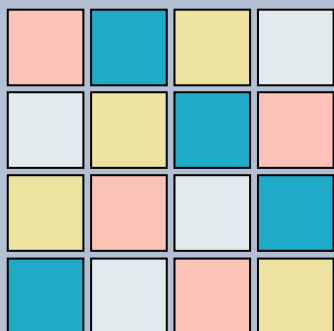




Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



# Závěrečná evaluační zpráva GLM

---

*Verze 1.0*

Závěrečná evaluační zpráva projektu „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství (CZ.03.3.X/0.0/0.0/17\_082/0011081)“ (GLM) přináší shrnutí kompletních evaluačních poznatků o projektu. Oproti předchozím průběžným zprávám je hlavní novou oblastí vyhodnocení efektů intervence na kriminální recidivu a situaci na trhu práce.

**VOLONTÉ**  
vůle pomáhat

Ing. Vladimír Kváča, Ph.D. , Mgr. Ing. Adela Gottwaldová  
Volonté  
14.08.2023

## Obsah

### Obsah

OBSAH .....	2
SEZNAM TABULEK .....	3
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	4
<b>STRUČNĚ DO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ .....</b>	<b>5</b>
<b>ENGLISH SUMMARY .....</b>	<b>9</b>
<b>PROČ BYL PROJEKT EVALUOVÁN .....</b>	<b>13</b>
<b>PŘÍBĚH ÚČASTNÍKŮ .....</b>	<b>14</b>
NÁBOR ÚČASTNÍKŮ .....	14
POUŽÍVANÁ DATA .....	15
VÝSLEDKY VSTUPNÍHO TESTOVÁNÍ .....	18
PRŮBĚH TERAPIE A ODCHOD ÚČASTNÍKŮ V JEJÍM PRŮBĚHU .....	20
EFEKTY NA RIZIKO NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ .....	25
POHLED ÚČASTNÍKŮ NA TERAPII .....	36
DÍLČÍ POHLED NA JEDNOTLIVÉ KOHORTY A VĚZNICE .....	38
PROPOUŠTĚNÍ Z VÝKONU TRESTU .....	40
EFEKTY NA MÍRU RECIDIVY .....	42
EFEKTY NA POSTAVENÍ NA TRHU PRÁCE .....	48
ZÁVĚRY .....	51
<b>PŘÍBĚH REALIZAČNÍHO TÝMU .....</b>	<b>53</b>
<b>PŘÍBĚH VÝZKUMNÍKŮ .....</b>	<b>55</b>
<b>DOPORUČENÍ .....</b>	<b>56</b>
PODĚKOVÁNÍ .....	57
PŘEHLED EVALUAČNÍCH VÝSTUPŮ .....	58
POUŽITÁ LITERATURA .....	59

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - Položky HCR-20 .....	16
Tabulka 2 - Položky PCL-R .....	17
Tabulka 3 - Míra nevalidních MMPI-2 testů dle jednotlivých věznic.....	18
Tabulka 4 - T-test shody středních hodnot: Vybrané škály MMPI-2 pre-test IS vs KS podle GLM, všechny kohorty.....	20
Tabulka 5 - T-test shody středních hodnot drop-out v rané fázi terapie GLM.....	21
Tabulka 6 - T-test shody středních hodnot celkový drop-out z terapie GLM.....	23
Tabulka 7 - T-test shody středních hodnot pre-testu u osob, které vypadly ze sledování, IS vs. KS (pouze validní pre-testy).....	25
Tabulka 8 - T-test shody středních hodnot pre-testu u osob, které vypadly ze sledování, IS vs. KS (všechny pre-testy) .....	25
Tabulka 9 - Efekty GLM na 17 předem vybraných škál MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů .....	28
Tabulka 10 – Signifikantní efekty GLM na ostatní škály MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů .....	29
Tabulka 11 - Analýza výsledků HCR-20 a PCL-R metodou DD i PSM-DD .....	36
Tabulka 12 - T-test shody středních hodnot: MMPI-2, IS vs KS podle účasti v GLM, striktní přístup k validitě, rozdělení dle jednotlivých kohort.....	39
Tabulka 13 - T-test shody středních hodnot: MMPI-2, IS vs KS podle účasti v GLM, striktní přístup k validitě, rozdělení dle jednotlivých věznic .....	39
Tabulka 14 - Kaplan-Meierův odhad selhání u podmínečně propuštěných (IS a KS).....	42
Tabulka 15 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS, k březnu 2023.....	43
Tabulka 16 - Kaplan-Meierův odhad násilné recidivy IS a KS, k březnu 2023 .....	43
Tabulka 17 - Odhad recidivy IS a KS pomocí PSM, varianta 1, k březnu 2023 .....	44
Tabulka 18 - Odhad recidivy IS a KS pomocí PSM, varianta 2, k březnu 2023 .....	44
Tabulka 19 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS kohorta 1 vs. kohorty 2 a 3, k březnu 2023 .....	45
Tabulka 20 - Hodnoty škály HEA2 - Neurologické symptomy .....	46
Tabulka 21 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS, k březnu 2023 – randomizované skupiny .....	46
Tabulka 22 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS, k březnu 2023 – nerandomizované skupiny.....	47
Tabulka 23 - T-test shody středních hodnot : Předintervenční rozdíly – randomizované skupiny.....	47
Tabulka 25 - T-test shody středních hodnot : Předintervenční rozdíly – nerandomizované skupiny.....	47
Tabulka 16 - Přehled evaluačních výstupů .....	58

## Seznam obrázků

Obrázek 1 - Rekrutace účastníků – randomizované a nerandomizované skupiny.....	15
Obrázek 2 - Porovnání účastníků projektu GLM a celkové vězeňské populace podle rozložení celkového rizika statických faktorů .....	19
Obrázek 3 - Porovnání účastníků projektu GLM a celkové vězeňské populace podle rozložení celkového rizika dle dynamických faktorů .....	19
Obrázek 4 - Průchod cílové skupiny intervencí a drop-outy .....	21
Obrázek 5 - Vybrané grafy posunů IS a KS u škál MMPI-2.....	30
Obrázek 6 - Kaplan-Meierova křivka selhání .....	45
Obrázek 7 - Vývoj postavení na trhu práce .....	49
Obrázek 8 - Porovnání postavení na trhu práce .....	50
Obrázek 9 - Grafické shrnutí výsledků (mechanismus intervence a vlivy různých kontextů) .....	52

## Stručně do nejdůležitější

V projektu Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství proběhly v letech 2019-2023 celkem tři běhy (kohorty) skupinové terapie Good-Lives-Model (GLM), s cílem snížit riziko opakování násilného trestného činu. V rámci kvaziexperimentálního designu evaluace 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:

Zprvu, 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 sebral, 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.

Pravděpodobnost dokončení terapie na straně individuálního profilu účastníka omezuje přetrvávající účelová motivace, vyšší dynamická kriminogenní rizika a osobnostní profil dále od normy, naopak pozitivní souvislost nacházíme v případě současného zaměstnání během výkonu trestu. Vyšší vzdělání pak zpravidla vede k tomu, že účastník projde hlubší změnou během terapie. Na terapii pak pozitivně působí, pokud jsou účastníci ve vyhrazeném oddíle a nemusí se stýkat a potýkat s vězeňskou populací, která na sobě tímto způsobem nepracuje. Účastníci i terapeuti se pak shodují na důležitosti důvěry v celém procesu.

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 věznic 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 tedy i různou mírou fidelity vůči standardu terapie 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.

Účastníci terapie GLM mají o 10 procentních bodů (a 44 %) vyšší šanci na podmíněčné propuštění v rámci stávajícího trestu, a to bez zvýšení následné kriminální recidivy. Tímto způsobem bylo v rámci projektu dodatečně (čistý efekt) propuštěno asi 16 osob v průměru o 505 dní dříve.

Efekty na situaci po propuštění nejsou příliš průkazné. Kriminální recidiva je spíše vyšší u první kohorty a spíše nižší u druhé a třetí kohorty než u příslušné kontrolní skupiny. Jako uvěřitelné vysvětlení se jeví, že u první kohorty sehrála negativní roli skutečnost, že tito účastníci byli propouštěni v období přísných protiepidemiologických opatření souvisejících s pandemií Covid-19, kdy téměř přestala být dostupná jakákoliv postpenitenciární podpora a tito účastníci současně vykazovali vyšší přítomnost neurologických symptomů jak oproti kontrolní skupině v první kohortě, tak oproti účastníkům druhé a třetí kohorty. Celkově jsme nebyli schopni prokázat efekt na kriminální recidivu, ani na postavení na trhu práce, avšak pro lepší závěry bude vhodné situaci prozkoumat ještě s odstupem cca 2 let, neboť zejména třetí kohorta zatím nemohla být pozorována dostatečně dlouho po propuštění.

Výsledky na zaměstnanost a recidivu tak mohou budit dojem zklamání, ale je vhodné připomenout, že v prostředí tak komplexních situací, jakým je začleňování osob s trestní minulostí do společnosti, nelze očekávat, že dopady na životní osudy jednotlivců budou „dodány“ prací jedné organizace, programu, projektu či intervence. Skutečné výsledky vytvářejí celé systémy: všechny vztahy a faktory v životě člověka. Pozitivní výsledky jsou vytvářeny zdravými systémy – systémy, v nichž mohou všichni zúčastnění spolupracovat a společně se učit. Pokud chceme dosáhnout skutečných výsledků, musíme změnit způsoby řízení a opustit myšlenku, že nějaká organizace „zařídí úspěch“. Řízení celého systému musí umožňovat mnoha úrovním komplexních systémů se učit a reagovat na unikátní život každé osoby (Brogan et al. 2021).

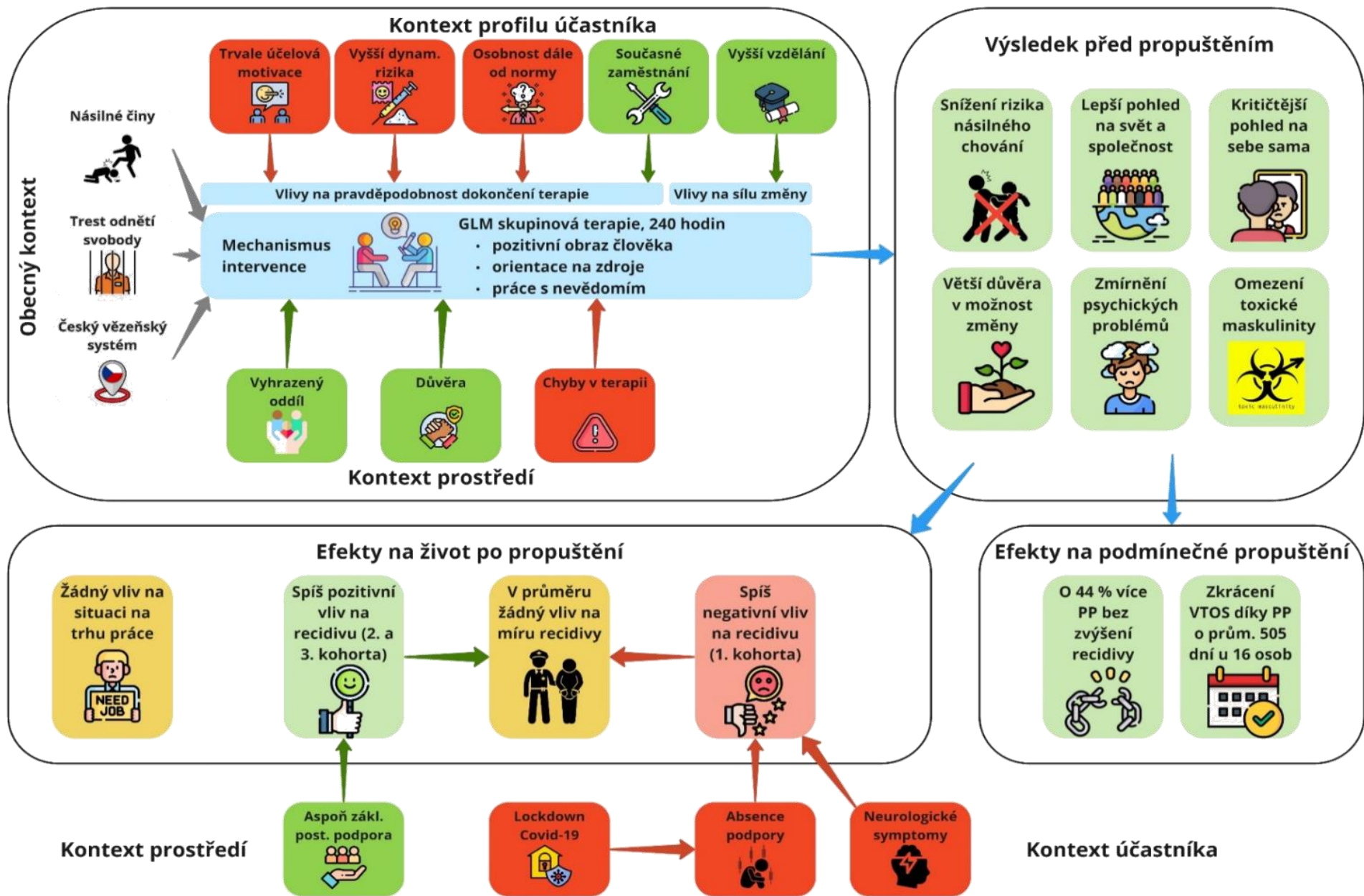
V našem kontextu tak můžeme intervenci GLM považovat za zdravý prvek v systému, který má zatím značné rezervy z hlediska celkového fungování. Je tak potřeba hledat cesty, jak GLM propojovat s dalšími prvky podpory, například v podobě doprovázení před, během a po propuštění.

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.

Z provedeného evaluačního výzkumu plyne několik hlavních doporučení adresovaných především Vězeňské službě ČR:

- (1) Zařadit GLM mezi standardizované programy v českých věznicích a nabízet ji populaci vězňů se sklonem k násilí.
- (2) Vytvořit specializovaná oddělení pro účastníky terapie s maximalizací možnosti souběžného zaměstnání a účasti na terapii.
- (3) Vyhnout se skupinám složeným převážně z účastníků s nízkým vzděláním a umístit účastníky s nízkým vzděláním v malém počtu (max. 2-3 osoby) do skupiny s převážně vzdělanějšími účastníky. (Za vzdělanější zde považujeme odsouzené, kteří absolvovali alespoň několik tříd střední školy.)
- (4) Dále rozvíjet systém školení a následné podpory pro terapeuty GLM. Je třeba zajistit možnosti vzájemné diskuse a sdílení zkušeností mezi různými terapeutickými skupinami v bezpečném prostředí. Základní principy GLM je třeba neustále připomínat.
- (5) Propojit účast v terapii s dalšími zdravými prvky v systému, především s doprovázením před, při a po propuštění.
- (6) Pro robustnější odhad efektů GLM na kriminální recidivy zanalyzovat administrativní data o recidivě s odstupem dalších cca 18-24 měsíců od stávající studie, tj. na přelomu let 2024-5, kdy již budou i účastníci třetí kohorty dostatečně dlouho na svobodě, aby bylo možné sledovat jejich kriminální recidivu.
- (7) Obecně zvyšovat kvalitu měření v rámci odborného zacházení, což obnáší, jak schopnost pracovníků věznic kvalitně pracovat se standardizovanými měřicími nástroji, tak organizační opatření umožňující takové formy rekrutace účastníků do pilotních programů, aby se minimalizovala možnost vzniku výběrového zkreslení.

Grafické shrnutí hlavních výsledků výzkumu přináší obrázek na další straně.





## English summary

In the project Application of the Good-Lives-Model in the Czech Prison System, a total of three cohorts of Good-Lives-Model (GLM) group therapy were conducted in 2019-2023, with the aim of reducing the risk of violent reoffending. In a quasi-experimental evaluation design, the effects of GLM can be evaluated 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 self-view. 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 troubled, 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 (strong) 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 intervention group. The potential effect for the portion of 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.

On the individual participant side, persistent purposeful motivation, higher dynamic criminogenic risks, and a personality profile further from the norm limit the likelihood of completing treatment; in contrast, we find a positive association for concurrent employment while incarcerated. Higher education then usually leads to the participant undergoing a more

profound change during therapy. It then has a positive effect on therapy if participants are in a dedicated unit and do not have to socialize and deal with a prison population that is not working on itself in this way. Participants and therapists then agree on the importance of trust throughout the process.

A significant secondary finding is that current employment is related to having valid observations after therapy. Thus, the fears that it would be impossible to reconcile employment in the VTOS and therapy did not come true; on the contrary, both seem to work in synergy for the benefit of the inmates and it is therefore desirable that participants in GLM therapy can work simultaneously within the sentence.

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 second cohort 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 slightly above-average, two below-average, and one even with a negative effect. The differences between prisons are probably partly due to the different quality of the therapeutic process and thus different levels of fidelity to the standard of therapy, 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 about the effectiveness of GLM is the positive experience of the GLM program by both therapists and graduates.

Participants in GLM therapy have a 10 percentage point (and 44%) higher chance of parole within their current sentence without an increase in subsequent criminal recidivism. This resulted in an additional (net effect) release of about 16 people an average of 505 days earlier.

The effects on the post-release situation are not very conclusive. Criminal recidivism tends to be higher in the first cohort and rather lower in the second and third cohorts than in the respective control group. A plausible explanation appears to be that the fact that these participants were discharged during a period of strict anti-epidemiological measures related to the Covid-19 pandemic, when any post-penitentiary support almost ceased to be available, played a negative role for the first cohort, and that these participants simultaneously showed a higher presence of neurological symptoms compared to both the control group in the first cohort and the participants in the second and third cohorts. Overall, we were not able to demonstrate an effect on criminal recidivism or on labour market status, but it will be useful to examine the situation with a gap of approximately 2 years to draw better conclusions, as the third cohort in particular could not yet be followed up long enough after release.

Thus, the results on employment and reoffending may give the impression of disappointment, but it is worth remembering that in a setting as complex as the reintegration of people with criminal histories into society, the impact on the life course of individuals cannot be expected to be 'delivered' by the work of a single organisation, programme, project or intervention. Real outcomes are created by whole systems: all the relationships and factors in a person's life. Positive outcomes are created by healthy systems - systems in

which all stakeholders can work together and learn together. If we want to achieve real results, we need to change the way we manage and move away from the idea that an organisation 'makes success happen'. Whole-system management must allow the many levels of complex systems to learn and respond to the unique life of each person (Brogan et al. 2021).

Thus, in our context, we can consider the GLM intervention as a healthy element in a system that still has significant reserves in terms of overall functioning. Thus, there is a need to look for ways to link GLM with other elements of support, for example in the form of accompaniment before, during and after discharge.

The originally planned secondary intervention of Accompaniment has been implemented only with a small number of people and at a low intensity, which precludes a credible evaluation of the effects of Accompaniment or the synergies between GLM and Accompaniment.

Several main recommendations, mainly addressed to the Prison Service of the Czech Republic, emerge from the evaluation research conducted:

(1) Include GLM among the standardised programmes in Czech prisons and offer it to the population of prisoners with a propensity to violence.

(2) Create specialized wards for therapy participants, maximizing the possibility of simultaneous employment and participation in therapy.

(3) Avoid groups composed predominantly of low-educated participants and place low-educated participants in small numbers (2-3 people maximum) in groups with predominantly more educated participants. (Here, we consider more educated to be inmates who have completed at least a few grades of high school.)

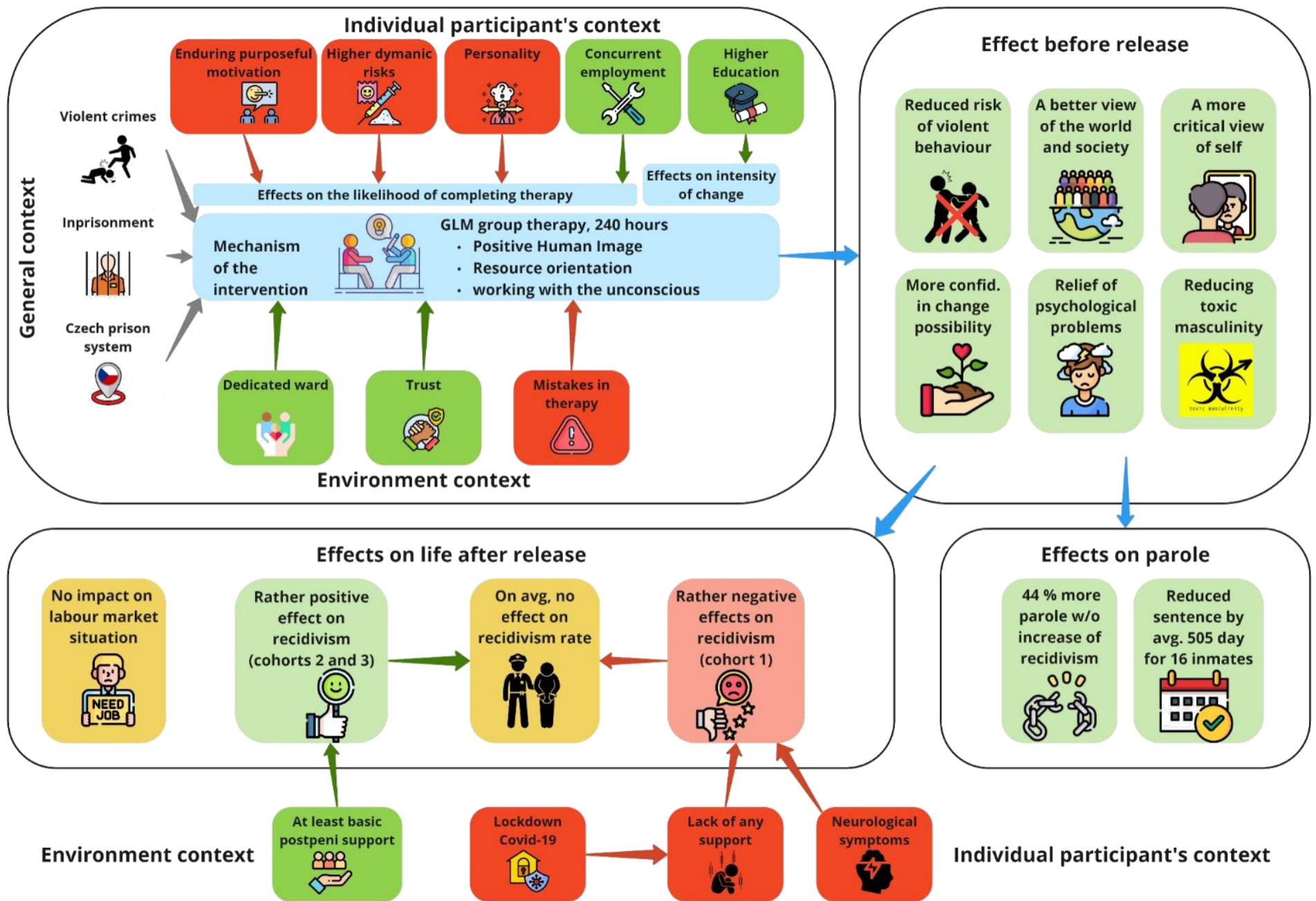
(4) Continue to develop a system of training and follow-up support for GLM therapists. Opportunities should be provided for peer discussion and sharing of experiences between different therapeutic groups in a safe environment. The basic principles of GLM need to be constantly reminded.

(5) Link participation in therapy with other healthy elements in the system, especially pre, during and post-discharge accompaniment.

(6) For a more robust estimate of the effects of GLM on criminal recidivism, analyze administrative data on recidivism with an additional interval of approximately 18-24 months from the current study, i.e., at the turn of 2024-5, when even participants in the third cohort will have been free long enough to track their criminal recidivism.

(7) Generally improve the quality of measurement in the vocational treatment, which involves both the ability of prison staff to work well with standardised measurement instruments and organisational arrangements to enable forms of recruitment of participants to the pilot programmes that minimise the possibility of selection bias.

A graphical summary of the main research findings is presented in the figure on the next page.



## Proč byl projekt evaluován

Projekt „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství“ (GLM) byl podpořen z Evropského sociálního fondu a prioritní osy Sociální inovace. Zde donor ve své snaze rozvíjet tvorbu politik informovanou o důkazech správně vyžaduje, aby každé pilotní ověřování nějaké nové intervence, bylo současně vyhodnocováno. Projekt GLM tak měl dvě stránky, vedle samotné realizace GLM, šlo současně o projekt výzkumný, kdy cílem výzkumné stránky bylo ověřit, nakolik program GLM skutečně funguje.



V dnešní době je otázka, jak efektivněji a účinněji předcházet recidivě vězňů, stále naléhavější. Ale jak můžeme zjistit, zda terapie, jako je GLM, skutečně funguje a přináší očekávané výsledky?

K tomuto účelu slouží proces zvaný „evaluace“. Evaluace je v podstatě systematický výzkum, který se snaží posoudit účinnost a dopady určitého programu, politiky nebo intervence. V našem případě se evaluace zaměřuje na terapeutický program Good Lives Model ve věznicích. Cílem evaluace je získat objektivní a důvěryhodné informace o tom, zda tato terapie skutečně snižuje riziko budoucího nebezpečného chování u odsouzených osob a zda ovlivňuje jejich pravděpodobnost opětovného zapojení do kriminálního jednání, což nazýváme kriminální recidiva.

Aby byla evaluace co nejvíce přesvědčivá, využívá se kvaziexperimentálního designu. Co to ale znamená? Kvaziexperimentální design je způsob, jak řídit evaluaci, který se snaží co nejlépe odhadnout příčinnou souvislost mezi terapeutickým programem a jeho vlivem na účastníky. V tomto designu jsou účastníci rozděleni do dvou skupin: intervenční a kontrolní skupina.

Intervenční skupinu (IS) tvoří lidé, kteří jsou zařazeni do terapeutického programu Good Lives Model, kde jsou jim poskytovány specifické intervence a podpora. Na druhé straně, kontrolní skupina (KS) jsou odsouzení, kteří nejsou zapojeni do tohoto programu a pokračují v běžném režimu ve vězení.

Porovnáním výsledků a změn v chování mezi oběma skupinami lze získat lepší přehled o účinnosti terapie Good Lives Model. Pokud se v intervenční skupině objeví významné a pozitivní změny ve srovnání s kontrolní skupinou, můžeme z toho vyvodit, že terapeutický program má skutečně vliv na snižování rizika budoucího násilného chování a kriminální recidivy.

Je důležité zkoumat a vyhodnocovat programy zacházení s odsouzenými ve vězení, protože to nám umožňuje identifikovat účinné strategie a pomáhá nám lépe porozumět tomu, jak nejlépe podporovat jejich resocializaci a snižovat šanci na opakování trestného jednání. Evaluace a kvaziexperimentální design jsou důležitými nástroji, které nám umožňují získat potřebné informace a provést informovaná rozhodnutí pro zlepšování rehabilitačních programů ve věznicích.

Evaluace projektu GLM byla plánována už spolu s přípravou celého projektu a od počátku se zaměřila na tyto čtyři hlavní výzkumné, evaluační otázky (EO) (Kváča 2019):

- EO 1 – 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?

V této zprávě přinášíme shrnutí evaluačního poznatků o fungování GLM tak, jak byly známy na konci realizace pilotního projektu v červnu roku 2023. Zaměříme se postupně na zjištění týkající se různých aktérů zapojených do pilotního projektu.

První a nejrozsáhlejší příběh se věnuje odsouzeným jako hlavní cílové skupině projektu, vysvětluje projekt z jejich pohledu a shrnuje efekty intervence na jejich smýšlení a chování.

Druhý příběh se věnuje realizačnímu týmu projektu, všímá si podmínek, ve kterých terapeuti a terapeutky pracovali, jejich silných a slabých stránek a obtíží, kterým ve své práci čelili.

Poslední příběh shrnuje zkušenost ze samotného výzkumu a zamýšlí se nad tím, jak by bylo možné podobné výzkumy provádět lépe.

Součástí evaluace bývají doporučení pro realizátory intervence a další aktéry, tato doporučení jsou souhrnně uvedena na konci kapitoly.

## Příběh účastníků

V této části vysvětlíme, jak probíhal nábor do intervence, a tedy jak vznikla intervenční a kontrolní skupina, jak probíhalo vstupní měření účastníků, jak účastníci z terapie vypadávali, jaké jsou poznatky z měření účastníků po ukončení terapie, jak docházelo k jejich propouštění na svobodu a jaké máme poznatky o jejich chování na svobodě.



### Nábor účastníků

Intervence probíhala v šesti věznicích a v rámci každé věznice jsme v průběhu pilotního výzkumu sledovali tři kohorty (běhy) terapie.

Účastníci vstupovali do projektu na základě svého souhlasu s nabídkou účasti. Účast byla nabídnuta odsouzeným s příslušným profilem (kriminální historie zahrnující násilný trestný čin, případně pracovníky věznic identifikovaný potenciální problém s násilím – např. na základě průběhu výkonu trestu odnětí svobody) a s očekávaným propuštěním do půl roku po plánovaném ukončení intervence GLM. Nabídka byla presentována tak, že zahrnovala jak možnost zařazení do intervenční skupiny GLM, tak i možnost zařazení do kontrolní skupiny, a odsouzený dostal informaci o tom, že o zařazení bude rozhodnuto následně. V případě souhlasu účastníka následovalo provedení vstupního testování (pre-test) a nakonec byla odhalena skupina, do které je účastník zařazen.

Z organizačních důvodů, byly možné dva scénáře rozhodnutí o tom, která skupina bude intervenční a která kontrolní.

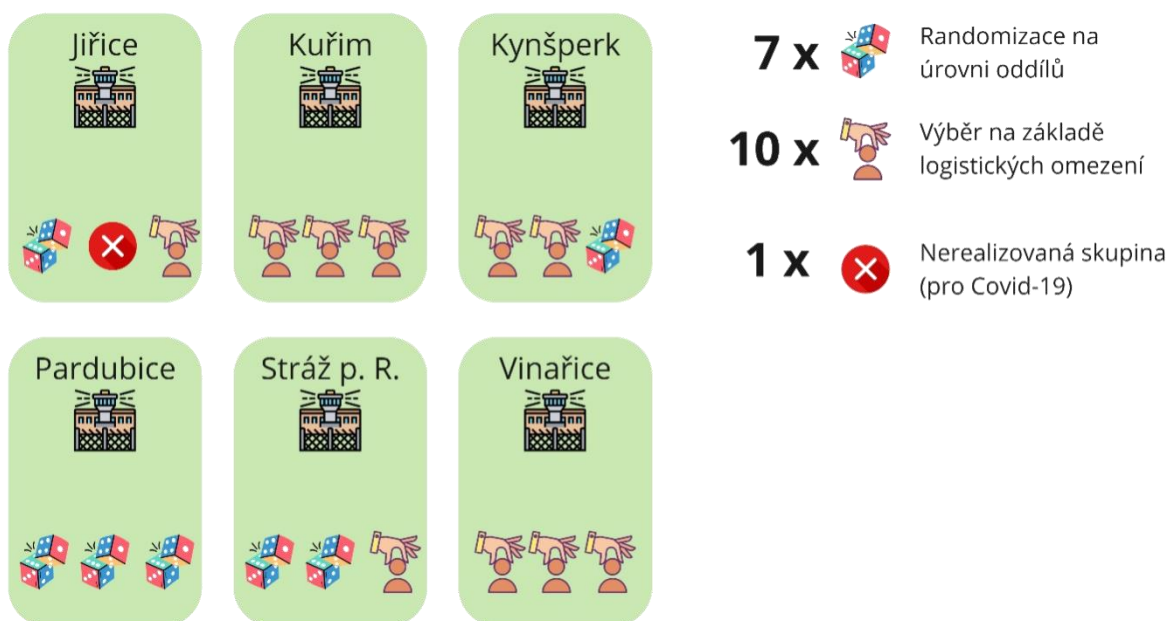
První scénář obsahoval prvek randomizace – personál věznice vybral dvě skupiny odsouzených, každou z odlišné části věznice (například jednu z budovy B a jednu z budovy C, případně jednu z oddílu na 2. patře a druhou z oddílu na 3. patře), provedl pre-test, odevzdal výsledky a evaluátoři následně vylosovali, která skupina bude intervenční a která kontrolní. Tento postup zajistil, že ani účastníci, ani personál věznice při náboru a pre-testu nevěděl, zda dotyčný bude členem IS nebo KS. Rekrutace účastníků z různých oddílů v rámci věznic však nutně nezaručuje plnou srovnatelnost obou skupin.

Druhý scénář vycházel z logistických omezení v rámci jednotlivých věznic, kdy by nebylo možné pravidelně navádět účastníky terapie z libovolného oddílu na terapii. I zde platilo, že IS a KS budou vytvořeny z odlišných částí věznice, avšak personál věznice předem věděl, kteří účastníci budou členy IS a KS. Tato informace však neměla být odhalena účastníkům před

provedeným pre-testem. Každou skupinu v každé věznici jsme plánovali jako 12člennou. V ojedinělých případech se počáteční počet účastníků drobně lišil (v rozmezí 11–14 osob). Odchod účastníků v prvních týdnech intervence byl kompenzován dodatečným nábořem v rozsahu jednotek osob.

Výsledkem náboru bylo 17 intervenčních skupin, v sedmi případech vybraných náhodně. V Jiřicích se z důvodu opatření proti pandemii Covid-19 nepodařilo realizovat druhou kohortu a obě připravené skupiny byly zařazeny jako kontrolní. Přehled po jednotlivých věznicích uvádí následující obrázek.

Obrázek 1 - Rekrutace účastníků – randomizované a nerandomizované skupiny



### Používaná data

Před započítáním terapií prošel každý člen intervenční i kontrolní skupiny vstupním testováním. V pre-testu používáme sekundární data z administrativních zdrojů (SARPO) a primární data získaná od účastníků pomocí etablovaných kvalitních diagnostických psychologických nástrojů (HCR-20, PCL-R, MMPI-2). Primární data byla sbírána pracovníky věznic poté, co došlo k jejich proškolení.

**SARPO** (Souhrnná Analýza Rizik a Potřeb Odsouzených) je prediktivní nástroj na hodnocení rizik a kriminogenních potřeb odsouzených. Jeho úlohou je posuzovat pravděpodobnost opětovného selhání odsouzeného. Touto analýzou prochází prakticky každý odsouzený a jde tedy o rutinní administrativní data, která byla na základě souhlasu účastníků poskytnuta vězeňskou službou. Nástroj popisuje (Jiricka et al. 2014), publikace (Drahý, Hůrka, a Petras 2018) navíc umožňuje porovnat naši CS s českou vězeňskou populací jako celkem.

V rámci projektu pracujeme s daty o souhrnu statických rizik a o dynamických faktorech v sedmi oblastech. Statická rizika jsou tvořena danými, již zpětně neovlivnitelnými faktory (věk, pohlaví, začátek trestné činnosti, počet odsouzení apod.). Dynamická rizika (aktuální, ovlivnitelná) jsou dána faktory jako např. vztahy, bydlení, zaměstnání, finanční situace či postoje (Jiříčka et al. 2013, 7).

Hodnota jednotlivých dynamických faktorů může nabývat od 0 do 10, přičemž vyšší hodnota značí vyšší riziko z hlediska opětovné recidivy. Proměnné celkových rizik (statických

i dynamických) pak mohou nabývat hodnot od 0 do 100. Hodnota je současně doprovázena slovním vyjádřením míry rizika v hodnotách „nízké, střední, vysoké, velmi vysoké“, které odpovídají jednotlivým čtvrtinám škály.

Z administrativních dat rovněž čerpáme informace o věku odsouzených, počtu předchozích trestů VTOS, dosaženém vzdělání, rodinném stavu, počtu dětí a to, zda v rámci VTOS pracují.

**HCR-20** je nástroj k hodnocení a řízení rizika násilí. Je komerčně dostupný v české mutaci (Ptáček a Vevera 2016). Základní informace o nástroji přináší (Douglas et al. 2013). HCR-20 má podobu seznamu 20 rizikových faktorů pro násilné chování, které jsou rozděleny do 3 skupin, které rekapituluje následující tabulka.

**Tabulka 1 - Položky HCR-20**

Anamnestické položky (minulost)	Klinické (současnosti)	Zvládání rizik (budoucnost)
H1 Předchozí násilné chování	C1 Nedostatek vhledu	R1 Plány postrádající proveditelnost
H2 Nízký věk při prvním násilném incidentu	C2 Negativní postoje	R2 Vystavení destabilizátorům
H3 Nestálost ve vztazích	C3 Aktivní symptomy závažného duševního onemocnění	R3 Nedostatek osobní podpory
H4 Problémy v zaměstnání	C4 Impulzivita	R4 Nedodržení léčby
H5 Problémy s užíváním psychotropních látek	C5 Necitlivost k léčbě	R5 Stres
H6 Závažné duševní onemocnění		
H7 Psychopatie		
H8 Raná nepřizpůsobivost		
H9 Poruchy osobnosti		
H10 Předchozí selhání kontroly		

*Přejato z (Ptáček a Vevera 2016, 19)*

Administrace nástroje se provádí kombinací analýzy administrativních údajů (složka odsouzeného) a polostrukturovaného rozhovoru kvalifikovaného uživatele nástroje s testovaným odsouzeným. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na tříbodové škále podle toho, nakolik jsou přítomny rizikové faktory. 0 znamená nepřítomné faktory, 1 znamená možnou nebo částečnou přítomnost a 2 jednoznačnou přítomnou příslušného rizikového faktoru (Ptáček a Vevera 2016, 22–25).

V rámci evaluace pracujeme s úhrnnými hrubými skóry za jednotlivé tři skupiny rizik (0-20 pro H, 0-10 pro C a R) a s celkovým hrubým skórem (0-40).

**PCL-R** neboli Hareho škála psychopatie (Patrick 2005) je metoda považovaná za „zlatý standard“ v oblasti hodnocení psychopatie. Jedná se o klinickou škálu pro hodnocení psychopatie. Způsobem použití jde o podobný nástroj jako HCR-20, i zde je každá z dvaceti položek ohodnocena na tříbodové škále 0-2 dle specifických skórovacích kritérií na základě informací získaných ze semistrukturovaného rozhovoru s posuzovaným a z dalších zdrojů, například spisové dokumentace. Je to nástroj zaměřený na měření míry poruchy osobnosti, skóre z PCL-R (škála na měření psychopatie) je jednou z položek HCR-20, je tedy třeba použít tyto dva testy společně. PCL-R je komerčně dostupný v české mutaci (Hare 2014).

V rámci evaluace pracujeme s úhrnnými hrubými skóry za dva faktory (Faktor 1 – Interpersonální/Afektivní, 0-16, Faktor 2 – Sociální deviace, 0-20) a s celkovým hrubým skórem (0-40).



Tabulka 2 - Položky PCL-R

Faktor 1		Faktor 2	
Škála 1: Interpersonální	Škála 2: Afektivní	Škála 3: Životní styl	Škála 4: Antisociální
1. Nenucenost/ Povrchní šarm	6. Absence výčitek svědomí nebo pocitů viny	3. Potřeba neustálé stimulace/ Náchylnost k pocitům nudy	10. Slabá kontrola chování
2. Grandiózní pocit vlastní hodnoty	7. Mělké emoce	9. Parazitický životní styl	12. Časné problémy s chováním
4. Patologická lhavost	8. Bezcitnost/ Nedostatek empatie	13. Neschopnost mít realistické a dlouhodobé cíle	18. Delikvence v mladistvém věku
5. Podvádění/ Manipulace	16. Neschopnost přijmout odpovědnost za vlastní činy	14. Impulzivita	19. Zrušení podmíněného propuštění
		15. Nezodpovědnost	20. Kriminální všestrannost
Pozn.: Položky 11. Promiskuitní sexuální chování a 17. Mnoho krátkodobých vztahů nenáleží k žádnému faktoru ani škále, ale započítávají se do celkového skóru PCL-R.			

*Přejato z (Hare 2014, 11)*

**MMPI-2** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2) (Butcher 2011) je širokospektrý test sloužící ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a psychických poruch. Je komerčně dostupný v české mutaci (Butcher et al. 2013). MMPI-2 má podobu inventáře o 567 výrocích, na které probandi odpovídají ano-ne. Tyto položky sytí několik desítek škál, které všechny máme pro evaluační účely k dispozici.

Administraci MMPI-2 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, 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 %
<b>Míra nevalidních MMPI-2 celkem</b>	<b>28 %</b>	<b>50 %</b>	<b>25 %</b>	<b>25 %</b>	<b>14 %</b>	<b>15 %</b>

Míra nevalidity dotazníků MMPI-2 byla 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.

### Výsledky vstupního testování

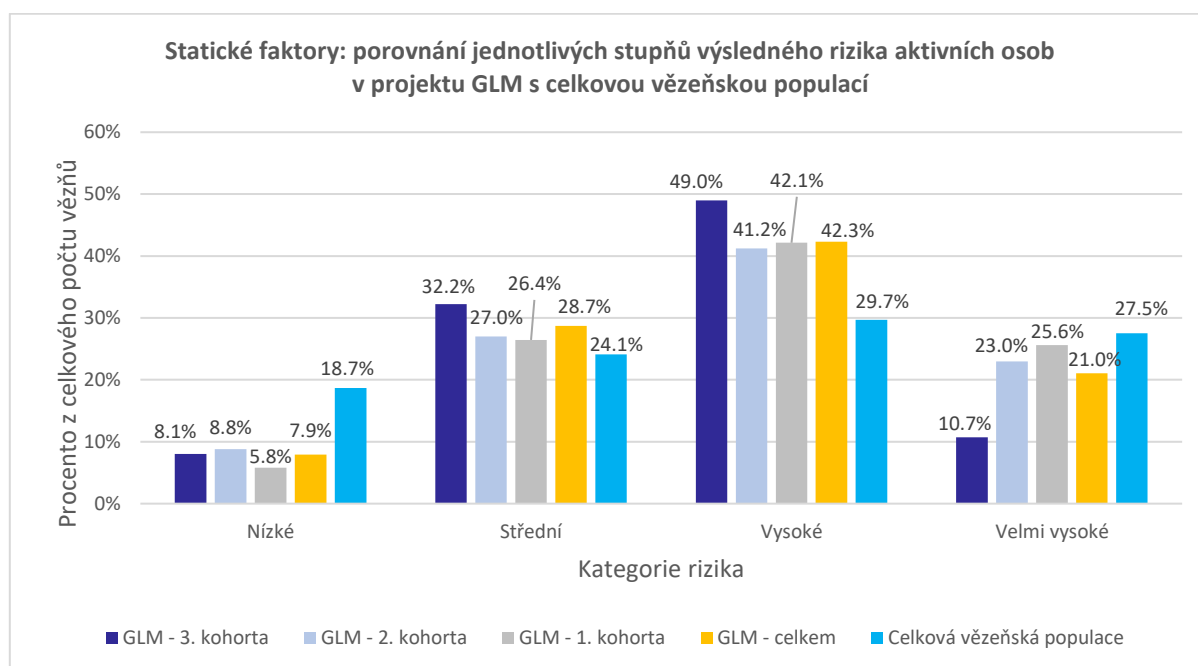
Provedený pre-test vedl k několika zajímavým zjištěním.

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.

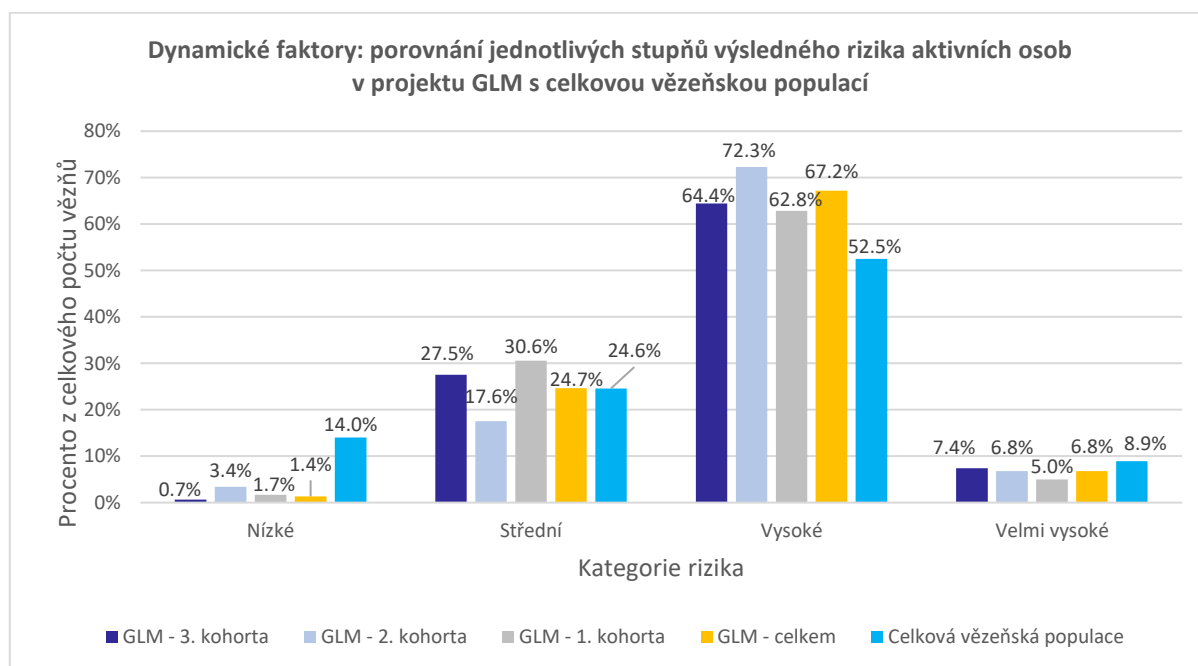
V porovnání s celkovou vězeňskou populací je naše cílová skupina<sup>1</sup> lehce více riziková, přičemž naše CS má podstatně méně zastoupené extrémny, které nacházíme v celkové vězeňské populaci (jsou relativně málo přítomné velmi lehké a velmi obtížné případy). Z hlediska počtu VTOS představuje celková CS projektu odpovídající vzorek vězeňské populace, je v ní zastoupen mírně vyšší počet osob s vícenásobnými tresty (5 a více VTOS). Velmi mírně v ní převažuje zastoupení mladších osob (hlavně věkové kategorie 20-40 let) a je zde výrazné zastoupení osob s dosaženým nižším stupněm vzdělání. Podrobné porovnání přináší Třetí průběžná evaluační zpráva (Kváča a Gottwaldová 2022), na následujících grafech uvádíme pouze srovnání celkových statických a dynamických rizikových faktorů podle SARPO.

<sup>1</sup> Pojem cílová skupina používáme pro všechny účastníky výzkumu, tedy intervenční a kontrolní skupina dohromady.

**Obrázek 2 - Porovnání účastníků projektu GLM a celkové vězeňské populace podle rozložení celkového rizika statických faktorů**



**Obrázek 3 - Porovnání účastníků projektu GLM a celkové vězeňské populace podle rozložení celkového rizika dle dynamických faktorů**



Nejdůležitější otázkou týkajících se pre-testu bylo, zda se nějak systematicky odlišuje intervenční a kontrolní skupina.

Pre-testem 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. 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 Amoralnost (Ma1) a nižší hodnoty na škále Suicidální myšlenky (DEP4).

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.

Škála MA1 (Amoralnost): „Osoby s vysokým skórem jsou lhostejné ke svým i cizím motivům a cílům, jsou odzbrojujícím způsobem upřímné a odmítají vinu. 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, 44)

Škála DEP4 (Suicidální myšlenky) sleduje sdělování aktuálních nebo nedávných sebevražedných myšlenek či připouštění suicidálních projevů (Butcher et al. 2013, 53). V našem souboru je toto o něco méně časté u intervenční skupiny.

Tyto rozdíly, byť statisticky významné, však nelze přeceňovat, neboť průměrné hodnoty T-skóru u žádné skupiny (GLM=0; GLM=1) v těchto škálách nenabývají klinické významnosti a jsou zcela v normě.

**Tabulka 4 - T-test shody středních hodnot: Vybrané škály MMPI-2 pre-test IS vs KS podle GLM, všechny kohorty**

	Průměr GLM =0	Průměr GLM =1	Rozdíl	p_value
MMPI-2: Potlačení (R)	45.932	42.580	3.352	0.004 ***
MMPI-2: Amoralnost (Ma1)	55.415	59.525	-4.110	0.001 ***
MMPI-2: Suicidální myšlenky (DEP4)	60.426	56.050	4.377	0.049 **
<i>Počet účastníků GLM terapie (N GLM=1) je 209. Počet neúčastníků GLM terapie (N GLM=0) je 234. K dispozici jsou údaje za 176 platných MMPI-2 protokolů u KS a 162 platných MMPI-2 protokolů u IS.</i>				

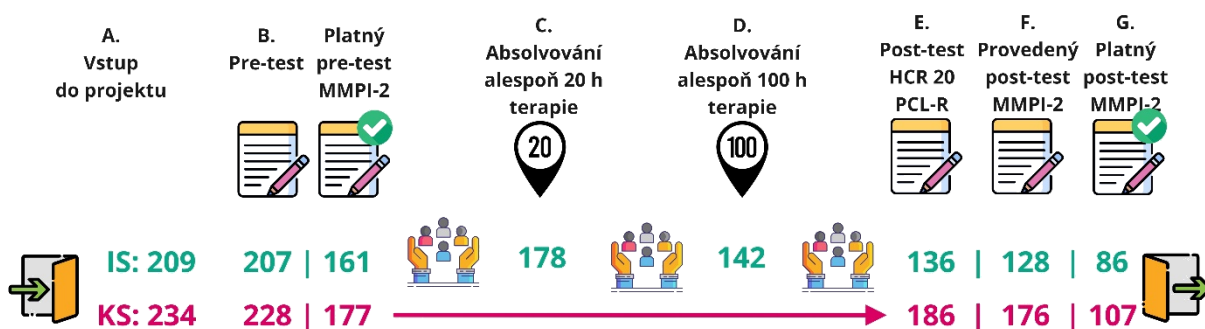
Celkově tak můžeme shrnout, že rozdělení na intervenční a kontrolní skupinu v rámci možností dopadlo velmi dobře a rozdíly mezi skupinami nejsou významné.

### **Průběh terapie a odchod účastníků v jejím průběhu**

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 ztráceli účastníky.

Obrázek 4 - 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 5 - 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	<b>68.158</b>	<b>61.514</b>	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	<b>61.105</b>	54.212	6.894	0.007 ***
MMPI-2 Subjektivní deprese (D1)	19	142	<b>61.263</b>	55.401	5.862	0.043 **
MMPI-2 Mentální těžkopádnost (D4)	19	142	<b>64.474</b>	54.697	9.777	0.004 ***
MMPI-2 Nedostatek ego kontroly, kognitivní (Sc3)	19	142	<b>67.526</b>	<b>60.247</b>	7.280	0.024 **
MMPI-2 Deprese, výrazná (D O)	19	142	<b>67.000</b>	59.739	7.261	0.009 ***
MMPI-2 Psychopatie, výrazná (Pd O)	19	142	<b>78.790</b>	<b>71.528</b>	7.261	0.013 **
MMPI-2 Strachy (FRS)	19	142	<b>65.948</b>	58.317	7.631	0.005 ***
MMPI-2 Generalizovaná bázlivost (FRS1)	19	142	<b>66.895</b>	59.690	7.205	0.043 **
MMPI-2 Mnohočetné obavy (FRS2)	19	142	<b>62.737</b>	56.296	6.441	0.007 ***
MMPI-2 Negativní emocionalita / neuroticismus (NEGE)	19	142	<b>71.316</b>	<b>64.979</b>	6.337	0.018 **
MMPI-2 Škála návykového potenciálu (APS)	19	142	<b>61.895</b>	57.366	4.529	0.050 **
MMPI-2 Síla Ego (Es)	19	142	<b>33.105</b>	<b>38.571</b>	-5.465	0.026 **
MMPI-2 Vysokoškolská maladjustace (Mt)	19	142	<b>68.368</b>	<b>62.444</b>	5.925	0.025 **

V tabulce nacházíme celou řadu zajímavých rozdílů. Jde jednak o poměrně obtížně vysvětlitelnou souvislost s počtem dětí<sup>2</sup> (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, 34)
- Strachy (FRS, vč. subškál Generalizovaná bázlivost a Mnohočetné obavy), které identifikují přítomnost specifických strachů a fobií a bojácnosti (Butcher et al. 2013, 52)
- Sociální odcizení (Pd4), tedy „tendence svádět vinu za své obtíže na své okolí, pocit, že okolí jim nerozumí“ (Butcher et al. 2013, 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, 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, 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, 63)
- Škála návykového potenciálu (APS), kdy „osoby s vyšším skórem (>60) připouštějí problémy s abúzem drog a antisociální chování“ (Butcher et al. 2013, 61)
- 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 nejružnější 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.

---

<sup>2</sup> Spekulativní hypotézou je vliv nezodpovědného přístupu k životu.

Tabulka 6 - 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. Zaprvé, 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 prvních otázkách nacházíme velké množství signifikantních rozdílů.

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).

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. Nenalézáme 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 7 a Tabulka 8.

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, 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, 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 7 - 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	<b>61.629</b>	<b>66.160</b>	-4.532	0.042 **
MMPI-2 Amorálnost (Ma1)	70	75	56.586	<b>60.294</b>	-3.708	0.045 **
MMPI-2 Zájem o vlastní zdraví (HEA)	70	75	<b>62.357</b>	<b>66.374</b>	-4.016	0.037 **
MMPI-2 Gastrointestinální symptomy (HEA1)	70	75	58.200	<b>63.080</b>	-4.880	0.046 **
MMPI-2 Maskulinní role (GM)	70	75	41.172	<b>36.320</b>	4.851	0.009 ***

Tabulka 8 - 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	<b>38.918</b>	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	<b>60.661</b>	-2.710	0.049 **
MMPI-2 Síla Ego (Es)	123	121	<b>34.748</b>	<b>31.810</b>	2.938	0.026 **
MMPI-2 Maskulinní role (GM)	123	121	<b>36.602</b>	<b>33.091</b>	3.510	0.016 **

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

Zprv, rozdílů 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, rozdílů 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, rozdílů 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.

### **Efekty na riziko násilného chování**

První hlavní zkoumanou otázkou týkající se samotných výsledků terapie bylo, nakolik účast v terapii ovlivňuje riziko násilného chování.

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). 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.

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.

Výsledné odhady efektů GLM na předem vybrané škály přináší Tabulka 9, 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, Koolwal, a Samad 2010, 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 SARPO<sup>3</sup>.

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.

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, 54).

U škála Ho vyšší hodnoty signalizují osoby cynické, podezíravé a nedůvěřivé, zlostné a hostilní. (Butcher et al. 2013, 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 10. Zde nalézáme řadu dalších pozitivních a signifikantních efektů.

---

<sup>3</sup> 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.

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 rozdílů 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, projevovali nároků vůči druhým, ale nároky druhých popuzují) (Butcher et al. 2013, 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, 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 5). 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, 44)

Tabulka 9 - 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)	<b>62.744</b>	<b>64.046</b>	1.302	<b>64.430</b>	<b>62.785</b>	-1.645	2.947	0.032 **	3.11	0.075 *
Sociální odcizení (Pd4)	<b>61.453</b>	59.186	-2.268	<b>63.084</b>	<b>60.981</b>	-2.103	-0.165	0.903	-0.71	0.668
Hypomanie, výrazná (Ma O)	<b>64.290</b>	<b>63.628</b>	-0.663	<b>62.486</b>	<b>61.869</b>	-0.617	-0.046	0.974	-0.20	0.905
Úzkost (A)	<b>61.872</b>	59.709	-2.163	<b>61.337</b>	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)	<b>78.430</b>	<b>76.070</b>	-2.361	<b>74.767</b>	<b>74.243</b>	-0.523	-1.837	0.380	-2.12	0.413
Sebeznehodnocování (DEP3)	<b>66.174</b>	<b>63.186</b>	-2.989	<b>67.430</b>	<b>64.981</b>	-2.449	-0.540	0.725	-0.40	0.842
Neurologické symptomy (HEA2)	<b>69.407</b>	<b>65.790</b>	-3.617	<b>72.617</b>	<b>67.954</b>	-4.663	1.048	0.767	-1.04	0.811
Explozivní chování (ANG1)	<b>65.454</b>	<b>63.709</b>	-1.744	<b>63.084</b>	<b>62.673</b>	-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
<b>Antisociální postoje (ASP1)</b>	<b>62.395</b>	59.465	-2.930	59.028	<b>61.281</b>	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)	<b>60.942</b>	<b>62.500</b>	1.558	<b>61.626</b>	<b>63.505</b>	1.879	-0.321	0.820	0.58	0.742
<b>Hostilita (Ho)</b>	<b>61.151</b>	57.628	-3.523	58.897	59.000	0.103	-3.626	0.001 ***	-3.89	0.003 ***

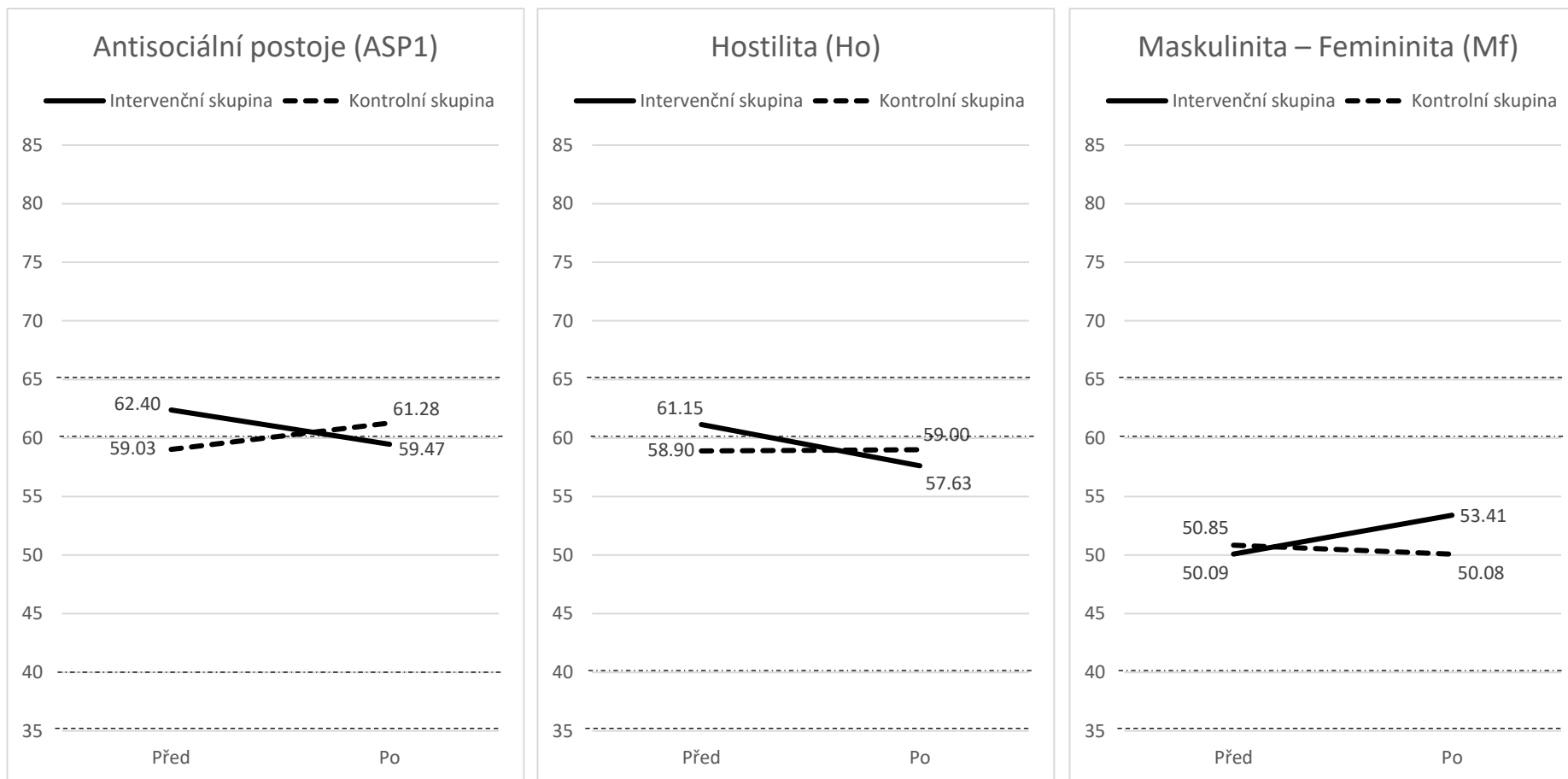
\*\*\* Výsledek signifikantní na 99 % hladině, \*\* Výsledek signifikantní na 95 % hladině, \* Výsledek signifikantní na 90 % hladině  
 Počet účastníků, kteří byli zahrnuti do analýzy: u IS n = 86 (DD) resp. 84 (PSM-DD), u KS n = 107.  
**Tučně** hodnoty vybočující z normy obecné (nevěžeňské) populace (+/- 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 10 – Signifikantní efekty GLM na ostatní škály MMPI-2, striktní přístup k validitě protokolů

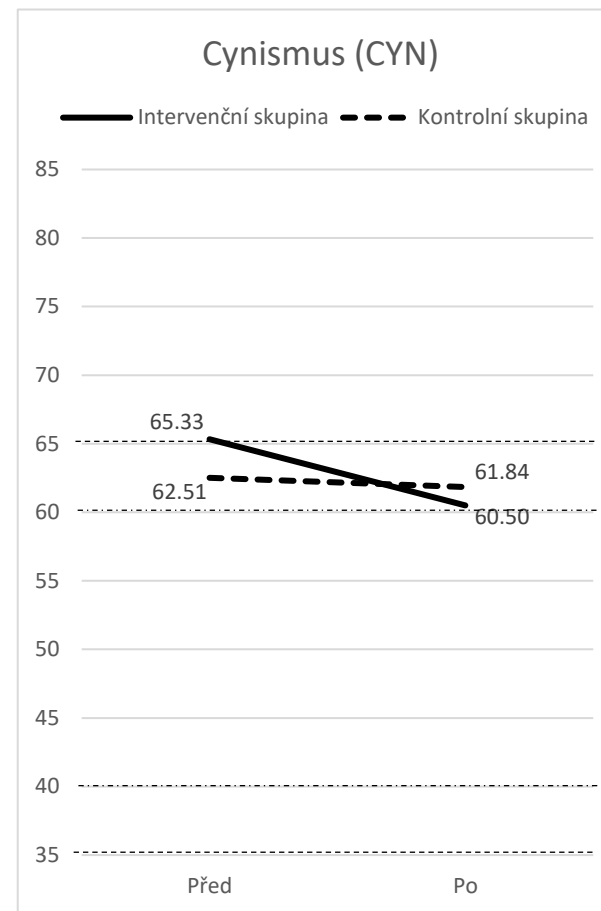
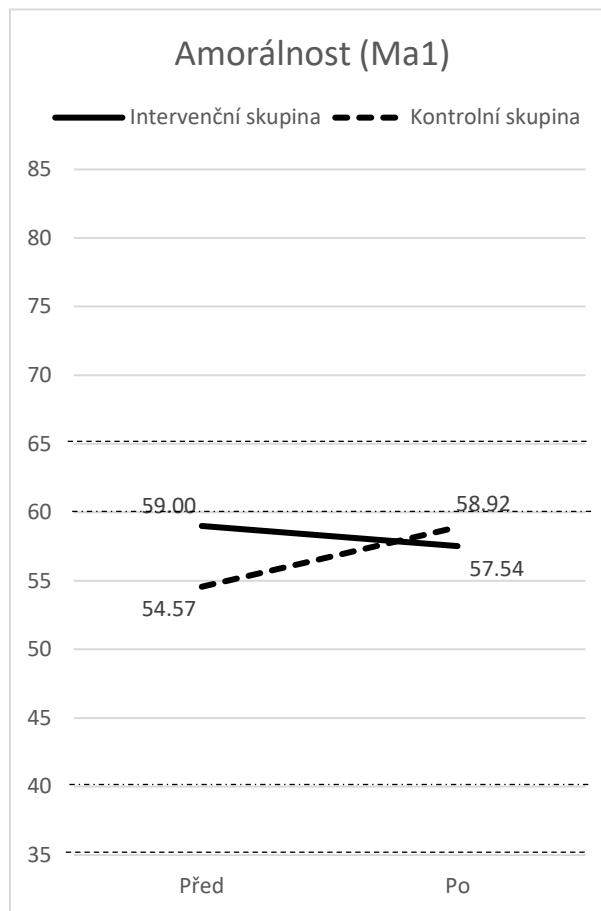
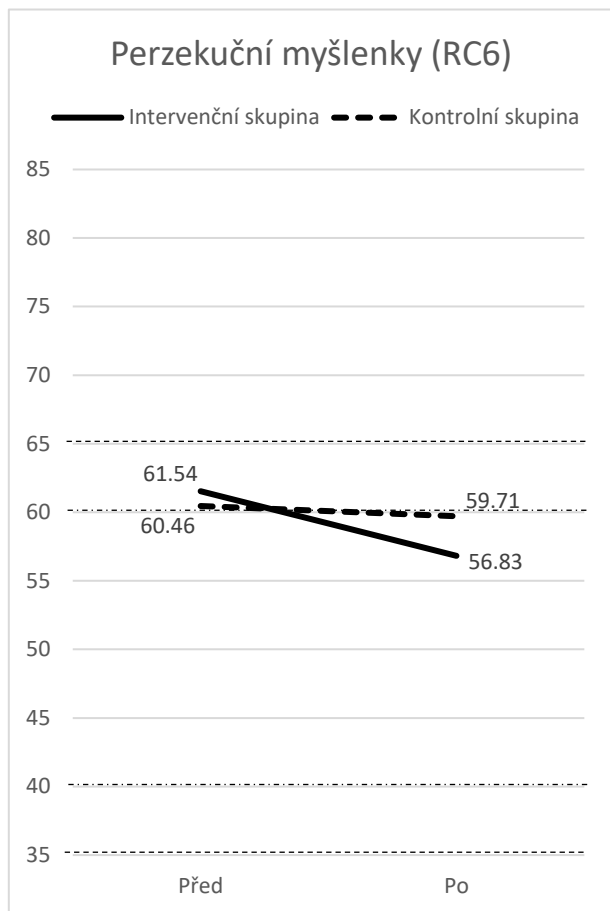
Ostatní škály MMPI-2 se statisticky významnými efekty	Pre IS průměr	Post IS průměr	Prům. změna IS	Pre KS průměr	Post KS průměr	Prům. změna KS	Rozdíl prům. změn (Odhad efektu DD)	p_value	Odhad efektu PSM_DD	p_value
<b>Mf (Maskulinita – Femininita)</b>	50.093	53.407	3.314	50.850	50.084	-0.767	4.080	0.001 ***	4.59	0.002 ***
<b>RC3 (Škála cynismu)</b>	<b>61.419</b>	58.000	-3.418	<b>60.608</b>	<b>60.468</b>	-0.140	-3.279	0.005 ***	-3.92	0.005 ***
RC6 (Perzekuční myšlenky)	<b>61.535</b>	56.825	-4.710	<b>60.458</b>	59.711	-0.748	-3.962	0.014 **	-2.84	0.143
<b>Pa3 (Naivita)</b>	41.617	44.279	2.663	43.551	43.197	-0.355	3.018	0.011 **	3.17	0.028 **
<b>Ma1 (Amorálnost)</b>	59.000	57.535	-1.465	54.570	58.916	4.346	-5.811	0.000 ***	-5.86	0.001 ***
<b>CYN (Cynismus)</b>	<b>65.326</b>	<b>60.500</b>	-4.825	<b>62.514</b>	<b>61.841</b>	-0.673	-4.152	0.002 ***	-4.22	0.007 ***
<b>ASP (Antisociální chování)</b>	<b>70.674</b>	<b>68.383</b>	-2.291	<b>66.589</b>	<b>68.832</b>	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)	<b>61.081</b>	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
<b>CYN1 (Misantropické přesvědčení)</b>	<b>61.047</b>	57.233	-3.814	59.355	59.206	-0.149	-3.664	0.001 ***	-3.81	0.003 ***
<b>ASP2 (Antisociální chování, subškála)</b>	<b>79.674</b>	<b>82.605</b>	2.930	<b>80.243</b>	<b>79.010</b>	-1.234	4.164	0.022 **	4.71	0.034 **
<b>TPA2 (Soupeřivost)</b>	54.837	52.361	-2.477	53.841	55.289	1.449	-3.925	0.007 ***	-3.72	0.034 **
<b>PSYC (Psychoticismus)</b>	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.

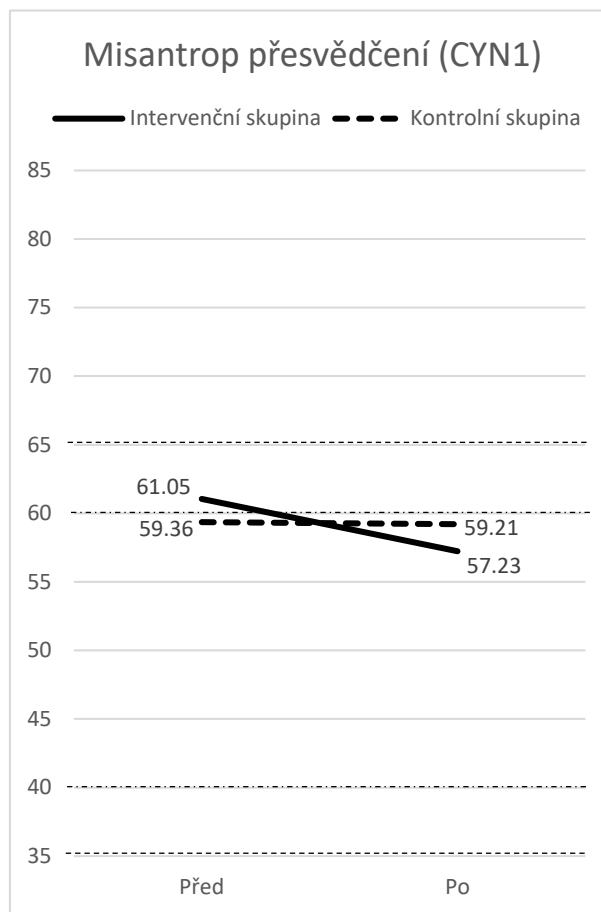
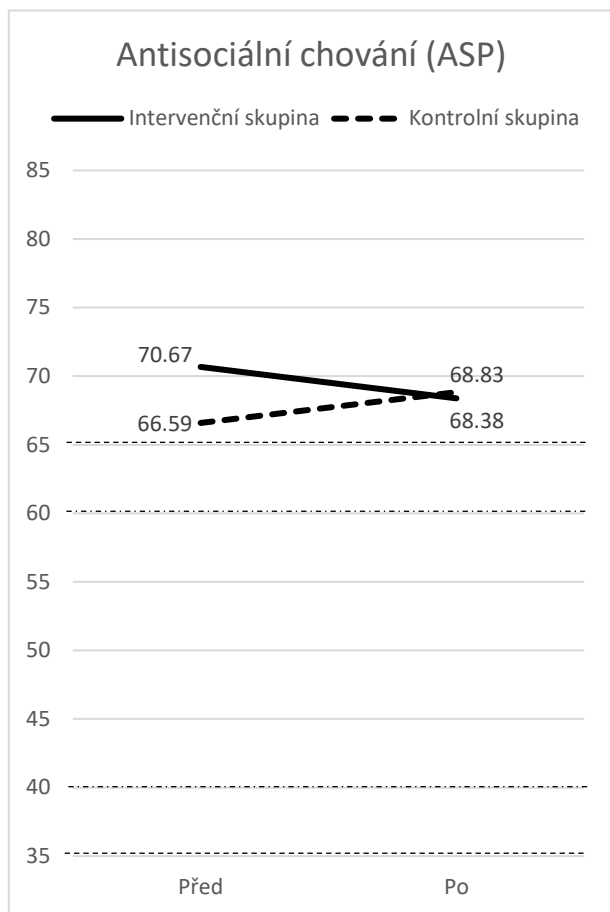
Obrázek 5 - Vybrané grafy posunů IS a KS u škál MMPI-2



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.



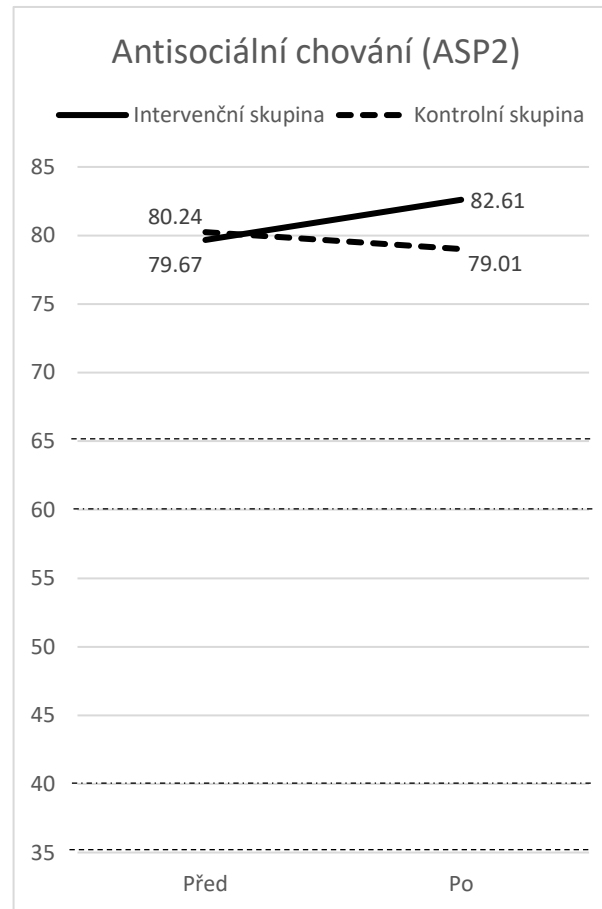
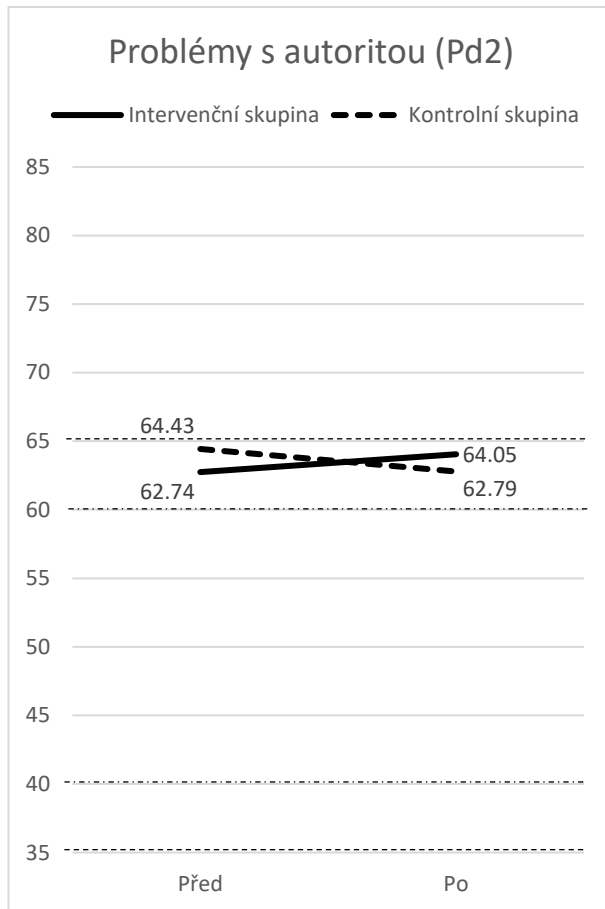
*Pozn.: Skóre v rozmezí hodnot 40-60 je v rámci normy. Hodnoty skóre v rozmezí 35-40 a 60-65 ukazují na vybočení mimo normu běžné populace. Skóre s hodnotou pod 35 a nad hodnotou 65 ukazuje na klinicky významné vychýlení mimo normu.*



*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.*

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.

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 přičitatelné 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 seznal, 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 věznicí 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 sebeprožívání a seberegulaci.

Zmíníme ještě dva faktory, které jsme v datech identifikovaly, 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.

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.

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 tabulce<sup>4</sup>.

Tabulka 11 - 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 zvládnání rizik	0.080	-0.849	-0.928	0.000 ***	-1.014	0.000 ***
<b>HCR-20: HCR-20 celkem</b>	<b>0.269</b>	<b>-2.294</b>	<b>-2.563</b>	<b>0.000 ***</b>	<b>-2.655</b>	<b>0.000 ***</b>
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 ***
<b>PCL-R: Celkový hrubý skór</b>	<b>0.152</b>	<b>-2.563</b>	<b>-2.716</b>	<b>0.000 ***</b>	<b>-2.908</b>	<b>0.000 ***</b>

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

### Pohled účastníků na terapii

Kromě dominantně kvantitativního pohledu na výsledky terapie jsme v červenci 2022 pak realizovali dvě fokusní skupiny s dokončujícími účastníky třetí kohorty terapie a jejich terapeutů. Volba na základě *convenience sampling* padla na věznice Kynšperk a Vinařice.

Schopnost účastníků z řad odsouzených GLM reflektovat byla značně odlišná, ve Vinařicích jsme získávali mnohem bohatší odpovědi, zatímco v Kynšperku byly mnohé otázky pro účastníky příliš těžké. Fokusní 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).

Cílem této části výzkumu 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

<sup>4</sup> 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.

k vytvoření vztahu důvěry mezi účastníky navzájem i mezi účastníky a terapeuti (terapeuti).

- Němečtí lektoři 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 terapeuti. „... 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 seřadnosti v týmu. Symbióza mezi terapeuti 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 vlastní 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 zařízením 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.).

### ***Dílčí pohled na jednotlivé kohorty a věznice***

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 12 - 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 **
<b>Průměrná velikost rozdílu</b>	<b>5.48</b>		<b>1.98</b>		<b>5.41</b>	

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 13 - 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
<b>Průměrná velikost rozdílu</b>	<b>4.77</b>	<b>10.75</b>	<b>-1.84</b>	<b>6.11</b>	<b>1.58</b>	<b>1.59</b>
<b>Kontext: IS v rámci věznice je oproti KS</b>	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 nejnáročnější 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 účastníků se terapie a dalším faktorem může být ještě odlišný *survivor bias* způsobený odlišnými poměry dokončivších a nedokončivších účastníků.

### **Propouštění z výkonu trestu**

Další oblastí, kde je užitečné zkoumat efekty terapie GLM, je otázka, zda účast v terapii ovlivňuje stávající nebo následné tresty odnětí svobody. K tomuto účelu jsme analyzovali administrativní data z Vězeňského informačního systému (VIS), které jsme získali na základě informovaného souhlasu účastníků. Data máme k dispozici ke konci března 2023. Podívejme se nejprve, jak účast v terapii GLM ovlivňuje již samotný trest, v jehož průběhu terapie probíhá. Možným efektem je zde změna pravděpodobnosti předběžného propuštění.

Přestože plánem bylo, aby byli účastníci projektu propuštěni z VTOS během půl roku následujícího po ukončení terapie GLM, nebylo možné toto plně zajistit. V některých případech personál věznic, který prováděl nábor spíše předpokládal, že účastník nebude podmíněčně propuštěn, avšak soud jej propustil ještě před dokončením terapie, jindy podmínku předpokládal, avšak účastník zůstal ve věznici dále.

K prvnímu propuštění účastníka projektu tak došlo již 10. února 2020, kdy propustili na podmínku člena KS v Jiřicích. 12. února 2020 pak byl propuštěn rovněž na podmínku člen IS v Pardubicích (s nedokončenou terapií)<sup>5</sup>.

Naopak ke konci března 2023 ještě nebylo propuštěno 45 členů IS a 34 členů KS.

Pokud porovnáme pravděpodobnost podmíněného propuštění v rámci stávajícího trestu, zjistíme, že u účastníků terapie GLM je pravděpodobnost 31,5 %, u člena kontrolní skupiny to je jen 21,9 %. Účast v terapii tak zvyšuje šanci na předčasné propuštění o cca 10 p. b., resp. 44 %. Přesná hodnota závisí na zvolené metodě, prosté porovnání IS a KS vede k rozdílu 9,6 p.b., zatímco postup porovnání na základě párování (Propensity score matching – PSM) vede k rozdílu 10,7 p.b., který je signifikantní na 90 % hladině. Můžeme tedy pozorovat, že efektem vstupu do terapie GLM je zvýšení šance na podmíněčné propuštění. Je vhodné zdůraznit, že

<sup>5</sup> Spíše pro zajímavost lze uvést, že ani jeden z nich do března 2023 nerecidivoval.



v tomto případě porovnáváme celé původní skupiny IS a KS, tedy bez ohledu na to, zda terapie byla dokončena či v jakém rozsahu.

Tomuto zvýšení pravděpodobnosti odpovídá 15 – 17 dodatečně propuštěných členů IS, přičemž v průměru došlo ke zkrácení trestu o 505 dní. V roce 2022 byl průměrný výdaj vězeňské služby na 1 vězně a den ve výši 1 773,30 Kč (*Statistická ročenka Vězeňské služby 2022 2023*, 2022:55), touto perspektivou by šla vyčíslit úspora ve výši 14,3 mil. Kč. Jen tímto se projekt v zásadě zaplatil. Pochopitelně zdaleka ne všechny zahrnuté výdaje mají charakter variabilních nákladů a úsporu nelze v plném rozsahu realizovat s propuštěním několika odsouzených, přesto jde o užitečné vyčíslení. Na druhou stranu lze uvažovat i o dalších pozitivních efektech toho, že někdo není ve vězení.

Lze se také podívat, nakolik bylo podmíněčné propuštění namísto – šlo o změnu chování účastníků, která byla rozpoznána soudci a státními zástupci v rámci posouzení podmíněčného propuštění, nebo šlo jen o změnu chování soudů, které reagovali na informaci o zařazení do terapie? Odpověď lze hledat v otázce, jaká byla následná míra recidivy takto propuštěných.

Ke zhodnocení míry recidivy v naší evaluaci používáme *Kaplan-Meier failure function* (Kaplan a Meier 1958). Kaplan-Meierův odhad selhání je statistická funkce, která nám pomáhá porovnávat míru kriminální recidivy mezi dvěma skupinami - intervenční a kontrolní skupinou. Ale jakým způsobem funguje tento výpočet? Představme si, že máme skupinu lidí, kteří prošli terapeutickým programem Good Lives Model (intervenční skupina), a skupinu lidí, kteří se do tohoto programu nezapojili a pokračovali ve standardním vězeňském režimu (kontrolní skupina). Cílem je sledovat, jak se v těchto dvou skupinách vyvíjí míra recidivy, tedy opakování trestného jednání.

Kaplan-Meierův odhad selhání bere v úvahu časový průběh událostí, jako je například opětovné zapojení do kriminálního jednání, a vypočítává pravděpodobnost, že událost nastane v daném časovém okamžiku. Funkce tedy sleduje, jak rychle dochází k recidivě a jak se tato pravděpodobnost mění v průběhu času.

Na základě dat z obou skupin (intervenční a kontrolní) se vytvoří tzv. Kaplan-Meierova křivka, která graficky zobrazuje průběh pravděpodobností selhání (recidivy) v čase. Pokud je rozdíl mezi křivkami skupin statisticky významný, naznačuje to, že terapeutický program Good Lives Model může mít pozitivní vliv na snižování rizika budoucího trestného jednání.

Tento výpočet nám umožňuje získat kvantitativní informace o tom, jakým způsobem se terapie odráží v recidivě a jaký je rozdíl mezi intervenční a kontrolní skupinou. Je to užitečný nástroj pro vyhodnocování účinnosti terapeutických programů a poskytuje nám lepší přehled o tom, jaké programy a intervence mají potenciál snižovat riziko budoucího kriminálního chování.

Kaplan-Meierův odhad selhání také pracuje s tzv. cenzurovanými pozorováními, což jsou situace, kdy nemáme přesné informace o tom, kdy se událost stala, ale víme, že se stala až po určitém časovém bodě. To je často případ, když sledujeme dlouhodobé události, jako je například kriminální recidiva. Například víme, že klient nerecidivoval po jednom roce od propuštění, ale o situaci po dvou letech informaci nemáme, protože tak dlouho ještě k datu pozorování klient není na svobodě. Těmto situacím se říká, že jsou cenzurovány časem, Kaplan-Meierův odhad je však bere v úvahu. V praxi to znamená, že se tyto cenzurované pozorování zahrnují do analýzy, kde se používá matematický model, který bere v úvahu čas, do kterého jsme schopni sledovat účastníky, a určuje pravděpodobnost, že událost se stane až po tomto časovém bodě.

Z porovnání Kaplan-Meierova odhadu selhání pro podmíněčně propuštěné z IS a z KS zjišťujeme, že míra recidivy u IS není vyšší než u KS (Kaplan-Meierovy křivky nejsou statisticky odlišné, zejména pro malý počet pozorování), skutečně zaznamenané hodnoty pak ukazují na nižší recidivu podmíněčně propuštěných z intervenční skupiny. To ukazuje následující tabulka.

**Tabulka 14 - Kaplan-Meierův odhad selhání u podmíněčně propuštěných (IS a KS)**

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS (N bez GLM = 44)	Pravděpodobnost selhání u IS (N s GLM = 51)
182.5 dní (půl roku)	0.0476	0.0000
365 dní (rok)	0.1352	0.0635
547.5 dní (rok a půl)	0.2113	0.1943
730 dní (dva roky)	0.2720	0.2676

První sloupec udává čas od propuštění (ve dnech, tedy půl roku, rok, rok a půl a dva roky), druhý pravděpodobnost selhání (recidivy operacionalizované jako znovuvěznění) u členů KS a třetí sloupec pravděpodobnost selhání u IS. Vidíme, že míra recidivy je výrazně nižší během prvního roku, po 18 měsících se obě míry začínají přibližovat, avšak u IS jsou stále nižší. Lze tak usoudit, že podmíněčné propouštění účastníků GLM nebylo chybou.

### *Efekty na míru recidivy*

Nyní se podíváme na recidivu celých skupin, nikoliv pouze podmíněčně propuštěných. Velikost pozorovaného vzorku je omezena tím, že ke konci března 2023 ještě nebylo propuštěno 45 členů IS a 34 členů KS. Do 31. 3. 2023 máme z 363 sledovaných účastníků 90 příběhů recidivy, z toho 74 pravomocných odsouzení a 16 vazebních stíhání. Z 90 recidiv je 85 případů zjevně nové trestné činnosti, tedy činů, následujících po účasti v projektu, ve třech případech jde zjevně o starou trestnou činnost a ve dvou případech nejsme schopni na základě dostupných dat toto rozhodnout. K dispozici máme informace o datu opětovného uvěznění, včetně data zahájení vazebního stíhání, u pravomocně odsouzených známe trestné činy i délku trestu. Umíme tak rozlišit, zda šlo o násilný trestný čin. Z 90 případů recidivy jde o násilný čin v 36 případech.

Uzávěrka dat ke konci března 2023 odpovídá různě dlouhé době od propuštění po účasti v projektu GLM v závislosti na kohortě terapie. Významné množství členů první kohorty tak můžeme sledovat přibližně dva a půl roku, členy druhé kohorty přibližně rok a půl a členy třetí kohorty přibližně půl roku.

V některých případech jsme u členů první kohorty pozorovali již dva cykly kriminální recidivy. Pro ilustraci zde uvádíme první případ recidivy u člena IS a u člena KS:

- V srpnu 2020 po necelém měsíci na svobodě byl znovu uvězněn člen IS ze Stráže pod Ralskem. Poškozenému ukradl mobilní telefon, přičemž mu hrozil injekční stříkačkou. Po necelých dvou letech propuštěn, do měsíce opět recidivoval a byl zadržen při pokusu o krádež mobilních telefonů v prodejně. Následoval další trest necelých dvou let.
- I první recidivista z KS je ze Stráže. Po necelých dvou měsících byl uvězněn v prosinci 2020 za porušení zákazu řídit motorová vozidla. Odseděl si 20 měsíců a po třech měsících si čin zopakoval a dostal dalších 16 měsíců.

Pro zhodnocení efektů terapie GLM na kriminální recidivu potřebujeme porovnat Kaplan-Meierovy funkce pro intervenční a kontrolní skupinu. Pro tento úkon existují standardní

statistické testy. V našem případě *Log-rank test for equality of survivor functions* i všechny jiné varianty testu vedou k závěru, že nelze potvrdit hypotézu o odlišných funkcích přežití/selhání, a tedy nemáme statisticky signifikantní efekt terapie GLM na recidivu.

Míru recidivy pro jednotlivé skupiny vždy s odstupem 6 měsíců ukazuje následující tabulka.

**Tabulka 15 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS, k březnu 2023**

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS (N bez GLM = 201)	Pravděpodobnost selhání u IS (N s GLM = 162)
182.5 dní (půl roku)	0.0748	0.0650
365 dní (rok)	0.1690	0.1849
547.5 dní (rok a půl)	0.2530	0.2419
730 dní (dva roky)	0.3434	0.3407

Rozdíly jsou velmi malé, pro obě skupiny platí, že po 18 měsících recidivuje přibližně čtvrtina propuštěných, po 24 měsících již třetina.

Alternativně jsme provedli i porovnání recidivy v případech, kdy jde prokazatelně o novou trestnou činnost. Vzhledem k malému počtu případů staré trestné činnosti (5 z 90) nejsou rozdíly velké, výsledky se jen nepatrně změní ve prospěch IS.

Druhý alternativní pohled je na charakter trestné činnosti. GLM je především terapie s cílem omezení násilného chování, můžeme se tedy zabývat tím, jaká byla míra násilné recidivy. V našem souboru máme 36 případů násilných trestných činů, z toho 15 u IS a 21 u KS.

**Tabulka 16 - Kaplan-Meierův odhad násilné recidivy IS a KS, k březnu 2023**

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost násilné recidivy u KS (N bez GLM = 201)	Pravděpodobnost násilné recidivy u IS (N s GLM = 162)
182.5 dní (půl roku)	0.0170	0.0203
365 dní (rok)	0.0912	0.0830
547.5 dní (rok a půl)	0.1415	0.0959
730 dní (dva roky)	0.1580	0.1608

Ani zde nenacházíme významné rozdíly a v obou skupinách se do dvou let stane pachatelem násilného trestného činu asi 16 % odsouzených.

Poslední zajímavý výsledek týkající se recidivy, je porovnání délky trestů u recidivujících členů IS a KS. Ani zde nenacházíme statisticky významný rozdíl. Uvažujeme-li pouze pravomocné rozsudky, kde známe celkovou délku vyměřeného trestu, jde o 741 dní odnětí svobody pro recidivující členy KS a 743 dní odnětí svobody pro recidivující členy IS, tedy dva roky odnětí svobody pro obě skupiny.

Porovnání Kaplan-Meierových odhadů selhání IS a KS předpokládá absenci počátečních rozdílů mezi skupinami. My předpokládáme na základě předchozích analýz, že v našem případě by tyto rozdíly neměly být významné. Přesto může být zajímavé podívat se ještě na rozdíly v recidivě pomocí metody Propensity score matching (PSM), která eliminuje výchozí rozdíly

v pozorovaných charakteristikách IS a KS pomocí párování nejpodobnějších členů IS a KS. Omezením tohoto přístupu je, že neumí pracovat s pozorováními cenzurovanými časem. Nabízí se tak dvě varianty, jak s cenzurovanými pozorováními zacházet. První je považovat tyto situace za situace bez recidivy (která fakticky ještě nemohla nastat), druhá je považovat tyto situace za „missingy“ a tyto situace do pozorování nezahrnout. Oba výsledky si porovnáme.

**Tabulka 17 - Odhad recidivy IS a KS pomocí PSM, varianta 1, k březnu 2023**

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS (N bez GLM = 192)	Pravděpodobnost selhání u IS (N s GLM = 156)
182.5 dní (půl roku)	0.0897	0.0641
365 dní (rok)	0.1603	0.1603
547.5 dní (rok a půl)	0.2179	0.1923
730 dní (dva roky)	0.2564	0.2308

**Tabulka 18 - Odhad recidivy IS a KS pomocí PSM, varianta 2, k březnu 2023**

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS	Pravděpodobnost selhání u IS	N bez GLM	N s GLM
182.5 dní (půl roku)	0.1208	0.0725	171	138
365 dní (rok)	0.3183	0.2252	144	111
547.5 dní (rok a půl)	0.4851	0.3448	120	87
730 dní (dva roky)	0.6435	0.5000	85	72

Velmi rozdílné míry recidivy oproti Kaplan-Meierovu odhadu jsou způsobeny rozdílným zacházením s cenzurovanými pozorováními. V obou variantách výsledek vychází ve prospěch IS, což je povzbudivé, avšak jsou zde určitá omezení, která nabádají k opatrnosti. Žádný z uvedených rozdílů stále není statisticky významný. Výsledky jsou také velmi citlivé na nastavení konkrétní metody párování, v druhé variantě s časem klesá počet zahrnutých pozorování a také dochází k častému párování s několika specifickými členy KS, kteří tak ve výsledku mají větší váhu.

Je vhodné podotknout, že existují i statistické přístupy, které umějí zohlednit jak cenzurovaná pozorování, tak případné rozdíly mezi skupinami, tyto jsou však v současné době mimo schopnosti evaluačního týmu. Pokusíme se k nim přistoupit v některé z následných analýz, pokud se podaří získat pozorování recidivy s dalším odstupem.

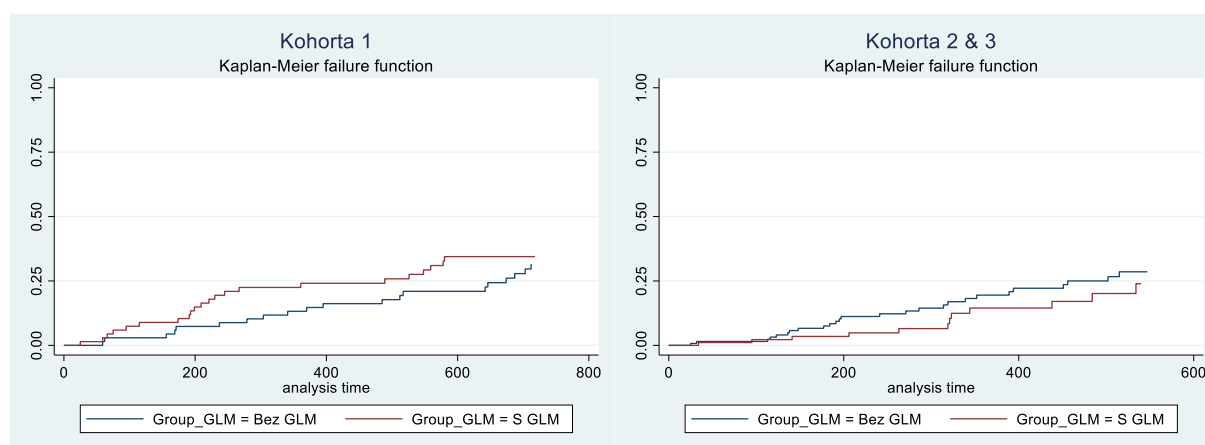
Pokud se vrátíme k původní analýze založené na Kaplan-Meierově odhadu, můžeme se ještě zaměřit na prozkoumání distribuce zjištěných rozdílů, protože zde nacházíme dvě velmi zajímavé situace.

Zprvée, zjišťujeme velké rozdíly, pokud jde o chování účastníků jednotlivých kohort. Detaily přináší následující tabulka a grafy.

Tabulka 19 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS kohorta 1 vs. kohorty 2 a 3, k březnu 2023

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS KOHORTA = 1	Pravděpodobnost selhání u IS KOHORTA = 1
182.5 dní (půl roku)	0.0735	0.1041
365 dní (rok)	0.1324	0.2410
547.5 dní (rok a půl)	0.2098	0.2755
730 dní (dva roky)	0.3347	0.3445
Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS KOHORTA = 2 a 3	Pravděpodobnost selhání u IS KOHORTA = 2 a 3
182.5 dní (půl roku)	0.0752	0.0347
365 dní (rok)	0.1950	0.1448
547.5 dní (rok a půl)	0.2856	0.2394

Obrázek 6 - Kaplan-Meierova křivka selhání



Rozdíly nejsou statisticky významné, ale ukazují, že efekt terapie GLM byl spíše negativní pro první kohortu a spíše pozitivní souhrnně pro druhou a třetí kohortu (kde však máme zatím kratší dobu pozorování).

Čím si tyto rozdíly vysvětlit? Pravděpodobně to není tím, že by se terapeuti na první kohortě teprve „učili“, protože jak jsme uvedli dříve, první kohorta vykazovala velmi dobré výsledky na úrovni psychologických změn zaznamenaných před propuštěním. Podívali jsme se také na možné předintervenční rozdíly mezi první kohortou na jedné straně a druhou a třetí kohortou na straně druhé. U kontrolní skupiny žádné významné rozdíly nezaznamenáváme, intervenční skupina se jeví také shodná z hlediska základní demografie, SARPO, HCR-20 i PCL-R, stejně jako téměř všech škál MMPI-2, s jednou výjimkou, a to je škála HEA2, tedy Neurologické symptomy. Zde má IS v první kohortě oproti IS ve druhé a třetí kohortě hodnoty statisticky významně dále od normy (79.2 vs. 71.7 bodů), což je rozdíl statisticky významný na 90 % hladině. V následující tabulce uvádíme hodnoty této škály. Uvedeny jsou pouze průměry za validní protokoly MMPI-2, v případě zahrnutí i nevalidních protokolů by rozdíly byly ještě výraznější.

Tabulka 20 - Hodnoty škály HEA2 - Neurologické symptomy

Hodnoty škály HEA2 (Neurologické symptomy)	Kohorta 1		Kohorta 2 a 3	
	IS	KS	IS	KS
Před terapií	79.2	70.2	71.7	74.0
Po terapii	75.3	67.7	64.4	68.6

Tento rozdíl mohl sehrát roli, a to zvláště v kombinaci s následujícím možným vysvětlením, kterým je interakce s kontextem, konkrétně vliv situace spojené s Covid-19.

Covid-19 do projektu zasáhl ovlivněním terapie první a zejména druhé kohorty. Současně však také ovlivnil situaci, v jaké byli účastníci propouštěni na svobodu. V tomto ohledu byla jednoznačně nejhůře ovlivněna první kohorta, jejíž většina byla propuštěna do situace nejpřísnějších lockdownů, tedy velmi problematické a nestandardní situace. Z jiných výzkumů víme, že „pandemie a s ní spojený nouzový stav obecně silně zdramatizoval životní situaci „propustili mne právě z vězení“. Byl velký problém najít dostupné bydlení, výrazně se omezila nabídka zaměstnání, situace prohloubila komplikace ve vztazích a státní sociální podpora na mnoha místech prakticky přestala existovat“ (Kváča a Gottwaldová 2021).

Jako pravděpodobné vysvětlení vyššího selhávání účastníků terapie v první kohortě tak nabízíme vysvětlení, že v situaci, kdy prakticky nebyla k dispozici žádná postpenitenciární podpora a situace byla v mnoha ohledech složitá, byla terapie, která mj. vedla ke zvýšení důvěry ve společnost, kontraproduktivní. Zdá se, že příslušníci kontrolní skupiny, která si ve VTOS prohloubila přesvědčení, že „svět je zlý a nelze od něj očekávat nic dobrého“, se dokázali se situací lépe vypořádat než členové intervenční skupiny, který mohli zažít hlubokou deziluzi, která ve spojení s klinicky významnou přítomností neurologických symptomů mohla vést k vyšší kriminální recidivě jako jedinému východisku z dané situace. Toto vysvětlení lze podpořit i datově, byť nikoliv důkazy o statistické signifikanci. Zaprvé, propouštění členů první kohorty bylo rozprostřené v čase a malá část byla propuštěna relativně pozdě, již mimo lockdownovou situaci. U nich zvýšenou recidivu nepozorujeme, ale jejich počet je relativně malý. Za druhé, u první kohorty platí, že rozsah účasti v terapii mírně pozitivně koreluje s následnou recidivou, tedy čím více terapie, tím horší výsledek.

Druhým zajímavým výsledkem zkoumání distribuce efektů na kriminální recidivu je porovnání skupin v závislosti na způsobu rekrutace do projektu. Připomínáme, že 7 ze 17 terapeutických skupin bylo vybráno náhodně ze dvou předem připravených skupin, zatímco u deseti věděli pracovníci věznic předem, do které skupiny (IS nebo KS) rekrutují účastníky.

Tabulka 21 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS, k březnu 2023 – randomizované skupiny

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS (N bez GLM = 115)	Pravděpodobnost selhání u IS (N s GLM = 84)
182.5 dní (půl roku)	0.0979	0.0479
365 dní (rok)	0.1845	0.1382
547.5 dní (rok a půl)	0.2602	0.1861
730 dní (dva roky)	0.3920	0.3016

Tabulka 22 - Kaplan-Meierův odhad selhání IS a KS, k březnu 2023 – nerandomizované skupiny

Čas od propuštění (ve dnech)	Pravděpodobnost selhání u KS (N bez GLM = 120)	Pravděpodobnost selhání u IS (N s GLM = 122)
182.5 dní (půl roku)	0.0522	0.0769
365 dní (rok)	0.1538	0.2216
547.5 dní (rok a půl)	0.2455	0.2875
730 dní (dva roky)	0.2933	0.3730

Přestože ani tyto rozdíly nejsou statisticky významné, nacházíme zjevnou odlišnost – IS z randomizovaných skupin<sup>6</sup> si vede nápadně lépe než IS z nerandomizovaných skupin. Čím si to vysvětlit? Přirozeně první pohled musí směřovat na možné předintervenční rozdíly. Přestože jsme úhrnně mnoho rozdílů mezi IS a KS nenalezli, po rozdělení na randomizované vs. vědomě vybírané skupiny se (i vzhledem ke zmenšení skupin) řada rozdílů objeví. Následující tabulky je zobrazují, včetně hodnot některých celkových skóre za rizikové faktory SARPO a HCR-20 a PCL-R.

Tabulka 23 - T-test shody středních hodnot : Předintervenční rozdíly – randomizované skupiny

	KS	IS	Rozdíl	p_value
Vzdělání	1.391	1.250	0.142	0.055 *
Žije ve vztahu	0.235	0.060	0.176	0.001 ***
Zaměstnán ve VTOS (ano/ne)	0.426	0.178	0.247	0.000 ***
SARPO: DF Rodina a sociální kontakty	3.374	2.829	0.545	0.060 *
SARPO: DF Vzdělání a výchova	3.272	3.830	-0.557	0.086 *
<b>SARPO: DF Celkové riziko</b>	<b>56.985</b>	<b>58.212</b>	<b>-1.226</b>	<b>0.442</b>
<b>SARPO: Statické faktory</b>	<b>56.302</b>	<b>58.945</b>	<b>-2.643</b>	<b>0.323</b>
HCR-20 Pretest: Položky zvládání rizik celkem	4.894	5.441	-0.545	0.089 *
<b>HCR-20 Pretest: HCR-20 celkem</b>	<b>19.263</b>	<b>20.655</b>	<b>-1.391</b>	<b>0.144</b>
PCL-R Pretest: F2 - hrubý skór	11.667	12.547	-0.881	0.084 *
<b>PCL-R Pretest: Celkový hrubý skór</b>	<b>22.079</b>	<b>23.476</b>	<b>-1.397</b>	<b>0.141</b>
Potlačení (R)	42.974	39.928	3.045	0.047 **
Nadměrná kontrola hostility (O H)	46.239	43.334	2.905	0.073 *
Zloba (ANG)	80.460	86.262	-5.801	0.056 *
Explozivní chování (ANG1)	66.947	70.143	-3.196	0.092 *
Antisociální postoje (ASP1)	62.505	64.797	-2.293	0.065 *

Tabulka 24 - T-test shody středních hodnot : Předintervenční rozdíly – nerandomizované skupiny

	KS	IS	Rozdíl	p_value
Zaměstnán ve VTOS (ano/ne)	0.541	0.664	-0.122	0.052 *
<b>SARPO: DF Celkové riziko</b>	<b>54.554</b>	<b>55.294</b>	<b>-0.740</b>	<b>0.690</b>
<b>SARPO: Statické faktory</b>	<b>56.034</b>	<b>53.563</b>	<b>2.472</b>	<b>0.380</b>
<b>HCR-20 Pretest: HCR-20 celkem</b>	<b>18.009</b>	<b>16.876</b>	<b>1.133</b>	<b>0.241</b>
PCL-R Pretest: F1 - hrubý skór	8.669	7.694	0.976	0.028 **
<b>PCL-R Pretest: Celkový hrubý skór</b>	<b>21.192</b>	<b>20.017</b>	<b>1.175</b>	<b>0.214</b>
Potlačení (R)	45.633	41.306	4.327	0.004 ***
Hostilita (Ho)	59.752	62.389	-2.636	0.063 *

<sup>6</sup> Do randomizovaných skupin řadíme i 2. kohortu z Jiřic, kdy nakonec obě skupiny skončily jako kontrolní.

Zajímavé je, že v rámci randomizovaných skupin jsou rozdíly převážně v neprospěch IS, která je méně vzdělaná, méně žije ve vztahu, méně ve VTOS pracuje, je rizikovější z hlediska dynamických i statických faktorů v SARPO i celkových skóre v HCR-20 a PCL-R a u lišících se škál MMPI-2 je dále od normy. U nerandomizovaných skupin jsou rozdíly (s výjimkou úhrnu dynamických faktorů SARPO) spíše ve prospěch IS. Zjištěné rozdíly nejsou nějak zásadní, nicméně platí, že IS je u randomizovaných skupin oproti KS spíše více riziková, u nerandomizovaných skupin je tomu naopak. Přesto ale jde zjištěná recidiva přesně opačným směrem a vychází ve prospěch IS u randomizovaných skupin a v neprospěch u skupin nerandomizovaných.

Dobré vysvětlení této skutečnosti nemáme. Metodologické hledisko směřuje spíše k tomu, považovat za validnější výsledky randomizovaných skupin, kde z povahy věci bylo výrazně omezeno možné riziko nějakého vědomého či nevědomého chování ze strany realizačních týmů ve věznicích či samotných účastníků, které by mohlo způsobovat výběrové zkreslení. Navíc by podle předintervenčních rozdílů měl být zjištěný efekt na kriminální recidivu spíše podceněný. Je možné, že u vědomě vybíraných skupin došlo (a známe tento jev z některých jiných projektů) k takovému chování realizačního týmu ve věznici, kdy v rámci náboru do KS se pouze sleduje, zda osoba splňuje očekávané parametry, zatímco u osoby, o které vím, že bude IS mohu toto projevit ve svém chování ať už ve smyslu „tenhle by to opravdu potřeboval, opravdu ho zkusím přesvědčit“ nebo „s tímhle to půjde dobře“.

Celkově můžeme shrnout, že ačkoliv je nutné přijmout, že celkový efekt na kriminální recidivu není odlišitelný od nuly, je několik důvodů pro mírný optimismus ohledně vlivu na kriminální recidivu. Zaprvé, zaznamenali jsme spíše negativní vliv na první kohortu a spíše pozitivní vliv na druhou a třetí kohortu, kdy problémy první kohorty mohou být způsobeny absencí relevantní postpenitenciární péče během covidových lockdownů v kombinaci se zvýšenou úrovní neurologických symptomů u intervenční skupiny. Zadruhé, metody hodnocení vlivu intervence na recidivu, které zohledňují možné předintervenční rozdíly, posouvají výsledky více ve prospěch intervenční skupiny. Zatřetí, v metodologicky kvalitnější části výzkumu (tam, kde byly skupiny randomizovány) pozorujeme pozitivní výsledky IS.

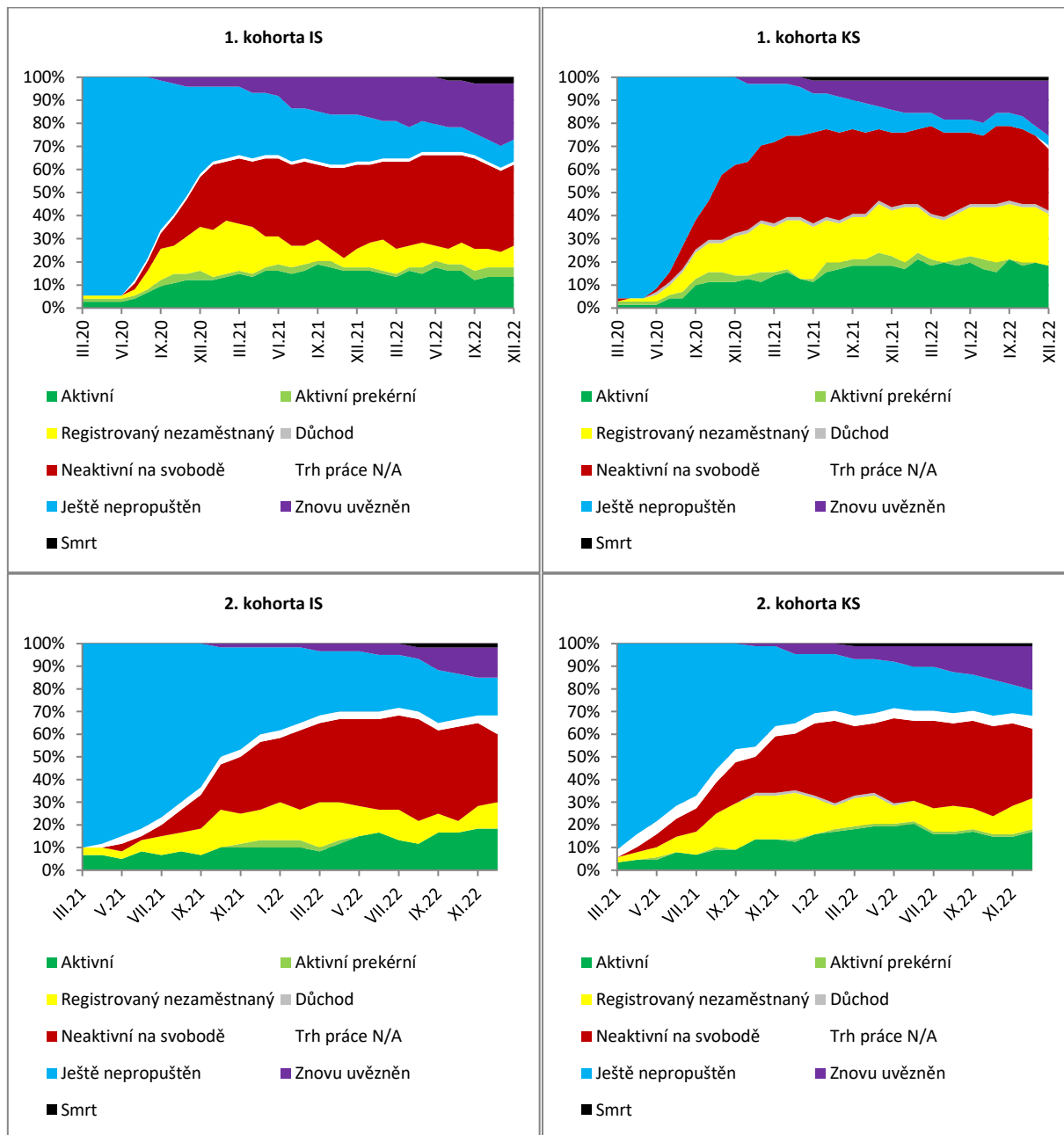
### *Efekty na postavení na trhu práce*

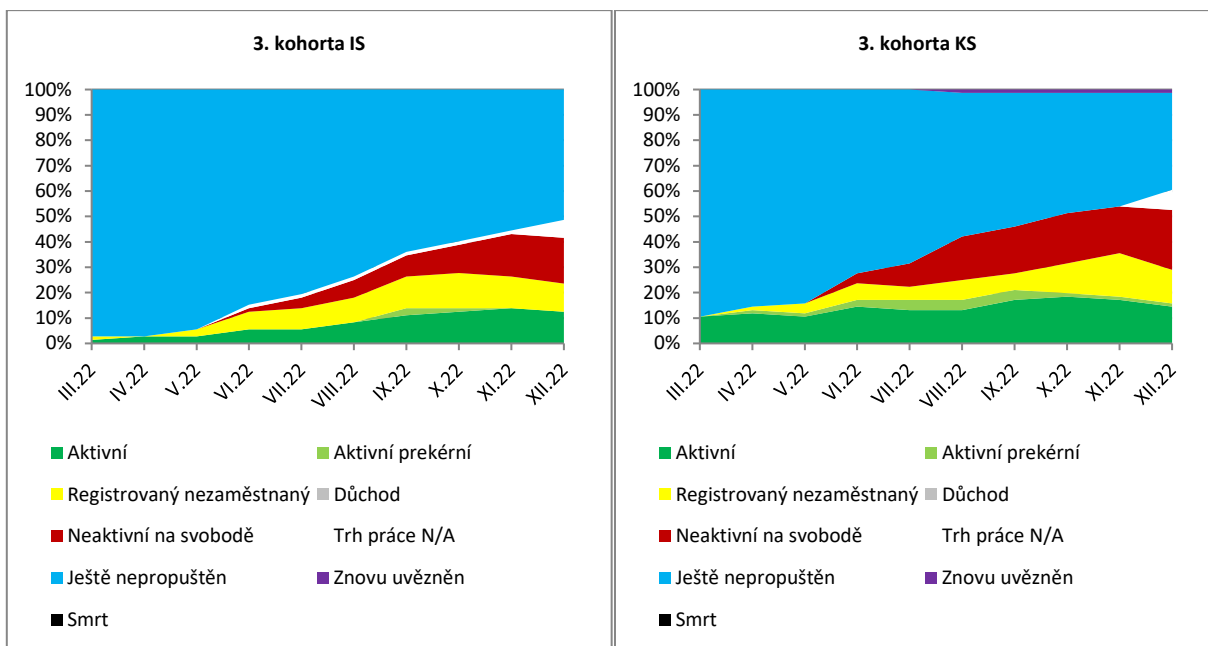
Poslední oblastí, ve které můžeme zkoumat efekty terapie GLM, je postavení na trhu práce. Zde můžeme vycházet z administrativních dat, získaných z Informačního systému Evropského sociálního fondu. Tato data nám s měsíční periodicitou dávají informaci o tom, zda cílová skupina pracuje, je registrovaná nezaměstnaná, neaktivní či pobírá důchod. Tato data mají dvě důležitá omezení. Zaprvé, z technických důvodů jsou k dispozici v časové řadě jen do prosince 2022, tedy významněji nezachycují období po propuštění třetí kohorty. Zadruhé, data jsou anonymizovaná a nejsme schopni je propojit na úrovni jednotlivců s dalšími daty použitými v jiných částech analýzy, víme pouze, zda jde o člena IS nebo KS, v rámci které kohorty a ze které věznice.

Jak ukazují následující grafy, ani zde nejsou významné rozdíly mezi IS a KS.



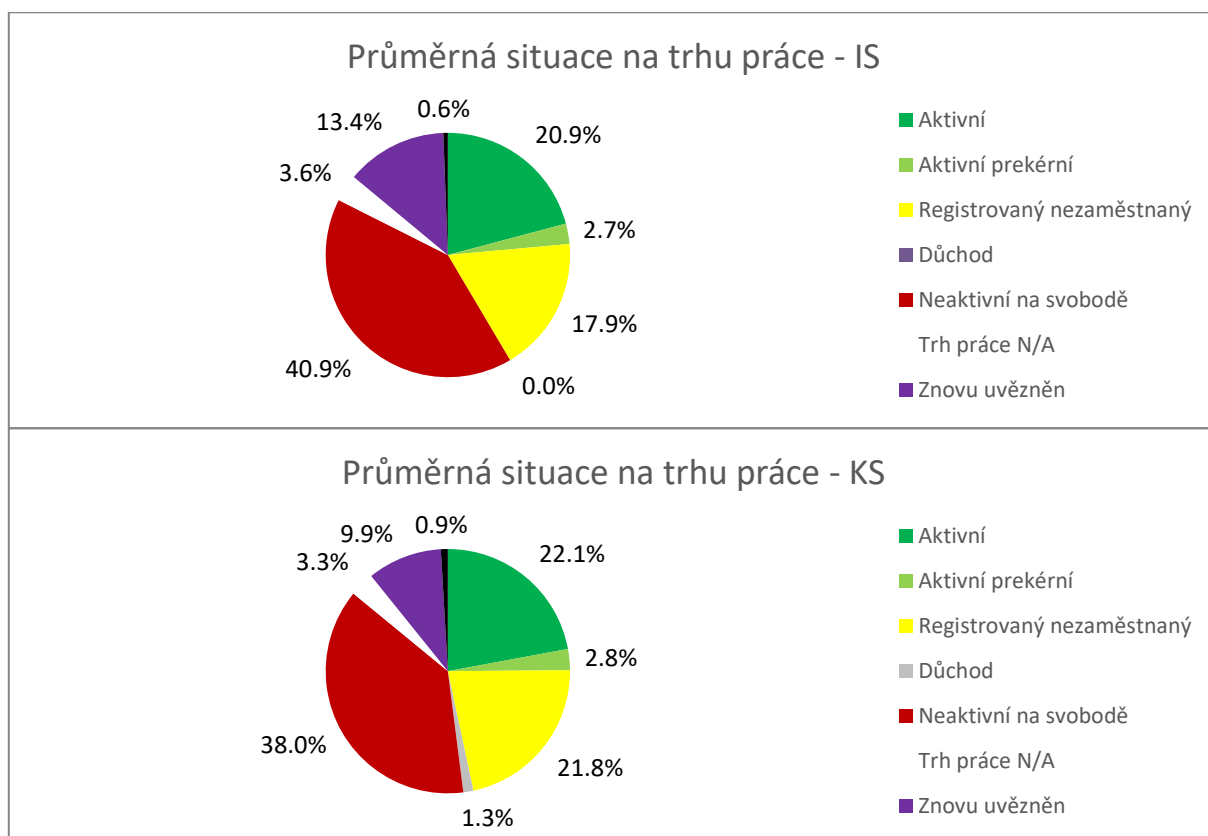
Obrázek 7 - Vývoj postavení na trhu práce





Uvedená data pro nejlepší porovnání můžeme sloučit, a to pomocí váženého průměru, kdy jsme jako váhy použili počet již propuštěných v daném měsíci. Asi čtvrtina osob pracuje na legálním trhu práce (desetina ve spíše překerních podmínkách na dohodu). Asi pětina je registrována jako nezaměstnaná na Úřadu práce. Asi dvě pětiny osob jsou na svobodě a mimo legální trh práce, jsou tedy formálně neaktivní, pravděpodobně na šedém/černém pracovním trhu. Desetina až osmina osob je znovu uvězněna a u velmi malé části osob nám chybějí data nebo zemřeli.

**Obrázek 8 - Porovnání postavení na trhu práce**



## Závěry

V rámci shrnutí závěrů evaluace ohledně efektů intervence na riziko násilného chování i následně samotnou recidivu chceme zdůraznit důležitost uvažování nejen o mechanismu intervence samotné, ale i o kontextu, ve kterém probíhá. Mechanismus je jakýmsi vnitřním procesem, který vysvětluje, jak a proč intervence funguje a jaké jsou příčiny změn. Kontext se odkazuje na specifické podmínky, prostředí a okolnosti, ve kterých se intervence uplatňuje.

Porozumění mechanismu intervence a jeho interakci s kontextem umožňuje lépe pochopit, proč některé intervence fungují v určitých situacích a proč mohou selhávat v jiných. Každá intervence je v podstatě složitým systémem, který je ovlivňován mnoha faktory, jako jsou kultura, sociální struktura, institucionální rámce a jedinečné charakteristiky cílové skupiny. Tyto faktory mohou ovlivňovat implementaci intervence a její výsledky.

V duchu realistické evaluace (Pawson a Tilley 1997) jsme zkombinovali převážně kvantitativní charakter evaluace s dílčími postřehy kvalitativními. Cílem bylo 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 vztáženou k druhé evaluační otázce) přináší obrázek na následující straně.

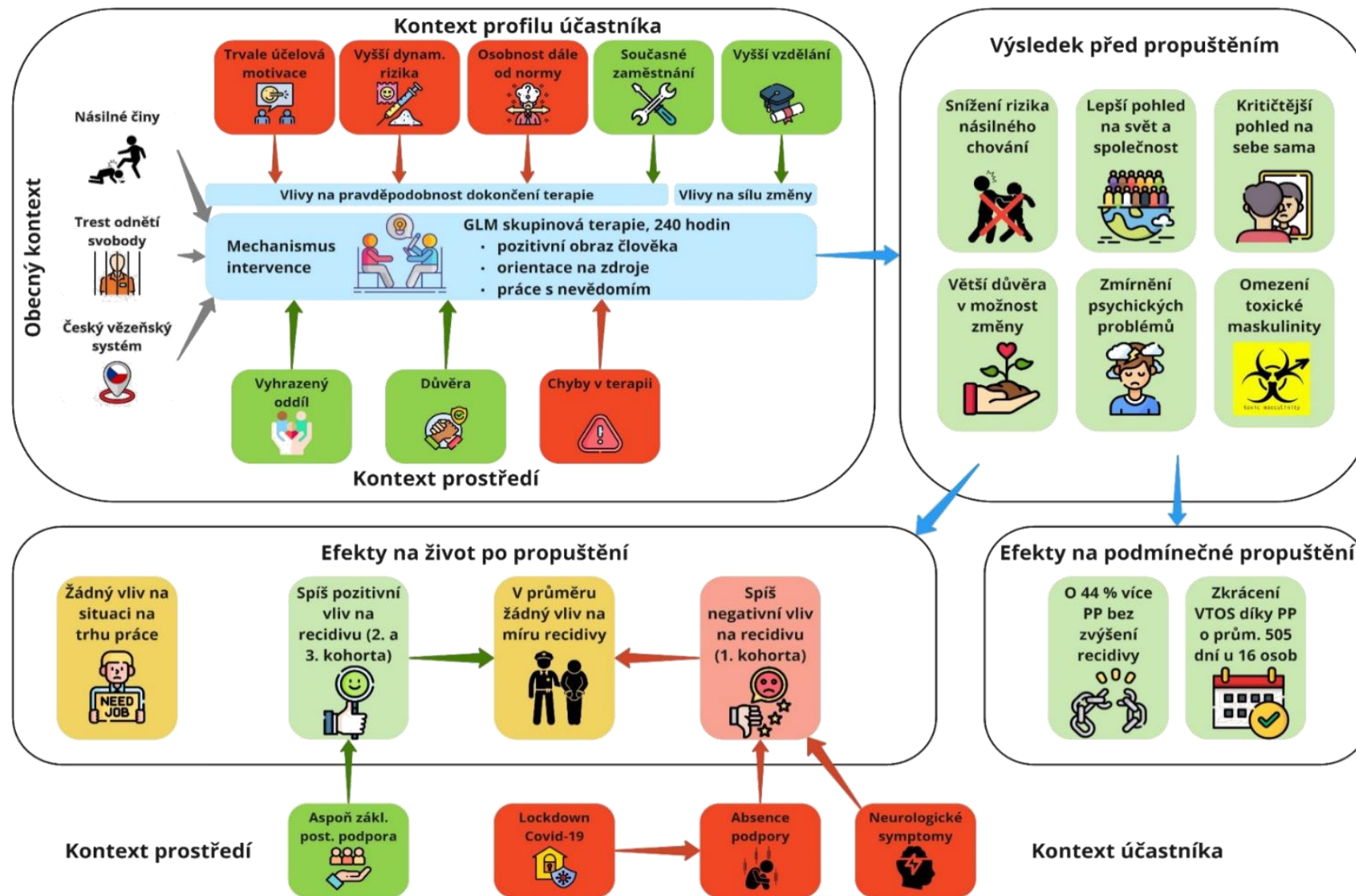
V rámci našeho výzkumu jsme zkoumali v prostředí českého vězeňského systému tři pilotní běhy terapie Good Lives Model určené pro osoby s násilnou trestní minulostí či jinak zvýšeným rizikem násilného chování. Intervence staví na intenzivní dlouhodobé skupinové terapii, která se opírá o pozitivní obraz člověka, orientaci na zdroje a práci s nevědomím a je kombinací původního přístupu Good Lives Model, vycházejícího z práce T. Warda (Ward 2022) s Curyšským modelem zdrojů (Storch, Krause, a Weber 2022).

Pravděpodobnost dokončení terapie na straně individuálního profilu účastníka omezuje přetrvávající účelová motivace, vyšší dynamická kriminogenní rizika a osobnostní profil dále od normy, naopak pozitivní souvislost nacházíme v případě současného zaměstnání během výkonu trestu. Vyšší vzdělání pak zpravidla vede k tomu, že účastník projde hlubší změnou během terapie. Na terapii pak pozitivně působí, pokud jsou účastníci ve vyhrazeném oddíle a nemusí se stýkat a potýkat s vězeňskou populací, která na sobě tímto způsobem nepracuje. Účastníci i terapeuti se pak shodují na důležitosti důvěry v celém procesu.

Po skončení terapie a před propuštěním z VTOS jsme u účastníků identifikovali statisticky významné snížení rizika násilného chování, pozitivnější pohled na svět a společnost, kritičtější pohled na sebe sama, větší důvěru v možnost změny skrze terapii, zmírnění psychických problémů a omezení některých silně maskulinních rysů ve srovnání s kontrolní skupinou. Pozitivní efekt se přitom skládá z pozitivní změny u intervenční skupiny a často z podobně velké negativní změny u skupiny kontrolní, která je vystavena běžnému režimu ve VTOS.

Účastníci terapie GLM mají o 10 procentních bodů (a 44 %) vyšší šanci na podmíněčné propuštění v rámci stávajícího trestu, a to bez zvýšení následné kriminální recidivy. Tímto způsobem bylo v rámci projektu dodatečně (čistý efekt) propuštěno asi 16 osob v průměru o 505 dní dříve.

Obrázek 9 - Grafické shrnutí výsledků (mechanismus intervence a vlivy různých kontextů)



Efekty na situaci po propuštění nejsou příliš průkazné. Kriminální recidiva je spíše vyšší u první kohorty a spíše nižší u druhé a třetí kohorty než u příslušné kontrolní skupiny. Je možné, že u první kohorty sehrála negativní roli skutečnost, že tito účastníci byli propouštěni v období přísných protiepidemiologických opatření souvisejících s pandemií Covid-19, kdy téměř přestala být dostupná jakákoliv postpenitenciární podpora a tito účastníci současně vykazovali vyšší přítomnost neurologických symptomů jak oproti kontrolní skupině v první kohortě, tak oproti účastníkům druhé a třetí kohorty. Celkově jsme nebyli schopni prokázat efekt na kriminální recidivu, ani na postavení na trhu práce, avšak pro lepší závěry bude vhodné situaci prozkoumat ještě s odstupem cca 2 let, neboť zejména třetí kohorta zatím nemohla být pozorována dostatečně dlouho po propuštění.

Výsledky na zaměstnanost a recidivu tak mohou budít dojem zklamání, ale je vhodné připomenout, že v prostředí tak komplexních situací, jakým je začleňování osob s trestní minulostí do společnosti, nelze očekávat, že dopady na životní osudy jednotlivců budou „dodány“ prací jedné organizace, programu, projektu či intervence. Skutečné výsledky vytvářejí celé systémy: všechny vztahy a faktory v životě člověka. Pozitivní výsledky jsou vytvářeny zdravými systémy - systémy, v nichž mohou všichni zúčastnění spolupracovat a společně se učit. Pokud chceme dosáhnout skutečných výsledků, musíme změnit způsoby řízení a opustit myšlenku, že nějaká organizace „zařídí úspěch“. Řízení celého systému musí umožňovat mnoha úrovním komplexních systémů se učit a reagovat na unikátní život každé osoby (Brogan et al. 2021).

V našem kontextu tak můžeme intervenci GLM považovat za zdravý prvek v systému, který má zatím značné rezervy z hlediska celkového fungování. Je tak potřeba hledat cesty, jak GLM propojovat s dalšími prvky podpory, například v podobě doprovázení před, během a po propuštění.

## Příběh realizačního týmu

Hlavní pozornost výzkumu byla věnována účastníkům. Nicméně pro úspěch jakékoliv intervence je zásadní rovněž situace realizačního týmu. V našem případě máme na mysli především týmy zaměstnanců Vězeňské služby v šesti věznicích, které byly zapojeny do projektu. Evaluační pohled na realizační tým se opírá především o neformální a nestrukturované metody (neformální rozhovory, zúčastněná pozorování), nicméně součástí evaluace bylo i strukturovanější vyhodnocení vstupního školení pomocí



zpětnovazebního dotazníku a také workshop s terapeutů 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).

Plánem projektu bylo v každé ze šesti pilotních věznic vytvořit tým cca 4 osob, které by se podíleli jednak na vedení samotné terapie GLM a jednak na testování účastníků pro výzkumné účely. Členy týmu se dle možností jednotlivých věznic stali psychologové a psychologičky, sociální pracovníci a pracovnice či speciální pedagogové a pedagožky již ve věznicích působící.

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.

Účastníci školení i lektori se shodli na velmi dobrém průběhu školení, s naprosto bezproblémovou komunikací díky skvělému tlumočení. Účastníci byli zapálení, snažili se udržet si pozornost a oceňovali zejména praktické části školení. Ne všechny techniky si získaly všechny

účastníky, ale jako celek si Good lives model (GLM) účastníky získal. Účastníci cítili potřebu si dobře ujasnit strukturu terapie, zvláště vzájemné vztahy GLM a Curyšským modelem zdrojů ZRM. Účastníci měli různé obavy, které souvisí s časem – napnutý harmonogram terapie, nedostatek času na přípravu, časová omezení výstupu klientů z VTOS, skloubení zaměstnání odsouzených a časově náročná terapie. Časté byly také obavy z nedostatku podpory ať už od kolegů mimo program GLM nebo od nadřízených.

V rámci diskuzí se projevovaly jak postoje typu „nevím, jak to a to zvládneme, když máme ty a ty překážky“, na které často jiní účastníci reagovali pozitivně ve smyslu „všechno se dá nějak řešit, společně cestu nějak najdeme“.

Odpovědi na otázku o pocitech bezprostředně po skončení školení se dají shrnout takto:



Již na školení byla pojmenována potřeba dobrého sdílení zkušeností napříč jednotlivými týmy GLM.

V prvních týdnech terapie GLM se projevila její náročnost, kdy se původně plánované tempo nutné pro realizaci celého terapeutického programu během šesti měsíců ukázalo být na hraně kapacity jak účastníků, tak terapeutů, tak i provozu věznic. To vedlo k rozvolnění harmonogramu pro druhou a třetí kohortu na cca devět měsíců. Další komplikace způsobil krizový provoz ve věznicích během nouzového stavu vyvolaného pandemií Covid-19.

Možnost podpory jednotlivých týmů z centrální úrovně byla vzhledem k epidemiologickým opatřením omezená a menší než potřebná. V rámci jednotlivých týmů ve věznicích byla až na výjimky patrná spolupráce a soudržnost týmů, přetrvávala však nedůvěra a formalismus v situacích, kdy komunikace přesahovala hranice jedné věznice. Psychologické bezpečí nutné pro sdílení zkušeností napříč věznicemi se vytvářelo velmi problematičtě.

Samotná skutečnost, že se i v náročných podmínkách pandemie Covid-19 podařilo realizovat téměř všechny plánované běhy terapie je velkým úspěchem realizačního týmu a svědčí o jeho velkém nasazení. O tom napovídá i skutečnost, že častým jevem byla realizace terapie v pozdních odpoledních hodinách a o víkendech. Motivace jednotlivých členů týmu k tomuto nasazení se mohla lišit, v některých případech šlo pravděpodobně o vnitřní motivaci k účasti na zajímavé věci, které terapeuti věří, v některých patrně převažovala vnější motivace spojená s poměrně velkorysým dodatečným ohodnocením práce nad rámec běžné činnosti ve věznici.

V průběhu projektu docházelo ke změnám ve složení realizačního týmu v řadě věznic, někdy až do podoby v zásadě celkové výměny týmu, což znamenalo, že terapii začali vést i osoby, které se neúčastnily vstupního školení. To mohlo mít negativní vliv na věrnost realizace (*fidelity*) terapie, což může být jedním z důvodů velké heterogenity výsledků GLM v jednotlivých věznicích, jak jsme ukázali v části věnované efektům na účastníky.

V rámci workshopu s terapeuti na konci třetí kohorty byl poměrně výrazně patrný rozdíl v tom, jaké aspekty GLM zmiňují čeští terapeuti a jaké němečtí lektori. 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 průběžném udržování know-how je tak nutné věnovat náležitou péči právě základním principům intervence.

## Příběh výzkumníků

Poslední pohled na evaluaci pilotní fáze programu GLM představuje reflexe samotného procesu evaluace ze strany evaluátorů, a to za účelem zachytit zkušenosti z tohoto výzkumu pro využití při evaluaci podobných intervencí v podobných kontextech.

Dvoučlenný evaluační tým strávil práci na evaluaci GLM s různou mírou intenzity přes čtyři roky. V rámci přípravy designu evaluace bylo nejprve nutné se v rámci vedení celého projektu shodnout na tom, že máme ambice provést kvalitní rigorózní výzkum, k čemuž ze strany Vězeňské služby nejprve panovala jistá nedůvěra plynoucí ze špatných zkušeností s nekvalitními evaluacemi prováděnými v rámci projektů neziskového sektoru. Po překonání počátečních rozporů se začala velmi rychle projevovat dobrá odborná synergie v rámci týmu, která umožnila připravit v rámci možností kvalitní evaluační design.

Dlouhodobý charakter projektu, a především příprava evaluace ruku v ruce s přípravou samotného projektu umožnila připravit ambiciózní kvaziexperimentální design, v rámci kterého byl výzkumným účelům částečně přizpůsoben i způsob náboru účastníků, včetně vytvoření kontrolních skupin. Od samého počátku mohla být také ošetřena právní stránka využívaných dat, a to skrze informovaný souhlas účastníků.

Jako v zásadě dobrá volba se ukázalo rozhodnutí využít pro zkoumání rizika násilného chování standardizované psychologické nástroje, kde jejich síla je v robustním designu, dostupnosti kvalitního metodologického popisu, existující zkušenosti s daným nástrojem, dobré interpretovatelnosti a možnosti srovnání s referenční populací. Použití těchto nástrojů však nebylo bez problémů.

Sběr dat probíhal z úrovně odborných pracovníků věznic. Přestože jsme od počátku věnovali pozornost dobrému vysvětlení souvislostí i proškolení tazatelů, neobešlo se to bez problémů.

V případě HCR-20 a PCL-R se projevilo, že jde o nástroje částečně 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). V rámci průběžné kontroly sbíraných dat jsme identifikovali některé problematické praktiky, na jejichž základě jsme se rozhodli nepoužít post-testová data ze dvou věznic u první kohorty. Pravděpodobně zde došlo k chybnému uvažování „když jde o kontrolní skupinu, tak by u nich nemělo docházet ke změně“. 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 už byla kompletně využitelná.

U MMPI-2 se projevovala jeho náročnost pro respondenty, kdy pro některé účastníky projektu bylo vyplnění 567 položkového inventáře za hranou jejich schopností (a někteří připomínali, že právě toto testování bylo na celé účasti v projektu to nejhorší). V kombinaci s někdy problematickou administrací nástroje (nedostatečná motivace, skupinová administrace, neprovedená kontrola vyplnění) to vedlo k poměrně vysokému výskytu nevalidních vyplnění. Z analýz pak vyplynulo, že významnou příčinou vypadávání osob ze sledovaného vzorku (*attrition*) nebyl jen odchod ze samotné terapie, ale často i ochota (nebo schopnost) přistoupit odpovědně k post-testu. MMPI-2 se tak ukazuje jako částečně



problematický nástroj měření (alespoň z hlediska toho, nakolik vyhovuje možnostem spolupráce cílové skupiny). I zde jsme v průběhu projektu přijímali opatření ke zlepšení kvality administrace MMPI-2.

Problémy na úrovni sběru dat jsou detailněji popsány v průběžných evaluačních zprávách (Kváča a Gottwaldová 2020; 2021a; 2022). Je nutné přiznat, že náročnost sběru dat ve vězeňském prostředí jsme poněkud podcenili. Limity některých pracovníků věznic při práci se standardizovanými psychologickými nástroji pak byli nepříjemným překvapením i pro zástupce Generálního ředitelství VS ČR v realizačním týmu.

Naopak velmi pozitivně se projeví vlastnosti standardizovaných nástrojů v momentu interpretace výsledků, kde se velmi osvědčily intenzivní konzultace s odborníky na psychologii pachatelů trestné činnosti.

Jednoznačně pozitivně lze hodnotit i možnost využití administrativních dat o kriminální recidivě, kdy jsme relativně levně a rychle a bez potřeby velmi problematického sběru primárních dat od cílové skupiny po propuštění získali velmi kvalitní a pro zkoumaný problém zcela zásadní data o případném znovuvěznění účastníků v období po propuštění. Podobně dobrá zkušenost je i s administrativními daty z IS ESF, byť zde jsou omezena anonymizací ze strany MPSV, jakkoliv jsme disponovali informovaným souhlasem účastníků, který zahrnoval i možnost získání těchto dat v neanonymizované podobě.

Po technické stránce lze zmínit, že sběr dat probíhal s využitím databáze Salesforce. Prvotní čištění dat a některé dílčí analýzy proběhly v programu MS Excel s využitím vlastních maker napsaných v jazyce Visual Basic. Většina hlavních analýz byla provedena ve statistickém programu Stata 16.1 s využitím balíčku pro Propensity Score Matching (Leuven a Sianesi 2003).

Evaluace byla v průběhu projektu pozitivně přijímána realizačním týmem (ať už na centrální úrovni nebo v jednotlivých věznicích), velmi pozitivní ohlasy pak jsou na ni ze strany německých kolegů, kteří dle vlastních vyjádření podobně kvalitní evaluací vlastních programů zacházení nedisponují.

Z hlediska zkušeností z výzkumu tak lze shrnout, že se pozitivně projevil přístup donora (MPSV) v oblasti sociálních inovací požadující paralelní řešení samotné intervence i její evaluace, ojedinělý byl čtyřletý časový rámec a v zásadě se osvědčilo využití standardizovaných nástrojů i administrativních dat.

## Doporučení

Z provedeného evaluačního výzkumu plyne několik hlavních doporučení adresovaných především Vězeňské službě ČR:

- (1) Zařadit GLM mezi standardizované programy v českých věznicích a nabízet ji populaci vězňů se sklonem k násilí.
- (2) Vytvořit specializovaná oddělení pro účastníky terapie s maximalizací možnosti souběžného zaměstnání a účasti na terapii.
- (3) Vyhnout se skupinám složeným převážně z účastníků s nízkým vzděláním a umístit účastníky s nízkým vzděláním v malém počtu (max. 2-3 osoby) do skupiny s převážně vzdělanějšími účastníky. (Za vzdělanější zde považujeme odsouzené, kteří absolvovali alespoň několik tříd střední školy.)
- (4) Dále rozvíjet systém školení a následné podpory pro terapeutů GLM. Je třeba zajistit možnosti vzájemné diskuse a sdílení zkušeností mezi různými terapeutickými skupinami v bezpečném prostředí. Základní principy GLM je třeba neustále připomínat.





- (5) Propojit účast v terapii s dalšími zdravými prvky v systému, především s doprovázením před, při a po propuštění.
- (6) Pro robustnější odhad efektů GLM na kriminální recidivy zanalyzovat administrativní data o recidivě s odstupem dalších cca 18-24 měsíců od stávající studie, tj. na přelomu let 2024-5, kdy již budou i účastníci třetí kohorty dostatečně dlouho na svobodě, aby bylo možné sledovat jejich kriminální recidivu.
- (7) Obecně zvyšovat kvalitu měření v rámci odborného zacházení, což obnáší, jak schopnost pracovníků věznic kvalitně pracovat se standardizovanými měřicími nástroji, tak organizační opatření umožňující takové formy rekrutace účastníků do pilotních programů, aby se minimalizovala možnost vzniku výběrového zkreslení.

### **Poděkování**

Je několik osob, bez kterých by provedená evaluace pilotní fáze GLM nikdy nebyla tak kvalitní. Na prvním místě děkuji Adele Gottwaldové za dlouholetou skvělou spolupráci při sběru, čištění a přípravě dat a pozitivní komunikaci se všemi, od koho jsme něco potřebovali. Za cenné postřehy k interpretaci výsledků a různým psychologickým souvislostem děkuji Václavu Jiříčkovi a Františku Drahému. Děkuji rovněž Jindřichu Hůrkovi za skvělou spolupráci a smysl pro detail při získávání administrativních dat o recidivě a také týmu Martina Dytrycha z MPSV za poskytnutí dat o zaměstnanosti. Celému realizačnímu týmu ve Volonté i v jednotlivých věznicích pak patří velké díky za jejich nasazení a vstřícnost.

## Přehled evaluačních výstupů

V souladu s evaluačním plánem byla v průběhu realizace projektů vydána řada evaluačních výstupů, které shrnuje následující tabulka.

Vyhodnocení advokační strategie (a odpovědi na evaluační otázku č. 5) je v samostatném dokumentu jiných autorů.

Tabulka 25 - 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.	Hotovo Březen 2023	Vladimír Kváča
Závěrečná evaluační zpráva (ZEZ)	Agregované výsledky post-testu 2 za všechny kohorty, odpovědi na EO1-4, doporučení, shrnutí.	Srpen 2023 (tato zpráva)	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
	Presentace ve věznici Brandenburg a na ministerstvu spravedlnosti spolkové země Braniborsko (22.-23.3.2023)		Vladimír Kváča
	Presentace na konferenci České evaluační společnosti, 15. června 2023, publikováno na webu ČES (Kváča 2023)		Vladimír Kváča
	Presentace pro GŘ VS a další stakeholdery na závěrečné konferenci projektu 27.června 2023, Hotel Fitzgerald, Praha.		Vladimír Kváča
	Kapitola „Evaluace pilotního průběhu GLM“ v Manuálu programu GLM (vychází s koncem projektu), GOOD LIVES MODEL. ÚPLNÝ MANUÁL PRO LEKTORY. Alteda, Praha 2023. ISBN: 978-80-908686-8-7		

## Použitá literatura

- Brogan, Andy, Gabriel Eichsteller, Melissa Hawkins, Hannah Hesselgreaves, Bridget Nurre Jennions, Toby Lowe, Dawn Plimmer, Vita Terry, a Guy Williams. 2021. *Human Learning Systems: Public Service for the Real World*. <https://realworld.report/>.
- Butcher, James N. 2011. *A beginner's guide to the MMPI-2, 3rd ed.* A beginner's guide to the MMPI-2, 3rd ed. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- 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.
- Douglas, Kevin S, Stephen David Hart, Christopher D Webster, Henrik Belfrage, Simon Fraser University, a Law Mental Health and Policy Institute. 2013. *HCR-20v3: Assessing Risk for Violence : User Guide*.
- Drahý, František, Jindřich Hůrka, a Michal Petras. 2018. *SARPO: charakteristiky odsouzených v českých věznicích : deskriptivní studie*.
- Hare, Robert D. 2014. *Hareho škála psychopatie - PCL-R, 2. vydání*. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Jiricka, Vaclav, Zuzana Podana, Michal Petras, a Jindrich Hurka. 2014. „Prediction of Offending: SARPO—The Czech Tool for Assessment of Offenders' Criminogenic Risk and Needs". *Journal of Criminology* 2014: 1–8. <https://doi.org/10.1155/2014/592341>.
- Jiříčka, PhDr. Václav, Mgr. Michal Petras, Mgr. Jindřich Hůrka, a Mgr. František Drahý. 2013. „Hodnocení kriminogenních rizik a potřeb odsouzených nástrojem SARPO". *Soudce* 2013 (10): 6.
- Kaplan, E. L., a Paul Meier. 1958. „Nonparametric Estimation from Incomplete Observations". *Journal of the American Statistical Association* 53 (282): 457–81. <https://doi.org/10.2307/2281868>.
- Khandker, Shahidur R., Gayatri B. Koolwal, a Hussain A. Samad. 2010. *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices*. Washington, D.C: World Bank.
- Kváča, Vladimír. 2019. „Evaluační plán projektu „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství“". Praha: Volonté Czech.
- . 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*. Roč. VIII. Stráž pod Ralskem: Akademie Vězeňské služby České republiky. <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/akademie-vs-cr/ostatni/publikace/220509-sbornik-penologicke-dny-2021-final.pdf>.
- . 2022. „Aplikace Good-Lives-Modelu v českém vězeňství: Aktuální průběžné výsledky evaluace projektu". In . Praha: Česká evaluační společnost. [https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20Konference%202022/Prezentace/Kv%C3%A1%C4%8Da%20Inovace\\_GLM.pdf](https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20Konference%202022/Prezentace/Kv%C3%A1%C4%8Da%20Inovace_GLM.pdf).
- . 2023. „Slasti a strasti kvaziexperimentu". Konferenční příspěvek prezentováno v Konferenci České evaluační společnosti 2023, Praha, červen 15. <https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20Konference%202023/Prezentace/B6%20Kv%C3%A1%C4%8Da%20Slasti%20a%20strasti%20kvaizexperimentu.pdf>.
- Kváča, Vladimír, a Adela Gottwaldová. 2020. „První průběžná evaluační zpráva GLM". Volonté.
- . 2021a. „Druhá průběžná evaluační zpráva GLM". Volonté Czech.
- . 2021b. „Závěrečná evaluační zpráva projektu Společně na svobodu". RUBIKON Centrum. [https://www.rubikoncentrum.cz/wp-content/uploads/2021/01/ZEZ\\_Rubikon\\_SNS\\_1\\_0.pdf](https://www.rubikoncentrum.cz/wp-content/uploads/2021/01/ZEZ_Rubikon_SNS_1_0.pdf).
- . 2022. „Třetí průběžná evaluační zpráva GLM". Volonté.
- Leuven, E., a B. Sianesi. 2003. „PSMATCH2: Stata module to perform full Mahalanobis and propensity score matching, common support graphing, and covariate imbalance testing". <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s432001.html>.
- Mertl, Jiří. 2020. „„Musíte makat a poslouchat, no“: Vězení, potlačování autonomie a responsabilizace u vězňených a propuštěných osob v ČR". *Czech Sociological Review* 56 (4): 523–53. <https://doi.org/10.13060/csr.2020.017>.
- Patrick, Christopher J. 2005. *Handbook of Psychopathy, First Edition*. Guilford Press.
- Pawson, Ray, a Nick Tilley. 1997. *Realistic Evaluation*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC: SAGE Publications. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/realistic-evaluation/book205276>.
- Ptáček, Radek, a Jan Veveřa. 2016. *HCR-20 - Hodnocení rizika násilného chování, Verze 2 : Příručka pro management rizika násilného chování*. 1. české vydání. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Statistická ročenka Vězeňské služby 2022*. 2023. Roč. 2022. odbor správní Generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky. <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/statistiky/rocenky/statisticka-rocenka-vezenske-sluzby-ceske-republiky-za-rok-2022.pdf>.
- Storch, Maja, Frank Krause, a Julia Weber. 2022. *Selbstmanagement – ressourcenorientiert: Theoretische Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®)*. Hogrefe AG.
- ToP Network. 2021. „Consensus Workshop". ToP Network. 2021. <https://www.top-network.org/facilitate-consensus-workshop>.
- Ward, Tony. 2022. „The Good Lives Model of Offender Rehabilitation - Home". 2022. <https://www.goodlivesmodel.com/>.