

Risc més enllà dels murs: un cas de sentiments o de dades estructurades?

ED HILTERMAN¹

Investigador i cap del Departament d'Investigació i Diagnòstic Psicològic del l'Institut de Psiquiatria Forense de Rooyse Wissel, a Venray (Holanda)

121

1. INTRODUCCIÓ

Terbeschikkingstelling (TBS) és el terme que s'utilitza en holandès per a *mesura de seguretat*. Es tracta d'una mesura d'internament hospitalari en la qual s'ofereix un tractament de reforç i que es pot imposar a les persones que:

- hagin comès un delictes greu,
- no siguin considerades responsables o, almenys, no totalment responsables del delictes que han comès, i
- es pensi que hi ha la possibilitat que cometin altres delictes greus.

La mesura de TBS pot ser de duració indeterminada: inicialment s'imposa per un període de dos anys i el jutge pot allargar-la durant un o dos anys més si persisteix el risc de reincidència en delictes greus.

Durant la fase d'internament d'aquesta mesura, es destina el pacient a un hospital psiquiàtric forense. A pesar que el pacient ingressa a l'hospital psiquiàtric forense per una ordre judicial en compliment d'una condemna, el tractament psicològic és voluntari. Durant aquest tractament hi ha d'haver una col·laboració mútua: el pacient i els terapeutes acorden diversos assumptes.

Un dels objectius de la política de permisos del TBS és possibilitar que els pacients puguin integrar-se novament a la societat de forma gradual. Aquest retorn progressiu a la societat garanteix la llibertat de moviment dels pacients fora de la institució i també constitueix un element essencial del tractament. Tanmateix, hi ha alguns riscos, fins a cert punt inevitables, com a conseqüència precisament d'aquesta llibertat de moviment fora de l'hospital.

1. L'autor agraeix a la senyora Lola Vallés Port la traducció de l'article al castellà.

L'hivern del 2002, la Secció de Sociologia de la Universitat de Nimega va dur a terme una investigació amb cinc-cents habitants d'aquesta ciutat holandesa. Se'ls va preguntar sobre la seva sensació de seguretat i també se'ls va demanar l'opinió pel que fa a l'efectivitat de la psiquiatria forense. Creiem interessant destacar que el 76 % de les persones entrevistades es van mostrar a favor del tractament dels delinqüents amb problemes de salut mental. Quan la pregunta es referia a si aquests delinqüents haurien de tenir l'oportunitat de reintegrar-se a la societat, un 49 % dels enquestats es van mostrar a favor de la resocialització d'aquest tipus de delinqüents que pateixen una malaltia psiquiàtrica. També en demanar-los l'opinió sobre la utilitat del tractament la resposta va ser majoritàriament a favor del tractament. Això no obstant, si se'ls preguntava sobre una qüestió que implicava més risc, és a dir, si aquest tipus de delinqüents hauria de reintegrar-se a la societat, la resposta tendia a ser més conservadora: «millor que aquestes persones es quedin on són». De la mateixa manera no sorprèn que les persones enquestades que van demostrar sentir-se més insegures i amb un comportament més orientat a evitar situacions de risc, van ser les mateixes que van oposar-se més clarament al retorn d'aquest tipus de delinqüents a la societat una vegada finalitzat el seu tractament.

El fet que els enquestats mostressin una actitud més crítica vers la utilitat del tractament, podria interpretar-se com un signe de desconfiança en la fiabilitat de les tècniques que s'utilitzen per assessorar sobre el nivell de risc de reincidència.

En aquest article tractaré la valoració del risc de reincidència dins la psiquiatria forense, com també el paper que hi juguen els diferents tipus d'experts. Així mateix, intentaré relacionar les principals perspectives teòriques sobre el risc i el debat sobre el «risc» que existeix actualment en la psiquiatria forense.

Per això començaré amb un breu repàs del concepte de risc que utilitzen les diverses perspectives teòriques sobre el risc en les ciències socials. També relacionaré el paper de l'expert en valoració del risc dins de les diferents perspectives, entenent per expert aquella persona que té un extens coneixement o habilitat en una àrea determinada.

Les perspectives teòriques sobre el risc que tractaré són quatre:

- a) L'enfocament realista, d'orientació positivista, que es basa sobretot en la investigació quantitativa (també conegut com a objectivisme científiconatural o racionalisme tecnicocientífic).
- b) La perspectiva de la societat del risc d'Ulrich Beck, que parteix de la idea que la societat moderna produeix els seus propis riscos.
- c) La perspectiva simbolicocultural o funcionalisme estructural, que adopta les idees de Mary Douglas com a base.
- d) La perspectiva de «governabilitat» basada en les teories de Michel Foucault.

2. EL RISC EN LA PERSPECTIVA REALISTA

En la perspectiva realista el risc és vist com una amenaça, com una font de perill real i objectiva que pot ser mesurada. En conseqüència, i si utilitzem càlculs

quantitatius, es pot mesurar la proporció de risc a què es sotmet un individu davant d'un fet específic dins d'un context específic i es pot col·locar dins d'un continu de risc.

En aquesta perspectiva l'expert és l'investigador, bàsicament empíric, i les seves investigacions permeten identificar i avaluar els factors de risc més rellevants. En aquest cas, col·laboradors especialitzats poden realitzar la recollida de dades necessària per determinar i avaluar els factors de risc.

3. EL RISC EN LA PERSPECTIVA DE LA SOCIETAT DEL RISC

Ulrich Beck, un dels fundadors de la perspectiva de la societat del risc, afirma que «els riscos i les amenaces que patim avui dia es diferencien d'aquells superficialment similars de l'edat mitjana en la naturalesa global de l'amenaça i perquè tenen causes modernes» (Beck 1992). Aquest autor defineix el risc com «*la manera sistemàtica de tractar les amenaces i la inseguretat induïda i introduïda per la mateixa modernitat*» (originalment en cursiva). Més tard Beck es desplaça a una definició de risc més àmplia i més construïda socialment: «*el que construeix el risc és la seva percepció i definició cultural* (originalment en cursiva). El risc és allò que la gent defineix com a risc» (Beck 2000). La definició de risc que feia Beck l'any 1992 es pot considerar propera a la perspectiva realista, mentre que les modificacions que introdueix el 2000 l'apropen més a la perspectiva simbolicocultural. Beck tendeix a desplaçar-se entre la perspectiva realista i la simbolicocultural ja que també afirma: «... els riscos són ahora "reals" i constituïts per la percepció i la construcció social» (Beck 2000, 219).

En la perspectiva de la societat del risc l'expert és descrit com un «productor extern de coneixement» que és responsable de la producció de les definicions de risc (Beck 1992). El públic en general és vist com el consumidor d'aquestes definicions de risc. Beck afirma que la resposta que la gent profana atorga a aquestes definicions de risc sembla irracional, però que en realitat és racional ja que els experts, segons ell, no poden enfrontar-se a l'augment dels riscos que la modernitat comporta.

4. EL RISC EN LA PERSPECTIVA SIMBOLICOCULTURAL DE MARY DOUGLAS

Douglas veu el risc com una interpretació construïda socialment, com una resposta a un perill «real» que existeix de forma objectiva, fins i tot si el coneixement que tenim d'aquest risc tan sols pot ser abordat amb processos socioculturals (Lupton 1999). Per a Mary Douglas, el risc és una resposta contra l'abús de poder conseqüència de l'estil de vida modern. Les conseqüències que es desprenen d'una mala gestió del risc són una manera de contrarestar el poder de les autoritats ja que les força a proveir una restitució per a les víctimes d'aquesta mala gestió. Douglas afirma que parlar de perill va ser apropiat en el passat, però que actualment la noció de perill s'ha substituït per la de risc perquè parlar simplement

de perill no té la connotació científica que té la idea de risc i no permet parlar d'un possible càlcul precís (Douglas 1992). Per a Douglas la idea de risc és una estratègia occidental contemporània per enfrontar el perill i la diferència (...) per gestionar la desviació social i aconseguir un ordre social (Lupton 1999).

Douglas insisteix en el fet que les diferències entre els experts i els profans en aquesta matèria no haurien d'explicar-se a partir de perspectives diferents o equivocades sobre el risc sinó a partir d'aspectes culturals. Segons la perspectiva simbolicocultural, les perspectives sobre el risc són definides i interpretades segons el context cultural, aspecte que ens ajuda a mesurar els riscos i les seves conseqüències.

5. EL RISC EN LA PERSPECTIVA GOVERNAMENTAL SEGONS LES TEORIES DE FOUCAULT

Els seguidors de Foucault, comparats amb les perspectives esmentades fins ara, tenen una orientació més marcadament socioconstruccionista. Segons la perspectiva governamental s'entén el risc com una estratègia del govern que utilitza el poder per controlar i gestionar la població i els individus particulars. «El risc en la perspectiva *foucaultiana* és una tecnologia de la moral» que s'usa per ordenar el futur (Ewald 1991). La informació sobre els diversos tipus de riscos s'obté i s'analitza a través d'una xarxa heterogènia formada per tot tipus d'experts com investigadors en medicina, estadístics, sociòlegs, científics mediambientals, advocats, comptables, etc. (Lupton 1999).

5.1 Es poden aplicar les perspectives teòriques sobre el risc a l'avaluació del risc en la psiquiatria forense?

Les perspectives sobre el risc que hem descrit fins ara tracten d'amenaques tecnològiques, com la pol·lució i els desastres ambientals. Aquestes amenaces tecnològiques són successos incerts de la mateixa manera que ho són els delictes que cometen els delinqüents. Si bé tots dos fenòmens són incerts i difícils de predir, estic d'acord amb Busfield (2002) en què les perspectives teòriques dominants sobre el risc es poden aplicar en la psiquiatria forense. En aquest mateix sentit Douglas afirma que «quan millor s'estudia el diàleg cultural és (...) en el context forense. El concepte de risc emergeix com una idea fonamental en els temps moderns perquè s'utilitza com un recurs forense» (Douglas 1992).

5.2. La determinació del risc en la psiquiatria forense

El risc en la psiquiatria forense es determina principalment pel risc a la reincidència entesa com la violència o un altre tipus de comportament criminal del pacient (sense considerar aquí la violència o un altre tipus de comportament incorrecte dels professionals o les visites). Existeixen dos contextos principals en els quals es pot donar aquest comportament:

- dins de la institució: el pacient pot atacar membres del personal, visitants o d'altres pacients;
- fora de la institució: durant un permís o quan ja s'ha complert la mesura de seguretat.

Per tal de valorar el risc a la reincidència en la psiquiatria forense hi ha tres mètodes principals:

- opinió clínica no estructurada
- valoració del risc clínic estructurat
- valoració del risc actuarial

5.2.1 *Opinió clínica no estructurada*

L'element central de l'opinió clínica no estructurada és la lliure interpretació de la informació seleccionada del pacient que realitza el personal clínic, els psicòlegs o els psiquiatres, que han d'emetre un pronòstic. El pronòstic no es basa ni s'estructura segons un esquema i pot ser molt diferent segons cada professional o pacient. El professional és qui decideix quins són els factors de risc principals en el seu pacient. L'expert és per tant el professional clínic, que és també responsable del tractament i de la seva avaluació. Els avantatges d'aquest mètode són que els professionals poden enfocar la seva feina únicament en el seu pacient i en la informació clínica que disposen d'ell. Els desavantatges són que hi ha aspectes poc rellevants que es valoren molt mentre d'altres que ho són més es deixen de banda. Així mateix, la subjectivitat, la simpatia o l'antipatia i les associacions personals hi fan un paper important i, a més, a través de la subjectivitat els casos són difícilment comparables.

Els resultats de les valoracions clíniques no estructurades poden variar molt. Un dels resultats de l'estudi Baxstrom a Amèrica del Nord indicava que els professionals clínics sobrevaloraven enormement el risc a la reincidència (Steadman i Cocozza 1974). Hanson i Bussièrre (1998) van arribar a la conclusió que el pronòstic clínic presentava una escassa relació amb el comportament criminal real. Quinsey i Cyr (1986) van descobrir que els no experts predeien la reincidència tan bé o tan malament com els professionals. Vuit anys després, Mossman (1994) va arribar a la mateixa conclusió.

Van der Meer i Raes (2002) va realitzar una investigació qualitativa molt interessant recentment a Holanda. Va entrevistar quatre professionals clínics sobre setanta-vuit pacients i els va preguntar quins eren els factors de risc que consideraven més importants en cada un dels pacients. Van der Meer i Raes van concloure que:

- tan sols una minoria consultava literatura recent sobre el tema;
- hi ha una tendència en aquests professionals a reflectir idees personals en la seva valoració sobre el risc, i
- els professionals inventaven o creaven raonaments «científics».

Crida l'atenció el fet que els professionals clínics no esmentaven factors de risc que havien estat identificats com a factors rellevants després d'una investigació empírica. Van der Meer va concloure que «els professionals tenen les seves idees personals sobre els factors de risc i, a més, no les comparteixen amb d'altres professionals quan cal prendre una decisió final».

Les conclusions a què ha arribat Elbogen (2002) recentment segueixen la mateixa tendència: els professionals clínics no tenen en compte alguns dels factors que investigacions recents destaquen com a factors decisius. I Philipse (2002) va concloure que l'opinió clínica no estructurada no tenia cap tipus de relació amb algun dels criteris utilitzats per mesurar la reincidència.

Malgrat que en el millor dels casos hi ha poca correlació entre les prediccions i la reincidència real, l'opinió clínica no estructurada és el mètode més utilitzat per avaluar el risc de reincidència. En comptes de mesurar el risc de reincidència es podria estar mesurant les preferències personals i establir una construcció del risc basada en els aspectes clínics (i/o socials).

5.2.2 Valoració estructurada del risc

En la valoració del risc estructurada clínicament i empírica és també el professional qui estima el risc. Una diferència important amb el mètode no estructurat és que el risc es determina a partir d'una llista de factors de risc o de protecció empíricament seleccionats. El pes de cada factor es determina amb la reflexió clínica. El professional pot afegir un factor de risc a la llista si creu que és molt rellevant per al seu pacient (el HCR-20, Webster *et al.* 1997, és un exemple d'aquest tipus de valoració).

En la valoració del risc Hilterman i Chakhssi (2002) van mostrar que en els mètodes de valoració estructurats els professionals tendeixen a no tenir en compte informació important com la història de desviació del pacient o la violència recent durant el seu internament. Aquests resultats estan en la mateixa línia que l'estudi qualitatiu de Van der Meer i Raes (2002) mencionat anteriorment.

Dernevik i Douglas (2002) es basen en un estudi a petita escala per dir que l'avaluació estructurada del risc que realitzen els professionals clínics era poc exacta en relació amb la violència exterior però que era més exacta en relació amb la violència que tenia lloc dins de la institució. Aquests resultats reforcen la importància que té el context: l'avaluació tenia una validesa predictiva significativa quan es tractava de conductes que succeïen en l'ambient familiar per al professional. En termes de validesa predictiva la valoració clínica estructurada és un mètode més eficaç comparat amb l'opinió clínica no estructurada. Els valors del test ROC (*Receiver operating characteristic*)² varien entre .65 i .83 (Philipse 2002; Vogel *et al.* 2003). El problema

2. Les corbes ROC (*Receiver operating characteristics*) s'utilitzen sovint en investigació per predir la violència, ja que depenen menys del percentatge reflectic en la variable dependent dels individus violents de la mostra (en aquest context, el nombre de pacients o interns implicats en actes violents) que no pas emprant altres mètodes (Mossman 1994). El mètode ROC només es pot fer servir per comprovar l'exactitud d'una predicció d'una variable amb dependència dicotòmica a través d'una variable independent

d'aquest tipus d'investigació és el disseny retrospectiu en el qual la influència subjectiva de la simpatia, les associacions personals, etc., no existeixen mentre que sí existeixen en la prospectiva «real» que els professionals fan en avaluar el risc.

5.2.3 Valoració del risc actuarial

La valoració del risc actuarial és el mateix tipus de valoració que realitzen les companyies d'assegurances. Es determina el risc de reincidència a partir d'un algoritme. Els factors de risc i la seva importància són el resultat de la investigació empírica realitzada amb grans grups de pacients. Això significa que la valoració del comportament futur d'un pacient es basa en el comportament que en el passat han mostrat grans grups de pacients amb característiques comparables.

L'expert és l'investigador que identifica els factors de risc a través de les seves investigacions empíriques. El resultat de les seves investigacions és una llista (*checklist*) de factors de risc i factors de protecció. La informació per elaborar la llista pot ser recollida per l'expert, un professional clínic, però també per un col·laborador amb més distància sobre el pacient. De fet, aquesta última opció és la més recomanable justament perquè guarda una distància amb el pacient.

Un exemple d'una escala actuarial és la *Leave Risk Assessment* (valoració del risc durant permisos) que jo mateix he desenvolupat recentment (Hilterman 2000). Consisteix en nou variables, que són:

- a) el tipus de delictes que ha motivat la imposició de la mesura: els pacients condemnats per un delictes sexual sense violència extrema o per provocar un incendi tenen un risc molt més elevat de reincidència que els que han comès un delictes de lesions o un delictes sexual amb violència extrema;
- b) la relació amb la víctima: els pacients que tenien una relació amb la víctima (exparella o familiar) presentaven un risc més baix de comportament delictiu durant el permís, comparat amb els pacients que tenien una relació menys propera amb la víctima (amic, conegut, desconegut o autoritat);
- c) la resistència al tractament es va mostrar com un element important en la valoració de la reincidència durant el permís;
- d) així mateix, com menys responsables se sentien els pacients del delictes pel qual havien estat condemnats, més elevat era el risc de reincidir durant els permisos;
- e) el comportament desviat durant el seu internament també era un indicador important;

continua. El test informa sobre l'exactitud amb què els participants són classificats correctament i la precisió s'expressa en termes de sensibilitat i especificitat. A cada resultat, la sensibilitat i l'especificitat de la variable independent es distribueixen inversament i invariablement, de manera que un increment en un comporta una disminució de l'altre. L'àrea sota la corba ROC (AUC) s'empra per informar de l'exactitud de la predicció. L'espectre tècnic estadístic de l'AUC va de 0 (que indica una predicció totalment negativa) a 1.00 (que indica una predicció totalment positiva), on .50 indica que les variables dependent i independent no estan relacionades.

- f) dos o més trasllats (canvis a una altra clínica) feien augmentar la possibilitat de reincidència;
- g) com més vegades havien trencat les condicions d'un permís en els dos últims anys, més augmentava la possibilitat de reincidència;
- h) l'augment del nombre de coneguts desviats en la xarxa social atorga més risc de reincidència durant un permís;
- i) beure begudes alcohòliques durant el compliment de la mesura de seguretat TBS té una clara correlació amb l'augment de la possibilitat de reincidència.

El procediment és simple: cal introduir la informació necessària en el programa informàtic i el nivell de risc es calcula automàticament. El resultat és una classificació en nivell de risc baix o alt. Depenent del nivell de risc es pren una decisió sobre si s'ha de concedir o no el permís.

128

En el context d'aquest article no és possible tractar amb detall els aspectes més específics de la investigació sobre la valoració del risc, però vull destacar la importància de no veure el comportament criminal en termes d'una simple dicotomia: cometrà o no un nou delictes en el futur. La realitat de (la valoració) del comportament delictiu és molt més complexa i tracta també la gravetat i la freqüència del comportament delictiu.

Els avantatges de la valoració actuarial del risc són l'estandardització, que també contribueix a una igualtat més gran davant la llei, ja que els pacients són avaluats en termes comparables. L'estandardització també permet comparar i testar els resultats. És més objectiva i molt compacta. Amb la valoració actuarial es pot aconseguir en menys temps una avaluació millor i més vàlida, és a dir, que també té avantatges econòmics.

Un gran desavantatge d'aquest mètode és l'èmfasi en la història (de desviació) del pacient. Molts d'aquests instruments actuarials es construeixen exclusivament amb les anomenades variables *estàtiques* (històriques). Quan ja ha finalitzat la valoració, el nivell de risc mai no pot canviar, ja que la informació en què es basa és estàtica, no varia. Aquesta informació estàtica pot també ser trivial, per exemple l'edat del pacient no aporta gaire informació rellevant. L'èmfasi en la història del pacient també pot contribuir a l'estigmatització i potser a través del mecanisme de l'etiquetatge pot fins i tot contribuir a la reincidència.

En el tractament cal tenir en compte que les variables històriques aporten molt poca informació útil per a les intervencions terapèutiques i cap tipus d'informació sobre el progrés que deriva d'aquestes mateixes intervencions. En els últims anys s'ha invertit molt a mesurar els aspectes que es valoren per determinar el risc i que es poden modificar en l'entorn terapèutic. Exemples d'aquestes variables denominades *dinàmiques*, són la resistència al tractament, la responsabilitat en relació amb el delictes comès i la violació de les condicions imposades durant el compliment de la mesura de seguretat.

Pel que fa a la controvèrsia entre el mètode clínic no estructurat i l'actuarial, Grove i Meehl (1996) afirmen: «no coneixem cap controvèrsia dins les ciències socials a la qual s'hi hagin dedicat tants estudis empírics, tan variats i tan consistents».

Burgess va introduir el mètode actuarial en la psiquiatria forense fa més de setanta anys (Burgess 1928). Aquest autor va demostrar que aquest mètode era més vàlid que l'opinió clínica no estructurada. D'ençà d'aleshores, els resultats de la valoració actuarial han igualat els de l'estimació clínica, però en la majoria dels casos han demostrat una validesa predictiva més gran (Mossman 1994).

5.3 La valoració de risc actuarial i les perspectives teòriques

He començat aquest article amb una introducció a les principals perspectives teòriques sobre el risc i he seguit amb una discussió sobre si aquestes macroperspectives podrien ser aplicades a les pràctiques de valoració de risc que es realitzen en la psiquiatria forense. La perspectiva realista i la valoració de risc actuarial comparteixen de les mateixes premisses: el risc es pot mesurar i es pot col·locar dins d'un *continuum* de risc. A partir d'aquí és important no considerar el risc a la reincidència com una simple predicció dicotòmica (sí o no) que inclouria tan sols els dos extrems de la probabilitat: 0 % i 100 %. La valoració del risc seria una avaluació del grau de probabilitat que s'esdevinguin successos específics no desitjats, que tingui en compte també la imminència, la gravetat i la freqüència d'aquest tipus de successos i el resultat de la qual serien probabilitats que anirien des de 0 % fins a 100 %. És més, la valoració hauria de considerar elements dinàmics, és a dir, variables, i elements influenciables com també factors contextuals.

En la línia de Lupton (1999) un dels punts dèbils de la perspectiva realista és que no considera els processos culturals i socials. En la valoració de risc actuarial dins la psiquiatria forense aquesta omisió es tradueix en l'escassa atenció que reben els factors (de risc) dinàmics i contextuals.

Des del punt de vista de la perspectiva *foucaultiana*, el mètode actuarial atorga al poder la possibilitat de gestionar categories de risc i prendre decisions a partir dels nivells de risc desitjats. No obstant això, és important evitar que decisions que cal basar en nivells de risc es converteixin en decisions basades en algunes característiques dels delinqüents que siguin impopulars. És el cas, per exemple, del trastorn mental en general, com succeeix a Anglaterra amb la nova legislació sobre salut mental.

5.4 La valoració clínica i estructurada del risc i les perspectives teòriques

En el marc de la perspectiva de la societat del risc Ulrich Beck afirma que «les amenaces requereixen categories científiconaturals i instruments de mesura per tal que siguin perceptibles». Però també diu que «...els riscos són alhora "reals" i formats per la percepció i la construcció social» (Beck 2000). Veiem doncs que, segons el punt de vista de Beck, la perspectiva del relativisme cultural emfatitza adequadament els aspectes contextuals de les respostes al risc. D'aquesta manera Beck arriba a una combinació de la perspectiva realista juntament amb un dèbil component del construccionisme social.

Això presenta una analogia amb la valoració del risc estructurada, tal com la realitzen els professionals clínics en la psiquiatria forense. Amb aquest mètode el

risc a la reincidència es mesura a partir de factors empírics en combinació amb la reflexió clínica. D'una banda la reflexió clínica es basa parcialment en informació estructurada sobre el pacient. Però de l'altra aquesta reflexió depèn en gran mesura de la percepció i la interpretació dels processos culturals i socials que faci el professional clínic.

La valoració clínica estructurada té una base empírica que converteix el procés d'estimació en quelcom molt més clar, visible i discutible, si el comparem amb l'opinió clínica no estructurada. Això també significa que les decisions basades en aquest mètode podrien ser utilitzades per assenyalar un culpable en el cas que hi hagués reincidència. O com diu Douglas (1992): es podria utilitzar com «una manera de contrarestar el poder de les autoritats ja que les força a proveir una restitució per a les víctimes d'aquesta mala gestió».

Gràcies al caràcter estructurat d'aquest tipus de valoració, aquest mètode permet, segons la perspectiva *foucaultiana*, utilitzar una estratègia reguladora des del poder a través de la qual la població de pacients podria ser vigilada i gestionada. Fet que esdevindria evident en el cas que es reemplaqués o combinés la base empírica amb factors determinats des del govern, com ha succeït en la nova legislació sobre salut mental a Anglaterra esmentada abans.

5.5 L'opinió clínica no estructurada i les perspectives teòriques

En la perspectiva simbolicocultural de Mary Douglas el risc és vist com una interpretació construïda socialment i respon a un perill «real» que objectivament existeix, fins i tot en aquells casos en què el coneixement del risc tan sols es pot aconseguir amb la mediació de processos socioculturals.

En l'opinió clínica no estructurada el risc a la reincidència és real, malgrat que l'estimació del risc estigui determinada pel professional clínic a través de la lliure interpretació d'una selecció de la informació de què disposa. Es desconeix quin pes real té la percepció que el professional clínic responsable de la valoració té dels processos socioculturals, en la decisió sobre quins factors de risc són rellevants. Però és evident que la construcció del perill a través de la percepció de processos socioculturals fa un paper important però indeterminat en aquest tipus de valoració. La perspectiva simbolicocultural de Mary Douglas podria ser utilitzada per aconseguir un millor enteniment dels processos implicats en l'estimació clínica del risc. Això no suposaria atorgar més validesa a aquest mètode, però podria comportar una millor comprensió del que s'està valorant en l'opinió clínica. Sobretot perquè en buscar un culpable en el cas que es produeixi la reincidència, el professional clínic que utilitza l'opinió clínica no estructurada és extremadament vulnerable a la crítica ja que la seva estimació es basa en gran mesura en els seus sentiments i/o el seu subconscient.

6. CONCLUSIONS

L'opinió clínica no estructurada és el mètode més estès per estimar el risc de reincidència en la pràctica de la psiquiatria forense. La percepció i la interpretació

dels processos socials i culturals que realitza el professional clínic tenen un paper important però indeterminat en aquest mètode. És més, no queda del tot clar què és el que realment s'està mesurant en aquest tipus d'estimació ja que la relació amb el resultat final —la reincidència que succeeix— és en el millor dels casos una baixa correlació. Si s'apliqués la perspectiva simbolicocultural en la psiquiatria forense, això no contribuiria a una valoració més adequada del risc a la reincidència, però podria ajudar a una millor comprensió del procés a través del qual es construeix l'opinió clínica no estructurada.

La valoració del risc estructurada presenta aspectes similars a la metodologia de la perspectiva de la societat del risc.

Hi ha una gran coincidència entre la perspectiva realista i la valoració del risc actuarial en la psiquiatria forense ja que comparteixen el mateix marc referencial.

Com més estructurada és la valoració més creix la possibilitat de validesa de la determinació del risc a la reincidència. L'altra cara de la moneda és que com més estructurat o actuarial és el caràcter de la valoració, més possibilitats té una estratègia governamental reguladora del poder de controlar i gestionar grups i individus.

BIBLIOGRAFIA

- BECK, U. *Risk society: Towards a new modernity*. Londres: Sage, 1992.
- BECK, U. *Ecological politics in the Age of Risk*. Cambridge: Polity Press, 1995.
- BECK, U. «Risk society revisited: Theory, politics and research programmes». A: ADAM, B.; BECK, U.; LOON, J. VAN. *The risk society and beyond: Critical issues for social theory* [ed.]. Londres: Sage, 2000.
- BURGESS, E. W. «Factors determining success or failure on parole». *Journal of Criminal Law and Criminology* XIX: p. 239-286, 1928.
- BUSFIELD, J. «Psychiatric disorder and individual violence: imagined death, risk and mental health policy». A: A. BUCHANAN. *Care of the mentally disordered offender in the community* [ed.]. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- DERNEVIK, M.; DOUGLAS, K.S. *The risks in risk assessment: the role of context and training in the accuracy of risk factors*, 2002.
- DOUGLAS, M. *Risk and Blame: Essays in cultural theory*. Londres: Routledge, 1992.
- ELBOGEN, E.B. «The process of violence risk assessment: A review of descriptive research». *Aggression and Violent Behavior*, 7, 2002, p. 591-604.
- EWALD, F. «Insurance and Risk». A: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. *The Foucault effect: Studies in Governmentality* [ed.]. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1991.
- GROVE, W.M.; MEEHL, P.E. «Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The Clinical-Statistical Controversy». *Psychology, Public Policy and Law*, 2, 2, 1996, p. 293-323.
- HANSON, R.K.; BUSSIÈRE, M.T. «Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (2), 1998, p. 348-362.

- HILTERMAN, E.; CHAKHSSI, F. «The HCR-20, BSI & LRA: A comparison of three methods of prospective risk assessment». Leuven, 12th European conference on Psychology and Law, 15 de setembre de 2002.
- HILTERMAN, E.L.B. «Tijdens de oefening terug naar af: Een onderzoek naar de predictie van ernstige recidive door tbs-gestelden». *Tijdschrift voor Criminologie* 42 (3), 2000, p. 232-252.
- LUPTON, D. *Risk*. Londres: Routledge, 1999.
- MEER, B. VAN DE; RAES, B.C.M. «Length of stay in tbs facilities». Amsterdam, XXVII International Congress on Law & Mental Health, 12 de juliol de 2002.
- MOSSMAN, D. «Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (4), 1994, p. 783-792.
- PHILIPSE, M. «The development of a clinically based risk assessment tool in tbs». Amsterdam, XXVII International Congress on Law & Mental Health, 10 de juliol de 2002.
- QUINSEY, V.; CYR, M. «Perceived dangerousness and treatability of offenders: The effects of internal versus external attributions of crime causality». *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 1986, p. 458-471.
- STEADMAN, H.J.; COCOZZA, J.J. *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, Mass.: Heath, 1974.
- VOGEL, V. *et al.* «De waarde van gestructureerde risicotaxatie: een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten». *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 58 (1), 2003, p. 9-29.