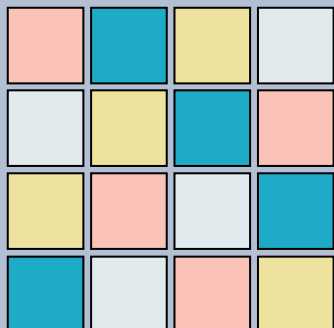




Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



4. Průběžná evaluační zpráva GLM

Verze 1.0

Čtvrtá průběžná evaluační zpráva projektu „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství“ (GLM) přináší evaluační poznatky o projektu bezprostředně po ukončení pilotních běhů terapie GLM. Poprvé u všech účastníků projektu hodnotí efekty intervence na riziko násilného chování zjišťované pomocí psychologických testů při výstupu z vězení.

VOLONTÉ
vůle pomáhat

Ing. Vladimír Kváča, Ph.D., Mgr. Ing. Adela Gottwaldová
Volonté
02.03.2023

Obsah

OBSAH	2
SEZNAM TABULEK	3
SEZNAM OBRÁZKŮ	3
STRUČNĚ TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ	4
THE MOST IMPORTANT THINGS IN BRIEF	6
CO OBSAHUJE TENTO DOKUMENT	8
REKAPITULACE PROBLÉMU, INTERVENCE A EVALUAČNÍCH OTÁZEK	9
VYMEZENÍ PROBLÉMU A CÍLŮ PROJEKTU	9
PROVÁDĚNÁ INTERVENCE	9
CÍLE EVALUACE A EVALUAČNÍ OTÁZKY	9
KLÍČOVÉ BODY PŘEDCHOZÍCH EVALUAČNÍCH ZPRÁV	10
VÝVOJ INTERVENCE V OBDOBÍ DUBEN 2022 – PROSINEC 2022	12
STRUČNĚ TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ	12
PRŮBĚH INTERVENCE GLM	12
PRŮBĚH INTERVENCE DOPROVÁZENÍ	14
SBĚR DAT A POSOUZENÍ JEJICH KVALITY	15
STRUČNĚ TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ	15
REKAPITULACE POUŽÍVANÝCH DAT A JEJICH ÚČELU	15
PROBLÉMY SE SBĚREM PRIMÁRNÍCH DAT	16
AKTUÁLNÍ STAV ŘEŠENÍ EO1	18
AKTUÁLNÍ POZNATKY Z PRŮBĚHU TERAPIE GLM	18
VYHODNOCENÍ EFEKTŮ PROJEKTU NA RIZIKO NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ (EO2)	19
STRUČNĚ TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ	19
DOPROVÁZENÍ	46
AKTUÁLNÍ STAV ŘEŠENÍ EO3 A EO4	48
AKTUALIZACE EVALUAČNÍHO PLÁNU	49
DOPORUČENÍ	50
POUŽITÁ LITERATURA	51
PŘÍLOHY	53

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Přehled data ukončení terapie GLM u 3. kohorty.....	12
Tabulka 2 - Průběh realizace terapie GLM u 3. kohorty podle realizačního týmu	12
Tabulka 3 - Míra nevalidních MMPI-2 testů dle jednotlivých věznic.....	17
Tabulka 4 - Počty platných pozorování MMPI-2.....	22
Tabulka 5 - Efekty GLM na 17 předem vybraných škál MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů.....	24
Tabulka 6 – Signifikantní efekty GLM na ostatní škály MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů.....	25
Tabulka 7 - T-test shody středních hodnot drop-out v rané fázi terapie GLM.....	32
Tabulka 8 - T-test shody středních hodnot celkový drop-out z terapie GLM.....	34
Tabulka 9 - T-test shody středních hodnot pre-testu, skupiny s platným vs. neplatným post-testem MMPI-2.....	35
Tabulka 10 - T-test shody středních hodnot pre-testu, skupiny s provedeným vs. neprovedeným post-testem MMPI-2.....	36
Tabulka 11 - T-test shody středních hodnot pre-testu u osob, které vypadly ze sledování, IS vs. KS (pouze validní pre-testy)	37
Tabulka 12 - T-test shody středních hodnot pre-testu u osob, které vypadly ze sledování, IS vs. KS (všechny pre-testy).....	38
Tabulka 13 - T-test shody středních hodnot: MMPI-2, IS vs KS podle účasti v GLM, striktní přístup k validitě, rozdělení dle jednotlivých kohort.....	38
Tabulka 14 - T-test shody středních hodnot: MMPI-2, IS vs KS podle účasti v GLM, striktní přístup k validitě, rozdělení dle jednotlivých věznic	39
Tabulka 15 - Analýza výsledků HCR-20 a PCL-R metodou DD i PSM-DD	41
Tabulka 16 - Přehled evaluačních výstupů	49
Tabulka 17 - Efekty GLM na 17 předem vybraných škál MMPI-2, volnější přístup k validitě protokolů.....	53
Tabulka 18 – Signifikantní efekty GLM na ostatní škály MMPI-2, volnější přístup k validitě protokolů.....	54
Tabulka 19 - Výsledky faktorové analýzy.....	55

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Vybrané grafy posunů IS a KS u škál MMPI-2.....	26
Obrázek 2 - Průchod cílové skupiny intervencí a drop outy.....	32
Obrázek 3 - Shrnutí výsledků (Mechanismus a vliv kontextu na výsledek).....	45

Stručně to nejdůležitější

V projektu Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství se podařilo dokončit poslední třetí pilotní kohortu terapií Good-Lives-Modelu (GLM). V rámci kvaziexperimentálního designu evaluace tak lze vyhodnotit efekty GLM na základě srovnání 209 osob, které vstoupili do celkem 17 terapeutických skupin v šesti českých věznicích (intervenční skupina – IS), a 234 osob ze stejných věznic v kontrolní skupině (KS). Obě skupiny jsme sledovali pomocí standardizovaných psychologických nástrojů MMPI-2, HCR-20 a PCL-R.

Úplné pozorování, tedy platný pre-test a post-test a u IS současně absolvování významné části terapie GLM, bylo k dispozici v případě 86 členů IS a 107 členů KS (u nástroje MMPI-2), respektive u 119 členů IS a 164 členů KS (u nástrojů HCR-20 a PCL-R).

Výsledky ukazují, že terapie GLM má patrně kauzální vliv na řadu škál MMPI-2 i na riziko násilného chování měřené pomocí HCR-20 a PCL-R.

U škál MMPI-2 pozorujeme několik oblastí, v jejichž rámci se jednotlivé dílčí změny zpravidla mění u jednotlivých účastníků společně. S velkou statistickou signifikancí jde především o následující oblasti:

Zaprvé, dochází ke změně pohledu na svět a společnost zahrnující prvky regulace chování, hostility, naivity a vnímání reality. Typicky se zde zvyšuje důvěra v jiné lidi, omezuje se pocit, že „jsem obětí ostatních a musím si na ostatní dávat pozor“, snižuje se cynismus a dochází k posunu ve vnímání světa od „zlého“ k „dobrému“. Klesá také vnímaná přijatelnost amorálního chování. Důležité je, že výsledný efekt se v této oblasti skládá ze zlepšení u IS a podobně silného zhoršení u KS. Prostý pobyt ve věznici tedy v těchto oblastech vede ke zhoršování psychologického profilu.

Zadruhé, dochází ke změně pohledu na sebe sama. Pozorujeme zde větší otevřenost k negativnímu hodnocení a sebereflexi, zejména přiznání si předchozích problémů s autoritou a antisociálního chování. Typická je změna ve smyslu „vnímal jsem se jako problémový, ale po terapii jsem seznal, že je to se mnou ještě horší, než jsem si dříve myslel“.

Zatřetí, účast v terapii GLM poněkud ulevuje od řady psychických problémů a zvyšuje přesvědčení o možnosti změny pomocí terapie.

Začtvrté, pozorujeme rovněž omezení typicky maskulinních (silových) rysů osobnosti ve prospěch vyšší aktivity, zvědavosti a sociální vnímavosti, což lze rovněž hodnotit pozitivně v kontextu hypermaskulinního prostředí českých věznic.

Tyto poměrně dobré výsledky však v případě škál MMPI-2 reprezentují s jistotou jen asi 41 % intervenční skupiny, která do projektu vstoupila. 32 % původní IS totiž terapii nedokončilo a u dalších 27 % členů intervenční skupiny nemáme platná měření. Potenciální efekt u té části IS, u které nemáme platná pozorování, bude nejspíš slabší, a efekt GLM na obecnou vězeňskou populaci je třeba očekávat nižší.

Z terapie odpadávají v prvních týdnech osoby s vyššími hodnotami anamnestických položek (HCR-20) a v rámci řady škál MMPI-2 mají ti, kteří brzy odpadávají, výraznější odchylku od normy než ti, kteří v prvních týdnech vytrvají.

Významný vedlejší poznatek je, že současné zaměstnání souvisí s tím, zda máme k dispozici platné pozorování po ukončení terapie. Nenaplnily se tedy obavy, že by nešlo sladit zaměstnání ve VTOS a terapii, naopak se zdá, že obojí pracuje v synergii ve prospěch odsouzených a je tedy žádoucí, aby účastníci terapie GLM mohli současně v rámci VTOS pracovat.

Na úrovni kohort zjišťujeme, že pozitivní změny byly největší (a podobně velké) u kohorty 1 a kohorty 3. Pozitivní změny identifikujeme i u druhé kohorty, jejich velikost je však jen třetinová oproti první a třetí kohortě. Jako přijatelné vysvětlení se nabízí, že druhá kohorta

byla nejvíce poznamenána restriktivními opatřeními a přerušováním terapie vzhledem k pandemii Covid-19.

Významné rozdíly nacházíme při porovnání síly efektu na úrovni jednotlivých věznic. Nacházíme jednu věznici s vysoce nadprůměrnými pozitivními efekty, dvě lehce nadprůměrné, dvě podprůměrné a jednu dokonce s negativním efektem. Rozdíly mezi věznicemi jsou nejspíš zčásti způsobené různou kvalitou terapeutického procesu a zčásti způsobené různě náročnými skupinami účastníky se terapie.

Řešili jsme rovněž otázku „pro koho GLM funguje“. Jediným dobrým snadno dostupným prediktorem je dosažené vzdělání. Více vzdělaní účastníci (alespoň s několika absolvovanými ročníky střední školy) vykazují výrazně vyšší pozitivní změny než méně vzdělaní účastníci.

S pozitivními závěry o účinnosti GLM je konzistentní i pozitivní prožívání programu GLM jak ze strany terapeutů, tak absolventů.

Původně plánovaná sekundární intervence Doprovázení byla realizována jen u malého počtu osob a v malé intenzitě, což vylučuje věrohodné vyhodnocení efektů Doprovázení, či synergií GLM a Doprovázení.

Na základě dosavadních poznatků předběžně formulujeme následující doporučení:

- Zařadit GLM mezi standardizované programy v rámci VTOS a nabídnout ji okruhu odsouzených se sklony k násilí.
- Vytvořit podmínky pro maximalizaci možnosti současného pracovního zařazení a účasti v terapii.
- Pro účastníky terapie vytvořit specializovaný oddíl.
- Vyhnout se skupinám složeným z převážně málo vzdělaných účastníků a nízko vzdělané zařazovat v malém počtu (max. 2-3 osoby) do skupiny s většinou více vzdělaných účastníků.
- Dále rozvíjet systém výcviku a následné podpory pro terapeutů GLM. Potřebná je možnost vzájemné intervize a sdílení zkušeností mezi různými terapeutickými týmy v bezpečném prostředí. Základní východiska GLM je potřeba vytrvale připomínat.

V závěrečné evaluační zprávě (srpen 2023) vyhodnotíme i efekty GLM na recidivu a zaměstnanost účastníků.

The most important things in brief

In the project Application of the Good-Lives-Model in the Czech Prison System, the last (third) pilot cohort of Good-Lives-Model (GLM) therapies was completed. The quasi-experimental evaluation design allows us to evaluate the effects of GLM by comparing 209 individuals who entered a total of 17 therapy groups in six Czech prisons (intervention group - IG) and 234 individuals from the same prisons in the control group (CG). Both groups were followed using standardized psychological instruments MMPI-2, HCR-20 and PCL-R.

Full observation, i.e., a valid pre-test and post-test and, for IG, concurrent completion of a significant portion of GLM therapy, was available for 86 IG and 107 CG members (for the MMPI-2 instrument) and 119 IG and 164 CG members (for the HCR-20 and PCL-R instruments), respectively.

The results indicate that GLM therapy appears to have a causal effect on a number of MMPI-2 scales as well as on the risk of violent behaviour as measured by the HCR-20 and PCL-R.

For the MMPI-2 scales, we observe several domains within which the individual subscales generally change together across participants. In particular, the following domains are of high statistical significance:

First, there is a change in world and social view involving elements of behaviour regulation, hostility, naivety, and perception of reality. Typically, there is an increase in trust in other people, a reduction in the feeling that "I am a victim of others and have to look out for others", a reduction in cynicism, and a shift in perception of the world from "bad" to "good". The perceived acceptability of amoral behaviour also decreases. Importantly, the resulting effect in this area consists of an improvement for IG and a similarly strong deterioration for CG. Thus, simply being in prison leads to a worsening psychological profile in these areas.

Second, there is a change in the view of self. We observe a greater openness to negative evaluation and self-reflection, particularly acknowledgement of previous problems with authority and antisocial behaviour. Typical is a change in the sense of 'I perceived myself as problematic, but after therapy I realised that I was even worse than I had previously thought'.

Third, participation in GLM therapy somewhat relieves many psychological problems and increases beliefs about the possibility of change through therapy.

Fourth, we also observe a reduction of typically masculine (power-related) personality traits in favour of increased activity, curiosity and social sensitivity, which can also be assessed positively in the context of the hypermasculine environment of Czech prisons.

However, these relatively good results for the MMPI-2 scales confidently represent only about 41% of the intervention group that entered the project. In fact, 32% of the original IG did not complete therapy and we do not have valid measures for another 27% of the IG. The potential effect for the portion of the IG for whom we do not have valid observations is likely to be weaker, and the effect of GLM on the general prison population should be expected to be smaller.

Those with higher levels of anamnestic items (HCR-20) drop out of treatment in the first few weeks, and across a range of MMPI-2 scales, those who drop out early have a greater deviation from the norm than those who persist in the first few weeks.

An important secondary finding is that current employment is related to whether we have valid post-treatment observations. Thus, the fears that employment in the custodial sentence and therapy could not be reconciled did not materialize; on the contrary, the two

appear to work in synergy for the benefit of inmates, making it desirable for GLM therapy participants to be able to work simultaneously during incarceration.

At the cohort level, we find that the positive changes were largest (and similar in magnitude) for Cohort 1 and Cohort 3. We also identify positive changes in Cohort 2, but their magnitude is only one-third that of Cohorts 1 and 3. A plausible explanation is that the Cohort 2 was most affected by the restrictive measures and treatment interruptions due to the Covid-19 pandemic.

We find significant differences when comparing the strength of the effect at the individual prison level. We find one prison with highly above-average positive effects, two with slightly above-average effects, two with below-average effects, and one even with a negative effect. The differences between prisons are probably partly due to the different quality of the therapeutic process and partly due to the differently challenging groups participating in therapy.

We also addressed the question of 'for whom GLM works'. The only good readily available predictor is educational attainment. More educated participants (with at least a few years of high school) show significantly higher positive changes than less educated participants.

Consistent with the positive findings on GLM effectiveness is the positive experience of the GLM program by both therapists and graduates.

The originally planned secondary intervention, Accompaniment, was implemented with only a small number of individuals and at a low intensity, precluding a credible evaluation of the effects of Accompaniment or the synergies of GLM and Accompaniment.

Based on the findings to date, we tentatively make the following recommendations:

- Include GLM among the standardized programs in the Czech prisons and offer it to a population of inmates with a propensity for violence.
- Create conditions to maximize opportunities for simultaneous employment and participation in therapy.
- Create a specialized section for therapy participants.
- Avoid groups composed of mostly low-educated participants and place the low-educated in small numbers (max. 2-3 persons) in a group with mostly more educated participants.
- Further develop a system of training and follow-up support for GLM therapists. Opportunities for peer interviewing and sharing of experiences between different therapy teams in a safe environment are needed. The basic assumptions of GLM need to be constantly reminded.

In the final evaluation report (August 2023) we will also evaluate the effects of GLM on recidivism and employment of participants.

Co obsahuje tento dokument

Čtvrtá průběžná evaluační zpráva projektu „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství“ (GLM) má následující strukturu: Nejprve pro úplnost kontextu rekapitulujeme společenský problém, který projekt řeší, základní rysy evaluované intervence, znění pěti evaluačních otázek a připomeneme hlavní závěry První, Druhé a Třetí průběžné evaluační zprávy (Kváča a Gottwaldová 2020; 2021a; 2022).

V další kapitole přinášíme informace o vývoji intervence od dubna 2022 do konce roku 2022.

Dále připomeneme používaná data a zhodnotíme jejich kvalitu.

V nejrozsáhlejší kapitole se věnujeme aktuálnímu stavu řešení jednotlivých evaluačních otázek. Zde přinášíme dílčí postřehy o podpoře terapeutů programu GLM. Otázku týkající se dopadu intervencí na riziko násilného chování můžeme uzavřít, neboť máme již k dispozici kompletní post-test všech účastníků projektu a provedli jsme řadu dílčích analýz. Obvyklá kvantitativní analýza je také doplněna některými kvalitativními poznatky získanými na skupinových diskuzích s terapeuty i účastníky.

Na závěr přinášíme aktualizovaný plán evaluační činnosti v projektu a také první verzi evaluačních doporučení.

Evaluátoři děkují za cenné postřehy k interpretaci výsledků a psychologickým souvislostem Václavu Jiříčkovi a Františku Drahému a celému realizačnímu týmu za nasazení a vstřícnost.

Rekapitulace problému, intervence a evaluačních otázek

Pro zasazení této čtvrté průběžné evaluační zprávy do širšího kontextu, rekapitulujeme nejprve v této kapitole hlavní body týkající se řešeného problému, prováděné evaluace a pojetí evaluace projektu a připomínáme nejdůležitější poznatky z první, druhé a třetí průběžné evaluační zprávy.

Vymezení problému a cílů projektu

Problém – Opakování závažného násilného jednání (trestných činů násilné povahy) u osob propuštěných z výkonu trestu odnětí svobody, který jim byl uložen za spáchání násilného trestného činu.

Konečným cílem realizace celého záměru bude uplatnění nové metodiky programu zacházení (nový standardizovaný dlouhodobý terapeutický program na bázi *Good Lives Model* – GLM) s vězněnými pachateli násilné trestné činnosti v rámci celého českého vězeňství (výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody). V rámci projektu vidíme tři dílčí postupné cíle: (i) zavedení vzdělávacího programu pro terapeutů GLM, (ii) snížení míry rizika opakovaného spáchání násilí u CS odsouzených a (iii) snížení míry kriminální recidivy a zvýšení míry zaměstnanosti u této CS.

Změnou by mělo být (v optimálním případě) nastoupení – nastartování procesu desistence u jednotlivých pachatelů násilných trestných činů zahrnutých do realizace projektu, a to ještě v průběhu věznění. Současně by bylo zabráněno prizonizaci těchto pachatelů a nastartovány procesy sebeuvědomění si svých pozitiv i negativ, což je nezbytné pro smysluplnou práci jedinců na případné změně. Po realizaci projektu předpokládáme u CS, že dojde k snížení násilných trestných činů páchaných recidivisty. Nastartuje se jejich odklon od trestné činnosti, aby nenaběhl zavedený způsob života. Budou motivováni ke změně, zařadí se do jiných nekriminálních skupin společnosti, zaměstnaneckého kolektivu a dalšího okruhu prosociálních komunit.

Prováděná intervence

Projekt je realizován v šesti čistě mužských věznicích – Jiřice, Kuřim, Kynšperk, Pardubice, Stráž pod Ralskem a Vinařice.

V rámci projektu jsme plánovali jako primární intervenci u CS terapii GLM a jako doprovodnou intervenci nabídku Doprovázení CS v období před výstupem z VTOS a na svobodě. Doprovázení představuje podporu CS v oblasti hledání práce, řešení dluhů a bydlení v posledních měsících VTOS a v prvních měsících po propuštění z VTOS. Vzhledem k tomu, že chceme zkoumat jak samostatné efekty obou intervencí, tak i efekt jejich kombinace, budou vytvořeny celkem čtyři různé skupiny s různou kombinací podpory. Jako prioritní přitom vnímáme ověření efektů intervence GLM, případné kompromisy z hlediska realizace intervence i síly evaluačního designu jsou voleny tak, aby zachovaly co nejlepší možnost ověření efektů intervence GLM a to případně i na úkor prokazatelnosti efektů intervence Doprovázení, která již prošla evaluací např. v projektu RESTART II (Kváča 2018a).

Cíle evaluace a evaluační otázky

Hlavním cílem evaluace je zjistit, jaké jsou kauzální efekty intervence na riziko násilného chování, kriminální recidivu a zaměstnanost u naší CS. Kromě tohoto cíle se evaluace bude ve

vedlejší rovině věnovat i možnostem zlepšení vytvářeného systému podpory a vzdělávání terapeutů GLM.

V rámci evaluace jsme formulovali následujících pět evaluačních otázek, přičemž z hlediska hlavního cíle evaluace jsou klíčové otázky EO2 až EO4:

- EO1 – Jaké jsou zkušenosti ze zavedení školícího systému pro vzdělávání v oblasti aplikace nového terapeutického programu (GLM)?
- EO 2 – Jaké efekty mají různé kombinace intervence GLM a intervence Doprovázení na riziko násilného chování?
- EO 3 – Jaké efekty mají různé kombinace intervence GLM a intervence Doprovázení na míru kriminální recidivy?
- EO 4 - Jaké efekty mají různé kombinace intervence GLM a intervence Doprovázení na míru zaměstnanosti?
- EO 5 – Jak úspěšná je advokace dalšího šíření této intervence? (Řeší samostatně advokační tým).

Evaluační design jednotlivých otázek je podrobně rozebrán v Evaluačním plánu projektu (Kváča 2019).

Klíčové body předchozích evaluačních zpráv

Úvodní školení terapeutů GLM proběhlo v Praze od 20. do 28. 11. 2019 v rozsahu sedmi dnů za přítomnosti tří německých lektorů a bylo všeobecně velmi pozitivně hodnoceno. Vzešla z něj potřeba dobrého sdílení zkušeností napříč jednotlivými týmy terapeutů GLM.

V prvních týdnech terapie GLM se projevila její náročnost, kdy původně plánované tempo nutné pro realizaci celého terapeutického programu během šesti měsíců je na hraně kapacity jak účastníků, tak terapeutů, tak i provozu věznic.

Další komplikace způsobil krizový provoz ve věznicích během nouzového stavu vyvolaného pandemií Covid-19. Nesporným úspěchem v této situaci je, že první kohortu terapie GLM se podařilo s menšími komplikacemi dokončit ve všech šesti zapojených věznicích, druhá kohorta proběhla v pěti věznicích. Druhá kohorta proběhla po prodloužení projektu v rozvolněnějším harmonogramu za devět měsíců. Vývoj intervence významněji neohrožuje možnost celkového vyhodnocení terapie GLM. Závažnější jsou dopady Covid-19 na sekundární intervenci v projektu – Doprovázení, které se daří poskytovat jen velmi malému počtu osob jak z první, tak z druhé kohorty. Efekty Doprovázení zatím není možné vyhodnocovat, mělo by to však být stále možné úhrnně přes všechny kohorty na konci projektu.

Testovali jsme, nakolik jsou z hlediska pozorovaných proměnných ekvivalentní skupiny účastníků v intervenci GLM. Zde rozdělení skupin proběhlo částečnou randomizací uvnitř jednotlivých věznic a je velmi uspokojivé. Do intervenční i kontrolní skupiny byli vybráni odsouzení, kteří se v důležitých aspektech chování a sebekontroly liší od běžné populace, ne však od sebe navzájem.

Pre-testem, kde používáme sekundární data z administrativních zdrojů (SARPO) a primární data získaná od CS pomocí diagnostických psychologických nástrojů (HCR-20, PCL-R, MMPI-2), celkem prošlo 145 osob v první kohortě, 148 v druhé kohortě a 150 v kohortě třetí. Celkově pak jde o 209 účastníků GLM a 234 neúčastníků. Skupiny účastníků a neúčastníků v rámci jednotlivých kohort jsou v zásadě shodné z hlediska základní demografie, hodnot SARPO i HCR-20 a PCL-R. Nacházíme jisté odlišnosti na některých škálách MMPI-2, které naznačují, že intervenční skupina se více odchyluje od běžné nevězeňské populace než skupina kontrolní. Důležité je, že významnější rozdíly se u různých kohort neopakují a naopak, analýza celé cílové skupiny napříč kohortami ukázala, že na úrovni celého souboru se rozdíly z velké

části stírají, což je dobrou známkou toho, že intervenční skupina a kontrolní skupina jsou v rámci daných možností poměrně dobře porovnatelné, což umožní v budoucnu spolehlivé zjištění efektů na kriminální recidivu a zaměstnanost.

V porovnání s celkovou vězeňskou populací je naše cílová skupina lehce více riziková, přičemž má podstatně méně zastoupené extrémny, které nacházíme v celkové vězeňské populaci (jsou relativně málo přítomné velmi lehké a velmi obtížné případy).

Průměrným účastníkem projektu je muž 34 let, potřetí ve VTOS, vzdělávací dráhu opustil po jednom roce střední školy, jedno dítě. Má vysoká rizika v rámci dynamických i statických faktorů SARPO, problémy především v oblastech finance, osobnost a chování a závislosti. Typická je ztráta sebekontroly ve vzteku a častá přítomnost neurologických symptomů, antisociální chování, zjevná psychopatie a otevřeně připouštění užívání návykových látek. Jen každý sedmý žije ve vztahu a necelá polovina ve VTOS pracuje.

Identifikovali jsme problémy v kvalitě primárních dat, které sbírá realizační tým v jednotlivých věznicích. Problémy závažněji dopadají na řešení evaluační otázky 2 (efekty intervence na riziko násilného chování), dopad na ostatní otázky je marginální. U nástrojů HCR-20 a PCL-R, které mají podobu „posouzení experta“, máme silné důkazy o tom, že hodnotitelé mají „různý metr“ (nízká inter-rater reliabilita). Máme více důkazů o i jinak problematické kvalitě hodnocení u některých hodnotitelů. Množství komplikací činí tato data využitelná jen velmi problematičt. Zvažovali jsme i upuštění od jejich sběru u třetí kohorty, nakonec jsme je ale zachovali, především pro možnost budoucí profilace vhodných účastníků terapie. U nástroje MMPI-2, který má zabudovaný robustní systém validizačních škál, se potýkáme s nízkou validitou protokolů zvláště u post-testu první kohorty. Data MMPI-2 jsou stále využitelná pro evaluaci, nízká validita protokolů však snižuje velikost vzorku a zvyšuje zkreslení způsobené odpadnutím účastníků. Byla přijata organizační opatření pro zvýšení validity u následujících sběrů dat, která do určité míry zafungovala. U administrativních dat používaných v rámci evaluace projektu nejsou problémy a ani je nepředpokládáme do budoucna, řešení EO 3 a EO 4 (vliv intervence na zaměstnanost a kriminální recidivu) by tak nemělo být ohroženo.

Přes komplikace spojené se sběrem dat výsledky post-testu první kohorty před propuštěním umožňují s poměrně velkou jistotou předpokládat poměrně dobré pozitivní vlivy minimálně na jednu třetinu účastníků terapie GLM v oblasti snižování rizika násilného a antisociálního chování. Zjistili jsme také, že ti odsouzení, kteří současně s terapií pracují, častěji terapii dokončují.

Možnost podpory jednotlivých týmů z centrální úrovně byly vzhledem k epidemiologickým opatřením omezená a je menší než potřebná. V rámci jednotlivých týmů ve věznicích je až na výjimky patrná spolupráce a soudržnost týmů, přetrvává však nedůvěra a formalismus v situacích, kdy komunikace přesahuje hranice jedné věznice. Jako pozitivní jeví můžeme sledovat zjevné přemýšlení o dalším vývoji terapie GLM ve věznici Kuřim, včetně plánů na dalším financování programu. Také se zde již podařilo formálně vytvořit specializovaný oddíl pro GLM. To svědčí o tom, že odpovědnost za další rozvoj GLM není vnímána jen na úrovni centrálního týmu projektu, ale také již na úrovni „front-line“ alespoň v jedné ze zapojených věznic.

Vývoj intervence v období duben 2022 – prosinec 2022

V této kapitole stručně shrneme nejdůležitější informace o realizaci projektu s ohledem na důsledky pro evaluaci projektu.

Stručně to nejdůležitější

Třetí kohortu terapie GLM se podařilo dokončit ve všech šesti zapojených věznicích, v polovině července 2022 tak bylo pilotní testování terapie ukončeno. Terapeutické týmy mají zpravidla pocit, že vzhledem k nabytým zkušenostem šlo o nejlepší skupiny. V některých věznicích došlo k oslabení terapeutických týmů a terapie tak byla prováděna menším počtem zapojených terapeutů.

Ke konci roku 2022 byla většina účastníků terapie již propuštěna na svobodu, v jednotlivých věznicích byly stále ve výkonu trestu k tomuto datu spíše jen jednotky odsouzených, což v zásadě odpovídá plánu. Máme i anekdotickou evidenci o znovuvěznění některých osob jak z kontrolních, tak (méně často) z intervenční skupiny předchozích kohort.

Doprovázení, které mělo být sekundární intervencí v rámci projektu, se daří poskytovat jen ve velmi omezeném počtu osob a zpravidla v malém rozsahu.

Průběh intervence GLM

Realizace 3. kohorty terapie GLM proběhla ve všech šesti pilotních věznicích. V průběhu terapií museli členové týmu překonávat časovou náročnost terapií, v některých věznicích i personální změny a tím časovou náročnost pro personálně oslabené týmy. Ve vyjádřeních v rámci realizačního týmu se terapeutické týmy shodují na tom, že realizace 3. kohorty byla pro ně nejlepší. Důvodem je větší zkušenost, větší sebejistota a obeznámenost s manuálem a větší zkušenost s prací s účastníky terapií. Také nebyla žádná omezení z důvodu Covidu.

Tabulka 1 - Přehled data ukončení terapie GLM u 3. kohorty

Věznice	Datum ukončení terapie GLM u 3. kohorty
Jiřice	30. 06. 2022
Kuřim	19. 05. 2022
Kynšperk	07. 07. 2022
Pardubice	11. 05. 2022
Stráž pod Ralskem	13. 07. 2022
Vinařice	14. 06. 2022

Tabulka 2 - Průběh realizace terapie GLM u 3. kohorty podle realizačního týmu

Věznice	Průběh realizace terapie GLM u 3. kohorty
Jiřice	U 3. kohorty nebyly v průběhu realizace programu zaznamenány žádné výraznější problémy. Odsouzení byli v průběhu jednotlivých sezení aktivní, kooperativní a poskytovali lektorům i skupině zpětnou vazbu. Během trvání programu bylo u klientů patrné snížení psychické tenze a program celkově vnímali pozitivně. Ze strany lektorů nebyl rovněž zaznamenán závažnější problém, týkající se vedení programu. Praktické podněty byly zakomponovány do úpravy manuálu ke GLM.
Kuřim	Realizace 3. kohorty byla na základě zkušeností z předchozích běhů snazší, a to díky větší připravenosti na určitá úskalí v terapeutickém procesu, snazší orientaci v manuálu, a především lepšímu výběru odsouzených do intervenční skupiny. Odsouzení z lektorů cítili větší jistotu a už před příchodem do GLM věděli od absolventů předchozích běhů, co je asi čeká. Program GLM byl mezi

	<p>dosouzenými známý, více lektorům věřili a měli i větší důvěru v terapeutickou skupinu.</p> <p>K 31. 12. 2022 je tým v kontaktu se 2 propuštěnými osobami z 1. kohorty. Počet odsouzených, kteří jsou stále ve výkonu trestu je celkem 19 osob (2 osoby z 1. kohorty, 2 osoby z 2. kohorty a 15 osob ze 3. kohorty).</p>
Kynšperk	<p>3. kohorta byla zahájena v počtu 12 odsouzených, po zahájení 1 vězeň změnil názor a odmítl pracovat v projektu. Lektorský tým se bohužel vlivem rozličných událostí snížil z pěti členů na tři. Pro zbývající lektory byla 3. kohorta velmi časově náročná, avšak si všichni vyšli vstříc, názorově byli sjednoceni a tomu i plně odpovídalo pracovní nasazení a tempo. V průběhu 3. kohorty GLM to vzdal ještě jeden vězeň. V celkovém pohledu byla práce se zbytkem kohorty na velmi dobré úrovni. Po celou dobu GLM se lektoři drželi striktním způsobem daného manuálu a v navýšeném čase experimentovali s muzikoterapií a interaktivními hrami fyzicky či virtuálně zadanými. Po tzv. zajetí kolejí, soužití a důvěry v daný tým, docházelo k vzájemnému provazování životních příběhů, kritických situací jak ve věznici, tak i mimo věznici. Největší devizou, kterou hodnotili všichni účastníci kohorty, byl přístup lektorů, přímý, na odborné výši, a hlavně lidský s příslušnou empatií.</p> <p>K 31. 12. 2022 není tým po ukončení terapií v kontaktu s žádnou propuštěnou osobou. Počet odsouzených z projektu, kteří jsou stále ve výkonu trestu je 11 osob ze 3. kohorty.</p>
Pardubice	<p>„Věci, které jsem věděl, ale neuvědomoval jsem si je, umím teď i pojmenovat,“ sdělil jeden z odsouzených při zhodnocení programu.</p> <p>V průběhu 3. kohorty lektoři pracovali s heterogenní skupinou, která nejdříve musela najít společnou řeč. Někteří byli iniciativní, u jiných pozornost oscillovala. Někteří byli málomluvní, těžko se jim hovořilo o jejich životních peripetiích, někteří se i bránili vyslovit určité věci, ale nakonec se zapojovali všichni přítomní.</p> <p>U těch, co měli tendence být průměrnými členy, nevybočovat žádným směrem, byla v průběhu programu patrná i touha po uznání ostatními. Na odsouzených bylo vidět, že když se ve skupině vytvořila komfortní atmosféra, našli jistou půdu pod nohama a vzrůstala jejich aktivita. Byli schopni dát adekvátní zpětnou vazbu, interaktivně pracovat s ostatními členy skupiny. Akceptovat svoje někdy mylné názory, které získali např. kvůli kriminální zátěži v rodinném prostředí. Byli mezi nimi i odsouzení, kteří mají před sebou ještě dlouhý trest, ukážou nejen sami sobě, zda nově naučené vzorce chování budou schopni realizovat i ve vězeňském prostředí. Program ukončilo ve 3 kohortě celkem 5 odsouzených.</p> <p>K 31. 12. 2022 není tým po ukončení terapií v kontaktu s žádnou propuštěnou osobou. Počet odsouzených z projektu, kteří jsou stále ve výkonu trestu je celkem 17 osob (2 osoby z 1. kohorty IS, 1 osoba z 2. kohorty IS, 5 osob z 3. kohorty z IS, 4 osoby z 2. kohorty KS, 5 osob ze 3. kohorty z KS).</p>
Stráž pod Ralskem	<p>3. kohorta byla nejproblematičtější, byla poznamenána ukončením pracovního poměru u VS ČR 4 zaměstnanců (včetně psychologa), kteří se aktivně podíleli na projektu. Z důvodu pracovní vytíženosti zbývajících členů týmu bylo velmi těžké plánovat a dokončit terapie.</p> <p>K 31. 12. 2022 není tým po ukončení terapií v kontaktu s žádnou propuštěnou osobou. Počet odsouzených z projektu, kteří jsou stále ve výkonu trestu: 3 osoby z 1. kohorty/KS jsou zpět, ze 2. kohorty je zpět 1</p>

	osoba z KS a 1 osoba z IS. Ze 3. kohorty byly 2 osoby (1 osoba byla 5.1.23 propuštěna na PP a druhá má výstup 26.1.2023).
Vinařice	3. kohorta z pohledu klientů byla náročnější zpočátku, kdy lektori řešili důvěru mezi odsouzenými. Po třech měsících byly 2 osoby vyřazeny z terapie, z toho 1 odsouzený na vlastní žádost, který nechtěl na sobě pracovat a mluvit o sobě. Druhý odsouzený byl vyřazený z důvodu nedůvěry a vynášení ze skupiny. Z pohledu lektorů a vedení skupiny byla tato kohorta náročná, protože terapeuti pracovali pouze ve dvou (vedoucí týmu byl dlouhodobě nemocen a další členka týmu spolupráci ukončila). K 31. 12. 2022 je tým po ukončení terapií v kontaktu s 11 osobami (1 osoba z 1. kohorty, 4 osoby z 2 kohorty a 6 osob z 3.kohorty). Počet odsouzených z projektu, kteří jsou stále ve výkonu trestu (z 1. kohorty je 1 osoba stále ve výkonu trestu, 2 osoby se do výkonu vrátili, z 2. kohorty jsou 3 osoby ve výkonu a 1 osoba se vrátila zpět), ze 3. kohorty jsou 3 osoby ve výkonu trestu).

Průběh intervence Doprovázení

Doprovázení probíhá ve čtyřech věznicích (Jiřice, Kuřim, Kynšperk nad Ohří a Stráž pod Ralskem).

Do dlouhodobého poradenství bylo od začátku projektu zapojeno celkem 45 osob.

- Jiřice – 1 osoba
- Kuřim – 3 osoby
- Kynšperk nad Ohří – 34 osob
- Stráž pod Ralskem – 7 osob

Doprovázení bylo sice průběžně nabízeno během realizace jednotlivých kohort, nicméně zvýšený zájem o tuto aktivitu sledujeme až v tomto monitorovacím období, kdy již neprobíhají terapie ani jiné aktivity.

Z hlediska evaluace znamená omezené Doprovázení výrazné zmenšení vzorků pro vyhodnocení efektů Doprovázení. Nízká četnost doprovázení nám znemožňuje dodržení plánovaného rozdělení účastníků do čtyř podobně velkých skupin odlišujících se přítomností dvou různých intervencí. Pozitivním průvodním jevem omezeného doprovázení bude nárůst velikosti těch skupin, které měly být vystavené pouze intervenci GLM, takže snížení evaluovatelnosti Doprovázení nám částečně zlepšuje evaluovatelnost GLM.

Sběr dat a posouzení jejich kvality

Ve předchozích evaluačních zprávách jsme řešily problémy s kvalitou primárních dat a přijali jsme opatření pro jejich zlepšení. Míru problémů se tak podařilo omezit. V této kapitole připomeneme používaná data a vysvětlíme jejich omezení.

Stručně to nejdůležitější

V předchozí evaluační zprávě jsme v rámci analýzy dat a na základě dalších informací identifikovali závažné problémy v kvalitě primárních dat, které sbírá realizační tým v jednotlivých věznicích. Přijatá opatření v podobě společných „kalibračních“ seminářů, i částečná obměna členů realizačního týmu patrně přispěla k omezení problémů jak u nástrojů HCR-20 a PCL-R, tak MMPI-2. HCR-20 a PCL-R jsou nyní využívány více jednotně, u MMPI-2 došlo k poklesu výskytu nevalidních protokolů.

U administrativních dat používaných v rámci evaluace projektu nejsou problémy a ani je nepředpokládáme do budoucna, řešení EO 3 a EO 4 (vliv intervence na zaměstnanost a kriminální recidivu) by tak nemělo být ohroženo.

Rekapitulace používaných dat a jejich účelu

V rámci dopadové roviny evaluace používáme následující kvantitativní data, podrobněji viz evaluační plán (Kváča 2019):

SARPO (Souhrnná Analýza Rizik a Potřeb Odsouzených) je prediktivní nástroj na hodnocení rizik a kriminogenních potřeb odsouzených. Touto analýzou prochází prakticky každý odsouzený a jde tedy o rutinní administrativní data, která spolu se základními demografickými údaji v rámci projektu poskytuje zástupce vězeňské služby. Hlavním účelem SARPA v rámci evaluace projektu je posouzení srovnatelnosti intervenční a kontrolní skupiny pro účely EO2 až EO4, publikace (Drahý et al. 2018) navíc umožňuje porovnat naši CS s českou vězeňskou populací jako celkem.

HCR-20 je nástroj k hodnocení a řízení rizika násilí. **PCL-R** je klinická škála pro hodnocení psychopatie. Oba vzájemně provázané nástroje jsou administrovány ve věznicích po vstupu odsouzených do projektu a následně před propuštěním z VTOS. Nástroje mají charakter odborného posouzení odsouzeného pracovníkem věznic, který každého odsouzeného skóruje na základě informací získaných ze semistrukturovaného rozhovoru s posuzovaným a z dalších zdrojů, například spisové dokumentace. Nástroje nemají žádné vlastní validizační postupy. Hlavním účelem HCR-20 a PCL-R v rámci evaluace je posouzení změny rizika násilného chování, jde tedy o vysvětlované výsledkové proměnné v rámci EO 2. Sekundárně pre-testová data HCR-20 a PCL-R slouží pro posouzení srovnatelnosti intervenční a kontrolní skupiny pro účely EO2 až EO4.

MMPI-2 je širokospektrý test sloužící ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch, poskytuje tak komplexní psychologický pohled na účastníka intervence. Nástroj má podobu 567 položkového dotazníku (ano-ne otázky), na které odpovídá přímo testovaná osoba. Nástroj má robustní systém validizačních škál. V rámci evaluace je role MMPI-2 obdobná jako v případě HCR-20 a PCL-R.

Administrativní data o zaměstnanosti a kriminální recidivě. Tato data plánujeme získat na konci projektu v době, kdy se účastníci již budou nějakou dobu pohybovat na svobodě. Přislíbená jsou data v anonymizované podobě v agregaci na úrovni skupin (IS vs KS a kohort).

U SARPA a administrativních dat nepředpokládáme žádné problémy se sběrem. U SARPA vše probíhá hladce, u dat o zaměstnanosti využijeme již vyzkoušené spolupráce s MPSV (Kváča

2018b; Kváča a Gottwaldová 2019; 2021b) a u dat o kriminální recidivě očekáváme stejně hladkou spolupráci jako u SARPA.

Problémy se sběrem primárních dat

HCR-20 a PCL-R

HCR-20 a PCL-R jsou silně závislé na osobě, která data pořizuje, jde do značné míry o expertní posouzení. Z toho plyne relativně nízká inter-rater reliabilita (různí hodnotitelé mají trochu jiný metr). Současně jsme identifikovali některé problematické praktiky, na jejichž základě jsme se rozhodli nepoužít post-testová data u první kohorty a ze dvou věznic. Problém jsme diskutovali v týmu, došlo k dalšímu proškolení a zároveň kalibračnímu sdílení různých případů a také v některých případech ke změně osob zapojených do sběru dat. Tyto kroky situaci zlepšily a data třetí kohorty jsou využitelná. Ukazují se tak určitá omezení nástrojů HCR-20 a PCL-R pro měření efektů intervence. Data tak využíváme spíše jen v rovině podpůrných důkazů.

MMPI-2

MMPI-2 je standardizovaný nástroj, s podrobnou dokumentací včetně manuálů v českém jazyce. Jeho administraci mají provádět psychologové, u nichž jsme od začátku předpokládali zkušenost s tímto nástrojem, školení supervizorem projektu před začátkem prvního sběru dat tak bylo poměrně krátké. MMPI-2 má z hlediska kvality sběru dat oproti nástrojům HCR-20 a PCL-R dvě výhody. Zaprvé, jde o nástroj typu tužka-papír, kdy na otázky odpovídá přímo hodnocený účastník a nejde tedy o expertní posuzování. To by mělo eliminovat problémy typu odlišného přístupu hodnotících. Zadruhé, nástroj je vybaven robustním systémem validizačních škál, které mohou dobře detekovat, kdy je dotazník vyplněn nevěrohodně (například náhodné vyplnění, úmyslné zveličování či popírání některých jevů atd.). Naopak jeho nevýhodou je větší závislost na spolupráci odsouzených a jejich ochotě otevřeně odpovídat na otázky. Zde hraje klíčovou roli citlivá práce administrátorů testu a jejich schopnost testované vhodně namotivovat ke spolupráci.

Zde můžeme kvalitu sběru dat zhodnotit výsledky validizačních škál. Postup vyhodnocení přijatelnosti protokolů MMPI-2 je popsán v příručce nástroje (Butcher et al. 2013, s. 25 a násl.). Příručka připouští určitou flexibilitu v posuzování s ohledem na charakter zkoumané populace, v rámci projektu používáme nejvolnější variantu uváděnou v příručce. Protokol považujeme za nevalidní, pokud alespoň jedna z hlavních validizačních škál překročí hodnoty širší normy, vyjádřené T-skórem. Konkrétně jde o hodnotu škály „nemohu říci“ (?) > 30, nekonzistence souhlasných odpovědí (TRIN) >= 80, nekonzistence variabilních odpovědí (VRIN) >= 80, málo frekventované odpovědi (F) > 90 a (Fp) >= 100 a konečně indikátor defenzivity (L) >= 80.

Tabulka 3 - Míra nevalidních MMPI-2 testů dle jednotlivých věznic

Věznice	1. kohorta pretest	1. kohorta posttest	2. kohorta pretest	2. kohorta posttest	3. kohorta pretest	3. kohorta posttest
Věznice 1	38 %	61 %	17 %	17 %	17 %	22 %
Věznice 2	8 %	19 %	29 %	29 %	17 %	6 %
Věznice 3	17 %	22 %	33 %	33 %	12 %	0 %
Věznice 4	50 %	100 %	31 %	31 %	17 %	14 %
Věznice 5	38 %	61 %	40 %	40 %	21 %	29 %
Věznice 6	13 %	30 %	0 %	0 %	0 %	22 %
Míra nevalidních MMPI-2 celkem	28 %	50 %	25 %	25 %	14 %	15 %

Míra nevalidity dotazníků MMPI-2 je poměrně vysoká, zvláště u post-testu první kohorty, a velmi se liší mezi jednotlivými věznicemi. I zde jsme problém diskutovali s týmem a v některých věznicích došlo i ke změně osob podílejících se na sběru těchto dat. Přijatá opatření se podle nás pozitivně projevila ve vyšší validitě post-testů 2. a zejména 3. kohorty. U pre-testu a post-testu třetí kohorty jsme zároveň v několika případech (v řádu jednotek) sáhli po přetestování, typicky v situaci, kdy důvodem nevalidity protokolů MMPI-2 byly vysoké hodnoty na validizační škále F a TRIN, což obojí (a zvláště v kombinaci) naznačuje možné náhodné vyplnění – zaškrtnání odpovědí bez jakéhokoliv uvažování. F je škála měřící málo frekventované odpovědi (např. souhlas s velmi bizarními výroky), TRIN si všímá nekonzistence souhlasných odpovědí, tedy situací, kdy respondent na v zásadě shodné otázky položené v různých částech testu odpovídá rozdílně. Respondenti byli informováni, že jejich test vypadá, že mu pravděpodobně vůbec nevěnovali pozornost, a byli požádáni o opětovné vyplnění s tím, aby mu tentokrát věnovali pozornost. Tímto způsobem se podařilo získat dodatečné validní protokoly.

Z důvodu relativně vysoké nevalidity protokolů jsme se v některých analýzách rozhodli využít i alternativní, měkčí, pohled na validitu protokolů, který navrhl dr. Jiříčka, hlavní psycholog Vězeňské služby ČR. Kritéria (ne)validity protokolů jsou v tomto případě tato: nekonzistence souhlasných odpovědí (TRIN) > 90, nekonzistence variabilních odpovědí (VRIN) > 90, málo frekventované odpovědi (F) > 110, (Fb) > 110 a (Fp) > 110, hodnota škály (K) > 80, hodnota škály „mimořádně pozitivní sebe prezentace“ (S) > 80 a indikátor defenzivity (L) > 80. Protokol považujeme za nevalidní, pokud alespoň jedna z výše vyjmenovaných škál překročí hodnoty uvedené výše.

Aktuální stav řešení EO1

EO1 – Jaké jsou zkušenosti ze zavedení školicího systému pro vzdělávání v oblasti aplikace nového terapeutického programu (GLM)?

Aktuální poznatky z průběhu terapie GLM

Na základě rozhovorů s realizačním týmem (RT), zúčastněného pozorování, neformálních rozhovorů s pracovníky ve věznicích a písemných podkladů od RT můžeme v rovině lehké procesní evaluace poukázat na následující aspekty práce RT.

Průběh všech tří kohort a dalších aktivit projektu byl různou měrou ovlivněn Covid-19.

Z důvodu uzavření věznic a omezení vstupu, osobních setkávání členů RT byla ve spolupráci s odborným garantem V. Jiříčkou nastavena online setkávání všech členů RT, která probíhala pravidelně cca jednou za měsíc.

Supervize probíhaly ve všech věznicích prezenčně, některé i v prostorách mimo věznici. Supervize probíhaly i po ukončení terapií, a to ve věznici Kuřim z důvodu vytvoření nového specializovaného oddílu pro GLM, prvního v ČR.

Vzhledem ke skutečnosti, že z důvodu Covid-19 byla komunikace limitována po dlouhou dobu na online komunikaci, po uvolnění byl ihned uspořádán dvoudenní workshop, ve dnech 7. a 8. 6. 2022 v hotelu Amálka u Řípu. Na tento workshop byli pozváni němečtí kolegové, supervizor dr. Jiříčka, za evaluátory dr. Kváča a Mgr. Gottwaldová, realizační týmy z pilotních věznic a členové RT z Volonté. Tento workshop byl ze strany všech zúčastněných hodnocen velice kladně, byl prostor pro prezentaci jednotlivých pilotních věznic, pro práci evaluátora s týmem, prezentaci a hodnocení německých kolegů a také pro formální i neformální komunikaci všech zapojených členů týmů.

Přetrvávající "nechuť" komunikace mezi jednotlivými RT pilotních věznic se tímto setkáním trochu „prolomila“, i když stále proaktivní komunikace mezi jednotlivými týmy chybí.

Při společných setkáních sice každá pilotní věznice sdělovala ostatním průběh terapií a testování, nicméně sdílení zkušeností není proaktivní. V současné době online komunikace neprobíhají.

Pracovní skupina pokračuje nad aktualizací manuálů a pracovních sešitů. Vedením byla pověřena Mgr. Petra Kubíčková z věznice Kuřim, která je i pověřena dr. Jiříčkou stát se lektorkou GLM. Připravuje se cesta do věznice Brandenburg, cesty se zúčastní členové pracovní skupiny Manuál. Získané poznatky budou zakomponovány do Manuálu. Dle harmonogramu by měla být finální verze manuálu dokončena duben/květen 2023.

V rámci advokační strategie budou vytvořeny podcasty a videa, a to za aktivní účasti realizačních týmů všech pilotních věznic.

Další relevantní poznatky k této EO jsou rovněž obsaženi v následující kapitole, v části Kvalitativní důkazy.

Vyhodnocení efektů projektu na riziko násilného chování (E02)

EO 2 – Jaké efekty mají různé kombinace intervence GLM a intervence Doprovázení na riziko násilného chování?

Stručně to nejdůležitější

Intervence probíhala v šesti věznicích. Účastníci vstupují do projektu na základě svého souhlasu s nabídkou účasti, následuje provedení pre-testu a nakonec je odhalena skupina, do které je účastník zařazen. Účast v terapii GLM vychází z předem vymezených organizačních částí věznic, které byly částečně vybrány pomocí randomizace a částečně s ohledem na provozní možnosti věznic. Odchod účastníků v prvních týdnech intervence byl kompenzován dodatečným nábořem.

V pre-testu užíváme sekundární data z administrativních zdrojů (SARPO) a primární data získaná od CS pomocí diagnostických psychologických nástrojů (HCR-20, PCL-R, MMPI-2).

V rámci tří kohort účastníků jsme pozorovali původně 443 osob, 209 členů původně zařazených do intervenční a 234 do kontrolní skupiny. Obě skupiny si byly v pozorovatelných charakteristikách velmi blízké a současně patřili k lehce náročnější části obecné vězeňské populace, přičemž naše CS má podstatně méně zastoupené extrémní, které nacházíme v celkové vězeňské populaci (jsou relativně málo přítomné velmi lehké a velmi obtížné případy).

Průměrným účastníkem projektu je muž 34 let, potřetí ve VTOS, vzdělávací dráhu opustil po jednom roce střední školy, má jedno dítě. Má vysoká rizika v rámci dynamických i statických faktorů SARPO, problémy především v oblastech finance, osobnost a chování a závislosti. Typická je ztráta sebekontroly ve vzteku a častá přítomnost neurologických symptomů, antisociální chování, zjevná psychopatie a otevřeně připouštění užívání návykových látek. Jen každý sedmý žije ve vztahu a necelá polovina ve VTOS pracuje.

Úplné pozorování, tedy pre-test a post-test a u IS současně absolvování významné části terapie GLM, bylo k dispozici v případě 86 členů IS a 107 členů KS (u nástroje MMPI-2), respektive u 119 členů IS a 164 členů KS (u nástrojů HCR-20 a PCL-R).

Výsledky ukazují, že terapie GLM má patrně kauzální vliv na řadu škál MMPI-2 i na riziko násilného chování měřené pomocí HCR-20 a PCL-R.

U škál MMPI-2 pozorujeme několik oblastí, v jejichž rámci se jednotlivé dílčí změny zpravidla mění u jednotlivých účastníků společně. S velkou statistickou signifikancí jde především o následující oblasti:

První oblast zahrnuje prvky regulace chování, hostility, naivity a vnímání reality. Typicky se zde zvyšuje důvěra v jiné lidi, omezuje se pocit, že „jsem obětí ostatních a musím si na ostatní dávat pozor“, snižuje se cynismus a dochází k posunu ve vnímání světa od „zlého“ k „dobrému“.

Druhá oblast, značně nezávislá na první, spojuje změny na škálách Antisociální chování a Problémy s autoritou. Typickým vývojem je zde zhoršení již značně špatných hodnot, což však vzhledem k povaze škál je možné hodnotit pozitivně. Položky sytící tyto škály mají povahu hodnocení předchozího chování. Pozorujeme zde větší otevřenost k negativnímu hodnocení a sebereflexi. Tento faktor tedy zachycuje typickou změnu účastníků ve smyslu „vnímal jsem se jako problémový, ale po terapii jsem sebral, že je to se mnou ještě horší, než jsem si dříve myslel“.

Třetí oblast se týká škál Negativního postoje k terapii a Nedostatku puzení. Lze je interpretovat jako nárůst přesvědčení, že změna je možná, že snažit se o změnu má smysl.

Pozorujeme rovněž omezení typicky maskulinních (silových) rysů osobnosti ve prospěch vyšší aktivity, zvědavosti a sociální vnímavosti, což lze rovněž hodnotit pozitivně v kontextu hypermaskulinního prostředí českých věznic. Ukazuje se též, že GLM terapie slabě zmírňuje řadu psychických obtíží.

Uvedené změny poměrně přesvědčivě ukazují na odlišný vývoj u intervenční a kontrolní skupiny, přičemž u většiny škál je rozdíl složen jednak ze zlepšení u IS a jednak ze zhoršení u KS. Ukazuje se tedy, že pro naši kontrolní skupinu prostý pobyt ve VTOS v běžném zacházení zhoršuje jejich psychologický profil nebezpečným směrem.

Statisticky významné zlepšení (tedy snížení rizika násilného chování) pozorujeme také u měření pomocí nástrojů HCR-20 a PCL-R.

To jsou poměrně dobré výsledky, avšak v případě škál MMPI-2 reprezentují s jistotou jen asi 41 % intervenční skupiny, která do projektu vstoupila, přičemž je nutné připomenout, že 32 % původní IS terapii dostatečně nedokončilo a efekty u 27 % členů intervenční skupiny neznáme pro neplatná měření. Analýza drop-outů naznačuje, že potenciální efekt u té části IS, u které nemáme platná pozorování (tj. ti, kteří nedokončili, a ti s nevalidními protokoly MMPI-2), bude nejspíš slabší a efekt GLM na obecnou vězeňskou populaci je třeba očekávat nižší, přičemž jej nejsme schopni relevantně odhadnout, vzhledem k tomu, že z terapie vypadávají osoby s jiným profilem, než mají ti, kteří v ní vytrvají.

Analyzovali jsme, kdo z terapie odpadá v prvních týdnech – jde o osoby s vyššími hodnotami anamnestických položek (HCR-20) a v rámci MMPI-2 nacházíme řadu položek, u kterých platí, že ti, kteří brzy odpadá z terapie mají výraznější odchylku od normy než ti, kteří v prvních týdnech vytrvají.

Významný vedlejší poznatek je, že současné zaměstnání souvisí s tím, zda máme k dispozici platné pozorování po ukončení terapie. Nenaplnily se tedy obavy, že by nešlo sladit zaměstnání ve VTOS a terapii, naopak se zdá, že obojí pracuje v synergii ve prospěch odsouzených a je tedy žádoucí, aby účastníci terapie GLM mohli současně v rámci VTOS pracovat.

V rámci analýzy jsme se podívali i na distribuci efektů, jednak podle kohort a jednak podle věznic. Na úrovni kohort zjišťujeme, že pozitivní změny byly největší (a podobně velké) u kohorty 1 a kohorty 3. Pozitivní změny identifikujeme i u druhé kohorty, jejich velikost je však jen třetinová oproti první a třetí kohortě. Jako přijatelné vysvětlení se nabízí, že druhá kohorta byla nejvíce poznamenána restriktivními opatřeními a přerušování terapie vzhledem k pandemii Covid-19.

Významné rozdíly nacházíme při porovnání síly efektu na úrovni jednotlivých věznic. Nacházíme jednu věznici s vysoce nadprůměrnými pozitivními efekty, dvě přibližně s průměrnými, dvě podprůměrné a jednu dokonce s negativním efektem. Rozdíly mezi věznicemi jsou nejspíš zčásti způsobené různou kvalitou terapeutického procesu a zčásti způsobené různě náročnými skupinami účastníků se terapií a dalším faktorem může být ještě odlišný *survivor bias* způsobený odlišnými poměry dokončivších a nedokončivších účastníků v rámci jednotlivých věznic. Nízké počty účastníků v rámci jednotlivých věznic však neumožňují robustnější analýzu.

Řešili jsme rovněž otázku „pro koho GLM funguje“. Cílem bylo vytvořit snadný nástroj, který by mohl na základě dostupných administrativních dat (např. SARPO) predikovat, kdo je pro účast v GLM vhodný. Ukazuje se však, že míra pozitivního vlivu je značně nezávislá na většině proměnných obsažených v SARPO (i HCR-20 a PCL-R) a jediným dobrým snadno dostupným prediktorem je dosažené vzdělání. Více vzdělání účastníci (alespoň s několika

absolvovanými ročníky střední školy) vykazují výrazně vyšší pozitivní změny než méně vzdělaní účastníci.

S pozitivními závěry o účinnosti GLM je konzistentní i pozitivní prožívání programu GLM jak ze strany terapeutů, tak absolventů.

Druhá evaluační otázka se ptá na efekty intervencí obsažených v projektu (GLM a Doprovázení) na riziko násilného chování. Toto riziko operacionalizujeme pomocí standardizovaných psychodiagnostických nástrojů MMPI-2, HCR-20 a PCL-R, přičemž máme k dispozici měření před intervencí a po intervenci (obojí v rámci VTOS jak od intervenční, tak od kontrolní skupiny).

V této kapitole nejprve připomeneme hlavní zjištění z minulé zprávy týkající se předintervenčních rozdílů mezi intervenční (IS) a kontrolní (KS) skupinou. Následně se pokusíme spočítat efekty intervence GLM na riziko násilného chování, podíváme se podrobněji na distribuci efektů jednak v rámci jednotlivých kohort terapie a jednak po jednotlivých zapojených věznicích. Pro ujasnění limitů interpretace našich zjištění je důležité rovněž provést analýzu drop-outů, tedy účastníků, kteří nedokončili projekt dle plánu. Další analýzou bude pokus o vysvětlení, u jakých profilů účastníků se projevují žádoucí změny (tedy pro jakou skupinu odsouzených je GLM zvláště vhodná). Nakonec se naši analýzu pokusíme rozšířit i na druhou intervenci nabízenou v rámci projektu – doprovázení.

Předintervenční rozdíly

Otázce předintervenčních rozdílů mezi intervenční (IS) a kontrolní (KS) skupinou jsme se podrobně zabývali již v předchozí evaluační zprávě (Kváča a Gottwaldová 2022). Připomeňme tedy jen ve stručnosti nejdůležitější body.

IS a KS jsou v zásadě shodné z hlediska základní demografie, hodnot SARPO i HCR-20 a PCL-R. Na úrovni jednotlivých kohort jsme mezi IS a KS identifikovali drobné rozdíly na některých škálách MMPI-2. Důležité však je, že významnější rozdíly se u různých kohort neopakují a naopak, analýza celé cílové skupiny napříč kohortami ukázala, že na úrovni celého souboru se rozdíly stírají, což je dobrou známkou toho, že IS a KS jsou v rámci daných možností poměrně dobře porovnatelné. Jediné přetrvávající rozdíly jsou u intervenční skupiny nižší hodnoty na škále Potlačení (Repression – R), vyšší hodnoty na škále Amorálnost (Ma1) a nižší hodnoty na škále Suicidální myšlenky (DEP4).

Celkově tak můžeme shrnout, že rozdělení na intervenční a kontrolní skupinu v rámci možností dopadlo velmi dobře a rozdíly mezi skupinami nejsou významné. To je důležité tím, že jde o vyhovující rozdělení z hlediska řešení efektů na recidivu a zaměstnanost, které budeme řešit na základě administrativních dat na konci projektu.

Průměrným účastníkem projektu je muž 34 let, potřetí ve VTOS, vzdělávací dráhu opustil po jednom roce střední školy, má jedno dítě. Má vysoká rizika v rámci dynamických i statických faktorů SARPO, problémy především v oblastech finance, osobnost a chování a závislosti. Typická je ztráta sebekontroly ve vzteku a častá přítomnost neurologických symptomů, antisociální chování, zjevná psychopatie a otevřeně připouštění užívání návykových látek. Jen každý sedmý žije ve vztahu a necelá polovina ve VTOS pracuje.

V porovnání s celkovou českou vězeňskou populací je naše CS lehce více riziková, přičemž naše CS má podstatně méně zastoupené extrémní, které nacházíme v celkové vězeňské populaci (jsou relativně málo přítomné velmi lehké a velmi obtížné případy).

Riziko násilného chování na základě MMPI-2

V rámci přípravy výzkumu jsme předem identifikovali 17 škál MMPI-2, které jsme pokládali za takové, ve kterých se změny způsobené GLM mohou nejspíše projevit.

Do analýzy jsme zařadili všechny odsouzené, u kterých platilo současně, že (i) jsme měli data MMPI-2 z pre-testu i post-testu, a to bez problémů na validizačních škálách v souladu s příručkou tohoto psychologického nástroje (Butcher et al. 2013), a (ii) že mezi oběma testy uplynulo alespoň 120 dní (tím jsme vyloučili některé předčasně propuštěné odsouzené). U členů intervenční skupiny GLM jsme navíc vyžadovali absolvování alespoň 100 hodin terapie GLM, tedy dokončení její významné části (tím jsme vyloučili některé odsouzené, kteří z různých důvodů terapii výrazně nedokončili, více viz analýza drop-outů). Terapie byla původně plánovaná v rozsahu 240 hodin, přičemž typický počet vykázaných hodin terapie se u účastníků, kteří terapii kompletně dokončili, pohybuje mezi 190 a 240. Vzhledem k častým problémům s validitou protokolů MMPI-2 jsme alternativně provedli i analýzu s použitím méně restriktivních požadavků na validitu, a to v podobě, kterou navrhl supervizor projektu, šéfy psycholog Vězeňské služby ČR, Dr. Jiříčka.

Tabulka 4 - Počty platných pozorování MMPI-2

	Striktní přístup k validitě protokolů			Volnější přístup k validitě protokolů		
	IS	KS	Celkem	IS	KS	Celkem
1. Kohorta	22	31	53	39	42	81
2. Kohorta	20	39	59	29	65	94
3. Kohorta	44	36	80	52	42	94
CELKEM	86	106	192	120	149	269

Výsledné odhady efektů GLM na předem vybrané škály přináší Tabulka 5, která obsahuje jednak porovnání průměrů skupin před a po (a tedy odhad efektu pomocí metody Difference-in-difference; DD) a jednak průměrné rozdíly nejpodobnějších párů klientů (a tedy odhad efektu pomocí metody PSM-DD). Metoda PSM-DD vyžaduje splnění některých předpokladů (Khandker et al. 2010, s. 56), které jsou v našem případě naplněny - odhad propensity skóru v rámci PSM-DD má dobré výsledky z hlediska požadavku na *common support* (žádný člen IS není vyřazen) a vyhovuje i *balancing property* testu. Do výpočtu propensity skóru, který slouží k porovnání co nejpodobnějších členů IS a KS, jsme použili základní demografické údaje a data SARPO¹.

Výsledky jsou částečně odlišné, pokud jde o sílu a signifikanci změn, nicméně výsledky obou metod si navzájem neodporují. Obecně lze považovat za přesnější metodu PSM-DD (protože teoreticky eliminuje větší část *selection biasu*), avšak zvláště u malých počtů pozorování (jako je stále i náš případ) existuje riziko, že výsledky PSM-DD mohou být ovlivněny velkou vahou některých pozorování v kontrolní skupině (pokud je některý člen KS nejpodobnější více členům IS, je zařazen do více zkoumaných dvojic).

Pokud však identifikujeme signifikantní výsledek oběma metodami, můžeme jej považovat za poměrně jistý. Mezi předem vybranými 17 škálami nacházíme dva až tři takové případy – škály Antisociální postoje (ASP1) a Hostilita (Ho), které ukazují na významné zlepšení IS oproti KS, a s menší signifikancí škálu Problémy s autoritou (Pd2), kde IS vykazuje oproti KS zvýšení hodnot.

¹ Konkrétně jsme pro výpočet propensity score použili: věk, dosažené vzdělání, deklaraci vztahu (manželství, partnerka), počet dětí, skutečnost, zda odsouzený v rámci VTOS pracuje, počet dosavadních trestů odnětí svobody, hodnoty jednotlivých sedmi faktorů dynamických rizik SARPO a hodnotu celkových statických rizik SARPO.

Škála ASP1 sleduje antisociální postoje a názory, klienti s vysokými hodnotami sdělují malý respekt k zákonům a autoritám a shovívavost k delikventům (Butcher et al. 2013, s. 54).

U škála Ho vyšší hodnoty signalizují osoby cynické, podezřívavé a nedůvěřivé, zlostné a hostilní. (Butcher et al. 2013, s. 59)

Efekt na škálu Problémy s autoritou má na první pohled nečekaný směr, kdy výsledky indikují zhoršení u IS. Přesto je možné i tuto změnu hodnotit pozitivně – obsah škály vychází ze současného hodnocení minulých činů. V souladu se zaměřením terapie je možným vysvětlením, že účastníci díky terapii získali nový vhled na své minulé činy a hodnotí je více závažně než dříve. To znamená, že si absolventi GLM následně více uvědomují své potíže s autoritou.

Kromě 17 předem vybraných škál jsme se podívali také na změny v ostatních škálách. Statisticky signifikantní výsledky přináší Tabulka 6. Zde nalézáme řadu dalších pozitivních a signifikantních efektů.

Nejpřesvědčivější jsou důkazy pro výrazně odlišný vývoj IS na rozdíl od KS u škál Amoralnost (Ma1), Maskulinita – Femininita (Mf), Misanthropické přesvědčení (CYN1), Škála cynismu (RC3), Cynismus (CYN) a Antisociální chování (ASP), přičemž všechny tyto rozdíly lze hodnotit pozitivně.

Pokles hodnoty na škále Misanthropické přesvědčení (CYN1) je možné interpretovat tak, že IS projevuje méně silné přesvědčení než dříve, že druzí jsou sobečtí a zajímají se jen o svůj prospěch, úzce provázané jsou i Škála cynismu (RC3) (souhlas s tvrzením, že lidé jsou nedůvěryhodní, prolhaní, bezcitní a vykořisťující druhé), a Cynismus (CYN) (mj. očekávání, že v pozadí chování druhých jsou skryté, negativní motivy, negativní postoje k blízkých osobám, projevoování nároků vůči druhým, ale nároky druhých popuzují) (Butcher et al. 2013, s. 54).

Vysoké hodnoty na škále Antisociální chování (ASP) znamenají připouštění, že „ve svých školních letech kradli a měli další problémové chování a antisociální praktiky. Mají postoje podobné jedincům, kteří porušují právo. Očekávají, že ostatní lidé lžou. Odmítají autoritu, obviňují druhé za své potíže, manipulují, jsou egocentričtí, agresivní, zlostní, impulzivní. Mohou mít potíže s návykovými látkami“.

Změny v oblasti genderových rolí (Mf, GM) nejsou příliš důležité, neboť hodnoty pozorování na těchto škálách jsou blízké normální populaci. Změny jsou to však také spíše pozitivní směřující k omezení typicky maskulinních (silových) rysů osobnosti ve prospěch vyšší aktivity, zvědavosti a sociální vnímavosti, což lze rovněž hodnotit pozitivně v kontextu hypermaskulinního prostředí českých věznic (Mertl 2020, s. 525).

Obecně lze zjištěné efekty terapie GLM na škály MMPI-2 hodnotit pozitivně. GLM u účastníků pravděpodobně způsobuje pokles vzteku, negativního vnímání společnosti a určitého distancování se od společnosti. Naopak dochází k posilování prosociálních postojů a schopnosti sebeřízení. O něco slabší důkazy naznačují i možné zlepšení postoje k terapii a větší přesvědčení, že změna je možná.

Pokud se podíváme na otázku, čím jsou rozdíly ve vývoji IS a KS tvořeny, zjišťujeme, že častým vzorcem je kombinace pozitivní změny u IS a zároveň negativní změny u KS. Toto ilustrují následující vybrané grafy (Obrázek 1). Kontrolní skupina, která je vystavena režimu běžného zacházení tak bez terapie nestagnuje, ale v mnoha oblastech se její situace zhoršuje. Zvláště patrné je to např. u škály Amoralnost (Ma1), kde nacházíme u KS zhoršení o více než čtyři body. Osoby s vysokými skóry přitom „druhé popisují jako sobecké, nepoctivé a oportunistické a následkem toho se mohou cítit oprávněny chovat se stejně. Mohou získávat zástupné uspokojení manipulativním vykořisťováním druhých.“(Butcher et al. 2013, s. 44)

Tabulka 5 - Efekty GLM na 17 předem vybraných škál MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů

Předem vybrané škály MMPI-2	Pre IS průměr	Post IS průměr	Prům. změna IS	Pre KS průměr	Post KS průměr	Prům. změna KS	Rozdíl prům. změn (Odhad efektu DD)	p_value	Odhad efektu PSM_DD	p_value
Problémy s autoritou (Pd2)	62.744	64.046	1.302	64.430	62.785	-1.645	2.947	0.032 **	3.11	0.075 *
Sociální odcizení (Pd4)	61.453	59.186	-2.268	63.084	60.981	-2.103	-0.165	0.903	-0.71	0.668
Hypomanie, výrazná (Ma O)	64.290	63.628	-0.663	62.486	61.869	-0.617	-0.046	0.974	-0.20	0.905
Úzkost (A)	61.872	59.709	-2.163	61.337	59.150	-2.187	0.024	0.984	-0.04	0.976
Potlačení (R)	43.279	44.151	0.872	46.719	46.168	-0.551	1.423	0.223	1.09	0.460
Nadměrná kontrola hostility (O H)	48.221	48.209	-0.011	49.010	47.233	-1.776	1.764	0.249	2.29	0.209
Zloba (ANG)	78.430	76.070	-2.361	74.767	74.243	-0.523	-1.837	0.380	-2.12	0.413
Sebeznehodnocování (DEP3)	66.174	63.186	-2.989	67.430	64.981	-2.449	-0.540	0.725	-0.40	0.842
Neurologické symptomy (HEA2)	69.407	65.790	-3.617	72.617	67.954	-4.663	1.048	0.767	-1.04	0.811
Explozivní chování (ANG1)	65.454	63.709	-1.744	63.084	62.673	-0.411	-1.333	0.372	-2.15	0.232
Iritabilita (ANG2)	58.953	58.651	-0.302	57.271	56.888	-0.383	0.081	0.956	0.47	0.795
Antisociální postoje (ASP1)	62.395	59.465	-2.930	59.028	61.281	2.252	-5.183	0.000 ***	-5.67	0.000 ***
Nízká motivace (TRT1)	57.791	54.256	-3.535	56.197	55.047	-1.149	-2.385	0.139	-2.29	0.264
Nesdílnost (TRT2)	59.814	57.581	-2.232	57.869	57.944	0.075	-2.308	0.092 *	-1.52	0.369
Agresivita (AGGR)	54.767	54.383	-0.384	54.608	56.056	1.449	-1.833	0.235	-1.69	0.369
Nedostatečná sebekontrola (DISC)	60.942	62.500	1.558	61.626	63.505	1.879	-0.321	0.820	0.58	0.742
Hostilita (Ho)	61.151	57.628	-3.523	58.897	59.000	0.103	-3.626	0.001 ***	-3.89	0.003 ***

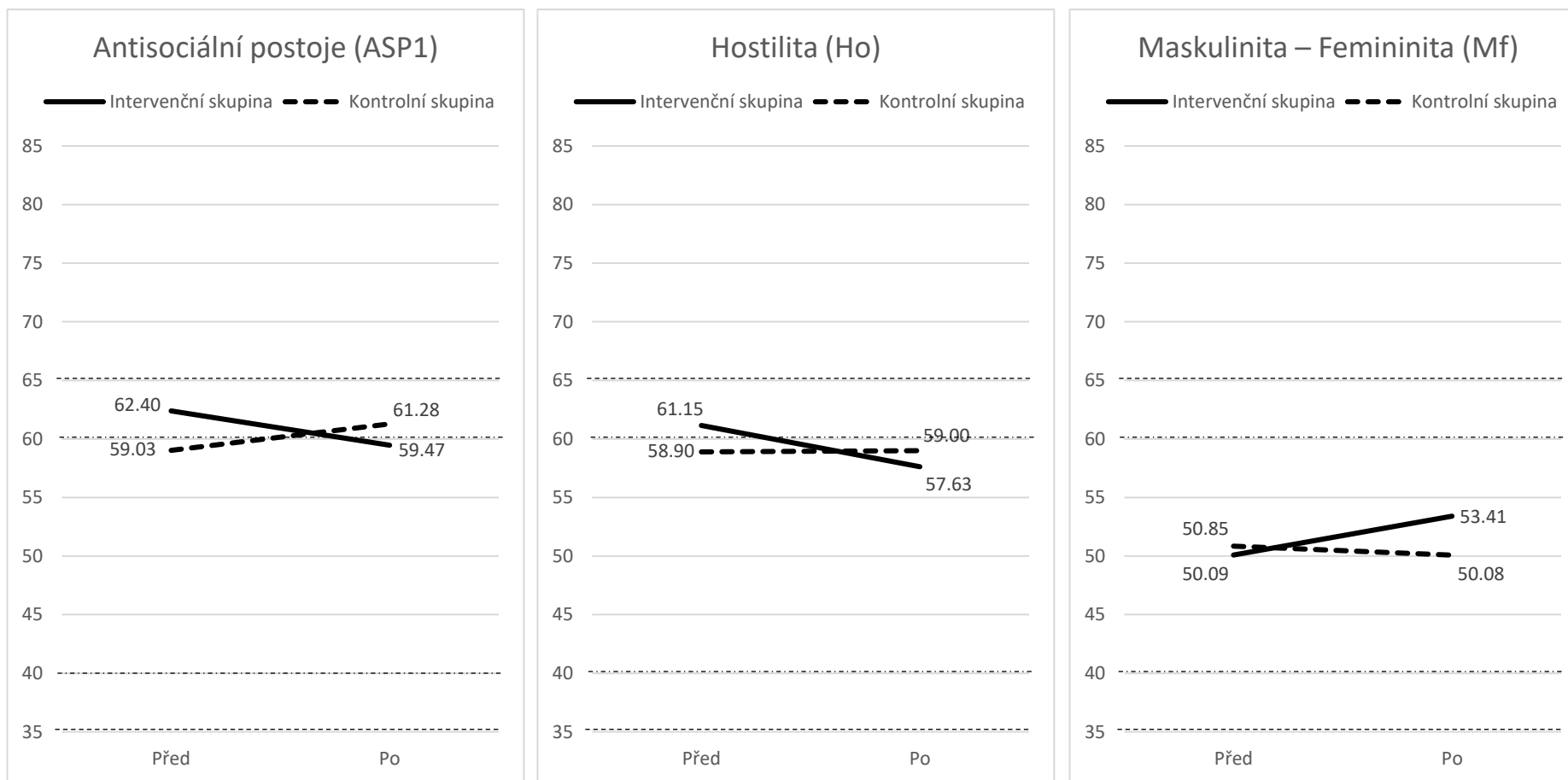
*** Výsledek signifikantní na 99 % hladině, ** Výsledek signifikantní na 95 % hladině, * Výsledek signifikantní na 90 % hladině
 Počet účastníků, kteří byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 86 (DD) resp. 84 (PSM-DD), u KS n = 107.
Tučně hodnoty vybočující z normy obecné (nevěžeňské) populace (+/- 10 bodů), **červeně** hodnoty s klinicky významnou odchylkou od normy (+/- 15 bodů).
Tučně označené škály mají efekt odhadnutý jako signifikantní na 95 % hladině oběma metodami.

Tabulka 6 – Signifikantní efekty GLM na ostatní škály MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů

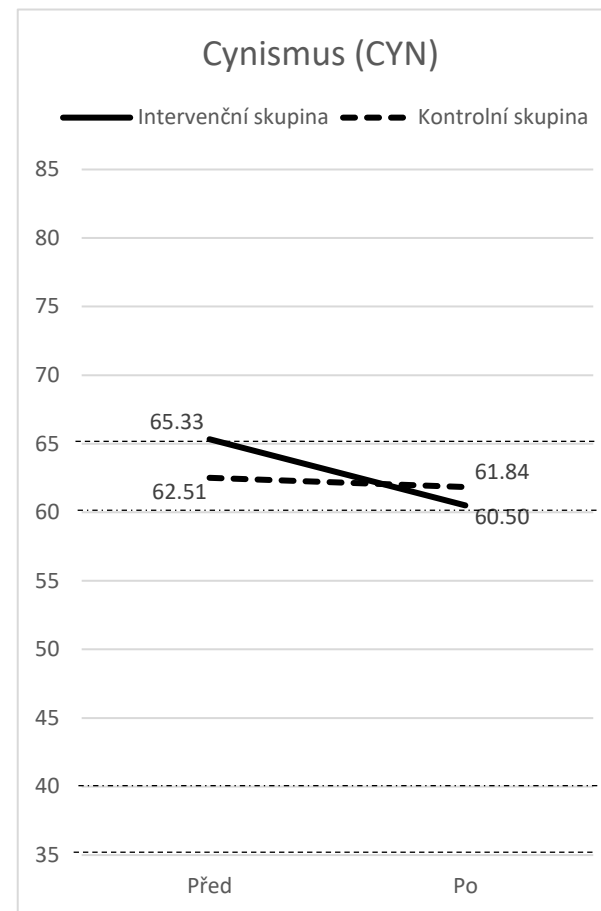
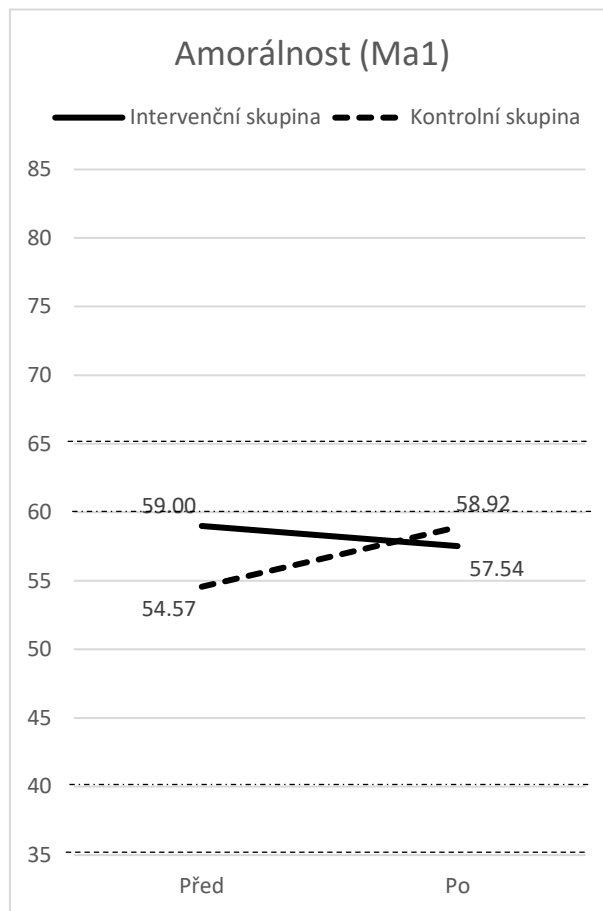
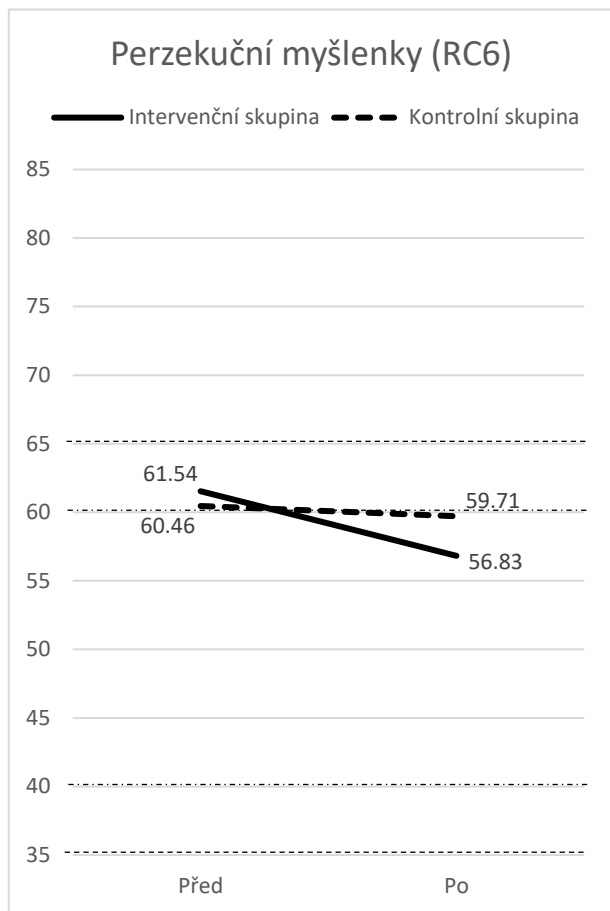
Ostatní škály MMPI-2 se statisticky významnými efekty	Pre IS průměr	Post IS průměr	Prům. změna IS	Pre KS průměr	Post KS průměr	Prům. změna KS	Rozdíl prům. změn (Odhad efektu DD)	p_value	Odhad efektu PSM_DD	p_value
Mf (Maskulinita – Femininita)	50.093	53.407	3.314	50.850	50.084	-0.767	4.080	0.001 ***	4.59	0.002 ***
RC3 (Škála cynismu)	61.419	58.000	-3.418	60.608	60.468	-0.140	-3.279	0.005 ***	-3.92	0.005 ***
RC6 (Perzekuční myšlenky)	61.535	56.825	-4.710	60.458	59.711	-0.748	-3.962	0.014 **	-2.84	0.143
Pa3 (Naivita)	41.617	44.279	2.663	43.551	43.197	-0.355	3.018	0.011 **	3.17	0.028 **
Ma1 (Amorálnost)	59.000	57.535	-1.465	54.570	58.916	4.346	-5.811	0.000 ***	-5.86	0.001 ***
CYN (Cynismus)	65.326	60.500	-4.825	62.514	61.841	-0.673	-4.152	0.002 ***	-4.22	0.007 ***
ASP (Antisociální chování)	70.674	68.383	-2.291	66.589	68.832	2.243	-4.534	0.003 ***	-4.85	0.008 ***
TPA (Chování typu A)	57.303	55.221	-2.082	54.813	56.178	1.365	-3.446	0.032 **	-2.96	0.141
TRT (Negativní postoje k terapii)	61.081	56.593	-4.489	59.187	58.430	-0.757	-3.732	0.005 ***	-2.67	0.109
DEP1 (Nedostatek puzení)	59.628	54.535	-5.093	58.776	57.084	-1.692	-3.401	0.055 *	-1.98	0.375
CYN1 (Misantropické přesvědčení)	61.047	57.233	-3.814	59.355	59.206	-0.149	-3.664	0.001 ***	-3.81	0.003 ***
ASP2 (Antisociální chování, subškála)	79.674	82.605	2.930	80.243	79.010	-1.234	4.164	0.022 **	4.71	0.034 **
TPA2 (Soupeřivost)	54.837	52.361	-2.477	53.841	55.289	1.449	-3.925	0.007 ***	-3.72	0.034 **
PSYC (Psychoticismus)	52.465	49.872	-2.593	51.860	52.159	0.299	-2.892	0.005 ***	-2.52	0.042 **
GM (Maskulinní role)	42.325	42.477	0.151	40.495	43.468	2.972	-2.821	0.013 **	-2.01	0.130

*** Výsledek signifikantní na 99 % hladině, ** Výsledek signifikantní na 95 % hladině, * Výsledek signifikantní na 90 % hladině
 Počet účastníků, kteří byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 86 (DD) resp. 84 (PSM-DD), u KS n = 107.
Tučně hodnoty vybočující z normy obecné (nevěžeňské) populace (+/- 10 bodů), **červeně** hodnoty s klinicky významnou odchylkou od normy (+/- 15 bodů).
Tučně označené škály mají efekt odhadnutý jako signifikantní na 95 % hladině oběma metodami.

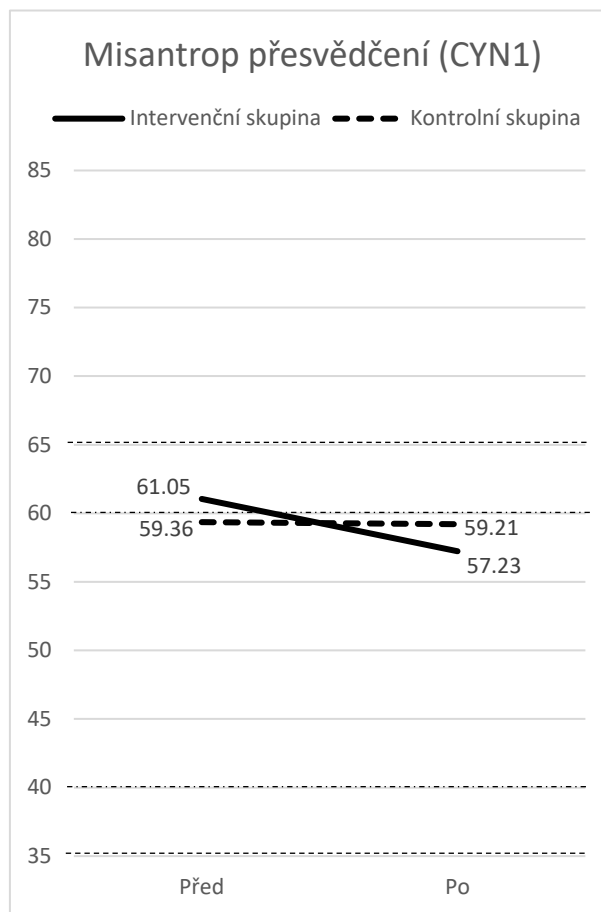
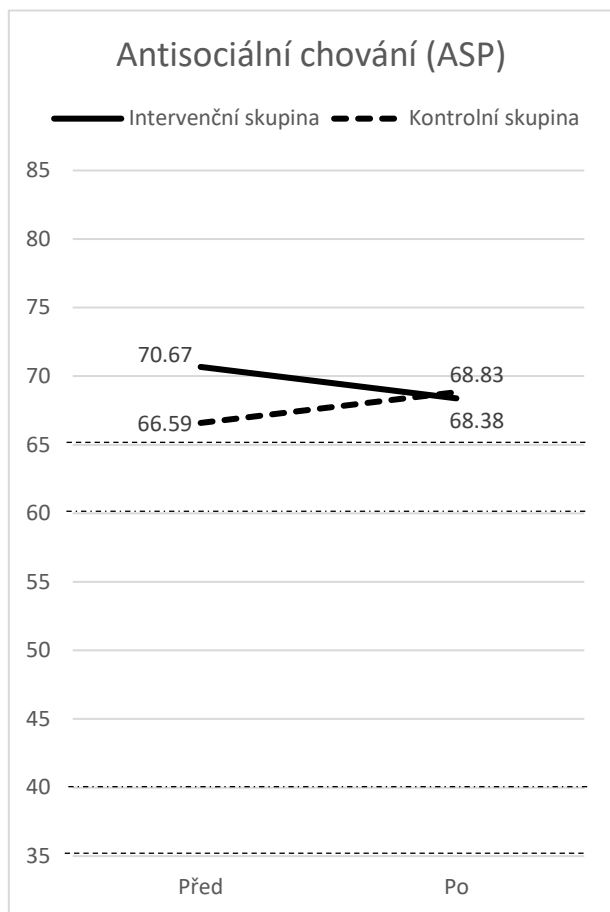
Obrázek 1 - Vybrané grafy posunů IS a KS u škál MMPI-2



Pozn.: Skóre v rozmezí hodnot 40-60 je v rámci normy. Hodnoty skóre v rozmezí 35-40 a 60-65 ukazují na vybočení mimo normu běžné populace. Skóre s hodnotou pod 35 a nad hodnotou 65 ukazuje na klinicky významné vychýlení mimo normu.

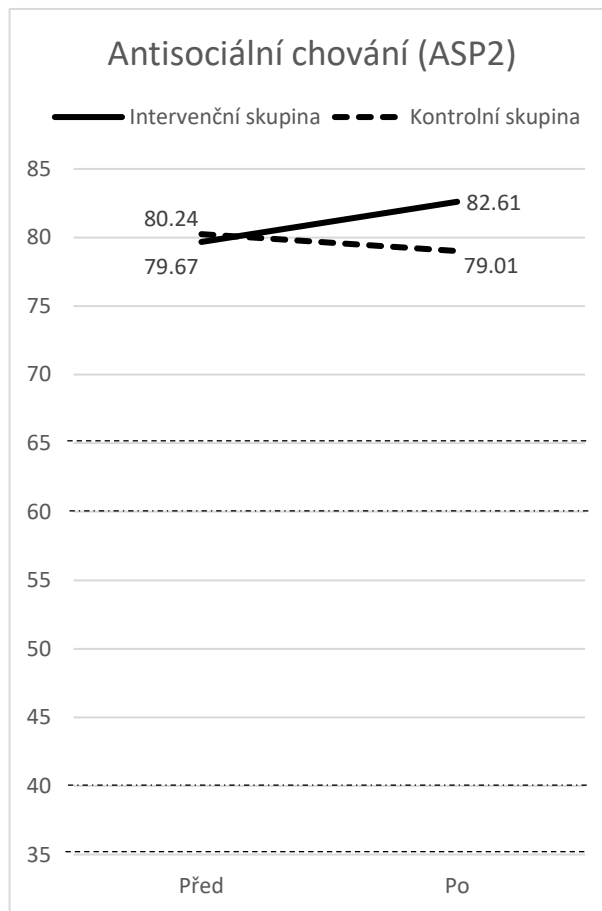
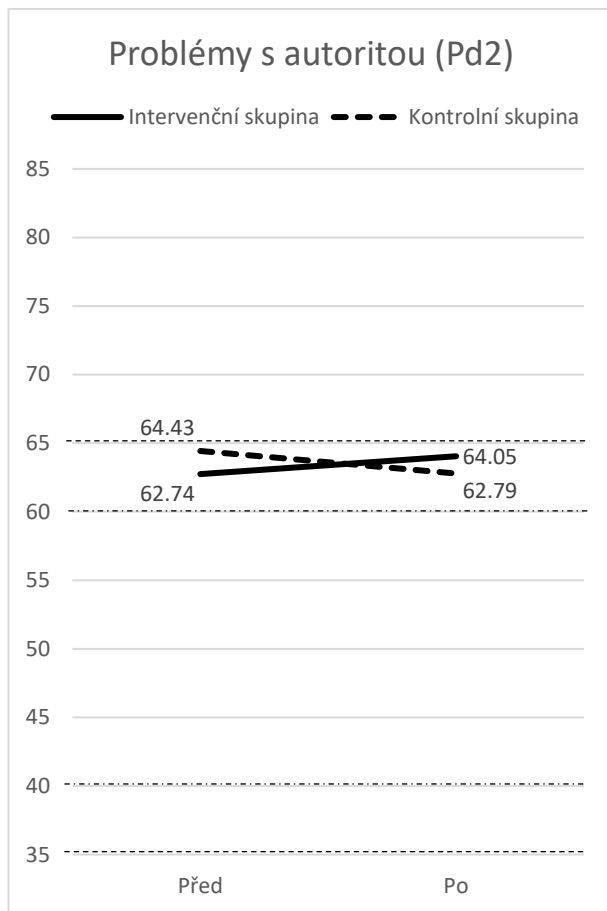


Pozn.: Skóre v rozmezí hodnot 40-60 je v rámci normy. Hodnoty skóre v rozmezí 35-40 a 60-65 ukazují na vybočení mimo normu běžné populace. Skóre s hodnotou pod 35 a nad hodnotou 65 ukazuje na klinicky významné vychýlení mimo normu.



Pozn.: Skóre v rozmezí hodnot 40-60 je v rámci normy. Hodnoty skóre v rozmezí 35-40 a 60-65 ukazují na vybočení mimo normu běžné populace. Skóre s hodnotou pod 35 a nad hodnotou 65 ukazuje na klinicky významné vychýlení mimo normu.

Zajímavý vývoj můžeme sledovat na škálách Problémy s autoritou (Pd2) a Antisociální chování (ASP2), kdy vývoj kontrolní skupiny se přibližuje normě běžné populace, zatímco u intervenční skupiny se hodnoty normě dále vzdalují. Toto nemusí znamenat problém, naopak. Položky sytící tyto škály vychází ze současného hodnocení minulých činů. V souladu se zaměřením terapie je možným vysvětlením, že účastníci díky terapii získali nový vhled na své minulé činy a hodnotí je více závažně než dříve. To znamená, že si absolventi GLM následně více uvědomují své potíže s autoritou, naopak kontrolní skupina časem hodnotí své minulé chování v těchto oblastech (pravděpodobně problematické) jako více normální.



Pozn.: Skóre v rozmezí hodnot 40-60 je v rámci normy. Hodnoty skóre v rozmezí 35-40 a 60-65 ukazují na vybočení mimo normu běžné populace. Skóre s hodnotou pod 35 a nad hodnotou 65 ukazuje na klinicky významné vychýlení mimo normu.

Pokud do analýzy zařadíme i pozorování s mírnějšími nároky na validity protokolů MMPI-2, závěry analýzy se v zásadě nezmění, byť zpravidla dochází k mírnému oslabení identifikovaných efektů i jejich statistické signifikance. Výsledky této varianty analýzy obsahují Tabulka 17 **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.** a Tabulka 18 **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**, které jsou v příloze této zprávy

Faktorová analýza

Z předchozí analýzy vyplývá, že terapie GLM má efekt na řadu škál zjišťovaných MMPI-2. Toto množství efektů vyvolalo otázku, zda mezi identifikovanými změnami existují nějaké souvislosti. Provedli jsme proto faktorovou analýzu, která zjednodušeně řečeno zkoumá, zda změny jednotlivých škál jsou na úrovni jednotlivých zkoumaných osob nějak vzájemně provázané.

Do faktorové analýzy, v jejímž rámci byla využita rotace *direct oblimin*, jsme zařadili všechny škály MMPI-2 (konkrétně rozdíl mezi hodnotou pre-testu a post-testu). Byli jsme zvědaví, zda se škály, na kterých jsme identifikovali významné změny vlivem terapie GLM, budou mít tendenci spojovat do samostatných faktorů nebo zda budou spojeny s jinými škálami, na kterých změny nebyly signifikantní.

Výsledky jsou velmi zajímavé. Škály, které vykazují významné změny vlivem GLM, se koncentrovaly do dvou z pěti nejvýznamnějších nalezených faktorů, další jsou pak slabě spojeny s faktorem třetím. Podrobné výsledky obsahuje Tabulka 19 v příloze.

Z hlediska vysvětlení efektů GLM je nejzajímavější druhý nejsilnější identifikovaný faktor, který je silně spojen se signifikantními pozitivními změnami u účastníků terapie, které bychom mohli souhrnně nazvat jako *změna způsobu vztahování se k druhým a ke světu*. Tento faktor je spojen se škálami CYN1 (Misanthropické přesvědčení, faktorová zátěž 0.88), CYN (Cynismus, 0.87), RC3 (Cynismus, 0.81) ASP1 (Antisociální postoje, 0.80), Pa3 (Naivita, **-0.79**), ASP (Antisociální chování, 0.76) a Ho (Hostilita, 0.69). U všech těchto škál jsme identifikovali významné změny zapříčiněné GLM. Dále do tohoto faktoru přistupují (slaběji) další škály, kde již statisticky významné změny přiřítelné GLM nemáme, a to Pa_S (Paranoia, skrytá, **-0.68**), Hy2 (Potřeba náklonnosti, **-0.63**) a CYN2 (Nedůvěřivost, 0.57). Tento faktor zachycuje asi nejdůležitější změny, které jsou hlavním cílem GLM. Zahrnuje prvky regulace chování, hostility, naivity a vnímání reality. Typicky se zde zvyšuje důvěra v jiné lidi, omezuje se pocit, že „jsem obětí ostatních a musím si na ostatní dávat pozor“, snižuje se cynismus a dochází k posunu ve vnímání světa od „zlého“ k „dobrému“.

Druhý zajímavý faktor z hlediska GLM je v pořadí pátý nejsilnější a mohli bychom jej souhrnně nazvat *změna způsobu vztahování se k sobě samému*. Nacházíme zde dvě škály, kde identifikujeme efekty GLM, a to Pd2 (Problémy s autoritou, 0.61) a ASP2 (Antisociální chování, subškála, 0.54). Typickým vývojem je zde zhoršení již značně špatných hodnot, což však vzhledem k povaze škál je nutné hodnotit pozitivně. Položky sytící tyto škály mají povahu hodnocení předchozího chování. Pozorujeme zde větší otevřenost k negativnímu hodnocení a sebereflexi. Tento faktor tedy zachycuje typickou změnu účastníků ve smyslu „vnímal jsem se jako problémový, ale po terapii jsem sebral, že je to se mnou ještě horší, než jsem si dříve myslel.“ V tomto faktoru pak ještě přibývají škály Pd (Psychopatická odchylka, 0.82), Pd_O (Psychopatie, zjevná, 0.66), Pd_S (Psychopatie, skrytá, 0.55) a Pd5 (Sebeodcizení 0.52), kde nacházíme typicky slabé zlepšení jak u IS, tak KS.

Několik dalších škál, na které má vliv terapie GLM, nacházíme slaběji spojené v nejsilnějším faktoru, který je různě silně spojen (faktorová zátěž nad 0.5, u všech škál se stejným znaménkem) s více než 50 škálami MMPI-2. Nejsilněji (nad 0.8) je spojen se škálami A (Úzkost), DEP (Deprese), BIZ (Bizarní psychické aktivity), PK (Posttraumatická stresová porucha – Keane),

nad 0.7 pak ještě Pa (Paranoia), RCd (Demoralizace), RC6* (Perzekuční myšlenky, na tuto škálu má GLM pozitivní vliv na hranici statistické signifikance), RC7 (Dysfunkční negativní emoce), RC8 (Abnormní prožitky), Pa1 (Persekuční myšlenky), Sc1 (Sociální odcizení), Sc3 (Nedostatek ego kontroly, kognitivní), Sc5 (Nedostatek ego kontroly, defektní inhibice), Pa_O (Paranoia, zjevná), PSYC* (Psychoticismus, na tuto škálu má GLM pozitivní vliv) OBS (Nutkavost), LSE (Nízká sebeúcta), WRK (Poruchy pracovního výkonu), BIZ2 (Schizotypální charakteristiky), Mt (Vysokoškolská maladjustace) a mnoho dalších škál slaběji, a to včetně škál TRT (Negativní postoje k terapii, 0.69), DEP1 (Nedostatek puzení, 0.62), TPA (Chování typu A, 0.59) a TPA2 (Soupeřivost, 0.52), kde jsme identifikovali pozitivní vliv GLM. U těchto škál nacházíme zlepšení mezi výchozí a konečnou hodnotou jak u IS, tak KS, přičemž u účastníků terapie GLM je zpravidla tato změna silnější, avšak málokdy je rozdíl statisticky signifikantní. Tento faktor bychom mohli nazvat jako souhrn nejrůznějších problémů v oblasti duševního zdraví, přičemž se zdá, že pobyt ve věznici zde má pozitivní vliv, který je trochu zesílen absolvováním terapie GLM. Tyto nejrůznější problémy mohou mít souvislost s akcentovanými rysy, jež se odvíjejí od polymorfních symptomů spojených s poruchami osobnosti a/nebo akcentovanými rysy osobnosti, jež mají dopady na sebepožívání a seberegulaci.

Zmíníme ještě dva faktory, které jsme v datech identifikovali, na které GLM nemá zřetelný vliv. V pořadí třetí nejsilnější faktor se sdružen se škálami HEA2 (Neurologické symptomy), Hs (Hypochondrie), Hy (Konverzní hysterie), RC1 (Somatické stesky), Hy4 (Somatické stesky), Hy_O (Hysterie, zjevná), HEA (Zájem o vlastní zdraví. U všech těchto škál dochází ke snižování hodnot jak u IS, tak KS. Faktor souvisí se somatizací psychických problémů. Somatizace zde plní úlohu ego-obranného mechanismu, neboť manifestuje potíže, které si jejich nositelé jsou jen obtížně schopni zvědomit.

A konečně poslední zjevný faktor souvisí se škálami Si (Sociální introverze), Si1 (Ostýchavost/sebevědomí), Si2 (Sociální vyhýbavost), SOD (Sociální nepohoda), SOD1 (Introverze), SOD2 (Plachost), INTR (Introverze/nízká pozitivní emocionalita). Jde o kompaktní faktor související s introverzí a plachostí ve společnosti, hodnoty se mezi pre-testem a post-testem mění jen velmi málo (typicky malé snížení jak u IS, tak KS), což odpovídá předpokladům o relativní neměnnosti temperamentu osoby.

Ve výše uvedeném přehledu škál se signifikantními efekty terapie GLM nacházíme ještě tři škály, které silněji nesouvisí s žádným z diskutovaných faktorů. Jde o Ma1 (Amorálnost), Mf (Maskulinita – Femininita) a GM (Maskulinní role). Ma1 slabě souvisí s faktorem „změna pohledu na svět a společnost“ (0.42), zatímco Mf a GM spolu (ale nepříliš pevně) tvoří další samostatný faktor.

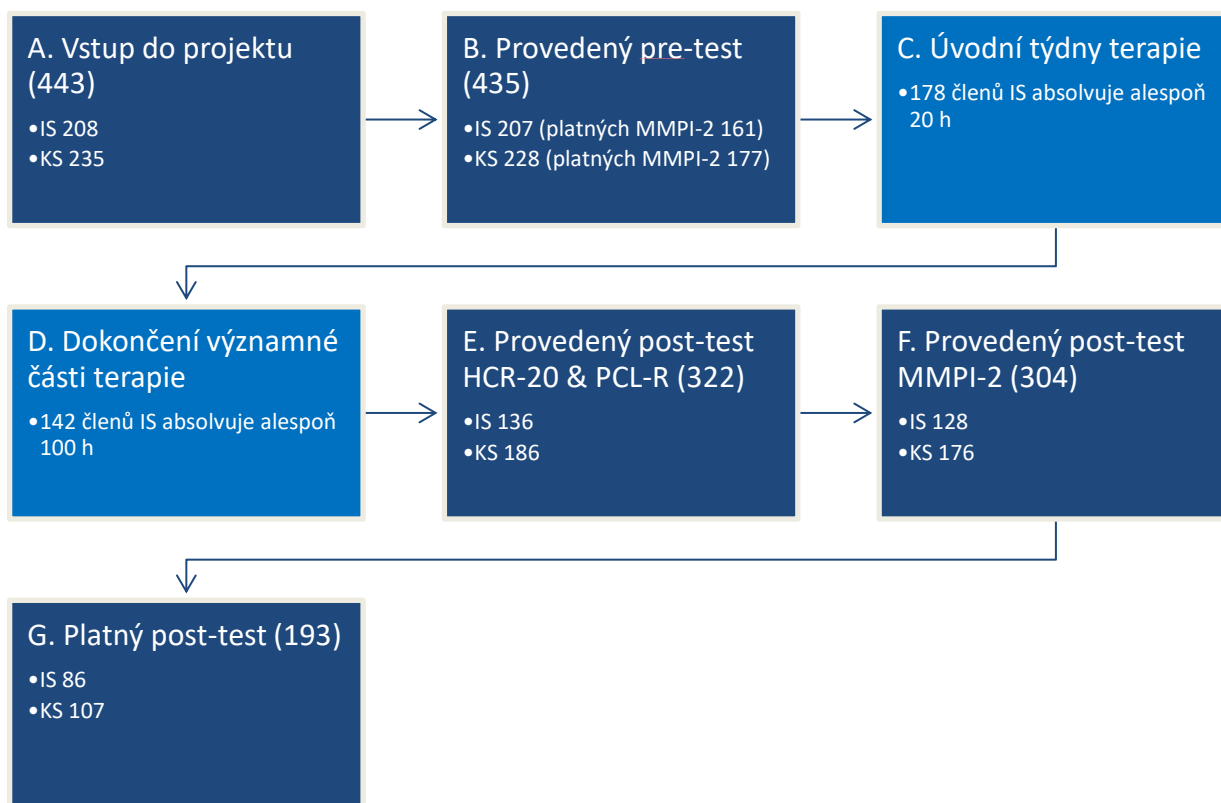
Výsledky faktorové analýzy tak můžeme shrnout tak, že GLM u účastníků relativně nezávisle mění jednak pohled na svět a společnost a jednak pohled účastníka na sebe sama a zároveň terapie GLM poněkud ulevuje od řady psychických problémů a zvyšuje přesvědčení o možnosti změny.

Analýza droupoutů

Před tím, než budeme schopni učinit celkové závěry o odhadu efektů terapie GLM a o validitě těchto závěrů, je potřeba věnovat pozornost otázce, nakolik je důležité, že nám část účastníků z intervence vypadává, ať už pro její nedokončení, nebo pro nevalidní pozorování.

Následující schéma ukazuje průchod cílové skupiny projektem a situace, kdy jsme ztratili účastníky.

Obrázek 2 - Průchod cílové skupiny intervencí a drop outy



Toto schéma vyvolává několik zajímavých otázek. První otázka je, kdo odpadá v prvních týdnech terapie. V rámci intervenční skupiny jsme tedy porovnali hodnoty těch, kteří „nepřežili“ vs. „přežili“ alespoň 20 hodin terapie (tedy ztráta účastníků mezi body B a C na schématu).

Tabulka 7 - T-test shody středních hodnot drop-out v rané fázi terapie GLM

Proměnná (pretest)	Počet IS <=20 hod	Počet IS >20 hod	Průměr IS <=20 hod	Průměr IS >20 hod	Rozdíl průměrů	p_value
Počet dětí	30	178	1.667	0.871	0.796	0.004 ***
HCR-20 Anamnestické položky celkem	29	178	10.380	8.607	1.772	0.034 **
MMPI-2 Sociální odcizení (Pd4)	19	142	68.158	61.514	6.644	0.007 ***
MMPI-2 Lži škála (L)	19	142	44.105	49.556	-5.451	0.032 **
MMPI-2 Inkonsistence variabilních odpovědí (VRIN)	19	142	61.105	54.212	6.894	0.007 ***
MMPI-2 Subjektivní deprese (D1)	19	142	61.263	55.401	5.862	0.043 **
MMPI-2 Mentální těžkopádnost (D4)	19	142	64.474	54.697	9.777	0.004 ***
MMPI-2 Nedostatek ego kontroly, kognitivní (Sc3)	19	142	67.526	60.247	7.280	0.024 **
MMPI-2 Deprese, výrazná (D O)	19	142	67.000	59.739	7.261	0.009 ***
MMPI-2 Psychopatie, výrazná (Pd)	19	142	78.790	71.528	7.261	0.013 **

Proměnná (pretest)	Počet IS ≤20 hod	Počet IS >20 hod	Průměr IS ≤20 hod	Průměr IS >20 hod	Rozdíl průměrů	p_value
O)						
MMPI-2 Strachy (FRS)	19	142	65.948	58.317	7.631	0.005 ***
MMPI-2 Generalizovaná bázlivost (FRS1)	19	142	66.895	59.690	7.205	0.043 **
MMPI-2 Mnohočetné obavy (FRS2)	19	142	62.737	56.296	6.441	0.007 ***
MMPI-2 Negativní emocionalita / neuroticismus (NEGE)	19	142	71.316	64.979	6.337	0.018 **
MMPI-2 Škála návykového potenciálu (APS)	19	142	61.895	57.366	4.529	0.050 **
MMPI-2 Síla Ego (Es)	19	142	33.105	38.571	-5.465	0.026 **
MMPI-2 Vysokoškolská maladjustace (Mt)	19	142	68.368	62.444	5.925	0.025 **

V tabulce nacházíme celou řadu zajímavých rozdílů. Jde jednak o poměrně obtížně vysvětlitelnou souvislost s počtem dětí² (ti, kteří mají více dětí, mají tendenci vypadávat v rané fázi terapie) a jednak o řadu celkem nepřekvapujících souvislostí. V rámci HCR-20 nacházíme souvislost mezi raným odpadnutím a vyššími hodnotami anamnestických položek. V rámci MMPI-2 nacházíme řadu položek, u kterých platí, že ti, kteří brzy odpadávají z terapie mají výraznější odchylku od normy než ti, kteří v prvních týdnech vytrvají. Výsledky jsou částečně limitovány tím, že platný pre-test MMPI-2 máme pouze u 19 z 30 časných odpadlíků, přesto vycházejí statisticky signifikantně. Jde nejvýznamněji o následující škály:

- Mentální těžkopádnost (D4), tedy „jsou nedostatečně reaktivní a nedůvěřují svým psychickým funkcím, trpí pocity méněcennosti a nedostatečnou sebedůvěrou“ (Butcher et al. 2013, s. 34)
- Strachy (FRS, vč. subškál Generalizovaná bázlivost a Mnohočetné obavy), které identifikují přítomnost specifických strachů a fobií a bojácnosti (Butcher et al. 2013, s. 52)
- Sociální odcizení (Pd4), tedy „tendence svádět vinu za své obtíže na své okolí, pocit, že okolí jim nerozumí“ (Butcher et al. 2013, s. 38)
- Síla Ego (Es), kdy „klienti s nízkými hodnotami (<40) jsou špatně psychicky přizpůsobení, mají omezené zdroje k zacházení se svými problémy a špatnou prognózu terapie (pokud nejde o agravaci“, tedy zveličování obtíží) (Butcher et al. 2013, s. 58)
- Vysokoškolská maladjustace (Mt). Název této škály působí v našem kontextu překvapivě, jde o škálu, která byla identifikována u studentů s problémy přizpůsobení se vysokoškolskému životu. Vysoké hodnoty indikují neefektivitu, pesimismus, odkládání věcí, úzkostnost a sklon shledávat život příliš namáhavým. (Butcher et al. 2013, s. 61)
- Negativní emocionalita / neuroticismus (NEGE), tedy „zaměření se na problematické aspekty přijímaných informací, obavy, pocity viny, zvýšená sebekritičnost a konstrukce katastrofických scénářů.“ (Butcher et al. 2013, s. 63)
- Škála návykového potenciálu (APS), kdy „osoby s vyšším skórem (>60) připouštějí problémy s abúzem drog a antisociální chování“ (Butcher et al. 2013, s. 61)

² Spekulatívní hypotézou je vliv nezodpovědného přístupu k životu.

- Psychopatie, výrazná (Pd O), zde vysoké hodnoty indikují, že proband se „cítí se nepochopen, špatně se soustředí, cítí se odmítán rodinou, chová se jako dítě, možná nadměrně užívá alkohol, má deprese a sexuální konflikty.“
- Deprese, výrazná (D O), vysoké hodnoty indikují přílišnou citlivost, somatické potíže, napětí, obavy, špatnou koncentraci, uzavřenost, smutek.

Shrneme-li, v raných fázích terapie odpadají osoby, které mají nejrůznější obavy, malou sebedůvěru, pocit nepochopení okolím a omezené zdroje k zacházení se svými problémy. Jinými slovy – jde o odsouzené, kterým se nepodařilo vytvořit si důvěru.

Druhá otázka je, kdo nakonec terapii v zásadě dokončí (tedy ztráta účastníků mezi body B a D na schématu). V rámci intervenční skupiny jsme tedy porovnali hodnoty těch, kteří „nepřežili“ vs. „přežili“ alespoň 100 hodin terapie.

Tabulka 8 - T-test shody středních hodnot celkový drop-out z terapie GLM

Proměnná (pretest)	Počet IS < 100 hod	Počet IS ≥ 100 hod	Průměr IS < 100 hod	Průměr IS ≥ 100 hod	Rozdíl průměrů	p_value
Počet dětí	66	142	1.394	0.796	0.598	0.004 ***
SARPO DF Zaměstnání	65	141	4.934	3.964	0.970	0.018 **
SARPO DF Finance	66	142	5.882	4.923	0.960	0.012 **
SARPO DF Osobnost a chování	66	142	5.362	4.785	0.577	0.046 **
SARPO DF Celkové riziko	66	142	59.229	55.251	3.978	0.048 **
HCR-20 Anamnestické položky celkem	65	142	9.893	8.380	1.512	0.015 **
HCR-20 HCR-20 celkem	65	142	20.015	17.662	2.353	0.039 **
MMPI-2 Inkonsistence variabilních odpovědí (VRIN)	42	119	58.119	53.933	4.186	0.025 **

I zde nacházíme některé statisticky významné odlišnosti. Opět zde je překvapivá souvislost s počtem dětí, dále nacházíme souvislosti s dynamickými faktory v rámci SARPO (zaměstnání, finance, osobnost a chování i celkové riziko), platí přitom, že terapii nedokončují osoby s vyššími riziky. Souvislost zde je také s anamnestickými položkami a také celkovým skórem v rámci HCR-20. Poslední statisticky významná souvislost je s jednou z validizačních škál MMPI-2.

Zdá se tak, že intervenci nedokončují spíše ti, kteří by ji potřebovali nejvíce – obecně odsouzení s horšími výchozími podmínkami. Ti však možná právě proto nejsou na změnu pomocí GLM připraveni a zůstává tak otázka, jak pracovat s odsouzenými s takovýmto profilem.

Předchozí dvě analýzy jsme prováděli pouze na intervenční skupině a pomohli nám profilovat, kdo má tendenci z terapie odpadat. Další dvě analýzy drop-outů již provedeme i na kontrolní skupině, a to z toho důvodu, že nám pomohou odhalit limity interní a externí validity našeho výzkumu.

Budeme zkoumat dvě otázky. Zprvce, liší se charakteristiky těch, kteří vypadávají od těch, kteří nevypadávají? Pokud ano, ohrožuje to externí validitu našich výsledků, tedy otázku, nakolik můžeme tvrdit, že námi odhadované efekty GLM bychom mohli vztáhnout na celou původní cílovou skupinu, resp. obecnou populaci. Zadruhé, liší se charakteristiky těch, kteří

vypadávají z IS od těch, kteří vypadávají z KS? Pokud ano, ohrožuje to interní validitu našich výsledků, tedy otázku, zda odhadované výsledky správně reprezentují předpokládaný efekt GLM na tu část IS, u které máme validní post-test.

Protože těmito otázkami řešíme validitu výzkumu, zajímají nás především rozdíly mezi skupinou, u které máme platný post-test (G) a těmi, kdo do tohoto bodu nedošli. U první otázky nacházíme velké množství signifikantních rozdílů. Přehledně jsou v následující tabulce.

Tabulka 9 - T-test shody středních hodnot pre-testu, skupiny s platným vs. neplatným post-testem MMPI-2

Proměnná (pretest)	N (neplatný post-test)	N (platný post-test)	Průměr pre-testu (neplatný post-test)	Průměr pre-testu (platný post-test)	Rozdíl	p_value
Věk klienta při vstupu do projektu	250	193	33.569	35.317	-1.748	0.046 **
Vzdělání klienta	250	193	1.288	1.472	-0.183	0.001 ***
Zaměstnán ve VTOS (ano/ne)	250	193	0.372	0.606	-0.234	0.000 ***
SARPO DF Zaměstnání	246	193	4.546	3.659	0.887	0.001 ***
SARPO DF Finance	250	193	5.518	4.806	0.712	0.003 ***
SARPO DF Vzdělání a výchova	249	193	3.903	2.835	1.068	0.000 ***
SARPO DF Závislosti	250	193	4.947	4.301	0.645	0.013 **
SARPO DF Osobnost a chování	250	193	5.178	4.716	0.461	0.011 **
SARPO DF Celkové riziko	250	193	58.267	53.305	4.961	0.000 ***
SARPO Statické faktory	250	193	57.925	53.510	4.416	0.024 **
HCR-20 Anamnestické položky celkem	243	193	9.592	8.248	1.344	0.001 ***
HCR-20 Klinické položky celkem	243	193	4.803	3.985	0.818	0.000 ***
HCR-20 Položky zvládání rizik celkem	243	193	5.375	4.720	0.654	0.003 ***
HCR-20 HCR-20 celkem	243	193	19.770	16.954	2.816	0.000 ***
PCL-R F2 – hrubý skór	243	193	12.103	11.015	1.088	0.005 ***
PCL-R Celkový hrubý skór	243	193	22.428	20.404	2.024	0.003 ***
MMPI-2 Hypomanie, výrazná (Ma O)	145	193	66.552	63.290	3.262	0.017 **
MMPI-2 Iritabilita (ANG2)	145	193	61.207	58.020	3.186	0.032 **
MMPI-2 Nízká motivace (TRT1)	145	193	60.620	56.907	3.714	0.009 ***
Další řadu rozdílů nacházíme u dalších škál MMPI-2, zde reportujeme pouze ty ze 17 předem vybraných škál.						

Ti, u kterých nemáme platný post-test se odlišují nižším věkem, nižším dosaženým vzděláním, nižší mírou zaměstnání v rámci VTOS, horší situací v řadě faktorů SARPO, vyššími (horšími) hodnotami v rámci HCR-20 i PCL-R a zpravidla horšími výsledky u řady škál MMPI-2. Toto musíme jasně považovat za důkaz přítomnosti tzv. *survivor biasu*, tedy situace, kdy charakteristiky těch, kteří intervenci dokončují byli již na začátku odlišné od těch, kteří ji nedokončují. To ovšem není překvapivé. Interpretačně však nemůžeme vztahovat výsledky ke všem členům, kteří do intervence vstoupili, ale pouze k těm, kteří ji dokončili s validním post-testem.

Za samostatnou pozornost pak stojí skutečnost, že CS s validním pozorováním vykazuje větší míru zaměstnanosti ve VTOS, což lze interpretovat tak, že spíše v intervenci setrvávají a v rámci testování lépe spolupracují ti, kteří pracují (což může být argumentem funkčnosti propojování práce a terapie).

Zajímavé zjištění přinesla dílčí analýza, kdy jsme porovnávali nikoliv skupiny s platným vs. neplatným post-testem, nýbrž skupiny s provedeným vs. neprovedeným post-testem. Zde totiž celá řada rozdílů mezi skupinami mizí, a přetrvávají jen některé spojené s dynamickými faktory SARPO.

Tabulka 10 - T-test shody středních hodnot pre-testu, skupiny s provedeným vs. neprovedeným post-testem MMPI-2

Proměnná (pretest)	N (neprovedený post-test)	N (provedený post-test)	Průměr pre-testu (neprovedený post-test)	Průměr pre-testu (provedený post-test)	Rozdíl	p_value
SARPO DF Zaměstnání	137	302	4.572	3.968	0.605	0.029 **
SARPO DF Finance	139	304	5.588	5.033	0.555	0.030 **
SARPO DF Vzdělání a výchova	139	303	3.841	3.252	0.589	0.015 **
SARPO DF Celkové riziko	139	304	58.000	55.239	2.761	0.038 **

Z toho vyplývá, že většina rozdílů je patrně více spojená s ochotou (nebo schopností) přistoupit odpovědně k post-testu, než se samotným vypadnutím z projektu. MMPI-2 se tak ukazuje jako částečně problematický nástroj měření (alespoň z hlediska toho, nakolik vyhovuje možnostem spolupráce cílové skupiny).

Poslední z řady analýz řešících vypadnutí z projektu sleduje charakteristiky IS ve srovnání s KS u osob, u kterých nemáme platný post-test MMPI-2. V rámci projektu nám totiž vypadávají z pozorování jak účastníci terapie (IS), tak členové kontrolní skupiny. Pokud by nám z nějakého důvodu ze sledování vypadávali systematicky odlišní členové jednotlivých skupin, měli bychom problém rozlišit, zda jsou rozdíly ve výsledcích dány reakcí na intervenci, nebo specifickým vypadáváním ze sledování (*attrition*). Rozdíly mezi vypadávajícími z IS a KS by tak indikovaly problémy s interní validitou našeho výzkumu.

Výsledky jsou poměrně uspokojivé. Nenalzáme žádné rozdíly, pokud jde o základní demografické rozdíly, hodnoty SARPO, hodnoty HCR-20 a PCL-R. Nalezli jsme pouze několik škál MMPI-2, ve kterých se ti, kteří vypadávají z IS, liší od těch, kteří vypadávají z KS.

U MMPI-2 jsme přitom postupovali variantně – jednak porovnáním pouze platných pre-testů (s logikou, že pouze takové rozdíly jsme schopni dobře interpretovat), jednak porovnáním všech pre-testů (s logikou, že jakékoliv rozdíly značí problémy s interní validitou).

V obou variantách nacházíme 5 škál s významně odlišnými hodnotami (pouze dvě však sdílí obě varianty analýzy), viz Tabulka 11 a

Tabulka 12.

Z výsledků plyne, že skupina účastníků se GLM terapie před jejím zahájením vykazovala vyšší hodnoty u následujících škál:

Škála somatických stesků (RC 1), kdy osoby s vyšším skórem se „nadměrně zabývají svým tělem a pravděpodobně prezentují difúzní obavy o vlastní zdraví. Mohou si stěžovat na únavu, slabost a chronickou bolest. Inklinují k somatizaci a jejich zdravotní problémy mohou souviset s psychickými či interpersonálními obtížemi.“

Zájem o vlastní zdraví (HEA), vč. subškály Gastrointestinální symptomy, kdy vyšší hodnoty indikují obavy o své zdraví a víru, že jsou více nemocní než jiní lidé.

Amorálnost (Ma1) vyšší hodnoty značí osoby, které více druhé popisují jako sobecké, nepoctivé a oportunistické a následkem toho se mohou cítit oprávněny chovat se stejně. (Butcher et al. 2013, s. 44)

A nižší hodnotu u škál:

GM (Genderová role – maskulinní), vyšší hodnota značí vyšší přítomnost typicky maskulinních zájmů a aktivit, popírání obav, úzkosti a somatických stesků.

Škála R (Repression) určuje míru potlačení, s jakou posuzovaná osoba přistupuje k řešení problémů ve svém životě. Osoby s vyššími hodnotami jsou zaměřeny více introvertně, mají větší sklon k vnitřnímu prožívání událostí, které je potkávají, a vykazují opatrnější životní styl. Takoví jedinci se na jedné straně budou chovat méně rizikově, vysoké hodnoty však budou ukazovat spíše na vysokou rigiditu. Osoby s nízkými hodnotami jsou naopak jedinci, kteří jsou více „odbrždění“, berou životní události tak, jak přicházejí, a nad důsledky svého chování příliš nepřemýšlejí. Jestliže odsouzení zařazení do terapeutického programu GLM vykazují signifikantně nižší míru potlačení než kontrolní skupina, lze se domnívat, že do terapeutických skupin byli vybíráni jedinci s vyššími kriminogenními riziky, reagující spíše spontánně až impulzivně, kteří jsou ve svém životním stylu méně opatrní – tedy ti, kteří z hlediska cílů terapeutického programu tuto intervenci zejména potřebují.

Síla ega (Es), kdy „klienti s nízkým skórem jsou špatně psychicky přizpůsobení, mají omezené zdroje k zacházení se svými problémy a špatnou prognózu terapie.“ (Butcher et al. 2013, s. 58)

Lži škála (L) je jednou z validizačních škál, „posuzuje postoje a praktiky, jež jsou kulturně chvályhodné, ale ve skutečnosti jsou nalézány pouze u nejsvědomitějších osob.“

Tabulka 11 - T-test shody středních hodnot pre-testu u osob, které vypadly ze sledování, IS vs. KS (pouze validní pre-testy)

Proměnná (pretest)	N (KS bez platného post-testu)	N (IS bez platného post-testu)	Průměr pre-testu (KS)	Průměr pre-testu (IS)	Rozdíl	p_value
MMPI-2 Somatické stesky (RC1)	70	75	61.629	66.160	-4.532	0.042 **
MMPI-2 Amorálnost (Ma1)	70	75	56.586	60.294	-3.708	0.045 **
MMPI-2 Zájem o vlastní zdraví (HEA)	70	75	62.357	66.374	-4.016	0.037 **
MMPI-2 Gastrointestinální symptomy (HEA1)	70	75	58.200	63.080	-4.880	0.046 **
MMPI-2 Maskulinní role (GM)	70	75	41.172	36.320	4.851	0.009 ***

Tabulka 12 - T-test shody středních hodnot pre-testu u osob, které vypadly ze sledování, IS vs. KS (všechny pre-testy)

Proměnná (pretest)	N (KS bez platného post-testu)	N (IS bez platného post-testu)	Průměr pre-testu (KS)	Průměr pre-testu (IS)	Rozdíl	p_value
MMPI-2 Potlačení (R)	123	121	42.244	38.918	3.327	0.017 **
MMPI-2 Lži škála (L)	123	121	50.691	46.570	4.121	0.003 ***
MMPI-2 Amorálnost (Ma1)	123	121	57.951	60.661	-2.710	0.049 **
MMPI-2 Síla Ego (Es)	123	121	34.748	31.810	2.938	0.026 **
MMPI-2 Maskulinní role (GM)	123	121	36.602	33.091	3.510	0.016 **

Přestože nalezení těchto rozdílů není z hlediska interní validity výzkumu ideální, existuje několik argumentů, proč je lze považovat za přijatelné.

Zprvé, rozdíly jsou relativně slabé (pouze dva jsou signifikantní pouze na 99 % hladině). Zadruhé, v těchto škálách byly stejným směrem odlišné IS a KS již jako celek na úrovni pre-testu, takže jde spíše o projev nedokonalého výběru než nějakého vzorce u odpadávajících účastníků. Zatřetí, rozdíly mají u jednotlivých škál různá znaménka, takže pravděpodobně chování účastníků vzhledem ke GLM ovlivňují různými směry a tyto vlivy by se mohly navzájem oslabovat.

Začtvrté, rozdíly jsou spíše toho charakteru, že vykreslují intervenční skupinu jako náročnější než je kontrolní skupina, a lze tudíž teoreticky předpokládat spíše podhodnocení výsledků pro IS, což neodporuje potřebě spíše konzervativního pohledu na výsledky.

Distribuce efektů

Nyní se podívejme, jak je zjištěný pozitivní efekt GLM distribuován. Nabízí se jednak pohled po jednotlivých kohortách a jednak po jednotlivých věznicích. Pro zjednodušení se budeme věnovat jen osmi škálám MMPI-2, v jejichž rámci jsme zaznamenali nejsignifikantnější rozdíly.

Tabulka 13 - T-test shody středních hodnot: MMPI-2, IS vs KS podle účasti v GLM, striktní přístup k validitě, rozdělení dle jednotlivých kohort

Rozdíl post-test pre-test, škály MMPI-2	Kohorta 1 (N IS = 22, N KS = 31)		Kohorta 2 (N IS = 20, N KS = 39)		Kohorta 3 (N IS = 44, N KS = 37)	
	rozdíl	p_value	rozdíl	p_value	rozdíl	p_value
Antisociální postoje (ASP1)	6.563	0.01 ***	2.864	0.09 *	6.546	0.00 ***
Hostilita (Ho)	4.318	0.06 *	1.194	0.41	4.298	0.02 **
Maskulinita – Femininita (Mf)	6.745	0.01 ***	3.433	0.10 *	3.387	0.06 *
Cynismus (RC3)	4.131	0.10 *	1.254	0.48	4.181	0.03 **
Amorálnost (Ma1)	6.745	0.02 **	2.300	0.41	7.766	0.00 ***
Cynismus(CYN)	3.383	0.21	1.907	0.30	6.258	0.01 ***
Antisociální chování (ASP)	6.697	0.04 **	0.566	0.81	6.663	0.01 ***
Misantropické přesvědčení (CYN1)	5.221	0.03 **	2.292	0.16	4.186	0.02 **
Průměrná velikost rozdílů	5.48		1.98		5.41	

Na úrovni kohort zjišťujeme, že pozitivní změny byly největší (a podobně velké) u kohorty 1 a kohorty 3. Pozitivní změny identifikujeme i u druhé kohorty, jejich velikost je však jen třetinová oproti první a třetí kohortě. Jako přijatelné vysvětlení se nabízí, že druhá kohorta byla nejvíce poznamenána restriktivními opatřeními a přerušováním terapie vzhledem k pandemii Covid-19.

Tabulka 14 - T-test shody středních hodnot: MMPI-2, IS vs KS podle účasti v GLM, striktní přístup k validitě, rozdělení dle jednotlivých věznic

Rozdíl post-test pre-test, škály MMPI-2	Věznice 1 (N IS = 9, KS = 26)	Věznice 2 (N IS = 21, KS = 21)	Věznice 3 (N IS = 15, KS = 21)	Věznice 4 (N IS = 4, KS = 10)	Věznice 5 (N IS = 14, KS = 13)	Věznice 6 (N IS = 23, KS = 16)
Antisociální postoje (ASP1)	3.936	13.143	-2.267	7.300	1.016	3.000
Hostilita (Ho)	8.846	8.953	-3.953	5.700	3.055	0.468
Maskulinita – Femininita (Mf)	4.017	9.286	5.695	1.450	1.226	0.226
Cynismus (RC3)	1.013	9.715	-4.085	3.750	2.192	2.462
Amorálnost (Ma1)	7.530	11.191	2.657	12.950	0.917	-0.582
Cynismus (CYN)	6.115	11.000	-3.781	4.450	2.401	1.764
Antisociální chování (ASP)	4.423	13.667	-5.619	10.000	-0.506	1.582
Misantrop. přesvědčení (CYN1)	2.248	9.047	-3.333	3.300	2.335	3.777
Průměrná velikost rozdílu	4.77	10.75	-1.84	6.11	1.58	1.59
Kontext: IS v rámci věznice je oproti KS	Spíše náročnější a s vyšším vzděláním	Spíše náročnější a s vyšším vzděláním	Spíše náročnější a s nižším vzděláním	Srovnatelná a s nižším vzděláním	Srovnatelná a s nižším vzděláním	Spíše snazší a s vyšším vzděláním

Významné rozdíly nacházíme při porovnání síly efektu na úrovni jednotlivých věznic. Nacházíme jednu věznici s vysoce nadprůměrnými pozitivními efekty, dvě přibližně s průměrnými, dvě podprůměrné a jednu dokonce s negativním efektem. Prvoplánově se nabízí vysvětlení různě dobrou prací jednotlivých terapeutických týmů. To je pochopitelně možné a rozdíly do značné míry korelují i se subjektivním vnímáním projektového týmu. Je však nutné vzít i v úvahu možné rozdíly mezi věznicemi, pokud jde o náročnost intervenční skupiny a její srovnatelnost s kontrolní skupinou v rámci dané věznice (která na úrovni jednotlivých věznic nemusí být příliš dobrá). Zde skutečně nacházíme u věznice s nejslabším výsledkem jednak vyšší koncentraci účastníků s nízkým vzděláním (které, jak jsme zjistili, značně determinuje velikost pozitivního efektu u účastníka) a současně také vykazuje ve srovnání s kontrolní skupinou výrazně náročnější intervenční skupinu (např. vyšší dynamické faktory Závislosti a Osobnost a chování SARPO, signifikantní rozdíly v HCR-20 a PCL-R i v některých škálách MMPI-2), i když dosažené vzdělání zde je u IS i KS přesně shodné. Tento terapeutický tým měl tedy nejhorší výchozí podmínky. Naopak nejvýhodnější výchozí podmínky, pokud jde o profily účastníků, měl patrně tým věznice č. 6, jejíž výsledky jsou však podprůměrné.

V kombinaci s kvalitativními vhledy do specifik jednotlivých věznic považujeme za pravděpodobná následující vysvětlení slabších výsledků. U Věznice 3 jde možná o kombinaci nejnáročnějšího profilu účastníků spolu s nedostatečným přizpůsobením jazyka terapie velmi nízkému vzdělání účastníků. U Věznice 5 jde možná o kombinaci relativně náročné skupiny účastníků a velké nestability terapeutického týmu. U Věznice 6 pak jde možná o výsledek specifického profilu účastníků, který v rámci svých typicky dlouhých trestů již zpravidla

absolvovali relativně podobné programy zacházení a změnou tak již do určité míry prošli před provedením pre-testu a v rámci GLM už se neměli příliš kam posouvat.

Můžeme tak přijmout závěr, rozdíly mezi věznicemi jsou nejspíš zčásti způsobené různou kvalitou terapeutického procesu a zčásti způsobené různě náročnými skupinami účastníky se terapie a dalším faktorem může být ještě odlišný *survivor bias* způsobený odlišnými poměry dokončivších a nedokončivších účastníků.

Pro koho intervence funguje?

V rámci poslední z dílčích analýz dat MMPI-2 bychom chtěli odpovědět na otázku, pro koho intervence funguje, tedy u jaké profilu účastníků se dostávají nejvýznamnější změny.

Řešení této otázky ponecháme na závěrečnou zprávu, neboť potřebujeme vyřešit některé metodologické obtíže. Pouze shrneme předběžné hypotézy v této oblasti. Ideální by při tom bylo, pokud možno najít takové proměnné, které jsou vězeňské službě snadno rutinně dostupné (např. SARPO), a které by pak bylo možné využít pro identifikaci vhodných účastníků. Jako jedinou do určité míry predikující proměnnou jsme identifikovali vzdělání účastníků, čím vyšší, tím pozitivnější změny. Vzdělání však vysvětluje necelou čtvrtinu variability výsledků.

Riziko násilného chování na základě HCR-20 a PCL-R

Doplňkový pohled na vliv GLM na riziko násilného chování přinášejí nástroje HCR-20 a PCL-R, které mají charakter expertního posouzení, vykonávaného v našem případě příslušnými pracovníky věznic.

Tyto výsledky chápeme jako doplňkové k nástroji MMPI-2, a to především pro již zmiňované problémy u sběru dat.

Intervenční skupina se ve všech dílčích škálách více či méně zlepšila, hodnoty u kontrolní skupiny se obecně měnily výrazně méně a různými směry. V úhrnu u HCR-20 se IS oproti KS zlepšila (tj. došlo ke snížení hodnoty) o cca 2,6 bodu na 40 bodové škále, přičemž pohled na dílčí škály ukazuje, že většina efektu je soustředěna do klinických položek a částečně do položek zvládání rizik, zatímco anamnestické položky se prakticky nemění, což je v souladu s teoretickými předpoklady toho, jak se jednotlivé škály mohou měnit v čase. Hodnota KS se téměř nemění, takže většina efektu vychází ze zlepšení IS (o 2,3). Výsledek je statisticky signifikantní. Rovněž u PCL-R se IS oproti KS zlepšila (došlo ke snížení hodnot) o 2,7 až 2,9 bodu, efekt je přitom rozložen téměř rovnoměrně mezi škály F1 a F2. Téměř celý efekt i zde spočívá ve zlepšení IS, zatímco KS se příliš nemění. I zde je výsledek statisticky signifikantní.

Výpočet jsme provedli jednak metodou Difference-in-difference (DD) a jednak metodou Propensity Score Matching v kombinaci s Difference-in-difference (PSM-DD). Obě metody nám dávají téměř shodné výsledky, které jsou uvedeny v následující tabulce³.

³ Uvedena je varianta, která vyloučila z analýzy dvě věznice v první kohortě, kde jsme identifikovali nejzásadnější problémy při sběru dat HCR-20 a PCL-R. Avšak ani při zahrnutí těchto dalších pozorování se závěry analýzy podstatně nemění. Současně jsme také provedli variantu analýzy, kdy jsme do výpočtu PS vedle základní demografie a SARPO začlenili rovněž předintervenní hodnoty 17 vybraných škál MMPI-2. Ani v této variantě se výsledky významněji nemění, velikost efektu poklesne přibližně o desetinu bodu.

Tabulka 15 - Analýza výsledků HCR-20 a PCL-R metodou DD i PSM-DD

Rozdíl post-test pre-test	Průměr KS	Průměr IS	Efekt/Rozdíl (DD)	p_value	Efekt (PSM-DD)	p_value
HCR-20: Anamnestické položky	-0.018	-0.311	-0.292	0.005 ***	-0.198	0.113
HCR-20: Klinické položky	0.208	-1.135	-1.342	0.000 ***	-1.442	0.000 ***
HCR-20: Položky zvládání rizik	0.080	-0.849	-0.928	0.000 ***	-1.014	0.000 ***
HCR-20: HCR-20 celkem	0.269	-2.294	-2.563	0.000 ***	-2.655	0.000 ***
PCL-R: F1 - hrubý skór	0.220	-1.194	-1.413	0.000 ***	-1.609	0.000 ***
PCL-R: F2 - hrubý skór	-0.091	-1.387	-1.295	0.000 ***	-1.307	0.000 ***
PCL-R: Celkový hrubý skór	0.152	-2.563	-2.716	0.000 ***	-2.908	0.000 ***
<p>Počet účastníků, kt. byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 119, u KS n = 164 (pro DD), IS n = 116, u KS n = 162 (pro PSM-DD), malé rozdíly v počtu účastníků vstupujících do analýzy různými metodami jsou způsobeny absencí některých dat (část SARPO) pro výpočet propensity skóru (PS). PS je vypočten na základě základních demografických hodnot a rizik SARPO. *** Výsledek signifikantní na 99 % hladině</p>						

Připomeňme, čemu může identifikovaná změna odpovídat v praxi.

U HCR-20 jsou jednotlivé položky hodnoceny na tříbodové škále podle toho, nakolik jsou přítomny rizikové faktory. 0 znamená nepřítomné faktory, 1 znamená možnou nebo částečnou přítomnost a 2 jednoznačnou přítomnost příslušného rizikového faktoru (Ptáček a Vevera 2016, s. 22–25). Nejvíce změn pozorujeme u klinických položek. Sem patří například položka C1 – Nedostatek vzhledu, kde se mj. hodnotí, nakolik posuzovaný shledává sám sebe nebezpečným, či si uvědomuje, že nad sebou ztrácí kontrolu, případně nakolik má vzhled do chování ostatních a neinterpretuje-li je mylně jako nepřátelské. Pokud identifikujeme čistý efekt kolem 1 u klinických položek, odpovídá to zlepšení u jedné z pěti položek této škály z úrovně 2 na 1 nebo z úrovně 1 na 0.

U PCL-R je hodnocení obdobné, rovněž se jednotlivé položky hodnotí na škále 0–2 podle intenzity přítomnosti u posuzovaného. Nejsilněji efekt pozorujeme u faktoru 1, který se skládá ze 4 položek interpersonální škály (např. patologická lhavost) a 4 položek afektivní škály (např. absence výčitek svědomí nebo pocitů viny). Efekt v podobě snížení o 1 u faktoru 1 tak lze opět interpretovat tak, že u jedné z osmi položek dochází k posunu z úrovně 2 (jasná přítomnost charakteristiky) na úroveň 1 (částečná přítomnost charakteristiky) nebo z 1 na 0 (jasná nepřítomnost charakteristiky).

Můžeme učinit dílčí závěr, že data ukazují na určitý pozitivní efekt terapie GLM na riziko násilného chování měřené pomocí nástrojů HCR-20 a PCL-R, a to zhruba na úrovni zlepšení o 2,5 bodu jak u HCR-20, tak u PCL-R.

Kvalitativní důkazy

Kromě neformálních a nestrukturovaných evaluačních metod (neformální rozhovory s realizačním týmem, zúčastněné pozorování) jsme nad rámec původního evaluačního plánu využili příležitosti pro zorganizování workshopu s terapeuty z jednotlivých věznic, a to i za přítomnosti německých lektorů. Workshop proběhl v červnu 2022, tedy v čase, kdy jednotlivé týmy byly u konce třetí kohorty terapie. Setkání bylo strukturováno podle metodologie *Technology of Participation - consensus workshop* (ToP Network 2021). V červenci 2022 jsme pak realizovali dvě fokusní skupiny s dokončujícími účastníky třetí kohorty terapie a jejich terapeuty. Volba na základě *convenience sampling* padla na věznice Kynšperk a Vinařice.

Cílem obou přístupů bylo získat od terapeutů i účastníků „lidové teorie (*folk theories*)“ o tom, co je to něco, kvůli čemu GLM terapie funguje, v jakých situacích a pro koho funguje, případně proč a pro koho někdy nefunguje.

V rámci odpovědí na základní otázku, co dělá GLM funkčním, se objevovaly následující témata:

- GLM je dobře sestavený, ucelený a funkční program, přičemž za zásadní složky lze považovat jeho orientaci na pozitivní životní cíle a respektující, lidský přístup, který vede k vytvoření vztahu důvěry mezi účastníky navzájem i mezi účastníky a terapeuty (terapeuty).
- Němečtí lektori mezi principy programu zdůrazňují orientaci na zdroje, pozitivní obraz člověka a práci s nevědomím.
- Vzájemná důvěra je motiv, na kterém shodují terapeuti i účastníci. Terapeuti pak přidávají ještě jeden důležitý rozměr důvěry, a to důvěru v samotný program (jen pokud v něj věřím, mohu jej dobře realizovat).
- Účastníci vyzdvihují pocit bezpečí a velký prostor věnovaný poznání sebe sama, ať už v minulosti nebo v budoucnosti (části mé minulé já a mé budoucí já) „*rozparcelování osobnosti*“, „*taky mě rozložili, a pokusili se složit, ale ještě nejsem hotový, ještě pořád nemám v hlavě složený celý mozek, ještě pořád každou noc skládám jednotlivé střípky*“, „*Rozšroubovali moji hlavu, rozbili mi moje ego, a pak mě po kousíčkách skládali zpátky*“.
- Účastníci si chválí i orientaci na budoucnost, včetně získání praktické výbavy (upomínkové předměty, životní motta) (Curyšský model zdrojů).
- Důležitým motivem je pak skupinová práce, jak pro účastníky, tak pro terapeuty. „... *tady jsem se lidem svěřil, tady jsem našel bezpečné prostředí ve skupině. Řekl jsem i to, co ještě nikdy nikomu venku*“, „*Měl jsem pocit podpory, bezpečí a jistoty u kluků*“.
- Vinařičtí účastníci naznačují, že i po skončení terapie do nějaké míry skupinová terapeutická práce pokračuje na oddíle svépomocí, i bez přítomnosti terapeutů.
- Terapeuti i účastníci si všímají potřeby sehanosti v týmu. Symbióza mezi terapeuty byla tak velká, že „*i když každý vařil někde jinde, tak se vařili stejná jídla*“ (tvrzení účastníků).
- Vinařičtí účastníci, kteří zpravidla měli zkušenosti i z jiných programů, přidávají postřeh o pozitivním vlivu velké intenzity programu: „*Jiné programy jsou např. 1 týdně, a to se stihnete z toho vyspat. Ale zde je to intenzivní, nemáte šanci nikam utéct. Nimráte se v tom několikrát týdně, ve 3 hodinových sezeních, je to husté.*“
- Terapeuti i účastníci se také shodují na tom, že často bylo nutné ze skupiny na začátku vyloučit některé problematické jedince, kteří to buď nemysleli vážně, nebo terapii příliš bourali.

Účastníci z Vinařic:

- *Mě to úplně rozebralo, a jsem rád, že mě to pak zase složilo zpátky.*
- *Taky mě rozložili, a pokusili se složit, ale ještě nejsem hotový, ještě pořád nemám v hlavě složený celý mozek, ještě pořád každou noc skládám jednotlivé sklípky.*
- *Rozšroubovali moji hlavu, rozbili mi moje ego, a pak mě po kousíčkách skládali zpátky.*
- *Bylo to, jako by mi někdo otevřel hlavu a pitval se mi tam.*
- *Máma mi po absolvování do telefonu říkala „Ty jsi nějaký divný.“ [ve smyslu jiný – lepší]*

Účastníci z Kynšperka:

- *když má člověk v sobě nějaké demony, tak si je tam postupně najde. V průběhu programu se vyjasňovala jeho osobnost.*

Současně jsme pokládali i otázku, kdy nebo pro koho GLM nefunguje a v jakých situacích a kontextech vznikají problémy. Zde jsou výroky do značné míry inverzní k předchozímu tématu.

- Terapeuti si všímají některých nevhodných profilů účastníka, se kterým měli následně v terapii problémy, případně který terapii opustil. Zde jde zejména o přítomnost závažnější psychiatrické diagnózy (zpravidla ve spojitosti se závislostmi), závažnější poruchy chování osobnosti, případně nízká mentální úroveň (ta je pravděpodobně signalizována i nízkým dosaženým vzděláním, jak nám indikují kvantitativní data).
- K problematickým profilům účastníka patří i nějaký jiný důvod nevhodnosti klienta pro skupinovou práci.
- Terapeuti také popisují řadu problémů na straně klientů souvisejících s nízkou nebo účelovou motivací vstupu do terapie, absencí motivace ke změně sebe sama, strach z vlastního selhání nebo z toho, být zranitelný. Negativně se projevuje i silná prizonizace. Terapeuti přiznávají případy, kdy se tyto vstupní postoje nepodařilo překonat. V některých případech terapeuti identifikovali nevhodné načasování terapie z hlediska potřeb klienta (intervence přišla pozdě).
- Účelovost motivace a neochotu se otevřít označují jako hlavní důvod předčasného odchodu některých klientů i úspěšní absolventi terapie.
- Další možné problémy (na základě vlastních zkušeností) vidí terapeuti ve vlastních chybách při terapii, zmiňována byla neschopnost dostatečně zaujmout, přílišné opečovávání, chyba v nastavení nepřiměřených očekávání a také příliš málo cvičení.
- Z hlediska kontextu pak terapeuti i klienti zmiňují nepřátelské prostředí na ubytovně (pokud jsou klienti ubytováni společně s odsouzenými, kteří se GLM neúčastní), a s tím spojená psychicky náročná stigmatizace, že dotyčný „chodí na terapii“ i nutnost držet si dvě tváře (jednu na terapii a jednu „mezi vlky“).
- Negativní vlivy může mít také nestabilní terapeutický tým nebo jinak nevhodné podmínky pro terapii (např. složitá koordinace s pracovním zařazením odsouzených).
- Absolventi GLM terapie jako nejnáročnější části, kdy zvažovali odchod z terapie, zmiňovali testování MMPI-2 (které nesouvisí přímo s terapií, zde si odnášíme

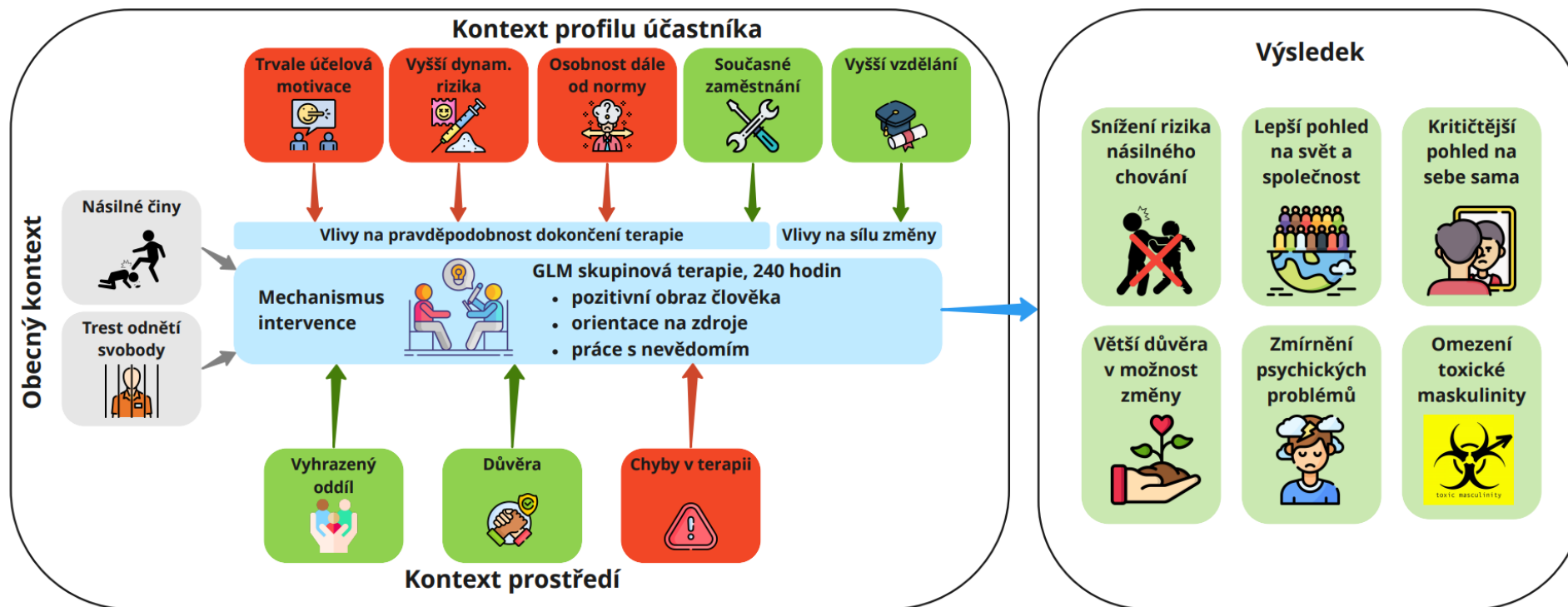
poznatek o problematičnosti tohoto nástroje pro evaluaci) a také části terapie týkající se „připomínání minulého života“ případně otevírání citlivých osobních témat (např. vztahy s důležitými příbuznými, např. zemřelý otec, nekomunikující dcera atd.).

Několik důležitých souvisejících postřehů:

- V rámci workshopu s terapeuty byl poměrně výrazně patrný rozdíl v tom, jaké aspekty GLM zmiňují čeští terapeuti a jaké němečtí lektoři. Zatímco čeští terapeuti se soustředili především na postupy v rámci GLM terapie (konkrétní kroky – metody), němečtí lektoři mnohem více akcentovali principy, které stojí za konkrétními postupy. Přestože toto není zcela překvapující, může to vyvolat otázku, nakolik jsou v české praxi osvojeny právě klíčové principy. V následné práci na standardizaci programu GLM a tvorbě metodických podkladů je tak nutné věnovat náležitou péči právě základním principům.
- Značně odlišná byla schopnost účastníků z řad odsouzených GLM reflektovat, ve Vinařicích jsme získávali mnohem bohatší odpovědi, zatímco v Kynšperku byly mnohé otázky pro účastníky příliš těžké. Fokální skupiny tak přinesly dobrý vhled do rozdílů mezi jednotlivými skupinami účastníků. Ve Vinařicích jsou všichni dokončivší účastníci na vyhrazeném pracovním oddíle určeném pro odsouzené, kteří na sobě chtějí pracovat. Současně většina účastníků ve Vinařicích již nějaký terapeutický program před GLM absolvovala a byli tak zkušenými účastníky skupinové terapie. Rozdíly byly patrné už na úrovni základní demografie – Vinařická skupina byla starší, s průměrným věkem 39 let (v Kynšperku o 5 let méně), ve Vinařicích šlo většinou o prvotrestané (v Kynšperku všichni opakovaně ve VTOS), ve Vinařicích měla většina účastníků středoškolské vzdělání (v Kynšperku většina jen základní).

V duchu realistické evaluace (Pawson a Tilley 1997) jsme se takto snažili doplnit převážně kvantitativní charakter evaluace i o dílčí postřehy kvalitativní. Cílem bylo nalézt více různých důkazů pro zodpovězení otázky jakým způsobem intervence GLM přesně působí na účastníky (mechanismus) a v jakých podmínkách, resp. pro jaké účastníky je tento mechanismus funkční (kontext) a přináší žádoucí výsledky, případně pro koho a za jakých podmínek nefunguje. Grafické shrnutí poznatků (a tedy v podstatě i teorii změny vztaženou k druhé evaluační otázce) přináší obrázek na následující straně.

Obrázek 3 - Shrnutí výsledků (Mechanismus a vliv kontextu na výsledek)



Doprovázení

V rámci Evaluačního plánu (Kváča 2019) jsme předpokládali, že v rámci projektu budeme testovat nejen intervenci GLM, ale také intervenci Doprovázení. Oproti plánu, kterým bylo nabídnout Doprovázení všem účastníkům (tedy IS i KS z hlediska GLM) ve třech ze šesti věznic, však bylo poskytování Doprovázení v projektu výrazně omezenější. To má dopady na možnosti evaluace této intervence, jak vysvětlíme dále v této části.

Z monitorovacích dat projektu plyne, že v rámci Doprovázení bylo poskytováno pouze dluhové a pracovní poradenství, zatímco jiné formy podpory (ubytování, adiktologie, zdravotní oblast, právní podpora z jiných oblastí než pracovní a dluhové) nebyly realizovány.

Dluhové poradenství se v nějaké podobě dotklo 115 osob ze všech kohort (z hlediska terapie GLM šlo jak o intervenční, tak kontrolní skupinu, pouze věznice Kynšperk a Stráž), ale jen v 49 případech podpora přesáhla 2 hodiny (tj. nějaké informativní úvodní setkání).

Pracovní poradenství se týkalo 10 osob z 1. kohorty (pouze IS GLM, Kynšperk, Stráž) v rozsahu 2 – 6 hodin.

Pouze u 12 klientů (z toho 11 z Kynšperka) rozsah doprovázení dosáhl alespoň 20 hodin (tedy zhruba desetinu rozsahu terapie GLM). Rozsah doprovázení je tak velmi omezený. Pro ilustraci, v projektu Restart II⁴ byla *průměrná* podpora 69 hodin, ve zkoumaném projektu *maximální* podpora 34 hodin.

Tato forma realizace doprovázení v rámci projektu má řadu dopadů na evaluovatelnost intervence doprovázení (a její kombinace s terapií GLM) oproti tomu, co jsme předpokládali v Evaluačním plánu.

Zprvé, z omezeného časového rozsahu podpory doprovázení lze předpokládat *řádově* slabší dopad na zkoumané výsledkové proměnné oproti terapii GLM.

Zadruhé, nízká účast v doprovázení současně znamená silný faktor sebevýběru do intervence, a tedy i nutnou přítomnost *self-selection biasu* ve skupině těch, kteří doprovázení reálně obdrželi. Ze 149 účastníků ve věznicích Kynšperk a Stráž pod Ralskem, kterým byla účast v doprovázení nabídnuta, jen třetina získala podporu přesahující dvě hodiny a jen 8 % podporu dosahující alespoň 20 hodin. V této situaci není dobrou výzkumnou strategií porovnání skupiny, která doprovázení využila, s účastníky, kteří ji nevyužili.

Zatřetí, rozumným výzkumným přístupem by bylo porovnat skupinu účastníků, kteří obdrželi *nabídku* účasti v doprovázení (tedy všechny členy CS z Kynšperka a Stráže) s těmi, kteří ji neobdrželi (ostatní věznice). Nabídka možnosti doprovázení se tak chová jako *instrumentální proměnná*. Výše uvedená čísla však znamenají, že nabídka doprovázení je velmi slabý instrument a zároveň samotné doprovázení je rozsahem velmi slabá intervence. Lze tak předpokládat, že případné efekty budou pod hranicí statistické signifikance.

Určitou možnost zkoumat efekty doprovázení přináší ještě situace ve věznici Vinařice, kde byli v rámci jiného projektu⁵ také doprovázeni odsouzení, a to v podobě relativně podobné původně plánované podpory v rámci projektu GLM. Šlo však pouze o odsouzené, kteří byli současně členy intervenční skupiny (a nikoliv kontrolní) z hlediska GLM. Tímto způsobem zde bylo doprovázeno 24 osob z 36 členů IS GLM napříč všemi kohortami.

Přes tyto problémy jsme provedli dvě analýzy, které by mohly ukázat na případné efekty doprovázení.

⁴ Realizovaný také za podpory ESF z prioritní osy Sociální inovace, evaluační zpráva viz (Kváča 2018a)

⁵ Projekt Sousedé 83, evaluační zpráva viz (Kokeš a Holeňová 2022)

První analýzou bylo porovnání metodou PSM-DD skupinu skutečně doprovázených v rozsahu alespoň 10 hodin (28 doprovázených v rámci projektu GLM a 24 doprovázených ve Vinařicích) a skupinu vůbec nedoprovázených (bez ohledu na účast v terapii GLM).

Při zjišťování efektů doprovázení na změnu HCR-20 i PCL-R, ani na změnu 17 vybraných škál MMPI-2 nejsou žádné výsledky statisticky signifikantní (ani na 90 % hladině významnosti). Jediný statisticky signifikantní výsledek pozorujeme ve „zbytku“ MMPI-2 na škále CYN2, kdy u doprovázených pozorujeme výrazně menší pokles hodnot než u nedoprovázených. Pro tento ojedinělý výsledek nás nenapadá rozumné teoretické vysvětlení a současně je možné, že vzhledem k množství škál MMPI-2 může jít o náhodu.

Rozdíl post-test pre-test, škály MMPI-2	Průměr KS	Průměr IS	Efekt/Rozdíl (DD)	p_value	Efekt (PSM-DD)	p_value
Nedůvěřivost (CYN2)	-3.513	-0.1875	3.326	0.044 **	4.636	0.025 **
Počet účastníků, kt. byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 32, u KS n = 115 (pro PSM-DD), PS je vypočten na základě základních demografických hodnot a rizik SARPO. ** Výsledek signifikantní na 95 % hladině.						

Druhou analýzou bylo porovnání výsledků metodou PSM-DD odsouzených ve věznicích Jiřice, Pardubice a Kuřim (tedy bez nabídky doprovázení) a Kynšperk a Stráž pod Ralskem (s nabídkou doprovázení). Vinařice do této analýzy nezahrnujeme, protože zde se doprovázení současně kryjí s účastníky GLM.

Zde naopak získáváme řadu statisticky signifikantních výsledků svědčících v *negativní* efekty nabídky doprovázení. Musíme si však uvědomit, že námi provedený test předpokládá, že efekty paralelní intervence (tedy terapie GLM) jsou rovnoměrně distribuované napříč věznicemi. Z analýzy distribuce efektů GLM v rámci věznic ale máme silné důkazy o opaku a rozdělení věznic je zde dokonce v nejhorší možné kombinaci. Jiřice, Pardubice a Kuřim jsou tak neporovnatelné s Kynšperkem a Stráží vzhledem k velmi rozdílné síle efektů terapie GLM. Negativní efekt nabídky doprovázení (tedy zde zkoumaná intervence, která zahrnovala jak účastníky, tak neúčastníky GLM) tak je nutné přičítat jiné intervenci – rozdílu v efektech GLM.

Zbývá nám jediná možnost, jak toto ošetřit, a to porovnat v těchto věznicích jen neúčastníky GLM (na které by neměl mít vliv odlišný efekt GLM v různých věznicích). Zde většina rozdílů mizí a přetrvávají pouze u sedmi škál MMPI-2 se signifikancí alespoň na úrovni alespoň 0,05.

Rozdíl post-test pre-test, Škály MMPI-2	Průměr KS	Průměr IS	Efekt/Rozdíl (DD)	p_value	Efekt (PSM-DD)	p_value
Antisociální postoje (ASP1)	4.052	0.294	-3.758	0.024 **	-5.010	0.046 **
Schizotypální charakteristiky (BIZ2)	-3.491	-0.559	2.932	0.147	6.902	0.013 **
Gastrointestinální symptomy (HEA1)	-0.982	-5.824	-4.841	0.049 **	-8.716	0.028 **
Antisociální chování (ASP)	4.719	-0.206	-4.925	0.019 **	-6.725	0.033 **
Úzkost (ANX)	-2.912	-0.735	2.177	0.171	4.911	0.043 **
Hysterie, lehká (Hy_S)	-1.140	0.118	1.258	0.492	5.520	0.049 **
Amorálnost (Ma1)	6.491	1.679	-4.815	0.028 **	-7.892	0.018 **
Počet účastníků, kt. byli zahrnuti do analýzy: IS n = 34 , u KS n = 57 (pro PSM-DD), PS je vypočten na základě základních demografických hodnot a rizik SARPO. ** Výsledek signifikantní na 95 % hladině						

I tyto výsledky je však obtížné vysvětlit a považovat je za kauzálně zapříčiněné nabídkou intervence doprovázení. Může jít o náhodné vzorce v datech, stejně tak může jít o vliv odlišného prostředí různých věznic.

Z analýzy doprovázení tak musíme učinit pouze ten závěr, že jsme zejména vzhledem k nízkému počtu doprovázených a nízkému rozsahu jejich podpory nebyli schopni věrohodně zjistit jakékoliv efekty doprovázení na riziko násilného chování či na jiné aspekty psychologického stavu odsouzených měřené MMPI-2.

Aktuální stav řešení EO3 a EO4

EO 3 – Jaké efekty mají různé kombinace intervence GLM a intervence Doprovázení na míru kriminální recidivy?

EO 4 - Jaké efekty mají různé kombinace intervence GLM a intervence Doprovázení na míru zaměstnanosti?

Evaluační otázky 2, 3 a 4 spolu sdílejí kvaziexperimentální design a způsob jejich řešení se odlišuje především zkoumáním jiných vysvětlovaných proměnných. U EO2 (riziko násilí) již máme konečné výsledky (viz předchozí kapitola). EO3 (recidiva) a EO4 (zaměstnanost) mohou být zkoumány až na závěr projektu na základě administrativních dat. Sběr dat o zaměstnanosti a recidivě předpokládáme v jarních měsících roku 2023, tak aby mohly být analyzovány v průběhu léta 2023.

Pro EO3 a EO4 jsou v tuto chvíli důležité poznatky o dobré srovnatelnosti intervenční a kontrolní skupiny (tento krok je pochopitelně společný i pro řešení EO2 a příslušné analýzy jsou v předešlé kapitole).

Aktualizace evaluačního plánu

Oproti PEZ3 nedochází k podstatným změnám evaluačního plánu, pouze jsou aktualizované některé ad-hoc výstupy.

Aktualizovaný přehled evaluačních výstupů shrnuje následující tabulka.

Tabulka 16 - Přehled evaluačních výstupů

Výstup	Předpokládaný obsah	Předpokládaný vznik	Hlavní odpovědnost
Evaluační plán (EP)	Aktualizace a zpřesnění evaluačního přístupu.	Hotovo, Listopad 2019	Vladimír Kváča
Průběžná evaluační zpráva 1 (PEZ1)	Shrnutí výsledků pre-testu pro 1. kohortu CS, průběžné výsledky EO 1.	Hotovo, Červen 2020	Vladimír Kváča
Průběžná evaluační zpráva 2 (PEZ2) – tento dokument	Shrnutí výsledků pre-testu pro 2. kohortu CS, shrnutí výsledků post-testu 1 pro 1. kohortu CS, průběžné výsledky EO 1.	Hotovo, Srpen 2021	Vladimír Kváča
Průběžná evaluační zpráva 3 (PEZ3)	Shrnutí výsledků pre-testu pro 3. kohortu CS, shrnutí výsledků post-testu 1 pro 2. kohortu CS, průběžné výsledky EO 1.	Hotovo, Květen 2022	Vladimír Kváča
Průběžná evaluační zpráva 4 (PEZ4)	Shrnutí výsledků post-testu 1 pro 3. kohortu CS, Výsledky pre-testu a post-testu 1 pro všechny kohorty, odpověď na EO2, průběžné výsledky EO1.	Leden 2023 (tato zpráva)	Vladimír Kváča
Závěrečná evaluační zpráva (ZEZ)	Agregované výsledky post-testu 2 za všechny kohorty, odpovědi na EO1-4, doporučení, shrnutí.	Srpen 2023	Vladimír Kváča
Dle situace vystoupení na odborných konferencích, případně publikované články o evaluaci.	Presentace na Penologických dnech 2021 v Akademii vězeňské služby ve Stráži pod Ralskem 14. září 2021, příspěvek publikován v konferenčním sborníku (Kváča 2021).		Vladimír Kváča
	Presentace pro GŘ VS a další stakeholdery 26. října 2021, Hotel Alwyn, Praha.		Vladimír Kváča
	Presentace na konferenci České evaluační společnosti, 16. června 2022, publikováno na webu ČES (Kváča 2022)		Vladimír Kváča

Doporučení

- Vzhledem k tomu, že GLM snižuje riziko násilného chování a přináší řadu dalších pozitivních změn, doporučujeme zařadit GLM mezi standardizované programy v rámci VTOS a nabídnout ji okruhu odsouzených se sklony k násilí.
- Šanci na dokončení terapie zvyšuje současné zaměstnání odsouzených v rámci VTOS, doporučujeme proto vytvořit podmínky pro maximalizaci možnosti současného pracovního zařazení a účasti v terapii.
- Pro účastníky terapie je problematické, pokud nejsou stabilně v podporujícím prostředí (např. situace jediného účastníka terapie na cele), je proto vhodné pro účastníky terapie vytvořit specializovaný oddíl.
- Míra pozitivní změny souvisí s dosaženým vzděláním účastníků. Přednost by tak měly dostávat více vzdělané osoby (indikativní hranicí je dokončení alespoň několika ročníků středoškolského vzdělání). Není zcela jasné, jaký potenciál terapie je u málo vzdělaných účastníků (pouze ZŠ, případně ani to ne). Řešení, která by bylo vhodné otestovat, je (i) vyhnout se skupinám složeným z převážně málo vzdělaných účastníků a nízko vzdělané zařazovat v malém počtu (max. 2-3 osoby) do skupiny s většinou více vzdělaných účastníků, (ii) účastníkům s nízkým vzděláním může pomoci absolvování nějakého předchozího programu nižší náročnosti.
- Doporučujeme dále rozvíjet systém výcviku a následné podpory pro terapeutů GLM. Potřebná je možnost vzájemné intervize a sdílení zkušeností mezi různými terapeutickými týmy v bezpečném prostředí. Řada českých terapeutů se zatím soustředí především na konkrétní metodologický postup, kdy může být rizikem nízká pozornost základním principům GLM. Základní východiska GLM je proto potřeba připomínat a zdůrazňovat, že k naplnění principů GLM mohou vést v různých situacích různé postupy a že aplikace metod bez náhledu, zda a jak vedou k naplnění principu může vést k praxi, kdy „to vypadá jako GLM, ale GLM to není“. Tento systém podpory by se také měl soustředit na pravděpodobně existující rozdíly v kvalitě terapeutické práce jednotlivých týmů a pomáhat se zlepšovat těm zaostávajícím.

Použitá literatura

BUTCHER, James N., John R. GRAHAM, Yossef S. BEN-PORATH, Auke TELLEGEN, W. Grant DAHLSTROM a Beverly KAEMMER, 2013. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2*. Druhé rozšířené vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

DRAHÝ, František, Jindřich HŮRKA a Michal PETRAS, 2018. *SARPO: charakteristiky odsouzených v českých věznicích : deskriptivní studie*. ISBN 978-80-270-5197-7.

KHANDKER, Shahidur R., Gayatri B. KOOLWAL a Hussain A. SAMAD, 2010. *Handbook on impact evaluation: quantitative methods and practices*. Washington, D.C: World Bank. ISBN 978-0-8213-8028-4.

KOKEŠ, Richard a Anežka HOLEŇOVÁ, 2022. *Závěrečná evaluační zpráva projektu „Sousedé 83“*. 2022. B.m.: GovLab s. r. o.

KVÁČA, Vladimír, 2018a. *Závěrečná evaluační zpráva projektu RESTART II*. Praha: Polytechna Consulting, a. s.

KVÁČA, Vladimír, 2018b. *Závěrečná evaluační zpráva projektu RESTART II* [online]. Praha: Polytechna Consulting, a. s. Dostupné z: <https://esf2014.esfcr.cz/PublicPortal/Views/Projekty/Public/ProjektDetailPublicPage.aspx?action=get&datovySkladId=9DBA005B-9E17-4CB1-B216-FADBA16917F7>

KVÁČA, Vladimír, 2019. *Evaluační plán projektu „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství“*. Praha: Volonté Czech.

KVÁČA, Vladimír, 2021. Vliv terapie Good Lives Model na riziko násilného chování: Průběžné výsledky. In: *Prevence recidivy – Rozvoj specializovaných forem zacházení s odsouzenými Sborník příspěvků z konference VIII. Penologické dny 2021*. [online]. Stráž pod Ralskem: Akademie Vězeňské služby České republiky [vid. 2022-12-20]. ISBN 978-80-907836-9-0. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/akademie-vs-cr/ostatni/publikace/220509-sbornik-penologicke-dny-2021-final.pdf>

KVÁČA, Vladimír, 2022. Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství: Aktuální průběžné výsledky evaluace projektu. In: *Konference České evaluační společnosti 2022 : Budoucnost evaluací* [online]. Praha: Česká evaluační společnost. Dostupné z: https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20Konference%202022/Prezentace/Kv%C3%A1%C4%8Da%20Inovace_GLM.pdf

KVÁČA, Vladimír a Adela GOTTWALDOVÁ, 2019. *Závěrečná evaluační zpráva projektu Změna je možná – chci změnu* [online]. Praha: A-GIGA s. r. o. Dostupné z: <https://esf2014.esfcr.cz/PublicPortal/Views/Projekty/Public/ProjektDetailPublicPage.aspx?action=get&datovySkladId=6BAB32C5-79F9-4290-9B83-C13660100342>

KVÁČA, Vladimír a Adela GOTTWALDOVÁ, 2020. *První průběžná evaluační zpráva GLM*. 2020. B.m.: Volonté.

KVÁČA, Vladimír a Adela GOTTWALDOVÁ, 2021a. *Druhá průběžná evaluační zpráva GLM*. B.m.: Volonté Czech.

KVÁČA, Vladimír a Adela GOTTWALDOVÁ, 2021b. *Závěrečná evaluační zpráva projektu Společně na svobodu* [online]. 2021. B.m.: RUBIKON Centrum. Dostupné z: https://www.rubikoncentrum.cz/wp-content/uploads/2021/01/ZEZ_Rubikon_SNS_1_0.pdf

KVÁČA, Vladimír a Adela GOTTWALDOVÁ, 2022. *Třetí průběžná evaluační zpráva GLM*. 2022. B.m.: Volonté.

MERTL, Jiří, 2020. „Musíte makat a poslouchat, no“: Vězení, potlačování autonomie a responsabilizace u vězňů a propuštěných osob v ČR. *Czech Sociological Review* [online]. 56(4), 523–553. ISSN 00380288, 2336128X. Dostupné z: doi:10.13060/csr.2020.017

PAWSON, Ray a Nick TILLEY, 1997. *Realistic Evaluation* [online]. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC: SAGE Publications [vid. 2022-04-14]. ISBN 978-0-7619-5009-7. Dostupné z: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/realistic-evaluation/book205276>

PTÁČEK, Radek a Jan VEVERA, 2016. *HCR-20 - Hodnocení rizika násilného chování, Verze 2 : Příručka pro management rizika násilného chování*. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

TOP NETWORK, 2021. Consensus Workshop. *Top Network* [online] [vid. 2022-07-18]. Dostupné z: <https://www.top-network.org/facilitate-consensus-workshop>

Přílohy

Tabulka 17 - Efekty GLM na 17 předem vybraných škál MMPI-2, volnější přístup k validitě protokolů

Předem vybrané škály MMPI-2	Pre IS průměr	Post IS průměr	Prům. změna IS	Pre KS průměr	Post KS průměr	Prům. změna KS	Rozdíl prům. změn (Odhad efektu DD)	p_value	Odhad efektu PSM_DD	p_value
Problémy s autoritou (Pd2)	61.733	62.934	1.200	64.933	62.533	-2.400	3.600	0.005 ***	5.04	0.002 ***
Sociální odcizení (Pd4)	63.916	61.375	-2.542	64.267	62.834	-1.433	1.109	0.388	-1.57	0.318
Hypomanie, výrazná (Ma O)	67.784	66.942	-0.842	65.260	65.306	0.046	-0.889	0.496	0.00	1.000
Úzkost (A)	64.925	63.459	-1.467	63.206	61.873	-1.334	-0.134	0.904	0.60	0.668
Potlačení (R)	41.133	42.008	0.875	45.900	44.880	-1.020	1.895	0.125	0.93	0.562
Nadměrná kontrola hostility (O H)	46.550	46.358	-0.192	47.507	45.180	-2.327	-2.135	0.135	2.81	0.120
Zloba (ANG)	82.416	78.900	-3.517	77.340	76.933	-0.407	3.110	0.106	-1.93	0.424
Sebeznehodnocování (DEP3)	68.966	66.541	-2.425	68.660	67.087	-1.574	-0.852	0.584	0.20	0.912
Neurologické symptomy (HEA2)	74.800	72.775	-2.025	78.020	74.306	-3.714	-1.689	0.609	1.58	0.697
Explozivní chování (ANG1)	66.859	65.258	-1.600	64.526	63.960	-0.567	-1.034	0.449	-0.99	0.562
Iritabilita (ANG2)	61.825	60.467	-1.359	58.993	58.886	-0,106	-1.252	0.353	-0.77	0.646
Antisociální postoje (ASP1)	62.767	60.775	-1.992	60.500	61.786	1.286	-3.279	0.002 ***	-3.32	0.011 **
Nízká motivace (TRT1)	60.166	57.033	-3.134	59.093	58.120	-0.974	-2.160	0.140	-2.58	0.160
Nesdílnost (TRT2)	61.000	59.666	-1.334	59.786	59.147	-0.640	-0.694	0.582	-1.05	0.497
Agresivita (AGGR)	56.834	55.834	-1.000	56.360	57.254	0.894	-1.893	0.180	-2.38	0.160
Nedostatečná sebekontrola (DISC)	60.867	61.850	0.984	62.560	63.486	0.926	0.057	0.966	1.27	0.442
Hostilita (Ho)	62.584	59.934	-2.650	60.474	60.300	-0.174	-2.477	0.017 **	-2.24	0.100 *

*** Výsledek signifikantní na 99 % hladině, ** Výsledek signifikantní na 95 % hladině, * Výsledek signifikantní na 90 % hladině
 Počet účastníků, kteří byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 120, u KS n = 150 (DD), resp. IS n = 117, KS n = 148 (PSM-DD)
Tučně hodnoty vybočující z normy obecné (nevěžeňské) populace (+/- 10 bodů), **červeně** hodnoty s klinicky významnou odchylkou od normy (+/- 15 bodů). **Tučně** označené škály mají efekt odhadnutý jako signifikantní na 95 % hladině oběma metodami.

Tabulka 18 – Signifikantní efekty GLM na ostatní škály MMPI-2, volnější přístup k validitě protokolů

Ostatní škály MMPI-2 se statisticky významnými efekty	Pre IS průměr	Post IS průměr	Prům. změna IS	Pre KS průměr	Post KS průměr	Prům. změna KS	Rozdíl prům. změn (Odhad efektu DD)	p_value	Odhad efektu PSM_DD	p_value
Mf (Maskulinita – Femininita)	50.142	52.875	2.734	49.867	49.514	-0.353	3.087	0.005 ***	3.61	0.012 **
RC3 (Škála cynismu)	62.200	59.275	-2.925	61.680	61.100	-0.580	-2.345	0.024 **	-2.75	0.037 **
RC6 (Perzekuční myšlenky)	65.834	62.166	-3.667	63.233	64.034	0.800	-4.466	0.006 ***	-2.71	0.169
Pa3 (Naivita)	41.467	43.675	2.208	42.813	42.654	-0.160	2.369	0.024 **	2.69	0.042 **
Ma1 (Amorálnost)	59.041	57.617	-1.425	55.907	58.780	2.873	-4.298	0.002 ***	-4.16	0.015 **
CYN (Cynismus)	66.166	62.309	-3.859	63.680	62.714	-0.967	-2.892	0.021 **	-3.50	0.029 **
ASP (Antisociální chování)	71.567	70.159	-1.409	68.993	69.900	0.906	-2.315	0.089 *	-1.93	0.255
TPA (Chování typu A)	60.334	58.867	-1.467	56.773	57.507	0.734	-2.200	0.152	-1.22	0.523
TRT (Negativní postoje k terapii)	63.425	60.017	-3.409	62.014	61.267	-0.747	-2.662	0.035 **	-2.88	0.067 *
DEP1 (Nedostatek puzení)	62.666	57.767	-4.900	62.014	61.614	-0.400	-4.500	0.004 ***	-2.93	0.132
CYN1 (Misantropické přesvědčení)	61.392	58.425	-2.966	60.180	59.507	-0.673	2.293	0.017 **	-2.42	0.050 **
ASP2 (Antisociální chování, subškála)	80.700	83.100	2.400	82.000	79.840	-2.160	4.560	0.005 ***	5.74	0.004 ***
TPA2 (Soupeřivost)	57.275	55.650	-1.625	55.240	56.400	1.160	2.785	0.040 **	-1.63	0.328
PSYC (Psychoticismus)	55.533	54.084	-1.450	54.014	54.873	0.860	-2.310	0.046 **	-1.52	0.286
GM (Maskulinní role)	38.658	38.559	-0.100	39.486	40.074	0.587	-0.686	0.558	-1.38	0.380
Pa1 (Persekuční myšlenky)	66.466	63.850	-2.617	64.880	65.400	0.520	-3.136	0.036 **	-1.28	0.485
Sc1 (Sociální odcizení)	68.784	65.742	-3.042	66.740	66.993	0.254	-3.295	0.034 **	-2.80	0.145
FRS2 (Mnohočetné obavy)	55.825	55.992	0.167	57.280	55.154	-2.127	2.293	0.039 **	1.89	0.160

*** Výsledek signifikantní na 99 % hladině, ** Výsledek signifikantní na 95 % hladině, * Výsledek signifikantní na 90 % hladině
 Počet účastníků, kteří byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 120, u KS n = 150.
Tučně hodnoty vybočující z normy obecné (nevěžeňské) populace (+/- 10 bodů), **červeně** hodnoty s klinicky významnou odchylkou od normy (+/- 15 bodů). **Tučně** označené škály mají efekt odhadnutý jako signifikantní na 95 % hladině oběma metodami.

Tabulka 19 - Výsledky faktorové analýzy

Škála MMPI-2	Faktor					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Faktorová zátěž	Různé psych. obtíže	Pohled na svět a společnost	Somatizace	Introverze	Pohled na sebe	Gender
Pd2	-0.0877	0.0281	0.1467	0.087	0.6123	0.1272
Ma_O	0.6261	0.2005	0.1269	-0.0428	-0.0374	-0.1082
R	-0.2627	-0.3617	0.3339	0.4034	0.0835	0.2985
ANG	0.5358	0.2678	-0.1027	0.1082	0.1286	-0.0327
HEA2	0.3674	-0.0784	0.6603	0.0402	0.0368	-0.0171
ANG2	0.538	0.2729	-0.1018	0.0889	-0.0293	-0.0108
TRT1	0.6318	0.091	-0.0753	-0.0133	-0.1026	0.109
AGGR	0.3691	0.3431	0.0554	-0.2009	0.0055	0.0642
Ho	0.5559	0.6923	-0.1088	0.0045	-0.0247	0.0522
Pd4	0.3875	0.2744	-0.0182	-0.0713	0.4841	0.0412
A	0.8222	0.2199	-0.082	0.1002	0.0138	-0.1047
O_H	-0.1655	-0.2278	0.3363	0.1572	0.0536	0.4256
DEP3	0.5277	0.0767	-0.0343	0.0087	0.1936	-0.0894
ANG1	0.3897	0.1745	0.0053	0.1638	0.2027	0.038
ASP1	0.2548	0.8026	-0.0613	-0.0365	0.004	-0.0032
TRT2	0.3447	0.2208	-0.1307	-0.06	-0.0995	0.1627
DISC	-0.0032	0.3308	0.0062	-0.083	0.4598	0.0768
Hs	0.1202	-0.2068	0.8219	0.0318	0.112	0.2327
D	0.3078	-0.2176	0.4028	0.2227	0.0836	0.1463
Hy	0.0802	-0.3107	0.7628	-0.0842	0.1724	0.1544
Pd	0.0505	-0.1097	0.2501	-0.0391	0.8196	0.2058
Mf	0.2014	-0.1224	0.1852	0.1135	0.0588	0.2819
Pa	0.7137	-0.3122	0.1592	0.1054	0.1785	-0.0089
Pt	0.5875	-0.2553	0.3084	0.0705	0.112	0.197
Sc	0.6914	-0.2573	0.4236	0.019	0.0339	0.1578
Ma	0.4832	0.1395	0.1597	-0.2726	0.0114	0.0792
Si	0.3957	0.1391	0.1685	0.7148	0.0401	0.0897
RCd	0.7884	0.1008	-0.0128	0.0862	0.1156	-0.1359
RC1	0.392	-0.0772	0.7899	0.0272	-0.0148	-0.0144
RC2	0.1324	-0.1934	0.3194	0.3687	0.1742	0.1238
RC3	0.2308	0.8099	-0.0548	0.0764	0.0362	0.1043
RC4	0.4135	0.1168	0.0399	0.1217	0.4797	-0.0266
RC6	0.7263	0.0508	0.0556	-0.0983	0.0216	-0.005
RC7	0.7898	0.1442	-0.01	0.0881	-0.0489	-0.0575
RC8	0.7455	0.0578	0.0961	-0.0986	-0.114	0.1372
RC9	0.5386	0.3814	-0.1081	-0.119	0.0261	-0.0605
D1	0.5282	-0.1619	0.3206	0.2848	0.0956	-0.023
D2	0.1236	-0.1813	0.1592	0.2161	-0.0944	0.1814
D3	0.0873	0.0453	0.3838	0.0498	0.0726	0.0211
D4	0.4578	-0.1368	0.288	0.1565	-0.0436	-0.0003
D5	0.6073	-0.0862	0.1068	0.0797	0.0969	-0.1251
Hy1	-0.2686	-0.0939	0.135	-0.4085	0.1588	0.4226
Hy2	-0.185	-0.6346	0.1755	-0.0167	0.0296	0.2482
Hy3	0.3497	0.0262	0.4075	0.1587	0.2599	-0.1514
Hy4	0.3299	-0.0578	0.7736	0.0004	-0.0152	-0.0602
Hy5	-0.252	-0.1263	0.2987	-0.0495	0.0308	0.2736
Pd1	0.3281	-0.1422	0.141	0.1569	0.2795	-0.0433
Pd3	-0.2772	-0.0397	0.1492	-0.4243	0.1948	0.5017
Pd5	0.3683	0.0571	-0.0414	0.0119	0.5194	-0.1767
Pa1	0.7455	0.0739	0.0101	-0.0372	0.1425	-0.0386
Pa2	0.5616	0.0693	0.0382	0.1714	0.1034	0.0066
Pa3	-0.0272	-0.7891	0.1251	0.0581	-0.0281	0.0978
Sc1	0.7293	-0.0458	0.0598	0.1812	0.0576	-0.0962
Sc2	0.603	-0.2416	0.1942	0.0443	-0.041	0.0113
Sc3	0.7098	-0.1011	0.1326	-0.0395	-0.0895	-0.0227
Sc4	0.6177	-0.079	0.1527	0.0917	0.035	-0.0852
Sc5	0.707	0.0194	0.1238	-0.019	-0.1387	-0.0777
Sc6	0.6403	-0.0381	0.4098	-0.0492	-0.0397	0.033
Ma1	0.1117	0.4162	0.0463	-0.0798	-0.0314	0.0217
Ma2	0.4325	0.2015	0.0075	-0.0627	-0.0333	-0.0897
Ma3	-0.1257	-0.0706	0.0697	-0.3637	-0.0842	0.4313

Ma4	0.4466	0.1319	0.0171	-0.061	0.0808	-0.07
Si1	0.2716	-0.0252	0.0603	0.7733	-0.0296	-0.217
Si2	0.107	-0.0842	0.0604	0.6677	0.0515	0.2834
Si3	0.544	0.4701	-0.0897	0.0486	0.0646	0.0884
D_O	0.518	-0.1602	0.4577	0.23	0.0666	-0.0282
D_S	-0.3367	-0.1397	-0.0441	0.0248	0.0501	0.3429
Hy_O	0.4279	-0.0257	0.7594	0.0866	0.1045	-0.1375
Hy_S	-0.3572	-0.4166	0.2648	-0.1981	0.1545	0.4601
Pd_O	0.4904	0.1526	-0.002	0.0818	0.6569	-0.1196
Pd_S	-0.2286	-0.1354	0.2815	-0.0758	0.5528	0.3224
Pa_O	0.7745	0.0934	0.0867	0.0232	0.1573	-0.0313
Pa_S	0.1683	-0.6811	0.1734	0.1701	0.1121	0.0765
Ma_S	0.2123	0.1157	0.041	-0.2885	0.0792	0.2322
ANX	0.6788	0.1247	0.0601	0.0911	0.0325	-0.094
FRS	0.4952	-0.1569	0.365	0.0704	-0.2321	0.0323
OBS	0.7038	0.0939	-0.1058	0.0755	-0.0219	-0.0103
DEP	0.8041	0.0685	0.0215	0.0987	0.111	-0.0656
HEA	0.3882	-0.0809	0.8028	0.0468	0.0072	0.0239
BIZ	0.8085	0.0282	0.0816	-0.1083	-0.0888	0.1435
CYN	0.2499	0.8759	-0.0901	-0.0219	-0.0177	0.0428
ASP	0.2566	0.7612	-0.0351	-0.0585	0.195	-0.0474
TPA	0.5927	0.3463	-0.1129	-0.0906	0.0233	0.0378
LSE	0.7328	0.0718	-0.0991	0.0879	-0.0482	0.0458
SOD	0.3329	-0.0474	-0.0233	0.8515	-0.0258	0.0119
FAM	0.6906	-0.0209	0.1004	0.114	0.0352	-0.0698
WRK	0.7765	0.2468	-0.0424	0.1112	-0.0282	0.0052
TRT	0.6882	0.2249	-0.1171	0.0353	-0.1071	0.1683
FRS1	0.6036	-0.1597	0.1222	0.0055	-0.216	0.0054
FRS2	0.1207	-0.0665	0.4704	0.1061	-0.1384	0.0384
DEP1	0.6211	0.1073	-0.0544	0.0448	0.0526	-0.0364
DEP2	0.4541	0.0055	0.1547	0.117	0.1774	-0.1588
DEP4	0.5826	-0.1602	0.0662	-0.0588	-0.1156	0.0539
HEA1	0.2377	0.1061	0.4319	-0.0962	-0.1314	0.0264
HEA3	0.0935	-0.0912	0.4393	0.0643	0.095	0.0013
BIZ1	0.6742	-0.0392	0.1052	-0.0462	-0.1061	0.1053
BIZ2	0.7017	0.0554	-0.0334	-0.1117	-0.039	0.1014
CYN1	0.1534	0.8808	-0.0871	0.05	0.0042	0.0477
CYN2	0.3517	0.5651	-0.0681	-0.1274	-0.0555	0.0983
ASP2	0.0823	0.1542	0.0157	-0.0049	0.5369	-0.0465
TPA1	0.5162	0.2305	-0.0748	0.0356	0.0802	0.0713
TPA2	0.523	0.2805	-0.0225	-0.1496	-0.0416	0.0071
LSE1	0.5312	0.0488	-0.0477	0.1074	0.0765	0.0507
LSE2	0.5112	0.0774	-0.1138	0.0584	-0.1472	0.0102
SOD1	0.3081	-0.0157	-0.0326	0.722	-0.0504	0.1701
SOD2	0.2183	-0.1034	0.0993	0.7206	-0.0051	-0.2032
FAM1	0.5969	-0.0007	0.1023	0.0522	0.0395	-0.0574
FAM2	0.3682	-0.046	0.122	0.1677	0.0851	-0.0272
PSYC	0.7265	0.1862	0.0882	-0.1075	-0.0421	0.1364
NEGE	0.655	0.2235	-0.055	0.1642	0.0844	-0.0175
INTR	0.0461	-0.2045	0.2838	0.5694	0.2457	0.1431
MDS	0.5215	0.0376	0.1989	0.1904	0.2859	-0.0575
AAS	0.4755	-0.0104	-0.0449	0.061	0.1163	0.0263
APS	0.2281	0.0492	-0.0116	0.0064	0.3117	0.1282
Es	-0.4442	0.0802	-0.2264	0.0438	0.1007	0.392
MAC_R	0.3118	0.349	-0.0969	-0.0908	0.2579	0.2866
Do	-0.3275	-0.148	0.1756	0.0709	0.1704	0.3487
Re	-0.3995	-0.1218	0.1686	0.0811	-0.1915	0.4717
Mt	0.712	0.2376	0.1495	0.1456	0.0727	-0.1473
GM	-0.3972	0.2344	-0.2573	0.0034	0.1375	0.4895
GF	-0.2372	-0.0068	0.0898	0.1422	-0.0881	0.5218
PK	0.8058	0.154	0.1009	0.1073	0.1851	-0.1266