

♦ ارزیابی بالینی و ارزیابی آماری

موضع گیری در برابر مجرم بدون توجه دقیق به احتمال تکرار جرم (خطر) و عوامل ویژه خطر (نیازها) در نظام عدالت کیفری، شبیه تجویز دارو برای یک بیمار بدون تشخیص علت بیماری است. روش بالینی متضمن حضور یک کارورز آموزش دیده است که می تواند یک روان پزشک، روان شناس، مددکار اجتماعی^۱، مشاور مراکز اصلاحی، عضو کمیته آزادی مشروط، یا متخصص مامور به خدمات عمومی باشد. ارزیابی بالینی، یک فرایند بین فردی است که فرد، درباره دیگری و خدماتی که به او ارائه می شود، تصمیم می گیرد. منطقی که ورای رهیافت بالینی برای ارزیابی وجود دارد این است که متخصص بالینی پایه ای از تجربه، تخصص و چه بسا استعداد ذاتی را دارا می باشد که به وی اجازه اظهار نظر کلی درباره مشکل فرد مراجعه کننده می دهد. نکته اساسی این است که پرسش هایی که متخصصان بالینی می پرسند اغلب شخصی، نامنسجم، خارج از ساختار هستند و به طور تصادفی با مشکل ارتباط پیدا می کنند. به عبارت دیگر مناسب بودن یا مرتبط بودن سوالات آنان روشن نیست و نتایج کارشان اغلب بهتر از آزمون شیر و خط با سکه نیست.

رهیافت آماری یا مکانیکی به ارزیابی، می شود از شخصی بودن و نامنسجم بودن ذاتی رهیافت بالینی، یا ساختار مند کردن مشاهدات مبتنی بر الگوهای کشف شده بین گروه های نمونه بزرگ، بکاهد. این ملاحظات (عوامل) از طریق شناخت آماری از ارتباط عامل و رفتار مزبور به دست می آید. برای مثال اگر درصد ابتلا به سرطان ریه میان معتادان به سیگار بالا باشد در بررسی سرطان، به مساله اعتیاد به سیگار می پردازند و در این صورت اعتیاد به سیگار یک عامل خطر محسوب می شود. استفاده از

ارزیابی خطر جرم در نظام عدالت کیفری

مصطفی جلالی وریاخواستی

دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم سناسی
بخش دوم و بالینی

اشاره

در بخش پیشین اشاره شد که ارزیابی و پیش بینی ارتکاب جرم بطور رسمی و غیررسمی در گذشته، در نظام عدالت کیفری وجود داشته و فرد از ابتدای ورود به این نظام، در معرض ارزیابی و سرانجام طبقه بندی قرار می گرفته است. همچنین تاکید شد که با بالا رفتن هزینه های نظام عدالت کیفری و طرح ایرادهایی نسبت به روش بالینی، با بکارگیری شیوه های نوین آماری، روش تازه ای به دست آمد. در این بخش ضمن مقایسه ارزیابی بالینی و ارزیابی آماری، جمع بندی مباحث مطرح شده نیز از نظر تان می گذرد.

روش آماری در حوزه عدالت نیز به همین صورت است. در روش آماری هم ممکن است به جای مامور مراقبت یا آزادی مشروط، یک متخصص بالینی کار مصاحبه و گفتگو با فرد مورد ارزیابی را انجام دهد اما محتوای مصاحبه بر الگوهایی مبتنی است که از داده ها به دست می آید در این صورت روش همچنان آماری است. بیشتر رهیافت های ارزیابی بسته به میزان ساختارمندی و ضابطه مندی به یکی از این دو رهیافت تعلق دارند.

نتایج این دو رهیافت، مدت هاست مورد مطالعه قرار گرفته است. یکی از نخستین تحقیقات در این رابطه، بررسی برگس^۳ بود که نتایج آزادی مشروط را برای سه هزار مجرم در ایلینویز^۴ با استفاده از یک سنجه بیست و یک عاملی خام، بررسی و با پیش بینی های صورت گرفته توسط سه هزار نفر از روان پزشکان زندان، مقایسه کرد. در مجموع سنجه در پیش بینی شکست های آزادی مشروط (تکرار جرم) موفق تر بود. بررسی مشابهی در این رابطه توسط روانشناسی به نام پل میل^۵ انجام شد که برتری کلی روش های آماری بر بالینی را بنا نهاد و تحقیقات بعدی یافته های وی را تایید کردند به طوری که آنها از ۱۳۰ تحقیق خبر دادند که به برتری دقت پیش بینی روش های آماری بر بالینی دست یافته بودند. روش های آماری در مجموع ۱۰ درصد بهتر از روش های بالینی عمل می کنند. شایان ذکر است که سطح آموزش و تجربه و زمینه تخصصی متخصصان بالینی تفاوتی ایجاد نمی کرد. پیش بینی های آماری تقریباً در هر شرایطی بهتر بودند.^۶

بر طبق دیگر بررسی ها دقت پیش بینی روش های آماری سه تا چهار برابر بیشتر از دقت پیش بینی روش های بالینی بود. به نظر می رسد دلیل برتری روش های آماری بر بالینی که تقریباً بر آن اجماع وجود دارد تکیه آنها بر علوم رفتاری و انسجام و عینیت حاصل از ابزارهای استاندارد و ضابطه مند باشد. حفظ عینیت و انسجام حتی برای متخصصین بالینی بسیار ماهر و آموزش دیده هم دشوار می باشد. برای متخصصین بالینی، در پیش بینی خطر، شخصیت فرد زندانی، از عواملی مانند سوابق جنایی که به لحاظ تجربی ثابت شده تعیین کننده تر هستند، اهمیت بیشتری داشت.^۷

همانطور که گفته شد ارزیابی های بالینی، مبتنی بر اظهار نظرهای تخصصی روان شناسان و روان پزشکان است که رهیافتی کل نگرتر^۸ نسبت به پیش بینی آماری اتخاذ می کنند، در حالی که روش آماری جزء گراست یعنی هر عاملی که کشف شده باشد به طور مستقیم با خطر تکرار جرم مرتبط می کند. در روش های بالینی از طرح ها یا فهرست های درجه بندی که از سوی متخصصین دیگر شکل گرفته است، استفاده می کنند.

هرگونه اطلاعاتی درباره شخصیت و رفتار مجرم و جزئیات جرم ارتكابی، مورد بررسی قرار می گیرد. عوامل

ارزیابی های بالینی، مبتنی بر اظهار نظرهای تخصصی روان شناسان و روان پزشکان است که رهیافتی کل نگرتر نسبت به پیش بینی آماری اتخاذ می کنند. در حالی که روش آماری جزء گراست یعنی هر عاملی که کشف شده باشد به طور مستقیم با خطر تکرار جرم مرتبط می کند. در روش های بالینی از طرح ها یا فهرست های درجه بندی که از سوی متخصصین دیگر شکل گرفته است، استفاده می کنند

خطر مورد استفاده در یک برآورد بالینی برای هر کس متفاوت است و ممکن است در طول زمان نیز تغییر کنند. این عوامل شامل ناتوانی روانی، نوع دیدگاه ها، رفتار، سرگذشت و مهارت های اجتماعی می شوند. این ویژگی های فردی، در مجموع تصویری از شخص مزبور به دست می دهد که صدمه بالقوه ای که ممکن است وارد کند را مشخص می کند. اما در این روش عوامل خطر به طور مستقیم با خطر تکرار جرم مرتبط نیستند بلکه در نهایت نظر متخصص تعیین کننده است نه سنجه. کارکرد این عوامل در روش بالینی نهایتاً ارائه نیم رخ از وضعیت مجرم برای متخصص است.

دادگاه های عالی کشورهای ایالت متحده و کانادا روش بالینی را به عنوان معیار معتبری برای ارزیابی خطر به رسمیت شناخته اند. به رغم اینکه این روش وجاهت قانونی پیدا کرده اما قابلیت آن در تفکیک دقیق مجرمان پر خطر از کم خطر محل تردید است. در ارزیابی خطر متخصصین بالینی اغلب به عوامل خطری چون سن، جنسیت و سابقه جنایی توجه ندارند. بلفریج^۹ (۱۹۹۸) مطالعه ای انجام داد تا ببیند روان شناسان پزشکی قانونی از چه تعداد عوامل خطر (مثل جرم ارتكابی، تشخیص روان پزشکی، سن، جرایم قبلی و...) در ارزیابی بهره می جویند. معلوم شد که فقط نوع جرم ارتكابی است که ممیز مجرمان پر خطر از کم خطر است. یعنی ممیز اینکه چه کسی در آینده مرتکب

تکرار جرم می شود و چه کسی نمی شود. مطالعات دیگر نشان داد که با فرض وجود اطلاعات کافی، اشخاص غیر متخصص و معمولی نیز پیش بینی هایی به دقت پیش بینی های متخصصین بالینی ارائه می دهند و در پاره ای موارد حتی پیش بینی های بهتری ارائه می دهند. منزیز و دیگران^{۱۰} (۱۹۹۴) از دقت پیش بین های خطرناک بودن از سوی متخصصی بالینی و شخص عادی بر روی بیماران را با استفاده از سنجه درجه بندی رفتار خطرناک^{۱۱} بررسی کردند و رفتار خشونت آمیز، رفتار جنایی و حوادث عمومی را موضوع سنجش قرار دادند. آنها نیز دریافتند که نتیجه کار متخصصین، به هیچ وجه بهتر از کار افراد معمولی نیست. در واقع افراد معمولی در استفاده از DBRS موفق تر بودند^{۱۲}.

از این گذشته مطالعات نشان داده است که متخصصین بالینی مختلف، پس از ارزیابی فرد یکسان به نتایجی متفاوت می رسند حتی در مواردی که با هم به گفتگو بنشینند باز با هم اختلاف نظر خواهند داشت. وبستر^{۱۳} و دیگران (۱۹۸۵) معتقد بودند که تفاوت ها در ارزیابی بالینی چه بسا ناشی از پایین بودن کیفیت آموزشی است که متخصصین دیده اند^{۱۴}.

تعیین میزان خطرناکی مبتنی بر حداقل یکی از الگوهای زیر است: رفتار کنترل نشده که از آن بیم مخاطره رود. رفتار پرخاشگرانه توأم با بی تفاوتی نسبت به پیامدهای آن یا رفتاری که ماهیتی وحشیانه یا دردمنشانه داشته باشد به نحوی که استانداردهای عادی کنترل آن را کنترل نکنند

را می توان آورد. البته قبل از توضیح این مطلب باید اشاره کرد که در اینجا بین مجرم خطرناک^{۱۵} و مجرم پرخطر^{۱۶} فرق است. مجرم پر خطر چنانچه قبلا هم توضیح داده شد مجرمی است که طبق ارزیابی های آماری بالینی، احتمال تکرار جرم وی در آینده زیاد است اما مجرم خطرناک دارای تعریفی قانونی است که البته مصداق آن با روش های مزبور مشخص می شود.

برای گروه خاصی از مجرمان که معمولاً شامل کسانی می شوند که دو یا چند جرم خشونت آمیز مرتکب شده اند ارزیابی خطر دراز مدت در فرایند تعیین مجازات نقش ایفا می کند. بخش ۴۲ قانون جزای کانادا اجازه حکم به مجازات نامعین در مورد افرادی که خطرناک شناخته می شوند را داده است. هر کس محکوم به جرم صدمه جانی شدید، آنگونه که در قسمت ۷۵۲ این قانون تعریف شده است شوند به نحوی که خطری علیه حیات، امنیت یا بهروزی (رفاه) دیگران محسوب شود را می توان مشمول درخواست قاعده مجرم خطرناک قرار داد، که دادرسی خاصی را ایجاب می کند.

تعیین میزان خطرناکی مبتنی بر حداقل یکی از الگوهای زیر است: رفتار کنترل نشده که از آن بیم مخاطره^{۱۷} رود، رفتار پرخاشگرانه توأم با بی تفاوتی نسبت به پیامدهای آن، یا رفتاری که ماهیتی وحشیانه یا دردمنشانه داشته باشد (قسم ۷۵۳ بند a این قانون)، به نحوی که استانداردهای عادی کنترل، آن را کنترل نکنند. وقتی کسی به یکی از جرایم مذکور محکوم شود و قرار باشد مجازاتی برای او تعیین شود موقتاً به حبس می رود تا ارزیابی در مورد او صورت گیرد^{۱۸}. با این توصیف باید گفت ارزیابی هایی که در دادرسی های مجرم خطرناک ارائه می شود عمدتاً بالینی هستند. یک یا چند نفر متخصص بهداشت روانی محتویات پرونده مجرم با بررسی می کنند حتی ممکن است پیش از هرگونه اظهار نظری درباره خطرناکی مجرم، با وی مصاحبه کنند یا اینکه او را معاینه کنند. ابزارهای مختلفی برای سنجش شخصیت، ضریب هوشی و مسایل بهداشت روانی ممکن است در خلال مصاحبه مورد استفاده قرار گیرد. یکی از ابزارهای رایج در این زمینه فهرست بازنگری شده روان پزشکی^{۱۹} PCL-R است. این ابزار بین ویژگی مشترک میان بیماران روانی را مشخص می کند و هر ویژگی در مقیاسی از ۰ تا ۲۰ درجه بندی شده است. نمره یا امتیاز کل سی یا بیشتر نشانه مهمی از بیماری روانی است.

PCL-R یک سنجه عینی نیست، سنجه های عینی و آماری نظیر Static ۹۹ یا SIR برای هرگونه سنجش درباره عوامل خطر مختلف، نیازمند درجه بندی نیست. اما SCL-R نیاز به درجه بندی دارد و البته یک سنجه غیرعینی است^{۲۰}. زیرا درجه بند نمی تواند صرفاً بر مبنای وجود یا فقدان عوامل خاصی نمره یا امتیاز دهد. هر ویژگی که مورد بررسی SCL-R قرار گیرد باید طبق نظر متخصص بالینی با توجه به شدت ویژگی، نمره گذاری شود. علاوه بر اختلال

چنین یافته هایی مفهوم تخصص بالینی در زمینه پیش بینی حالت خطرناک را زیر سوال برد و نشان داد که فرایند ارزیابی دلخواهانه است و سرنوشت مجرم بستگی به این دارد که چه کسی خطر را ارزیابی کند. با همه نواقص و نارسایی هایی که روش بالینی دارد در برخی کشورها مانند کانادا به این روش در برخی مراحل فرایند کیفری مانند محاکمه توجه بیشتری شده است. به عنوان مثال ارزیابی خطر مجرم خطرناک ارزیابی خطر مجرم خطرناک

پسکوپاتی دیگر اختلالات شخصیتی نیز اغلب نشان از خطرناکی دارند از جمله اختلال شخصیت جامعه ستیز، که معلوم شده همبستگی متوسطی با پسکوپاتی دارد اما علایم تشخیص جداگانه و مجزایی دارد.^{۲۱}

مدل تعیین مجازات برای مدت نامعین عمدتاً بالینی است که صلاحدید قضایی در آن تا اندازه زیادی بدون کنترل است.

جز در موارد تعیین حداقل ها و حداکثرهای تقنینی مجازات، مجازات های ساختار مند، مانند مجازات های همراه با دستورالعمل، واکنشی بوده است در پاسخ به نامعین بودن مجازات ها. بدون رهنمون و دستورالعمل، قضات اغلب مجازات هایی تبعیض آمیز تحمیل می کنند. از این رو ارزیابی های آماری جانشین ارزیابی شخصی و شهودی شد. چنین حرکتی به سوی دستورالعمل ها، انسجام بیشتر و تبعیض کمتر در تعیین مجازات ها را به همراه داشته است. عمده ضعف روش بالینی، نقش فراوانی صلاحدید شخصی، در تصمیم گیری ها است، در این روش تصمیم گیرنده آزاد است که هرگونه اطلاعات را که گمان می کند بیشترین ارتباط را با خطر تکرار دارد، استفاده کند و تنها راهنمای او هنجارها و رویه های حرفه ای اوست.

در نتیجه ناظران بیرونی در ارزیابی های بالینی، اغلب در تحیر می مانند که تصمیم چرا و چگونه گرفته شده و معمولاً متخصصین مختلف در موارد مشابه به نتایج متفاوت می رسند.

در مقابل طبقه بندی آماری ریشه در اطلاعات عینی دارد و از معیارهایی استفاده می کند که در همه پرونده ها به یک شکل است و پیش بینی هایی ارائه می دهند که صریح و بی پرده اعتبار و روایی آنها قابل اثبات است و از همه مهمتر نیاز به آموزش بسیار اندک دارند. شواهد نشان می دهند که فنون آماری برای ارزیابی خطر به وضوح بر روش های بالینی برتری دارند. برای نمونه مطالعات نشان می دهد که روش های آماری کارایی بهتری در مقایسه با روش متخصصین سلامت روانی و مسئولین امر در مراکز اصلاحی (در پیش بینی تکرار جرم) دارند به عبارت دقیقتر، به تعبیر گات فرسون^{۲۲} تقریباً در هر وضعیت تصمیم گیری که این مساله مورد مطالعه قرار گرفته است معلوم شده که ابزارهای آماری، مجرمان را بر اساس ویژگی های مشترک، به گروه هایی تقسیم می کند و اگر خطر به معنای میزان احتمال تکرار جرم در آینده باشد مجرمان بر اساس پیوندهایی که با تکرار جرم دارند، مانند سابقه ها جنایی یا ویژگی های جمعیت شناختی از این قبیل تقسیم بندی می شوند.

برای کسانی که خطر آنها برای تکرار جرم زیاد نباشد^{۲۳} از مجازات های جایگزین حبس که نیاز به مراقبت و کنترل است استفاده می شود، بر عکس برای آنها که این خطر زیاد باشد^{۲۴} مجازات حبس همراه با نظارت و برنامه های فشرده

پیشنهاد می شود.^{۲۵}

اهمیت خطاهای مختلف در پیش بینی به یک اندازه نیست. خطای سلبی که معمولاً موجب گسیل مجرم پرخطر به جامعه می شود مهمتر است از خطای ایجابی زیرا امنیت عمومی را به خطر می اندازد از این روست که حد نصاب برای کم خطر بودن بر پایه سطوح بسیار پایین خطاهای سلبی بوده است. هرچند که خطای ایجابی که آزادی های فردی و حقوق مجرم را به خطر می اندازد نیز کم اهمیت نیستند.^{۲۶}

نمودار زیر این خطاها را توضیح می دهد:

مرتکب تکرار می شود	مرتکب تکرار نمی شود	
خطای ایجابی	صحت سلبی	مرتکب تکرار نمی شود
صحت ایجابی	خطای سلبی	مرتکب تکرار می شود

◆ نتیجه گیری

بدون تردید یکی از رنج آورترین دل نگرانی های اجتماعی نیم سده اخیر جرم و پیامدهای آن در کیفیت زندگی ما بوده است و معضل جرم تبدیل به یکی از پنج عامل مهم در انتخابات ملی و محلی شده است^{۲۷} و برای نامزدها فرصتی پیش آورده اند تا با پیشنهاد راهبردهایی برای کنترل آن به نفع خود رای جمع کنند چرا که دستگاه محاکمه متولی حفظ امنیت است و دولتمردان در این حوزه بسیار تاثیر گذارند. با نگاهی بر جمعیت رو به افزایش زندانها، مشخص می شود که ما در مقام حل این معضل بیشتر رو به توانگیری از بزهکاران آورده ایم خواه به این جهت که تصور می کنیم کارگر است خواه به این جهت که راه حل بهتری سراغ نداریم. اما آمار جرایم و قسمت حوادث جرایم و رسانه ها به روشنی نشان می دهند که با زندانی کردن مجرمان جامعه در عمل امن تر نمی شود.

از سوی دیگر ساخت و اداره زندانها و مراکز اصلاحی چنان پر هزینه شده اند که بر خدمات رفاهی تاثیر گذاشته چرا که دولت ها را واداشته بخشی از بودجه ای که به خدمات رفاهی اختصاص داشته را به این بخش اختصاص دهند. سوال این است که اگر زندان پاسخگوی مشکل جرم نیست چه دلیلی هست که به این روند پرهزینه توانگیری و حبس انبوه ادامه دهیم؟! شاید از سر همین صرفه اقتصادی و انسانی بوده که جریان طبقه بندی مجرمان و تخصیص بهینه منابع و امکانات آغاز شد. دلیل دیگر شاید این است که ما در عصری به سر می بریم که هنوز پیامدهای مدرنیته را لمس می کنیم از جمله این پیامدها انتشار خطر و ریسک در جابجای زندگی امروزی است و این خود ناشی از توسعه سریع تکنولوژی است. فراوانی خطر

باعث شده تدبیری برای مدیریت و مهار آن بیندیشند و همین دغدغه وارد دستگاه عدالت کیفری شده و زمینه ظهور جرم شناسی آماری را به وجود آورد.

جرم شناسی آماری روز به روز بیشتر در دستگاه عدالت فراگیر می شود. این نظریه جدید ضمن اینکه کانون مطالعات و تحقیقات و دل نگرانی ها را متوجه خود کرده است سه پیامد مهم بدنبال داشته است؛ نخست: بزه دیده که با آمدن عدالت ترمیم کانون مطالعه و توجه قرار گرفته بود به حاشیه رفت و مجرم و خطر تکرار جرم جای آن را اشغال کرد. دوم: پیش از این اصل قانونی بودن مجازاتها ایجاب می کرد که جرم و لطمه وارده تعیین کننده مجازات و نوع مداخله لازم باشد اما با آمدن جرم شناسی آماری میزان احتمال خطری که فرد برای جامعه و بزه دیدگان بالقوه دارد تعیین کننده مجازات شد. سوم آنکه ارزیابی ها و طبقه بندی های عینی مجرمان عرصه را برای صلاحدید و قضاوت های خودسرانه مسئولین مراکز اصلاحی تنگ تر کرده است لذا طبقه بندی مجرمان اگر دقیقتر نشده باشد یقیناً ضابطه مندتر شده است.

این نظریه در حقیقت نوآوری در حوزه روش است و آورده های در حوزه ماهوی یا درباره جرم و علل آن ندارد از این رو نمی توان گفت که جرم شناسی آماری طبیعی سرکوبگر یا باپرورانه یا ترکیبی از هر دو دارد. زیرا بستگی به این دارد که این تکنولوژی طبقه بندی در چه راستایی استفاده شود. اگر رویکرد دستگاه عدالت کیفری سرکوبگر یا توانگیرانه باشد، طبقاً نسخه هایی تهیه خواهد شد که به عوامل خطر از نوع ایستا بیشتر توجه می شود و عمدتاً به دنبال مجرمان پر خطر هستند تا از آنها توانگیری کنند اما اگر دستگاه کیفری رویکردی بازوپرورانه داشته باشد، در پی این خواهد بود که ضمن شناسایی عوامل ایستا عوامل پویا از هر دو نوع را بشناسد و بر اساس آنها برنامه ها و درمانهایی جهت پاسخ به نیازها و عوامل خطر تدارک ببیند دستگاه اول تابع جریان «هیچ چیز کارگر نیست»^{۲۸} است و دستگاه دوم تابع جریان «چه چیز کارگر است» می باشد.

اما نمی توان از این نکته چشم پوشید که جرم شناسی آماری آنگونه که در حال حاضر رایج است بیشتر به جریان چه چیز کارگر است نزدیک است. زیرا به طور کلی در سنجه ها بر عوامل نیاز، بیشتر تاکید می شود ضمن اینکه بر همین استفاده جاری از تکنولوژی طبقه بندی ایرادی وارد است بی آنکه متوجه اصل آن باشد و آن این است که این جرایم یکی از اصول بنیادین حقوق کیفری را به شدت مخدوش می کند هم ایجابا و هم سلباً. طبق اصل قانونی بودن مجازات ها نباید برای مجرم مجازاتی بیش از آنچه جرمش اقتضا می کند یا به عبارتی قانون معین کرده تعیین کرد. اگر مجازات یا مداخله ای رنج آورتر یا طولانی تر از آنچه مقرر شده اعمال شود این اصل زیر سوال می رود. از طرف دیگر طبق این اصل جامعه به عنوان بزه دیده

(مستقیم یا غیر مستقیم) انتظار دارد که مجرم به سزای عمل خود برسد و پاداش رفتار ناشایست خود را ببندد اگر فردی یکی از هنجارهای حمایت شده توسط قانون جزا را نقض کند جامعه انتظار دارد که دستگاه کیفری وی را مجازات کند و برابر آنچه بر جامعه وارد آورده یا به عبارتی در قانون تصریح شده تاوان دهد. در غیر این صورت باز این اصل زیر سوال می رود مگر آنکه تصور شود جامعه نیز همگام و موازی با دستگاه عدالت کیفری دست از سرکوبی و توان گیری سنتی خود برداشته و روی به بازپروری مجرم آورده است. نکته شایان توجه دیگر آن است که ضابطه مند شدن و قابل توضیح شدن تصمیمات باعث شده است که تصمیم گیران با اعتماد به نفس و جسارت بیشتری دست به طبقه بندی هموعان خود بزنند و از آن جا که مفیدترین امور طبعاً می توانند فاسدترین امور باشند باید مواظب بود که این روش مورد سوء استفاده قرار نگیرد زیرا تصمیم گیری بر اساس نتایج به دست آمده حجت آور است و همین حجت^{۲۹} است که باعث نگرانی می شود. به همین علت است که در برخی حوزه ها ارزیابی های مجدد و نظارت هایی بر روند ارزیابی پیش بینی شده است.^{۳۰}

پی نوشت ها

- ۱ Clinical and Actuarial Assessment of Offenders. p.۲ (۲۰۰۰)
- ۲ Welfare worker
- ۳ Burgess
- ۴ Illinois
- ۵ Paul mechl
- ۶ Ibid.p.۲
- ۷ Howard.J.p.۹
- ۸ More wholist approach
- ۹ Bulfrage
- ۱۰ Menzies
- ۱۱ Dangerous Behaviour Rating Scale
- ۱۲ Howard.J.p.۸
- ۱۳ Webster
- ۱۴ Ibid.p.۹
- ۱۵ Danrerous offender
- ۱۶ High risk offender
- ۱۷ danger
- ۱۸ Loc.cit
- ۱۹ Psychopathy Checklist Revised
- ۲۰ Subjective
- ۲۱ Ibid.p.۸
- ۲۲ Gottfredson
- ۲۳ Good risk offenders
- ۲۴ Had risk offenders
- ۲۵ Ibid.p.۵
- ۲۶ Designing the instrument: Virginia.s approach to Nonviolent offenders Risk Assessment.p.۳۰
- ۲۷ Katterine S/W,Text book on criminology, Oxford University press (۲۰۰۱)p.۱۲.
- ۲۸ Nothing works
- ۲۹ authority
- ۳۰ Hannah-moffat.K.&Maurutto.p.۲۱