررسی ها و تحقیقات نگاهی دارند به رابطه بین بیماری روان و خشونت و بطور کلی نتایج چنین بودند که بیمار روانی کمتر در معرض خشونت قرار داشته و نسبت به جمعیت عمومی از نرخ های کمتر دستگیری برخوردار بودند.

در سال ۱۹۷۴ یک کتاب بسیار مهم که مانند یک نقطه عطفی در راستای سلامت روان محسوب می شود اهمیت عمده و خاصی را به این زمینه معطوف نمود.

در سال ۱۹۶۶ دادگاه عالی ایالت متحده آمریکا در مورد فردی بنام BAXSTORM تصمیم گیری نمود.

BAXSTORM پس از اتمام محکومیت کیفری اش در بیمارستان دولتی DANMORE که یک بیمارستان روانپزشکی تادیبی و فوق امنیتی محسوب می شد و در شهر نیویورک قرار داشت بستری شد.

دادگاه عالی آمریکا حکمی صادر نمود که نگاهداری BAXSTORM نقض حمایت تساوی قانون قلمداد شده زیرا اگر چه شخص مذکور بخاطر بیماری روانی نگهداری می شد، اما هیچ گونه حفاظت قانونی که برای ارتکاب جرایم مدنی و جنائی در نظر گرفته می شود برای BAXSTORM منظور نشده بود.

در نتیجه این تصمیم، تعداد ۹۶۷ مجرم به بیمارستانهای دیگر در نیویورک انتقال داده شدند و بسیاری از بیماران دیگر خیلی زود بعد از آن به سطح جامعه فرستاده شدند.

جای تعجب است که نرخ بازگشت بسوی ارتکاب جرم (تکرار جرم) در میان بیماران روانی در ظرف یکسال بمراتب حالت نزولی پیدا کرد یعنی از تعداد ۱۷۶ نفر بیمار ترخیص شده به سطح جامعه صرفا ۷ نفر به بیمارستانهای امنیتی بازگشتند.

بعد از تقریبا ۵ سال، بیش از نیمی از مجرمین مبتلا به بیماری روان مرخص شده و به سطح جامعه بازگشتند، اما کمتر از ۳٪ به بیمارستانهای امنیتی عودت داده شدند.

صرفا دو نفر مجرم مرد بخاطر جرایم خشونت مجددا مرتکب خلاف گردیدند (بسوی ارتکاب مجدد جرم بازگشتند).

بررسی اخیر (انجام شده توسط دو نفر بنامهای THORNBERRY و JACOBY در سال ۱۹۷۹) در مورد یک موسسه روانی امنیتی مشابه در ایالت پن سیلوانیای آمریکا بطور ضروری همین مورد را مشاهده نمود.

پس از انجام این مطالعات و بررسی های گسترده توسط فردی بنام JOHN MINAHAN (MONAHAM در سال ۱۹۸۱ و STEADMAN در سال ۱۹۸۳)، بطور کلی در جامعه علمی چنین فرض و پنداشته شد که متخصصین بهداشت روان می توانند وضعیت خطرناک یا خشونت را با یک مقیاس دقیق و رضایتبخشی پیش بینی کنند.

در واقع، MONAHAM بر اساس بررسی یافته های پژوهش اش از دهه ۱۹۶۰ تا دهه ۱۹۷۰ به این نتیجه رسید که " روانپزشکان و روان شناسان دقیق عمل کردند بدین صورت که نه پیش از یکی از سه مورد پیش بینی درمورد رفتار خشونت آمیز در طول چندین سال درمیان جمعیت نهادهای شده دقیق می باشد یعنی پیش بینی در مورد هم جمعیت نهادهای شده ای که در گذشته مرتکب خشونت شده بودند (و لذا دارای نرخ بالایی بودند) و هم افرادی که بعنوان بیمار روانی شناخته شده بودند صحت داشت

(منتشر شده در نشریه سال ۱۹۸۱ صفحه ۷۷). "

علی رغم این، دادگاهها در واقع این قبیل پیش بینی ها را می طلبیدند و در عوض گاهها هشدارهایی را از طرف متخصصین بهداشت روان نادیده می پنداشتند که این قبیل پیش بینی ها مشکل ساز بودند.

در روز ۱۴ نوامبر سال ۱۹۷۸ فردی بنام THOMAS BAREFOOT محکوم به قتل یک مامور پلیس در ناحیه Bell واقع در ایالت تگزاس گردید.

یک دادرسی در برابر همان قاضی برگزار شد که تصمیم بگیرد که آیا حکم اعدام بایستی در مورد THOMAS اعمال شود یا خیر.

بموجب قانون تگزاس، از قاضی مذکور خواسته شد که مشخص نماید آیا این احتمال وجود داشت که مدعی علیه (خوانده) ممکن بود مرتکب اعمال جنایی شود که تهدیدی برای جامعه در برداشته باشد.

دولت بخاطر شهرت و آبروی مدعی علیه شواهدی را برای محکومیت های قبلی وی مطرح نمود.

دولت آمریکا نیز دو نفر روان پزشک بنامهای JAMES و BRIGSON را فراخواند و از آنها خواست در پاسخ به سوالات فرضی اثبات کنند که ممکن بود BAREFOOT دست به اعمال خشونت آمیز دیگری بزند که آن خشونت ها می توانست تهدید مستمری برای جامعه محسوب شود.

قاضی مسئول پرونده به سؤال ارائه شده پاسخ مثبت داد که نتیجه اش مستلزم اعمال حکم اعدام را به همراه داشت. (شایان ذکر است که دکتر GRIGSON نظریه اش را بدون نشست و ارزیابی تسلیم نمود که این کار نتیجتاً بنا به اتهامات اخلاقی منجر به اخراج وی از انجمن روان پزشکی آمریکا شد.

دادگاه عالی ایالت متحده آمریکا در نتیجه استیناف (فرجام) آقای BAREFOOT را شنید.

وی استدلال کرد که روان پزشکان بطور فردی و گروهی صلاحیت ندارند که بتوانند یک مقیاس مقبولی از قابلیت اطمینان را پیش بینی کنند که نشان دهد یک مجرم خاص ممکن است جرایم دیگری را در آینده مرتکب شود و خطری را برای جامعه به ارمغان بیاورد.

انجمن روان پزشکان آمریکا در واقع یک خلاصه دادگاهی را در این مورد ارائه کرد که دال بر حمایت از این بحث و استدلال بود.

با این وجود، دادگاه عالی حکم اعدام آقای BAREFOOT را تأیید کرد.

این پیشنهاد که شهادت و گواهی هیچ یک از روان پزشکان ممکن است با توجه به وضعیت خطرناک و بحرانی آینده مدعی علیه ارائه شود مثل این است که از ما خواسته شود چرخه را از کار بیاندازیم.

در وهله نخست این برخلاف موارد ما می باشد .

چنانچه احتمال ارتکاب جرائم بیشتر از سوی مدعی علیه برای اعمال حکم اعدام مطابق با قانون اساسی معیار قابل قبولی باشد، و اگر حتی برای یک شخص عادی رسیدن به این نتیجه امکان پذیر نباشد معنی و مفهومی در برنخواهد داشت.

البته پیش بینی کردن درمورد رفتار آینده کار آسانی نیست.

واقعیت این است که این چنین تصمیم گیری مشکل و حاد بنظر می رسد ، با این وجود، بدین معنی هم نیست که چنین پیش بینی را نتوان اتخاذ نمود.

در واقع، پیش بینی درمورد رفتار و کردار آینده مجرم یک عنصر ضروری در بسیاری از تصمیمات محسوب می شود که در کل سیستم عدالت جنایی ما ارائه می شود.

این تصمیم درمورد اینکه آیا قید وثیقه متهم را می توان پذیرفت، برای نمونه، غالباً به پیش بینی قاضی درخصوص رفتار آینده متهم بر میگردد.

هر مسئول صدور حکم رفتار و کردار احتمالی که در آینده از سوی متهم سر می زند را پیش بینی می کند و این زمانی بایستی صورت پذیرد که می خواهد بداند چه مجازاتی را باید اعمال نماید.

برای آندسته از افرادی که محکوم به زندان هستند، همین قبیل پیش بینی ها بایستی توسط مقامات و مسئولین عفو اتخاذ شوند.

این وظیفه که بایستی در پاسخ به سؤال قانونی در این مورد توسط یک هیئت منصفه تگزاس انجام شود اساساً با کاری که چندین مرتبه در روز توسط سیستم عدالت جنایی آمریکا انجام می شود تفاوتی ندارد.

آنچه که ضروری بحساب می آید این است که هیئت منصفه قبل از آن ممکن است اطلاعات مربوطه را درباره فرد متهمی که بایستی درمورد سرنوشتش تصمیم گیری شود داشته باشد.

قانون تگزاس صریحاً این اطمینان را می دهد که همه این شواهد ارائه خواهند شد.

بطور واضح و مبرهن، دادگاه عالی بر این عقیده است که آیا متخصصین بهداشت روان این احساس را دارند که این پیش بینی ها را بطور دقیق انجام دهند یا خیر .

علاوه بر این، بنظر می رسد که دادگاه عالی همچنین این استدلال را پذیرفته که متخصصین بهداشت روان از افراد عادی بهتر نیستند و آنها این مورد را به اثبات رسانده اند و اگر این صحت داشته باشد، متخصصین سلامت روان از افراد عادی بدتر هم نیستند هر چند اگر آنها بهتر نباشند، پس کمکی هم نمی توانند ارائه کنند و بنابراین شهادت و گواهی آنان بموجب قوانین حاکم بر شهادت کارشناسی نامربوط بوده یا پذیرفتنی نیست.

حرکت از پیش بینی وضعیت خطرناک بطرف ارزیابی ریسک و خطر

همانگونه که مفهوم وضعیت خطرناک در جامعه علمی باعث عدم رضایت شده است، یک نمونه جدیدی از ارزیابی خطر پدیدار می شود.

این نمونه بر اساس تصورات و مفهومات قانونی از خشونت و مجرمین خطرناک نبوده، بلکه در یک نمونه تحت تاثیر بهداشت روان قرار گرفته، بطوری که خشونت نه فقط بعنوان یک جرم بلکه بعنوان یک مشکل و معضل سلامت مانند سرطان مشاهده شده است.

چنانچه تمرکز کنیم به این نکته می‌رسیم که این تغییر و تحول از طریق شناخت وضعیت خطرناکی که بعنوان یک متغیر خطرناک دومقوله ای (خطرناک باشد یا نباشد) تصور شده بود ایجاد شده است.

در همان زمان، تا اوایل دهه ۱۹۹۰، متخصصین و اساتید بهداشت روان شروع به ارزیابی مجدد نتایج اخیرشان که توسط MONAHAM در سال ۱۹۸۱ و دیگر پیش بینی ها و ارزیابی های خطر که دقیقاً صورت پذیرفته بود نمودند.

بطور فزاینده به اصطلاح نسل دوم مطالعات (OTTO در سال ۱۹۹۲) متمرکز شده بر نشانه ها و عواملی از قبیل عوامل شخصی و وابسته به آمارگیری نفوس، گرایش یا عوامل شخصیتی، عوامل بالینی و عوامل ضمنی (عوامل وابسته به قراین) که بطور غیر مستقیم با خطر درهم آمیخته هستند.

لذا برای نمونه، بدیهی است که تاریخچه و سابقه یک خشونت قبلی پیش بینی خشونت های آینده است.

عوامل گرایی اختلالات روانی (انجام شده توسط HARE در سالهای ۱۹۹۱ و ۱۹۹۶) قویا به خطر افرایش یافته انواع متعدد رفتارهای مشکل سازی که در آینده بوقوع می پیوندند مربوط می باشد مانند جرایم خشونت و جنسی.

بطور مشابه، برخی از علائم بالینی مانند دستورات توهم زا و عوامل وابسته به قراین مانند همسایگی (مجاورت)، همچنین بعنوان پیش بینی خشونت یافت شده اند.

در نتیجه، همگی بر این عقیده هستند که ارزیابی های خطر را می توان با سطوح نسبتاً خوبی تحت شرایط مطمئن اتخاذ نمود (تحقیق شده توسط OTTO در سال ۱۹۹۲ و BORUM در سال ۱۹۹۶).

بعنوان بخشی از این حرکت و جنبش، صرفنظر از پیشی بینی وضعیت خطرناک و در راستای مفهوم ارزیابی خطر، تعدادی مستند پیدا شده اند که برای برخی از رفتارها مانند خشونت بین فردی (میان فردی)، کودک آزاری، خشونت خانوادگی و جرایم جنسی مشخص می باشند.

در دو بخش بعدی، بر می گردیم به هر یک از آن قبیل رفتارها و مستندات که برای سنجش خطر هر یک از آنان طرح ریزی شده اند.

پیش بینی خشونت

آیا رابطه ای بین اختلال روانی و تمایل خشونت نسبت به دیگران وجود دارد؟

مطمئناً عموم مردم بر این عقیده هستند که وجود دارد.

روان شناسان بیشتر شکاک بودند، اگر چه روان شناسان برجسته (برای مثال، MONAHAN سال ۱۹۹۲) اعتقاد داشت که رابطه نامتناقض ولی کم ممکن است وجود داشته باشد.

چنانچه این چنین رابطه ای وجود داشته باشد، آیا روان شناسان قانونی می توانند مشخص می کنند که چه افرادی در معرض خطر رسانی (آسیب رسانی) به دیگران هستند؟

روان شناس MONAHAN در سال ۱۹۹۲ به این نتیجه رسیده است که صرفاً کسانی که علائم بیماری روانی را تجربه می کنند بیشتر در معرض خطر خشونت قرار دارند.

روان شناس فوق الذکر چنین می نگارد: بودن یک بیمار در بیمارستان خودش تجربه کردن علائم بیماری روانی است که ربطی به رابطه مستقیم با خشونت ندارد.

اکثریت مردمی که مبتلا به بیماری اختلالات روانی هستند تا میزان چشمگیری خشونتی ندارند و خشن نیستند.

احتمال این کم است که هیچ فردی در ملاء عام مرتکب خشونت بر علیه کسی نمی شود، بعلاوه نرخ پایه مشکل ذکر شده در بخش پیشی بینی خودکشی، دستیابی به خطر امری بسیار مشکل است.

در واقع، صحت اعتبار پیش بینی های خشونت توسط متخصصین سلامت روان بطور کلی بیشتر از موضوع بیماری روانی و رابطه آن با خشونت دارد که توسط بازیبن گران مورد توضیح قرار گرفته است.

یک بازنگری اخیر به این نتیجه رسیده است که نرخ صحت این قبیل پیش بینی ها صرفاً کمی بیش از فرصت بوده است.

فرد دیگری بنام GRAB در سال ۱۹۹۸ نتیجه گرفت که روان شناسان بالینی پیش بینی های معتبر و متوسط و طولانی و کوتاه مدتی را در مورد خشونت انجام می دهند، اگرچه نرخهای دقت و صحت آنان کمتر از دقت کسانی است که از پیش بینی آماری استفاده می کنند.

علاقه مجددی درمورد ارزیابی خطر با توجه به خشونت توسط بنیاد MacARTHUR حمایت کننده مطالعات وسیع و نیز توسط شبکه تحقیقاتی بهداشت روان و قانون ایجاد و رشد و نمو کرد و روش شناسی بهتری را درخصوص تحقیقات و بررسی های اخیری که نرخ دقت و صحت را افزایش بخشیده بود پیش برد.

برای مثال، مطالعات تحقیقاتی گذشته غالباً صرفاً از طرق محدودی برای ارزیابی خشونت (فقط از طریق سوابق دستگیری) استفاده می کرد، حال آنکه تحقیقی که اخیراً انجام شده به خودسنجی و دیگر متغیرهای پی آمد استناد می کند.

بر اساس تحقیقات MONAHAM و STEADMAN در سال ۱۹۹۹، افزایش استفاده از روشهای آماری همچنین دقت و صحت پیش بینی ها را بهبود بخشیده است.

یک مثال درمورد ارزیابی خطر معاصر که این نگرش را منعکس می کند پژوهش های افرادی مانند GRANT T HARRIS، VERON L QUINSEY، MARINE E RICE و دیگر همکاران آنها می باشد.

برای مثال HARRIS، RICE و QUINSEY در سال ۱۹۹۳ از ۱۲ مورد متغیر کدگذاری شده از فایل های نهادی ۶۱۸ نفر مرد در یک بیمارستان دولتی فوق امنیتی در کشور کانادا استفاده کردند.

این متغیرها شامل امتیازاتی درمورد فهرست های اختلالات روانی HARE (تحقیق شده توسط HARE در سال ۱۹۹۱)، جدایی از والدین قبل از سن ۱۶ سالگی، افراد هرگز ازدواج نکرده،

گزارش های اولیه از ناسازگاری، وجود سوء مصرف از الکل، ایجاد صدمات و آسیب به دیگران و طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری می باشند.

معیار خشونت های متعاقب آن هر گونه اتهام جدیدی برای تخلف جنسی یا بازگشت به مراکز متخص این قبیل اعمال پس از یک پیگری ۷ ساله محسوب می شد.

ترکیب آماری متغیر های پیش بینی به یک ضریب چندگانه رگرسیون (ضریب چند گانه واپس روی و برگشت) ۴۶ برای برگشتی های خشونت (افرادی که بعثت ارتکاب خشونت مجددا راهی زندان شده اند که به آنها برگشتی می گویند) سوق پیدا کرد.

استفاده از روشهای آماری پیش بینی را بهبود می بخشد اما تخمین های کنونی نشان می دهند که پیش بینی ها هنوز ممکن است دقت و صحت کافی را ۴۰٪ تا ۵۰٪ اوقات نداشته باشند.

بررسی اخیر پژوهش های ارزیابی خطر که توسط دو تن بنامهای DOUGLAS و WEBSTER در سال ۱۹۹۹ انجام شد نشان داده است که ۲۰ متغیر بنظر می رسند به خطر بروز خشونت مربوط می شوند.

این متغیرهای پیش بینی بعنوان پیش بینی ایستا، پیش بینی پویا و پیش بینی های مدیریت خطر (مدیریت بحران) طبقه بندی می شوند.

پیش بینی ایستا ویژگی های یک فرد یا حوادث تاریخی محسوب می شوند که قابل تغییر نمی باشند.

پیش بینی های پویا آنهایی هستند که در طول زمان و بنا به موقعیت تغییر می کنند (بر اساس تحقیقات ANDREWS و BONTA در سال ۱۹۹۸ و ANDREWS و BONTA و HOGE در سال ۱۹۹۰).

پیش بینی های مدیریت خطر بر ماهیت موقعیت یا محیطی که شخص در آن زندگی می کند یا در آینده زندگی خواهد کرد تمرکز می کند.

تعداد ۱۰ مورد پیش بینی از ۲۰ مورد متغیر های پیش بینی ایستا هستند که عبارتند از : یک تاریخچه خشونت قبلی، سن جوان، تاریخچه ارتباط بی ثباتی و خصومت، تاریخچه عدم ثبات اشتغال، تاریخچه سوء استفاده از مواد مخدر و الکل، اختلال روانی شدید، تشخیص اختلال

شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات روانی، کژسازگاری زود هنگام در خانه یا منزل، سابقه اقدام به فرار و تشخیص هر گونه اختلال شخصیتی.

پنج مورد دیگر از ۲۰ مورد پیش بینی عبارتند از : عدم بصیرت و فقدان بینش به ظرفیت رفتار خشونت آمیز شخص، گرایش و تمایل به عصبانی شدن و دشمنی در موقعیت های بین فردی، علائم روانی، مانند هذیان گویی و توهمات، تکانشگری (انجام کاری از روی انگیزه و بدون تفکرات و تعمقات قبلی درباره آن کار) و ناپایداری احساسات منفی و مقاومت یا عدم واکنش در برابر درمان.

پنج مورد پیش بینی دیگر از ۲۰ مورد عبارتند از : متغیرهای مدیریت خطر، عدم نظارت و کنترل پس از زمان ترخیص، دسترسی سهل و آسان به افراد قربانی، مواد مخدر، الکل و سلاح، عدم حمایت اجتماعی و منابع، عدم تسلیم در برابر تجویز دارو و درمان و مقدار قابل توجه استرس و تنش در خانواده، اشتغال و روابط با همسالان.

چند مورد ابزار ارزیابی خطر بر اساس این قبیل متغیرها بودند.

برای مثال، در سال ۱۹۷۷، WEBSTER، DOUGLAS، EVES و HART در سال ۱۹۷۷ تعداد ۲۰ تاریخچه متغیرهای بالینی و مدیریت خطر (HCR-20) را بعنوان ابزار پیش بینی رفتار خشونت آمیز در میان بیماران روانی ترخیص شده ایجاد و توسعه دادند.

راهنمای ارزیابی خطر خشونت (VRAG) توسط HARRIS et al در سال ۱۹۹۳ مبنی بر پیش بینی برگشتی های حاصل از رفتار خشونت آمیز ایجاد نمودند.

راهنمای ارزیابی خطر خشونت بر اساس اطلاعات و داده هایی از ۶۱۸ نفر بیمار مرد در ساختمان OAK RIDGE که یک مرکز بهداشت روان در کشور کانادا می باشد انجام شد.

این مرکز بهداشت روان یک مرکز فوق امنیتی محسوب می شود که افرادی را که از دادگاهها، زندانها و دیگر بیمارستانهای مستقر در کشور کانادا به آنجا می فرستند مورد ارزیابی و درمان قرار می دهد.

راهنمای ارزیابی خطر خشونت متشکل از ۱۲ مورد متغیر می باشد عبارت است از : جدایی از والدین قبل از سن ۱۶ سالگی، تاریخچه استفاده از مواد مخدر و الکل، وضعیت تاهل، سابقه جنایی بخاطر جرایم غیر خشونت آمیز، قصور در مورد آزادی مشروط قبلی، سن در زمان بروز جرم، شدید

بودن جراحات فرد قربانی، قربانی زن، برخورد با ضوابط راهنمای تشخیصی و آماری (DSM) بخاطر اختلال شخصیتی یا شیزوفرنی و اختلالات فکری و روانی.

در واقع، بهترین پیش بینی درمورد برگشتی های حاصل از رفتارهای خشونت آمیز همان اختلالات فکری و روانی می باشد که از طریق نمره گذاری به فهرست تجدیدنظر شده اختلالات فکری و روانی تعیین می شود.

مفهوم و برداشت از اختلالات فکری و روانی یک مورد جالبی تلقی می شود زیرا این مفهوم مکررا رابطه قوی را با خطر تکرار جرم در میان مجرمین و بیماران و نیز جرم و جنایت عمومی، خشونت های غیر جنسی و خشونت های جنسی نشان داده است.

بطور کلی، اختلالات روانی و فکری اشاره می کند به افرادی که مکررا مرتکب اعمال جنائی می شوند که نسبت به ارتکاب آنها کمتر احساس ندامت کرده و یا ابدآ احساس پشیمانی به آنها دست نمی دهد.

اختلالات روانی و فکری از نظر شخصیتی در روابط بین فردی شان سطحی و ظاهری می باشند. اختلالات روانی و فکری بنظر می رسند که فاقد همدلی بوده و خودخواه و عاری از حس مسئولیت می باشند.

این گونه اختلالات افراد را بخاطر بدشانسی شان سرزنش نموده و بهانه هایی را بخاطر رفتارهایشان ارائه می کنند.

اختلالات روانی و فکری فریب آمیز و دستکاری شده می باشند، وهنوز جذاب و چرب زبان تلقی می شوند.

از قاتل زنجیره ای بنام THEODORE BUNDY غالبا بعنوان یک نمونه از مجرمی که دارای اختلالات روانی و فکری بوده ذکر می شده است.

آقای HARE در سال ۱۹۹۱ فهرست تجدیدنظر شده اختلالات فکری و روانی را برای ارزیابی و سنجش اختلال ایجاد نمود.

این تحقیق بر اساس فهرست تجدید نظر شده اختلالات فکری و روانی بوده که بسیار موثر و عظیم می باشد و قابلیت اطمینان و اعتبار آزمون کاملا ایده آل است.

درمورد فهرست تجدید نظر شده اختلالات فکری و روانی درمورد ۲۰ متغیر موضوعات رتبه بندی شده و به آنها امتیاز داده می شود.

امتیازات برای فهرست تجدید نظر شده اختلالات فکری و روانی از عدد صفر تا ۴۰ بوده و برای هر پرسش امتیازات صفر، یک و دو دزر نظر گرفته می شود.

امتیازات ۳۰ و بالاتر نمایانگر وجود اختلالات روانی و فکری می باشد و امتیازات ۲۱ الی ۲۹ نشان می دهد که اختلال فکری و روانی ممکن است جزئی باشد و امتیازات ۲۰ یا کمتر نشان می دهد که اختلال فکری و روانی وجود ندارد.

اخیرا یک نسخه از آزمون سرند شده فهرست اختلالات روانی و فکری با امتیازات به ترتیب ۱۸ و بیشتر، ۱۳ الی ۱۷ و ۱۲ و کمتریاجاد شده است.

پیش بینی تخلف جنسی

دیگر کار مشترک برای روان شناسان قانونی ارزیابی و سنجش میزانی از خطر مجرمین جنسی برای جامعه می باشد.

چقدر احتمال دارد که مجرم جنسی مرتکی خلاف جنسی دیگری بشود؟

این چنین تصمیمات پیامدهای فوق العاده ای هم برای امنیت عموم مردم و هم برای آزادی شخص مجرم به همراه دارد.

اکنون تقریبا تمامی حوزه های قضائی در ایالت متحده آمریکا و کانادا دارای قوانین حاکم بر جابجایی مجرمین جنسی هستند.

بطور کلی چنانچه یک مجرم جنسی با یک معیار خاصی برخورد کند، مانند احتمال ارتکاب جرم مشابه در آینده، سپس برخی از روشها مانند ثبت نام در مراکز پلیس محلی یا اطلاع رسانی از سوی جامعه درمورد وضعیت مجرم جنسی صورت خواهد پذیرفت.

این قبیل قوانین، ضرورتا برخی معیارها را برای اینکه چگونه ای داوری ها اتخاذ می شوند مانند احتمال ارتکاب تدوین می گردند.

بنابراین، این قوانین بایستی به یک نحوی به ادبیات تجربی درمورد پیش بینی برگشتی مربوط شود.

یک راه برای برقراری رابطه انجام مطالعات تحقیقاتی و مرتبط با مجرمین محکوم به جرایم جنسی می باشد که برقرار نمودن این رابطه برای ارزیابی نسبتی است که چه کسی احتمالا برخواهد گشت یا برای کسب نرخ پایه.

محکومین به تجاوز و محکومین کودک آزار هر دو مورد به این طریق مطالعه و بررسی قرار گرفته اند.

برای محکومین به تجاوز، سنگین ترین میانگین وزنی برای نرخ محکومیت مجدد جرایم جنسی ۲۲/۸٪ با یک طیف وسیعی از ۱۰٪ الی ۳۶٪ می باشد.

بطور کلی برگشتی های جرایم جنسی دارای سوابق تخلفات جنسی گسترده ای می هستند که بالاترین نمره گذاری برای ارزیابی اختلالات روانی و فکری می باشد که بیشتر میل جنسی به خشونت علیه بانوان را مورد ارزیابی و سنجش قرار می دهد که برای این ارزیابی میزان نعوظ آلت تناسلی مرد در نظر گرفته می شود.

برای افرادی که کودک آزاری می کنند، نرخ میانگین وزنی محکومیت مجدد جنسی ۲۰/۴٪ بود که طیف وسیع ۴٪ الی ۳۸٪ را در برداشت.

نرخ محکومیت مجدد جنسی برای کودک آزاران همجنس باز تقریبا دو برابر کودک آزاران علاقه مند به جنس مخالف (غیر همجنس باز) بود (۳۵/۲٪ الی ۱۸/۳٪) حال آنکه نرخ محکومیت مجدد برای مجرمین مرتکب زنا با محارم ۸/۵٪ بوده است.

رویه هم رفته، همانگونه که فردی بنام QUINSEY et al در سال ۱۹۹۵ متوجه شد، با این وجود این اعداد دارای مشکلات خاص خودشان می باشند (برای مثال، این اعداد اشاره می کنند به نرخهای محکومیت مجدد و لذا صرفا مجرمینی را که یافت شده اند را ارزیابی می کند)، اعداد مذکور بحد کافی نشان دهنده نرخ برگشتی بالایی از ارزیابی فرد از خطر نسبی بالقوه می باشد.

با تجزیه و تحلیل دقیق از عوامل مختلف پیش بینی خطر، نمونه هایی از مجرمین که مورد ارزیابی قرار گرفته و از طرفی هم قانونی شناخته شده اند، امکان دارد که ابزارهای پیش بینی خطر را ایجاد نمود.

تلاش های وافر برای فقط ایجاد ابزار های پیش بینی کننده اتخاذ شد و این قبیل ابزارها در کار پزشکی قانونی به یک مکان مشترک مبدل شدند که در آن مکان مشترک سوال مورد نظر خطر ارتکاب مجدد توسط مجرم جنسی می باشد.

اولین ابزار پیش بینی خطر همان ارزیابی سریع خطر تکرار جرایم جنسی است که توسط فردی بنام HANSON در سال ۱۹۹۷ مورد پژوهش قرار گرفت.

ارزیابی سریع خطر تکرار جرایم جنسی یک ابزار آماری ۴ بخشی است که از اسناد رسمی مورد ارزیابی قرار می گیرد.

ارزیابی سریع خطر نسبتاً بعنوان یک ابزار کنترل کننده ای برای پیش بینی برگشتی های جرایم جنسی در نظر گرفته شده است که بر اساس متا تحلیلی پژوهشی و تجزیه و تحلیل مجدد داده های موجود از کشور کانادا می باشد.

آیتم های ارزیابی سریع خطر تکرار جرایم جنسی مطابق با قابلیت شان برای پیش بینی احتمال برگشتی در طول مدت ۵ ال ۱۰ سال مورد سبک سنگین قرار گرفتند.

کل امتیازات از ۰ تا ۶ محدود شدند که اکثر مجرمین امتیازاتی را که بین ۱ و ۴ بود کسب کردند.

این آیتم ها متعلق به جرایم جنسی قبل می باشند که شامل جرایم کنونی نیستند و عبارتند از: سن در زمان آزادی (سن کنونی)، جنسیت فرد قربانی، و رابطه با قربانی.

از طرف دیگر ارزیابی سریع خطر تکرار جرایم جنسی متمرکز می شود بر متغیرهای ایستا و متغیرهای پویای شخصیتی و ایجاب درمان و دیگر متغیرها را مورد بررسی قرار نمی دهد.

دومین ابزار عبارت است از راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی (SORAG) که توسط فردی بنام QUINSEY در سال ۱۹۹۸ مورد پژوهش قرار گرفت .

این ابزار در خصوص ارزیابی خطر مجرم جنسی بطور مفصل شرح می دهد.

ابزار فوق تغییر و اصلاح راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی محسوب می شود.

این ارزیابی شامل ۱۴ آیتم ابزار آماری است که نمره گذاری آن از ۱ الی ۹ می باشد.

برخلاف ارزیابی سریع خطر برگشتی جنسی (RRASOR)، راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی شامل هم عوامل ایستا و هم عوامل پویا (متحرک) می باشد.

موارد و آیتم های راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی عبارتند از: زندگی با والدین بیولوژیکی تا سن ۱۶ سالگی، کژسازگاری در مدرسه ابتدایی (عدم تعدیل و توافق با مدرسه ابتدایی)، سابقه مشکلات الکل، وضعیت تاهل، سابقه عدم وجود تخلف جنسی، سابقه تخلف جنسی، جنسیت و سن فرد قربانی در زمان تخلف کنونی، معیار راهنمای تشخیصی و آماری (DSM) برای هراس اختلال شخصیتی، معیار راهنمای تشخیص و آماری برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، افرادی که دارای امیال انحراف جنسی هستند، و امتیاز فهرست تجدیدنظر شده اختلالات فکری و روانی (PCL-R) برای جامعه ستیزی (اختلالات روانی).

مجددا، راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی دارای معیارهای مختص خودش است.

برای مثال، حداقل ۴ مورد از عوامل شامل از حمایت تجربی کمی برخوردار بودند که این ۴ مورد عبارتند از: سابقه سوء مصرف الکل، سابقه عدم وجود جرایم خشونت، وضعیت تاهل، شناخت اسکیزوفرنی.

همچنین نمونه استفاده شده حاوی افراد کانادایی و عملی بودن نتایج مورد سوال قرار گرفته است.

نهایتا پژوهش اخیر نشان داده است که زمانیکه راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی بصورت یکپارچه و استوار بود نسبتا عملکرد ضعیفی داشت و ابزار ارزیابی نتیجتا مورد تجدید نظر قرار گرفت.

همانگونه که HART، BORE، KROPP و WEBSTER در سال ۱۹۹۷ متوجه شدند، اگر چه آنها امیدوار کننده هستند، در این برهه از زمان شواهدی وجود ندارد که راهنمای ارزیابی خطر مجرم جنسی و ارزیابی سریع خطر برگشتی جنسی با توجه به تخلف جنسی دارای اعتبار پیش بینی هستند.

هیچ گونه تحقیقی منتشر نشده که نشان دهد از تخلفات جنسی در زمان آزادی از زندان آزمون گرفته شده و صحت پیش بینی های خشونت مبتنی بر آزمون را تعیین و مشخص نموده است.

این احتمال می رود که از طرح پژوهشی اعتبار مطالعات همراه با روش های آماری برای نمره گذاری الگوریتم هایی که منجر به برآورد اضافی ابزارهای صحت پیش بینی می شوند استفاده شده است.

بر اساس پژوهش افرادی بنامهای KAUL، EPPERSON و HESSELTON در سال ۱۹۹۸ سومین ابزار طبقه بندی مجرم جنسی همان ابزار غربالگری مجرم جنسی تجدید نظر شده مینه سوتا (MNSOST-R) می باشد.

این ابزار دارای ۱۶ آیتم ابزار آماری بوده که ترکیب کننده هر دو اطلاعات تاریخی و نهادی مانند مشارکت درمان می باشد.

نمرات به چهار طبقه با نرخ های تخمین زده شده برگشتی از ۱۶٪ تا ۱۸٪ در طول ۶ سال پس از ترخیص از زندان تقسیم بندی می شوند.

چهارمین ابزار عبارت است از خطر خشونت جنسی ۲۰ متغیری (SVR-20).

فردی بنام BORE et al در سال ۱۹۷۷ یک نمونه شبیه ۲۰ متغیر تاریخی، بالینی و مدیریت خطر (HCR-20) را ایجاد نمود.

آخرین ابزار طبقه بندی مجرم جنسی عبارت است از ایستای ۹۹ (static 99) که توسط افرادی بنامهای HANSON و THORNTON مورد پژوهش قرار گرفت.

ابزار فوق الذکر یکی دیگر از ابزار آماری است که شامل ۱۰ آیتم می باشد که این آیتم ها شامل تخلف جنسی قبلی، تاریخ های محکومیت های قبلی، تعداد هر نوع موارد مشخصی که مجرم بخاطر ارتکاب تخلفات جنایی محکوم شده است، هر گونه محکومیت برای جرایم ارتباطی، وجود خشونت های غیر جنسی، هر گونه قربانیان غیر مرتبط، هر قربانی مرد، سن جوان (۱۸ تا ۲۵ سال) و وضعیت تاهل (متاهل و یا مجرد) می باشند.

ایستای ۹۹ (Static 99) میانگین دقت و صحت پیش بینی برگشتی های خشونت و برگشتی های جنسی را نشان می دهد.

پیش بینی خشونت خانوادگی و کودک آزاری

خشونت خانوادگی :

دادگاهها غالبا با داوری ها و تصمیماتی درباره خطر ابتلا به ضرب و جرح در داخل خانواده مواجه هستند چه این تصمیمات در زمینه دستورات و احکام مهارکننده باشند و چه در زمینه محکومیت، طرز رفتار یا حتی در زمینه محکومیت زندان .

با این وجود، علم پیش بینی خشونت در مورد همسر (شایان ذکر است که بطور کلی این تحقیق بر روی آزار و اذیت همسر توسط شوهر بجای آزار و اذیت شوهر توسط همسر متمرکز شده است) از روی عدم دقت کامل نامیده می شود، با این وجود درست است که ارزیابی خطر بایستی هنوز اتخاذ گردد.

در این برهه، هنوز هم ادبیات روبه رشدی درمورد باصطلاح ایجاد کنندگان خطر برای خشونت خانوادگی وجود دارد.

دو مورد تجدید نظر درمورد این ادبیات متعلق به افرادی بنامهای HOTALING و SUGARMAN در سال ۱۹۸۶ و TLMAN و BENNERT در سال ۱۹۹۰ می باشد.

اولا اینکه مردانی که همسران خود را آزار و اذیت می کنند غالبا دارای تجربه خشونت خانوادگی در زمان طفولیت هستند.

در واقع، بنظر می رسد که تاثیر شاهد خشونت بودن حتی بیشتر از تاثیر مورد هدف خشونت قرار گرفتن است، بهر حال آندسته از کسانی که از هر دو مورد فوق رنج می برند احتمالا بیشتر اقدام به همسر آزاری می نمایند (بر اساس تحقیق HOTALING و SUGARMAN در سال ۱۹۸۶).

ثانیا اگرچه همسر آزاری در تمام اقشار اجتماعی و اقتصادی بروز می یابد، بنظر می رسد که مردانی که از تحصیلات و درآمد کمی برخوردارند بیشتر تمایل به همسر آزاری دارند و برای این کار مستعد هستند. (بر اساس تحقیق HOTALING و SUGARMAN در سال ۱۹۸۶).

تفاوتهای جمعیتی بین والدین همچنین خطر همسر آزاری را افزایش می دهد (برای مثال، پیشینه مذهبی متفاوت یا وضعیت بهتر شغلی زنان یا تحصیلات بیشتر آنان).

ثالثا نرخهای بالای استفاده از مشروبات الکلی یا سوء مصرف الکل همچنین ایجاد کننده خشونت خانوادگی قلمداد می شوند. (بر اساس تحقیق HOTALING و SUGARMAN در سال ۱۹۸۶).

رابعا در حدود نیمی از مردانی که اقدام به همسر آزاری می کنند همچنان کودکان خود را هم مورد آزار و اذیت قرار می دهند. (بر اساس تحقیق SAUNDERS در سال ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵).

بر اساس پژوهش HOTALING و SUGARMAN در سال ۱۹۸۶ همسر آزاری نشأت گرفته از عزت نفس پایین می باشد.

مطالعاتی که بر این چنین عوامل مانند خشم، استرس و افسردگی متمرکز می کند بطور شگفت انگیزی از نتایج ضد و نقیضی برخوردارند.

همانطوری که خشم توسط ابزارهایی مانند مقیاس خشم NOVACO مورد ارزیابی قرار گرفته بنظر نمی رسد که مربوط به ضرب و شتم همسر باشد.

استرس (به استثناء استرس کاری) همچنین بنظر نمی رسد که مستقیما ربطی به عامل خطر داشته باشد.

افراد همسر آزار غالبا افسردگی بالایی را مورد آزمایش قرار می دهند اما مشخص نیست که افسردگی یک علت و انگیزه ای برای همسر آزاری محسوب شود بلکه بنظر می رسد که اثر حاصل از بازداشت و جدایی باشد (بر اساس پژوهش SAUNDERS در سال ۱۹۹۵).

جای تعجب است که نقش نگرش سنتی جنسی همچنین به همسر آزاری مربوط نمی شود. (بر اساس پژوهش SAUNDERS در سال ۱۹۹۵)

البته چنانچه ابزارهای آزمونی وجود داشته باشند که بتوانند مورد استفاده قرار گیرند پیش بینی های همسر آزاری را می توان بهتر انجام داد.

مقالات متعددی در مورد ابزارهای همسر آزاری وجود دارد.

بر اساس پژوهش STRAUS در سال ۱۹۷۹ یکی از رایج ترین ابزارهای مورد استفاده میزان تاکتیک های درگیری و مشاجره (CTS) می باشد.

این ابزار ضرورتا یک فهرستی از رفتارهایی است که می تواند توسط هم آزار دهندگان و هم قربانیان درخصوص اعمالی که به بدرفتاری روانی، بدرفتاری جسمی و یا خشونت تهدید جان منتسب می شود تکمیل شود.

بر اساس پژوهش SAUNDERS در سال ۱۹۹۵ این ابزار معمولاً در ارزیابی همراه با یک مصاحبه جامع بالینی که بر متغیر جمعیتی و یا متغیرهای دیگر متمرکز می شود مورد استفاده قرار می گیرد. بر اساس تحقیق SELZER در سال ۱۹۷۱ سوء مصرف مشروبات الکلی را می توان با ابزارهایی مانند آزمون کنترل الکل (MAST) تحت آزمایش قرار داد.

دیگر ابزارهای مورد استفاده رایج شامل ارزیابی خطر، پرسشنامه کنترل خشونت خانوادگی (DVSI) و ابزار کنترل برای خشونت خانوادگی KINGSTON (K-SID) می باشند.

ابزار ارزیابی خطر متشکل از دستور العمل های ساختار یافته برای ارزیابی خطر خشونت مرگبار خانوادگی است.

این ابزار تعداد ۱۵ مورد عوامل افزایش دهنده خطر را شناسایی و بر اساس مصاحبه های انجام شده با بازماندگان کد بندی نموده است.

آیتم های افزایش دهنده خطر از صفر تا یک کد بندی شده و به مجموع نمرات صفر تا ۱۵ اضافه می شوند.

پرسشنامه کنترل خشونت خانوادگی از نظر آماری بیشتر بر اساس ابزار ارزیابی خطر برای خشونت مکرر می باشد.

این ابزار ۱۲ مورد عوامل افزایش دهنده خطر را شناسایی و از صفر تا ۲ یا صفر تا ۳ بنا به اطلاعات و داده های بدست آمده از سابقه کد بندی می نماید.

آیتم ها سپس با کل نمراتی که از صفر تا ۳۰ هستند جمع می شوند.

ابزار غربال کننده خشونت خانوادگی KINGSTON یکی دیگر از ابزار آماری برای ارزیابی خطر خشونت های مکرر خانوادگی محسوب می گردد.

این ابزار بر اساس مصاحبه های صورت گرفته با مجرمین، بازماندگان و گزارشات پلیس می باشد.

ابزار فوق دارای ۳ قسمت است که عبارتند از: نمودار فقر، شاخص شدت و جراحت و ۱۰ عامل خطر ساز.

قسمتها و آیتم ها کد بندی شده و با حاصل نرخ خطر اضافه می شوند (نرخهای پایین، متوسط، بالا یا خیلی بالا).

هریک از این ابزارها دارای مشکلات و معضلات مختص خودشان اعم از عدم راهنمای نمره گذاری برای ضعف در قابلیت اطمینان و اعتبار داده ها می باشد.

اخیرا KROPP، HART و همکارانشان راهنمای ارزیابی خطر خشونت علیه همسر (SARA) را ایجاد کرده اند.

این ابزار یک مجموعه ای از دستورالعمل های ساختار یافته برای ارزیابی خطر خشونت مکرر می باشد که از اطلاعات مربوط به سابقه و مصاحبه شده گان تهیه شده است.

ابزار فوق ۲۰ عامل خطر را شناسایی و از صفر تا ۲ کدبندی می کند.

همچنین آیتم های خطرناکی یافت می شوند که کدبندی می شوند و دارای نرخهای خطر پایین، متوسط و بالا می باشد.

عوامل خطر عبارتند از خشونت علیه اعضاء خانواده یا افراد غریبه یا آشنایان، تخلف از آزادی مشروط، مشکلات رابطه، مشکلات اشتغال، قربانی شدن یا شاهد و ناظر خشونت خانوادگی بودن، سوء مصرف مواد، خودکشی یا افکار وابسته به آدمکشی، علائم بیماری روانی یا دیوانگی، اختلالات شخصیتی شناخته شده، خشونت های فیزیکی یا جنسی، استفاده از سلاح یا تهدید به مرگ، افزایش در شدت همسر آزاری، هرگونه خلاف های غیر ارتباطی، تحقیر کردن یا تکذیب نمودن و گرایشاتی که خشونت در همسر آزاری را مورد حمایت یا اغماض قرار می دهد.

برای اعتبار دادن به ارزیابی خطر خشونت علیه همسر، محققین نرخ بندی هایی را از مجرمین بزرگسال مرد در کشور کانادا جمع آوری کردند.

نرخ بندی های مذکور متعلق به ۲۶۸۱ نفر مجرم بود، ۱۶۷۱ نفر مجرم استانی آزاد شده بقید قول شرف (۱۴۲۴ نفر دارای سابقه همسر آزاری و ۲۴۷ نفر هم از حکم دادگاه برای حضور در جلسات طرز رفتار برخوردار بودند).

همچنین تعداد ۱۰۱۰ زندانی فدرال کانادایی (۶۳۸ نفر از آنها دارای سابقه همسر آزاری و ۳۷۲ نفر هم منطون به همسر آزاری بودند) وجود داشته است.

بطور خلاصه، راهنمای ارزیابی خطر خشونت علیه همسر تنها دستورالعمل ارزیابی خطر می باشد که مورد تصدیق قرار گرفته است.

کودک آزاری

بر اساس تحقیقات McCURDY و DARO در سال ۱۹۹۳ در ایالت متحده آمریکا تقریباً ۳ میلیون گزارش درمورد بدرفتاری با کودکان در سال ۱۹۹۲ بدست بایگانی سپرده شده است. چنانچه کودک آزاری جسمی مورد تأیید قرار گیرد، افرادی که در مورد اجتماع و محیط فرد یا خانواده جهت تشخیص درمان مطالعاتی را انجام می دهند بایستی در برخی از موارد احتمال سوء آینده را ارزیابی کنند و این زمانی است که تصمیماتی درمورد ترک کودک از منزل، بازگشت کودک به منزل یا اخراج کودک از منزل اتخاذ می شود.

فردی بنام MILNER در سال ۱۹۹۵ متوجه شد که ارزیابی خطر کودک آزاری بطور سنتی در زمینه پیشگیری از بارداری حائز اهمیت است که هم می تواند برای جلوگیری از کودک آزاری قبل از اینکه اتفاق بیافتد باشد (باصطلاح پیشگیری ثانوی نامیده می شد) و هم در راستای کاهش خطر بروز کودک آزاری پس از وقوع (باصطلاح پیشگیری ثالث نامیده می شود) مورد استفاده قرار گیرد.

فردی بنام BELSKY بین سالهای ۱۹۸۰ و ۱۹۹۳ چهار سطح زیست محیطی از عوامل خطر را در رابطه با کودک آزاری مورد تشریح و توصیف قرار داد که چهار سطح مورد نظر عبارتند از :

الف) - سطح رشد شناسی (پدیدایی فردی)، که اشاره می کند به عوامل فردی و ویژگی های والدین مانند تنها بودن پدر یا مادر جوان که از وضعیت اقتصادی سطح پایینی برخوردار بودند.

ب) - سطح ماکروسیستم، که اشاره می کند به عوامل خانواده مانند عدم تفاهم با همسر.

پ) - سطح زیست محیطی یا سطح جامعه که شامل عواملی مانند حمایت اجتماعی و تنش شغلی (استرس شغلی) است.

ت) - سطح ماکروسیستم یا سطح فرهنگی که شامل عواملی مانند ارزش های فرهنگی است.

BELSKY تلاش نمود تا بطور مفصل تشریح نماید که چگونه این قبیل عوامل بستر بدرفتاری را شکل می دهند که می تواند احتمال بدرفتاری با کودک را تحت تاثیر قرار دهد و MILNER در سال ۱۹۹۵ در مورد برخی از این قبیل عوامل بطور مفصل شرح داده است.

اگرچه تلاشهایی برای پیش بینی کودک آزاری با ابزارهای سنتی بالینی صورت پذیرفته است، مانند ابزارهای MMPI و RORSCHACH، این گونه تلاشها بطور گسترده ای ناموفق عمل کردند. صرفا یک مورد معیار برای کودک آزاری مشخص شد که چنین پنداشته شد پرسشنامه کودک آزاری بالقوه (CAPI) از قابلیت اعتماد و داده های معتبر قابل قبولی برخوردار است (با این وجود چندین عامل دیگر وجود دارد مانند غربالگری مشخصات پدر و مادر که بنام غربالگری MICHIGAN معروف است، میزان تاکتیک های درگیری و مشاجره و شاخص استرس پدر یا مادر).

پرسشنامه اصلی کودک آزاری بالقوه که دارای ۱۶۰ آیت بود یک پرسشنامه خود گزارشی پاسخ دهنده به یک انتخاب اجباری بود که انتخاب اجباری این پرسشنامه عبارت بود از: آیا موافق هستم یا موافق نیستید که به این پرسش بایستی بطور اجباری پاسخ داده می شد

پرسشنامه مذکور اکنون به ۷۷ آیت درخصوص میزان کودک آزاری فیزیکی کاهش پیدا کرده است.

در حالیکه هیچ معیاری کودک آزاری را بخودی خود نمی تواند پیش بینی و ارزیابی کند، پرسشنامه کودک آزاری بالقوه ابزاری را برای ایجاد یک معیار آماری در پروتوکل ارزیابی خطر پیشنهاد و ارائه نمود که این معیار آماری توانست مصاحبه های والدین و مشاهدات مستقیمی را شامل شود.

درحال حاضر، مرکز ملی کودک آزاری و غفلت (NCCAN) توسعه و تست پروتوکل های ارزیابی خطر را مورد حمایت قرار می دهد.

کار در آینده در این زمینه بایستی جالب و مهم باشد.

پیش بینی خودکشی

KURT COBAIN از گروه NIRVANA فوق العاده با استعداد بود اما یک موزیکدان مشکل ساز بود که در ماه آوریل سال ۱۹۹۴ خودکشی کرد و به زندگی خود خاتمه داد.

آیا روان شناسان قانونی می توانند پیش بینی کنند که چه کسانی اقدام به خودکشی می کنند؟ همانطوریکه شما ممکن است انتظار داشته باشید، نرخ صحیح و دقیق پیش بینی خودکشی بالا نیست.

اگر این نرخ بالا بود، ما در امر پیشگیری از خودکشی بیشتر موفق عمل می کردیم و در واقع طرح های دعوی در دادگاه (دادخواهی ها) علیه متخصصین سلامت روان بخاطر قصور و کوتاهی آنان مبنی بر پیش بینی خودکشی بیشتر موفق عمل می کرد.

مهمترین دلیل برای نرخ پایین دقیق در پیش بینی خودکشی این است که پزشکان غالباً برای رسیدگی به تاثیر نرخ های پایه کوتاهی و قصور می ورزند.

نرخ پایه نرخ بزرگی است که با آن یک رویداد خاصی در داخل جمعیت اتفاق می افتد.

چنانچه نرخ پایه بحساب نیاید، پزشکان احتمالاً پیش بینی می کنند که یک درصد بالاتری از بیماران اقدام بخودکشی خواهند نمود که این نرخ بیشتر از نرخی است که از داخل جمعیت بدست می آید که نرخ بسیار کمی می باشد.

در واقع، چون نرخ بسیار کم می باشد، یک شخصی ممکن است پیش بینی های صحیح تری را از طریق پیش بینی کردن عدد صفر برای خودکشی انجام دهد، تا اینکه یک ابزار بتواند هم برای منفی های کاذب (پیش بینی های عدم خودکشی که اشتباه هستند) و هم برای مثبت های کاذب (پیش بینی های خودکشی که اشتباه هستند) حساس باشد.

برای مثال، فردی بنام POKORNY در سال ۱۹۸۳ درمورد پیشرفت ۴۸۰۰ نفر که بیمار روانی بودند و در بیمارستان دولتی VETERANS نیز نگهداری می شدند مطالعاتی را انجام داد.

در طول مدت ۵ سال، صرفاً ۶۷ نفر از ۴۸۰۰ نفر مرتکب خودکشی شدند، که یک نرخ پایه ۱/۴٪ را نشان می داد.

با ارائه این نرخ پایه، کار پیش بینی برای پزشکان تقریباً غیر ممکن بود.

چه کسی از هر ۱۰۰ نفر بیمار بیشتر احتمال دارد که دست بخودکشی بزند؟

و اگر یک عامل پیش بینی (افسردگی) خطر را تا ۱۰ برابر افزایش دهد، خطر مذکور در نمونه تحقیق POKORNY ممکن بود به مرز ۱۴٪ برسد، یعنی اینکه پیش بینی های خودکشی در یک نمونه در بیمار مبتلا به افسردگی ممکن بود خطر خودکشی را دست بالا گرفته و یا اصطلاحاً زیاد برآورد نماید.

بررسی بیشتر درمورد یک تحقیق (تحقیق فردی بنام GRAB در سال ۱۹۹۸) چنین نتیجه گیری می کند که بطور کلی پیش بینی های خودکشی از اعتبار برخوردار نبوده و معتبر نیستند.

حتی پیش بینی های خطر خودکشی (که برخلاف رفتار واقعی می باشد) بنظر می رسد که دارای اعتبار کمی بوده و یا ابداء فاقد اعتبار هستند.

اخیراً تلاش هایی مبنی بر ایجاد مقیاس های پیش بینی خودکشی صورت گرفته است.

تقریباً تعداد ۲۰ مورد مقیاس پیش بینی وجود دارد.

یکی از مقیاسها عبارت است از " مقیاس احتمال خودکشی (SPS) " که در سالهای ۱۹۸۲ و ۱۹۹۹ توسط CULL و GILL که در سالهای ۱۹۸۲ و ۱۹۹۹ مورد پژوهش قرار گرفت.

این مقیاس بر اساس نمونه ۱۱۵۸ نفر ایجاد شد که بر سابقه اقدام به خودکشی که در حال حاضر افسردگی، استرس و متغیرهای شناختی هستند متمرکز شده بود.

مقیاس احتمال خودکشی متشکل از ۳۶ آیت می باشد و فرد پاسخگو اشاره می کند به اینکه هر چند وقت یکبار یک چنین وضعیتی مقیاس چهار نکته ای درمورد وی صدق می کند (فرم تست مذکور نامی از خودکشی در عنوان ذکر نمی کند).

مقیاس فوق به احتمال قوی طیف وسیعی از معاینات بالینی تا شدت خطر رفتار خودکشی و ارتباطات با استراتژیک های مدیریت خطر را ارائه می کند.

همچنین چهار خرده مقیاس وجود دارد که عبارتند از: ناامیدی، افکار خودکشی، ارزیابی خود منفی و خصومت.

یکی از موثرترین مقیاسها " مقیاس قصد خودکشی (SIS) " می باشد.

این مقیاس بعنوان یک مصاحبه نیمه ساختار یافته طراحی شده که برای بیمارانی که در گذشته اقدام به خودکشی کرده بودند مورد استفاده قرار می گیرد.

مقیاس احتمال خودکشی دارای ۱۵ آیتم است که هر کدام از آیتم ها از صفر تا ۲ کدبندی شده اند و در دو بخش ارائه می شوند.

اولین ۹ آیتم شرایط مربوط به اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار می دهند (مانند آیا شخص در هنگام مبادرت به خودکشی تنها بوده یا خیر).

دومین بخش حاوی ۶ آیتم آخر می باشد که متشکل از خود گزارش ها درباره موضوعاتی مانند آیا شخص مبادرت کننده به خودکشی فکر کرده که مرگ ممکن است در واقع اتفاق بیافتد یا خیر.

نمرات مقیاس قصد خودکشی نشان داده اند که از وابستگی های چشمگیری از اقدام به خودکشی و حتی عواقب خودکشی برخوردار می باشند.

نمرات برای این نوع مقیاس بیشتر به احساسات نا امیدی تا افسردگی مربوط بوده و درهم آمیخته هستند. مقیاس فوق با تحقیقات دیگری نشان می دهد که نا امیدی که بر اساس مقیاس نا امیدی BECK ارزیابی می شود یک پیش بینی کننده قوی تری در مورد رفتار خودکشی تا افسردگی است.

خلاصه

هدف اصلی ارزیابی روانشناختی اقدام برای پیش بینی رفتار آینده می باشد که بر اساس برخی مجموعه ای از عوامل هستند.

در زمینه پیش بینی رفتارهای مشکل ساز، مانند خشونت، تخلف جنسی، خشونت خانوادگی، کودک آزاری و خودکشی، یک تحول و تکامل تئوری و انفجار پژوهش در طول نیم قرن گذشته وجود داشته است.

از نمونه های پیش بینی های وضعیت خطرناک تا نمونه های ارزیابی خطر، روان شناسان بر نتایج مطالعات و عوامل خطر تمرکز کرده اند و برای دستورالعمل پیش بینی ها و ارزیابی ها از طریق رشد و توسعه ابزارهای ارزیابی تلاش نموده اند.

آدرس ایمیل مترجم : Farghadan390@gmail.com