

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Dizertační práce

PhDr. Petra Skřivánková

Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

*Selected Psychological Characteristics in Violence Risk Assessment
in Youth in the Czech Republic*

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.

Konzultant: PhDr. Hedvika Boukalová, Ph.D.

Praha 2022

Prohlašuji, že jsem dizertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 21. dubna 2022

.....

PhDr. Petra Skřivánková

Ráda bych poděkovala vedoucí své dizertační práce doc. PhDr. Iloně Gillernové, CSc. a odborné konzultantce PhDr. Hedvice Boukalové, Ph.D. za vstřícnost, trpělivost, ochotu a podnětné vedení.

Dále děkuji všem ředitelům a zaměstnancům zařízení, rodičům a zejména adolescentům, kteří se výzkumu zúčastnili.

Za plodné diskuse, poskytnutou literaturu a za odborné rady bych ráda poděkovala prof. Dereku Perkinsovi, PhD., MUDr. Marku Pávovi, PhD. a prof. MUDr. Ivu Pacltovi, CSc.

Za proškolení v používání nástroje SAVRY a za odbornou konzultaci také velmi děkuji prof. Jane L. Ireland, PhD. a Dr. Carol Ireland, PhD., MBA.

Speciální poděkování patří PhDr. Markétě Hrdličkové, Ph.D., bez jejíž motivačních rozhovorů by tato práce nikdy nevznikla.

Závěrem velice děkuji své rodině, bez jejíž podpory by tato práce zůstala nedokončena.

Abstrakt

Hlavním cílem této dizertační práce je představení procesu posuzování rizika páčání násilí u mladistvých, jehož důležitou součástí je standardizace nástroje SAVRY k tomuto účelu konstruovanému. V teoretické části jsou objasněny pojmy důležité pro pochopení celého kontextu posuzování rizika páčání násilí u mladistvých. Konkrétně jde o popis vývojových období pubescence a adolescence, o agresi a násilí páchaných v těchto vývojových obdobích, o samotný proces posuzování rizika páčání násilí, o jeho vývoj a o současný stav v České republice. Dále jde o představení vybraných protektivních a kriminogenních faktorů rizika páčání násilí u mladistvých a nástrojů k tomuto účelu sloužících. V empirické části je popsán celý proces standardizace škály SAVRY, tedy výběr vzorku a jeho charakteristika, postup výzkumu, sběr, zpracování a interpretace dat. V českém prostředí, podobně jako je tomu i v zahraničí, byla prokázána efektivita tohoto nástroje v měření rizika páčání násilí u adolescentů mužského i ženského pohlaví. Tato práce nabádá k unifikaci a standardizaci celého procesu posuzování rizika páčání násilí adolescentů v České republice a zároveň je standardizací nástroje SAVRY usnadňuje.

Klíčová slova: SAVRY, rizikové faktory, protektivní faktory, posuzování rizika páčání násilí, mladiství.

Abstract

A description of risk assessment of juvenile violent offending is the main goal of the submitted doctoral thesis. A standardization of a tool SAVRY used for risk assessment of juvenile violent offending is an important part of this paper. Important concepts for understanding of the whole process of violence risk assessment within juveniles are explained in a theoretical part of the submitted doctoral thesis. Specifically, it is a description of developmental periods of pubescence and adolescence, and aggression and violence committed in these developmental periods, the process of violence risk assessment, its development and the current state in the Czech Republic. It is also a presentation of selected protective and criminogenic factors of the violence risk assessment among youth and tools used for this purpose. The whole process of standardization of the scale SAVRY (sample selection and its characteristics, research process, data collection, processing and interpretation) is described in the empirical part of this doctoral thesis. It was found out that the tool SAVRY is effective tool for violence risk assessment among male and also female youth in the Czech Republic, similar to results in many other countries. This doctoral thesis encourages the unification and standardization of the whole process of violence risk assessment among youth in the Czech Republic and at the same time facilitates it by standardizing the tool SAVRY.

Keywords: SAVRY, risk factors, protective factors, violence risk assessment, juveniles

Obsah

Úvod	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1 Specifika vývojového období dospívání v kontextu problematiky posuzování rizika páchání násilí.....	4
1.1 Pubescence a adolescence jako vývojová období	4
1.1.1 Biologické hledisko.....	5
1.1.2 Socio-emoční hledisko	5
1.1.3 Kognitivní hledisko	8
2 Agrese a násilí u mladistvých v kontextu posuzování rizika páchání násilí.....	9
2.1 Definice agrese a násilí	9
2.1.1 Agrese	9
2.1.2 Násilí	10
2.2 Agrese u mladistvých.....	12
2.3 Násilí u mladistvých.....	13
3 Proces posuzování rizika páchání násilí	15
3.1 Vývoj posuzování rizika páchání násilí	15
3.2 Posuzování rizika páchání násilí v České republice	16
3.3 Vývojové a klinické aspekty posuzování rizika páchání násilí.....	17
3.3.1 Attachment	18
3.3.2 Syndrom CAN.....	20
3.3.3 Porucha pozornosti a hyperkinéza	21
3.3.4 Poruchy chování.....	22
3.3.5 Vliv vrstevníků a sociálního prostředí	24
3.4 Vybrané rizikové faktory páchání násilí u mladistvých.....	25
3.4.1 Absence teorie mysli	26
3.4.2 Porucha osobnosti	27
3.4.3 Sebepoškozování.....	29
3.5 Vybrané protektivní faktory páchání násilí u mladistvých	32
3.5.1 Faktory související s resiliencí	33
3.5.2 Motivační faktory.....	34
3.5.3 Vztahové faktory	37

3.5.4	Externí faktory	37
3.6	Nástroje posuzování rizika páčání násilí u mladistvých	38
3.6.1	Škála na posouzení rizika páčání násilí u adolescentů SAVRY	39
3.6.2	Posouzení protektivních faktorů rizika páčání násilí u mladistvých SAPROF-YV	44
3.6.3	Protokol posouzení rizika páčání sexuálního násilí u mladistvých J-SOAP-II.....	46
3.6.4	Časné posouzení rizik pro chlapce EARL-20B a dívky EARL-21G.....	48
3.6.5	Inventář řízení rizik pro mladistvé YLS/CMI.....	51
4	Strategie řízení rizik násilného chování u adolescentů	54
4.1	Role psychoterapie v rámci řízení rizik násilného chování u adolescentů.....	55
	EMPIRICKÁ ČÁST	60
5	Výzkumný projekt a jeho charakteristika	60
5.1	Cíle výzkumu a výzkumné předpoklady.....	61
5.2	Výběr vzorku.....	62
5.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	64
5.3.1	Věkové rozložení	64
5.3.2	Typ zařízení.....	65
5.3.3	Násilný čin v anamnéze	65
5.4	Postup výzkumu	66
5.4.1	Shromáždění a analýza dat.....	68
5.5	Postup sběru dat	69
6	Zpracování dat.....	71
7	Výsledky a interpretace.....	72
7.1	Pilotní výzkum	72
7.2	Celý výzkumný soubor	73
7.2.1	Reliabilita	74
7.2.2	Validita.....	75
7.2.3	Faktorová analýza	79
7.2.4	Násilí a osobnostní vlastnosti.....	81
7.2.5	Násilí a protektivní faktory	82
8	Diskuse.....	89
8.1	Srovnání výsledků s předchozími výzkumy	89
8.2	Limity výzkumu	92

8.2.1	Zkreslení výsledků škály SAVRY	92
8.2.2	Složení vzorku.....	94
8.3	Směrování dalšího výzkumu a praxe	94
Závěr	97
Literatura	99
Seznam tabulek	117
Seznam grafů	119

Úvod

Jak je predikce rizika páchaní násilí důležitá, ukazují nejen medializované případy násilného napadení, jako je např. kontroverzně diskutovaný případ žháře z Bohumína. Tuto potřebu vidíme každý den v psychiatrickém zařízení, kde se lékař rychle musí rozhodovat, zda je daný pacient nebezpečný sobě či okolí posuzuje tedy nejen pravděpodobnost autoagrese u daného pacienta, ale i pravděpodobnost heteroagresivního jednání. Závažným tématem je posuzování rizika páchaní násilí i v oblasti nezletilých jedinců, tedy např. ve výchovných ústavech, kde se tamější pracovníci setkávají s napadením od mladistvých (obzvláště když se jedná o adolescenty, kteří již násilný čin v minulosti spáchali).

Jako další zařízení můžeme zmínit věznice, ale i školy. Takto bychom mohli pokračovat dlouhým výčtem léčebných i resocializačních institucí, pro něž je diagnostika násilí důležitá. Jsou to zařízení zdravotnická, ale i ta sociální, která pracují s jedinci, u nichž by se násilné jednání mohlo vyskytnout, popř. se vyskytlo v minulosti, bez ohledu na jejich věk, jako jsou např. dětské domovy.

Jednotný postup pro posuzování rizika páchaní násilí však nebyl v České republice doposud ustanoven. I proto je důležité tuto situaci zmapovat a podílet se na spoluvytváření unifikovaného, transparentního a standardizovaného přístupu k této problematice. Aktuálně se o vytvoření metodiky pro nově vznikající forenzní multidisciplinární týmy a o přípravu podmínek pro implementaci nástrojů na posuzování rizika páchaní násilí do českého prostředí snaží skupina KA-5 vzniklá pod Ministerstvem zdravotnictví České republiky v rámci projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné. Abychom se přiblížili zahraničnímu trendu, je vhodné posunout posuzování rizika páchaní násilí *ad hoc* k posuzování této problematiky pomocí standardizovaných nástrojů, jakými jsou např. HCR-20 (Historical/Clinical/Risk Management Scheme) pro dospělou populaci či SAVRY (Structured Violence Risk Assessment in Youth) pro populaci adolescentní. V České republice jsou již implementovány dva efektivní nástroje zacílené na zmapování rizik páchaní násilí. Prvním nástrojem je tzv. SARPO vyvinuté Vězeňskou službou České republiky a konstruované pro hodnocení kriminogenních rizik a potřeb odsouzených dospělých jedinců (Jiříčka et al., 2013). O jeho implementaci se zasadil vedoucí psycholog Generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky PhDr. Václav Jiříčka, Ph.D. V rámci posouzení rizika páchaní násilí pro dospělé pak u nás bylo ve spolupráci s nakladatelstvím Testcentrum implementováno druhé vydání škály HCR-20 pod vedením profesora lékařské psychologie

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

PhDr. Radka Ptáčka, Ph.D. Stále zde však chyběl standardizovaný nástroj na posouzení rizika páchání násilí pro mladistvé.

V teoretické části budou nejprve popsána specifika vývojového období dospívání v kontextu problematiky posuzování rizika páchání násilí, přičemž budou vysvětlena hlediska biologické, socio-emoční i kognitivní u vývojových období pubescence a adolescence. Dále bude práce zaměřena na objasnění pojmů agrese a násilí, a to právě v kontextu výše zmíněných vývojových období. Také bude popsán samotný proces posuzování rizika páchání násilí s důrazem na jeho vývoj a na aktuální stav v České republice. Vzhledem k důležitosti zachycení potenciálních rizikových faktorů již v dětství jsou v této práci specifikovány vývojové a klinické aspekty posuzování rizika spáchání násilí. Konkrétně se jedná o ranou citovou vazbu neboli attachment, o syndrom CAN (child abuse and neglect), tedy o zneužívání, zanedbání a týrání v dětství, dále o poruchy chování, poruchu pozornosti a hyperkinézu a také o vliv vrstevníků a sociálního prostředí. I tyto aspekty je důležité posoudit při hodnocení rizika páchání násilí u mladistvých. V návaznosti na vývojové a klinické rizikové faktory budou popsány další vybrané faktory posuzování rizika páchání násilí u mladistvých, a to jsou absence teorie mysli, diagnóza poruchy osobnosti, automutilace, užívání drog a alkoholu a výchovný styl. Když je pojednáváno o rizikových faktorech, musejí být zmíněny i faktory protektivní, tedy ty, které riziko páchání násilí snižují (Garmezy, 1993). Konkrétně budou popsány protektivní faktory motivační, vztahové a externí a také resilience neboli nezdolnost. Teoretická část této dizertační práce bude uzavřena popisem jednotlivých nástrojů, které slouží k posuzování rizika páchání násilí u mladistvých či u dětí. Specifikována bude struktura a způsob užití u škály SAVRY posuzování rizika páchání násilí u mladistvých, jejíž standardizací se tato práce zabývá. Dále se bude jednat o nástroj k popisu posouzení protektivních faktorů rizika páchání násilí u mladistvých SAPROF-YV (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk – Youth Version), protokol pro posouzení rizika páchání sexuálního násilí u mladistvých J-SOAP-II (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II), nástroje pro časně posouzení rizik pro chlapce EARL-20B (The Early Assessment Risk Lists for Boys) a dívky EARL-21G (The Early Assessment Risk Lists for Girls) a inventář řízení rizik pro mladistvé YLS/CMI (The Youth Level of Service/Case Management Inventory).

V empirické části této dizertační práce pak bude popsán výzkumný projekt zaměřený na proces posuzování rizika páchání násilí u adolescentů v České republice. V rámci tohoto

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

kontextu bude popsán proces standardizace škály SAVRY, která byla právě k tomuto účelu konstruována. Představen bude kvantitativní výzkum. Pozornost bude věnována měření inter-rater reliability, souběžné validity i faktorové analýze škály SAVRY. Presentovány budou výsledky měření škály SAVRY, ale i škály agresivity SADSS (škála agresivity Dolejš, Suchá a Skopal), posuzovací škály pozornosti a chování Conners 3 a osobnostního dotazníku pro mládež HSPQ (The High School Personality Questionnaire). Prověřovány budou výzkumné otázky a hypotézy týkající se efektivity měření nástroje SAVRY a typického profilu násilných mladistvých. V závěru práce pak budou zhodnoceny limity proběhlého výzkumu a uvedena doporučení možných intervencí v rámci dalšího výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Specifika vývojového období dospívání v kontextu problematiky posuzování rizika páčání násilí

Tato dizertační práce se snaží upozornit na důležitost právě puberty a adolescence neboli období dospívání jako vývojových období v rámci posuzování rizika páčání násilí. Je tedy vhodné toto období nejdříve popsat a specifikovat, aby bylo jasné, v jakém kontextu posuzování míry rizika páčání násilí u mladistvých probíhá a proč je např. vhodné opakovat hodnocení rizika páčání násilí při práci s mladistvými častěji než u dospělých (Borum, Bartel, & Forth, 2006).

1.1 Pubescence a adolescence jako vývojová období

Období dospívání, kam patří pubescence a adolescence, může být vymezeno z hlediska biologického, psychického i sociálně-vztahového. Z hlediska časového se vymezení období dospívání u jednotlivých autorů různí. Např. Macek (2003) rozděluje toto období do tří etap: časná adolescence (11–13 let), střední adolescence (14–16 let) a pozdní adolescence (17–20 let). Langmeier a Krejčířová (2006) dělí období dospívání na pubescenci, tedy období prepuberty (11–13 let) a puberty (13–15 let), a adolescenci (15–20/22 let). Věk 22 let se již může označit jako nastupující dospělost, tzv. emerging adulthood (Arnett, 2000). Období prepuberty se vyznačuje rozvojem sekundárních pohlavních znaků a končí nástupem menarche u dívek a první emisí semene u chlapců. Období puberty pak trvá do dosažení reprodukční schopnosti, tedy přibližně do 15 let věku. V období adolescence pak jedinci postupně dosahují plné reprodukční zralosti a dokončuje se u nich tělesný růst. Tělesný růst je nerovnoměrný, jedná se o tzv. druhou proměnu tělesné stavby. Období adolescence je poměrně dlouhým úsekem (Langmeier & Krejčířová, 2006). Někdy je také nazýváno obdobím psychosociálního moratoria. Autorem tohoto pojmu je Erikson (2015), přičemž si pod ním lze představit „chráněný prostor“ pro experimentování s novými rolmi, chováním a zkušenostmi. Rizikem tohoto vývojového období je však vznik delikventního či násilného chování jako reakce na zmatení rolí, které Erikson v tomto vývojovém období popisuje. Zároveň se mohou u dospívajících vyvinout např. poruchy příjmu potravy, může se u nich začít rozvíjet závislost na návykových látkách, ojediněle se může rozvinout i psychotický stav či deprese (West, 2002).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Obecně se jedná o životní etapy, během nichž dochází k řadě významných změn a k výraznému, někdy i bouřlivému vývoji. V rámci ontogeneze dochází k celkovému fyzickému a psychickému rozvoji. Z hlediska psychického je dominantním znakem emoční labilita a nástup formálně abstraktního myšlení. Z hlediska sociálního je u mladistvých důležitá profilová volba, tedy volba střední školy, kam nastoupí. Ta mnohdy určí směr budoucího povolání, ev. učebního oboru, či zaměstnání. Významným okamžikem je i obdržení občanského průkazu v 15 letech. Důležité je v tomto kontextu upozornit na otázku sekulární akcelerace, čímž je míněno zrychlení vývoje v kulturním kontextu. Dospělosti je dosahováno později u obou pohlaví v oblasti psychické i sociální. Mladiství často ještě do 26 let věku studují, a tudíž se dokážou sami o sebe plně postarat až později. Nicméně v oblasti tělesné je vývoj zrychlen, objevuje se dřívější nástup menarche a dřívější fyzická zralost, na čemž mají podíl např. lepší strava, lékařská péče, sluneční záření či lepší hygienické podmínky. Objevuje se také Flynnův efekt, tedy nárůst inteligenčního kvocientu o 10 bodů za období 30 let (Langmeier & Krejčířová, 2006). Nicméně důležité je poznamenat, že se objevují výzkumy, které naznačují, že Flynnův efekt už u další generace nepokračuje (Bratsberg & Rogeberg, 2018).

1.1.1 Biologické hledisko

Z hlediska biologického jsou důležité známky pohlavního zrání. Objevují se první sekundární pohlavní znaky, u dívek ve věku 8–15 let, u chlapců je to o něco později, tedy ve věku 9–17 let. Dalším typickým znakem je znatelná akcelerace růstu, jedná se o tzv. druhý růstový spurt (k prvnímu dochází v mladším školním věku). V rámci tohoto období se u mladistvých setkáváme s dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a s dokončením tělesného růstu, přičemž konec tohoto vývojového období je definován neurčitě. U dospívajících se zvětšuje síla a hbitost, koordinace dosahuje maxima, často se u nich můžeme setkat s kladným vztahem ke sportu. Vztah ke svému tělu může být až narcistický, atraktivita je v tomto období předpokladem sociální kompetence (West, 2002).

1.1.2 Socio-emoční hledisko

Z hlediska socio-emočního vývoje je období dospívání považováno za období emoční lability či období krizí a bouří. Pubescenti jsou známí svým negativismem, nachází se totiž v tzv. fázi druhého vzdoru, jak je někdy pubescenci přezdíváno. Je pro ni charakteristická absolutní morálka. Dochází také ke kolísání aktivační úrovně, kterou je možné si představit tak,

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

že velice intenzivní aktivita mladistvých je střídána nechutí k vykonávání čehokoliv. U dospívajících probíhají hormonální změny, které samy o sobě přispívají k nárůstu emočního zmatku, přičemž změny vlastních pocitů mohou být překvapivé nejen pro okolí dospívajícího, ale i pro něj samotného. Emocionální reagování je v tomto věku často méně přiměřené podnětu, kterému je pubescent či adolescent vystaven. Prožívání mladistvých je intenzivní, avšak proměnlivé, i proto je těžko předvídatelné, jak bylo zmíněno výše. S emoční nestálostí se mohou objevit i potíže s koncentrací pozornosti, které dospívajícím mohou ztěžovat proces učení. Objevuje se také emoční egocentrismus. Dospívající zažívají nechuť ventilovat své prožitky navenek, ubývá u nich otevřenosti a bezprostřednosti. Emoční labilita bývá největší na počátku dospívání, později ubývá. Emoční prožívání se postupně stabilizuje, dochází totiž k hormonálnímu vyrovnávání, buduje se citová zralost, emoce se postupně diferencují (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V rámci socializace se u dospívajících setkáváme s navazováním vztahů s vrstevníky, kteří jsou pro ně čím dál tím významnější a slouží jako opora pro vlastní identitu. Zároveň dochází k rozvolňování závislosti na rodičích, tj. probíhá proces emancipace, jenž je nutný pro osobní zrání. Vztahy s rodiči jsou konfliktní, nicméně neshody se týkají většinou nastavených pravidel či příkazů, nikoliv základních hodnot, které rodina mladistvému od dětství vštěpovala. Ke konci adolescence se vztahy s rodiči ustalují a opětovně se stabilizují. Výše zmíněný negativismus a vzdor charakteristický pro toto období tak má pozitivní funkci, mladistvému pomáhá v hledání nových vztahů a svého místa ve společnosti. Mladistvý získává prostor pro sociální učení a připravuje se na navazování a udržování emočních vztahů v dospělosti. Dospívající si vytváří postavení ve skupině vrstevníků a zároveň si osvojuje pohled na svou osobní svobodu. Stežejní jsou otázky typu „Kdo jsem?“ a „Kam směřuji?“ Dojít však může i k adolescentní krizi. V tomto vývojovém období také dochází k hledání sexuálního partnera, zároveň se ukončuje povinná školní docházka, hledá se budoucí profesní zaměření a získává se občanský průkaz (Langmeier & Krejčířová, 2006; West, 2002).

Co se týče morálního vývoje, hovoří Kohlberg (Gibbs, 2019) o postkonvenčním stadiu, které u jedinců nastává kolem 12 let věku. Mladiství mají tendenci vnímat svět černobíle a odmítat kompromisní řešení. Sami si vybírají hodnoty, vůči nimž budou loajální, zároveň předpokládají, že se na nich mohou dohodnout všichni lidé. Postkonvenční stadium morálky je děleno dle jejího vnímání adolescentem. Je pojímána jako společenská smlouvy, kdy mladistvý uznává práva jednotlivce a společnosti, jednání posuzuje z hlediska obecného dobra.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Zákony jsou pro člověka, nikoliv člověk pro zákony, což znamená, že jsou změnitelné. Dále je pojmána jako něco, co vyplývá z univerzálních etických principů, kdy dospívající jedná podle vlastních etických principů a chová se tak, aby sám sebe nemusel odsuzovat. Takové mravní principy, které platí pro něj, platí i pro druhé. Adolescent hledá světonázor, může se u něj objevovat i sklon k ideologiím. Preferuje jednoznačná, intenzivní a absolutní řešení, která vedou k jistotě (Gibbs, 2019).

Výše zmíněný Erikson (2015) pojímá v tomto období za ústřední konflikt získání identity versus zmatení rolí. Ctností, která pak může být v tomto vývojovém období získána, je věrnost či poctivost. Hlavním vývojovým úkolem je tedy dosažení ego identity. Důležité je jak dosažení stability v oblasti sociální identity, tak i dosažení stabilní identity v osobní rovině. Pokud se toto mladistvému nepodaří, nemá jistotu o své vlastní roli. Dospívající totiž opouští dětské sebepojetí a snaží se vybudovat si nové, což má charakter krize, která je však pro vývoj důležitá. Rizikové ve vývoji je, když mladistvý takovou krizi ani neprožije a pasivně přejme hodnoty původní rodiny. Také se může stát, že daná krize je agravována a její znaky jsou zvýrazněny. Takto si adolescent nedokáže vytvořit novou identitu (Erikson, 2015). Poněkud odlišné pojetí uvádí Macek (2003), který dle R. J. Havighursta nevymezuje jeden hlavní úkol tohoto období, ale pojímá ho jako výčet vývojových úkolů, se kterými je třeba se pro optimální vývoj vyrovnat. Mezi tyto vývojové úkoly patří: změna vztahu k autoritám ve smyslu vzájemného respektu, spolupráce a autonomie, schopnost vytvářet a udržet vrstevnické vztahy a zkušenosti s erotickým vztahem ve smyslu přípravy na partnerský život, identifikace se svou sexuální rolí a přijetí svého těla a pohlavní role, schopnost využít abstraktní kognitivní operace v každodenní realitě, získání představy o svém budoucím povolání, o ekonomické nezávislosti, o vztahu ke světu a k životu či o budoucích prioritách, ujasnění hierarchie hodnot. Všechny tyto vývojové úkoly však nelze zvládnout naráz, a tak je mladiství odkládají, věnují se svým zájmům či experimentují. Jedná se o období tzv. psychosociálního moratoria (Erikson, 2015). Po konfliktu získání identity versus zmatení rolí se na konci adolescentního období jedinec setkává s dalším důležitým konfliktem, který je třeba vyřešit, a to s konfliktem mezi ziskem pravé intimity a izolací. Ctností, kterou je možné získat v tomto vývojovém období, je láska. Po vytvoření identity může člověk splynout s druhým v pravé intimitě ve vztahu, kde je pro jeho intimitu důležité respektovat kompromisy a přinášet jisté oběti. Pokud člověk procházející daným vývojovým obdobím tento konflikt úspěšně nezvládne, může mít sklon vyhýbat se intimním vztahům, může prožívat pocit izolace (Erikson, 2015).

Další periodizací, o které je vhodné se zde zmínit, je periodizace Freudova. Podle Sigmunda Freuda, zakladatele psychoanalýzy, je průběh životních stadií určován hlavně rozvojem sexuality v průběhu orálního, análního, falického a genitálního stadia. Rozdíly v zážitcích a zkušenostech, k nimž během těchto stadií dojde, hrají zásadní roli při vzniku různorodých osobnostních rysů. V kontextu období dospívání je důležité popsat genitální stadium, i když Freud se domníval, že výstavba osobnosti končí stadiem falickým. V tomto vývojovém období jsou u mladistvých aktivizovány sexuální pudy, jež byly v předchozím období, tedy v období latence, upozaděny. Dospívající tedy navazuje vztahy mimo rodinu. Co se týče sexuálního zájmu, opakuje se oidipovská volba, tedy mladý muž si volí ženu podobnou matce a mladá žena si volí za sexuálního partnera mladého muže podobného otci. Genitální stadium je dle Freuda stadiem ideálním. Může ho dosáhnout člověk, který efektivně zanalyzoval své konflikty a negenitální fixace. Je to tedy jedinec, který je heterosexuální, je bez touhy po závislosti, je výkonný, sám se sebou spokojený a vyrovnaný, je velkorysý a je plně socializovaný a adaptovaný. Je důležité zmínit, že dle Freuda si každý neseme z předchozích vývojových stadií nějaký konflikt, alespoň jeden (Prochaska & Norcross, 1999).

1.1.3 Kognitivní hledisko

Z hlediska kognitivního hovoří Piaget (1999) o etapě formálních neboli abstraktních operací, kam mladistvý dospívá přibližně ve 12 letech věku, přičemž vrchol tohoto období je kolem roku patnáctého. Jedná se o vrcholné stadium, zároveň je třeba poznamenat, že v dalším průběhu se myšlení může ještě zefektivňovat pomocí zkušeností a také lepšího sebeřízení. Neznamená to však, že automaticky všichni lidé budou myslet na této úrovni, např. jedinci s některými typy organických poškození do tohoto stadia vývoje kognitivních operací nedospějí. Mladiství již rozumí abstrakci a generalizaci, jsou schopni vytvářet kognitivní operace pouze v mysli a zároveň o nich samotných přemýšlet. Zvládají porovnávat různé alternativy řešení, aniž by si je museli vyzkoušet, dokážou již uvažovat pouze hypoteticky a jejich kognitivní procesy jsou systematictější. Dospívající již nejsou závislí na konkrétní realitě jako mladší školáci, jejichž myšlení se nachází ve stadiu konkrétních operací. S rozvojem abstraktních operací souvisí i změna strategie učení se. Adolescenti se již učí lépe na základě logických souvislostí, nepotřebují si učební látku pouze tzv. memorovat. Také používají účinnější strategie, které zapamatování usnadňují, a tedy si dokáží uložit i větší množství informací (Piaget, 1999).

2 Agrese a násilí u mladistvých v kontextu posuzování rizika páchání násilí

Pro bližší zkoumání procesu posuzování rizika páchání násilí u mladistvých je nutné definovat nejen vývojová období pubescence a adolescence, ale i pojmy agrese a násilí.

2.1 Definice agrese a násilí

2.1.1 Agrese

Vymezení tohoto pojmu bývá v literatuře různé. Např. může být agrese definována jako „... útočné chování, jehož účelem je něco nebo někoho poškodit“ (Isdal, 2017, s. 33). Isdal (2017) zároveň uvádí, že agrese se však nutně nemusí vztahovat k násilí. Jiní autoři (Jansen, Dassen, & Moorer, 1997) však popisují násilí jako extrémní formu agrese. Projevem násilí pak může být fyzické napadení či vražda. Důležité je užití moci a úmysl pachatele ublížit případné oběti. Při porovnání definic agrese a násilí se tedy snadno může stát, že se tyto dva pojmy někdy překrývají. Agresivní jednání je často popisováno jako destruktivní. V literatuře bývá agrese často dělena na dva subtypy, a to agresí impulzivní a instrumentální. První typ, tedy impulzivní, bývá někdy označován jako agrese afektivní, žhavá či reaktivní. Jak již název napovídá, tento subtyp agrese vzniká na základě očekávání nějaké hrozby či provokace, přičemž se nemusí jednat o skutečnou hrozbu či provokaci. Důležité ale je, že agresor jednání druhé osoby či lidí takto percipuje. U agresora se pak objevuje zvýšený arousal a reakci doprovází hněv, vztek či strach. Může se jednat o vztekem motivovanou odplatu. Tento typ agresorů má pak tendenci připisovat hostilní záměr jednání ostatních, objevuje se tzv. hostilní atribuce. Někteří z těchto agresorů v dětství prožili fyzické týrání (Dutton & Hart, 1992). Druhým subtypem je agrese instrumentální, též nazývaná jako proaktivní, chladná či predátorská. Jedná se o kontrolovanou agresí, cílenou, která není nijak vyprovokována. Agresor se tak svým jednáním snaží dosáhnout určitého cíle. Zde se pak nejedná o agresory jednající pod vlivem vysokého arousalu, ani o agresivní činy doprovázené velkým hněvem či strachem. U těchto jedinců, kteří jsou instrumentálně agresivní, je důležité přesvědčení o účinnosti agresivního jednání, tj. že agrese povede k vytouženému cíli. Často tak byli učeni v rodině, kde se vyskytoval alespoň jeden agresivní vzor (Dodge, 1991). Rozdělení na tyto dva subtypy agrese však neznamená, že by se oba nemohly vyskytovat u jednoho agresivního jedince současně. Pro hodnocení rizika páchání násilí je pak velice důležité pozorovat, jaký typ agresivního jednání se u daného jednotlivce v minulosti vyskytl,

protože právě takový typ jednání pak může být očekáván i v budoucnu (Borum et al., 2006). Podobně jako je dělena agrese na reaktivní a instrumentální, Dutton (2013) rozlišuje dva typy násilníků. Prvním typem jsou násilníci se zvýšeným arousalem, kteří páchají agresi reaktivní. Pro ně je typický častý vztek, neovládaná afektivita, náladovost a emoční labilita. V anamnéze mohou mít tyto jedinci diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti a také přítomnost dezorganizované rané vazby dle teorie attachmentu J. Bowlbyho (2010). Druhým typem násilných jedinců jsou jedinci se sníženým arousalem, u nichž byla zaznamenána nízká míra obav i vzteku a celkově nízká míra afektivity. Schopnost reflexe pocitů je u nich zachována, nicméně schopnost empatie je snížena. U tohoto typu násilných jedinců jde při páchání násilí o prožitek pocitu kontroly. Často se u nich v anamnéze vyskytuje vyhybavá raná vazba (Adshead, Moore, Humphrey, Wilson, & Tapp, 2013).

Agrese pak může být ještě dělena na autoagresi, tj. agresi vztahující se k vlastní osobě, a heteroagresi, která je namířena vůči jiným lidem (Jansen et al., 1997). Obě budou blíže popsány v kapitolách 2.2 a 2.3.

2.1.2 Násilí

Pojem násilí je stejně jako agrese definován v literatuře různě. Např. může být násilí pojímáno jako „... jakékoliv užití fyzické moci za účelem ublížení druhému“ (Isdal, 2017, s. 30), kde je definice vztahována pouze na násilí fyzické. Nicméně je důležité zmínit, že násilí existuje nejen ve formě fyzické, ale i ve formě psychické. Dále můžeme rozlišovat násilí materiální, sexuální, latentní či domácí. Podstatou násilného jednání je dle Isdala (2017) užití moci. Násilí je cílesměrné chování spojené se způsobením fyzické či psychické újmy. Douglas, Hart, Webster a Belfrage (2013), autoři škály na posuzování rizika páchání násilí u dospělých HCR-20, 3. verze (HCR-20 III), pojímají za násilné činy dokonce všechny, které by mohly vyústit v kriminální či občanskou sankci, tedy např. únos či stalking. Často se stává, že autoři určitého nástroje na posouzení míry rizika páchání násilí vymezují definici násilí v manuálu pro použití dané metody, aby se pro hodnotitele ustanovil jasný konsensus (Skřivánková, 2020c). Vzhledem k tomu, že v empirické části této dizertační práce bude ověřována validita a reliabilita nástroje SAVRY na posouzení rizika páchání násilí u mladistvých, bude zde uvedena definice násilí právě z manuálu pro používání uvedené škály. Násilí je dle autorů této příručky definováno jako „... a) ublížení na těle či fyzické násilí, které je dostatečně závažné, aby způsobilo zranění druhé osobě nebo osobám (např. řezné rány, modřiny, zlomené kosti, smrt), bez ohledu na to, zda skutečně dojde ke zranění; b) jakýkoli násilný čin sexuálního

napadení; c) hrozba, která byla učiněna se zbraní v ruce. Obecně mají být tyto činy natolik závažné, aby vyústily v trestní obvinění, nebo by k němu mohly alespoň vést. Náhodné nebo neúmyslné zranění zde není zahrnuto. Výhrůžky učiněné bez přítomnosti bití či fyzického násilí se podle této definice obvykle nepovažují za násilné činy. Stejně tak není zahrnuto držení zbraně, kromě případů, kdy ji mladistvý proti někomu použije nebo s ní někoho ohrožuje“ (Borum et al., 2006, s. 14). Tato definice násilí je již širší a uvažuje jak násilí ve formě fyzické, tak i psychické.

Při páčání násilí hrají roli faktory biologické, osobnostní i vnější. Z hlediska biologického hovoří Matoušek a Matoušková (2011) o zpomalení α rytmu, který koordinuje bdělou aktivitu mozku u delikventních jedinců. U těchto osob je dále nižší úroveň arousalu, mají tedy větší potřebu vzrušení než běžná populace, navíc více vyhledávají rizikové situace a nedaří se jim tolik vyhybat se situacím, jež vzbuzují strach. Autoři dále popisují souvislost mezi deficitem ve fungování temporálních částí mozku a páčáním násilných trestných činů. U této populace se také může objevovat poškození frontální části mozkové kůry. Na úrovni osobnostních a kognitivních faktorů se často hovoří o přítomnosti diagnózy antisociální poruchy osobnosti, o impulzivité, se kterou se pojí snížená sebekontrola, o nižší vyzrálosti charakteru, o nižších schopnostech kognitivních (v kognitivním profilu antisociálních delikventních pachatelů trestných činů se objevuje vyšší performační inteligenční kvocient nežli ten verbální) a exekutivních, včetně plánování, vizuální paměti, set-shiftingu a inhibice odpovědi (Seidl, Nilsson, Hofvander, Billstedt, & Wallinius, 2020). Další autoři (Bandura, 1973) připomínají, že agresivita a páčání násilí může být konceptem naučeným, tedy nějaký blízký dospělý byl modelem násilného jednání. To pak může v budoucnu vyústit např. v páčání domácího násilí (Bevan & Higgins, 2002). Např. Hawkins et al. (1998) hovoří o důležitosti přítomnosti rizikových faktorů a absence protektivních faktorů jako ukazatelů predikce a příčin páčání násilí. Dutton (2013) hovoří o triádě faktorů vyskytujících se v dětství či v dospívání, jež signifikantně souvisí s páčáním násilí v dospělosti. Jedná se o nejistou ranou vazbu, o zážitek pravidelného ponižování a o fakt, že dítě bylo svědkem násilí páchaného na matce či svědkem autoagresivního jednání v podobě sebepoškozování. Tato triáda faktorů pak souvisí s vývojem osobnosti směrem k hraniční poruše osobnosti, která je jedním z rizikových faktorů zvyšujících pravděpodobnost impulzivního agresivního jednání. Je to z toho důvodu, že tyto osoby často prožívají strach z odmítnutí, který se může transformovat ve vztek. Tím vzniká vnitřní tenze společně s přetlakem, který je třeba odreagovat. Odreagování psychické

tenze pak probíhá často formou opakované automutilace či heteroagresivního jednání (Adshead et al., 2013).

2.2 Agrese u mladistvých

Jak již bylo zmíněno výše, agresi můžeme rozdělit na heteroagresi a autoagresi (Jansen et al., 1997). V této subkapitole bude specifikována autoagrese jako rizikový faktor páchaní násilí. Bylo empiricky prokázáno, že u dospívajících jedinců, kteří v anamnéze mají tendenci k sebevražednému jednání či automutilaci (ve formě pálení se, řezání se apod.), je vyšší pravděpodobnost násilného jednání (Richmond-Rakerd et al., 2019; Garrison, McKeown, Valois, & Vincent, 1993). Souvislost autoagresivního jednání a páchaní násilí může být také dána tím, že automutilační a suicidální tendence významně koreluje s faktory, jako jsou hněv, vztek, impulzivita a užívání návykových látek, které také souvisejí s rizikem páchaní násilí (Borum et al., 2006). Důležité je také zmínit propojenost automutilačního, suicidálního a násilného jednání. Automutilační jednání umožňuje navyknout si na strach a bolest spojenou s tímto aktem, což zároveň zvyšuje pravděpodobnost suicidálního jednání. V návaznosti na to se také zvyšuje riziko páchaní násilí. Jak uvádí Sahlin et al. (2017), sebepoškození je významně spojeno se zvýšeným rizikem páchaní násilného trestného činu jak u mužů, tak u žen. V anamnéze adolescentů, kteří se sebepoškozují a zároveň páchají násilí, se významně často objevuje fakt, že sami byli oběťmi násilí v dětství. Zároveň u nich probíhalo vícero typů viktimizace, konkrétně domácí násilí, zanedbávání a týrání (Richmond-Rakerd et al., 2019). Dále vykazovali menší míru sebekontroly (Moffitt et al., 2011) a v dětství jim byly naměřeny nižší úrovně kognitivních schopností v porovnání s dospívajícími, kteří se sebepoškozují, ale nepáchají násilí (Richmond-Rakerd et al., 2019). Dále se u nich objevuje výrazná rezistence vůči změně, emoční a afektivní labilita (Nock & Prinstein, 2004) a při užívání návykových látek vykazují ve vyšší míře psychotické symptomy. Navíc páchají násilí často již od raného věku. Nebyly však nalezeny rozdíly mezi násilnými adolescenty, kteří se sebepoškozují, a mezi těmi, co nemají automutilační tendence či suicidální jednání v anamnéze, co se týče frekvence využívání psychiatrických a klinicko-psychologických služeb (Richmond-Rakerd et al., 2019). V rámci terapeuticko-resocializačních intervencí je pak důležité zaměřit se na potřeby daných adolescentů a programy cílit především na autoregulační schopnosti (raději než aplikovat trestající přístup). Vhodné je také zaměření se na jednotlivé výše popsané charakteristiky v anamnéze posuzovaných jedinců z důvodu, aby byli včas identifikováni a mohl být co nejdříve aplikován zacílený intervenční program pro snížení nejen míry rizika

páchání násilí, ale i snížení míry automutilačních a suicidálních tendencí. Zároveň by neměly být opomíjeny preventivní programy, aby bylo sníženo riziko zanedbávání dětí a jejich viktimizace. Ze závěrů výzkumu Richmond-Rakerda (2019) zároveň vychází i implikace většího dohledu násilných jedinců s automutilačními tendencemi nad možným suicidálním jednáním (Jacobs et al., 2010).

2.3 Násilí u mladistvých

Ve výše zmíněné souvislosti s periodizací vývoje podle Eriksona (2015), který hovoří o prožívání tzv. adolescentní krize v tomto vývojovém období, jsou vymezovány dvě skupiny delikventních adolescentů. První skupinu tvoří mladiství, u nichž se delikventní a násilné chování objevuje pouze v období adolescence. U těchto jedinců je násilné jednání důsledkem agravované adolescentní krize, kdy mladí lidé hledají svou novou identitu a opouštějí tu dětskou. Druhou skupinou jsou dospívající, u nichž můžeme násilné chování zaznamenat již daleko dříve než v období puberty a adolescence. Tito mladiství pak mají tendenci v násilném chování pokračovat i v dalších vývojových etapách, jak uvádí Moffitt (1993).

Násilí adolescentů je celospolečenským problémem, nicméně dá se říci, že mladiství, kteří páchají násilí, jsou zároveň ohroženi na vlastním zdraví, protože se účastní různých fyzických potyček, pohybují se mezi rizikovými skupinami, často se angažují v antisociálních aktivitách. Důsledkem jejich chování bývá nejčastěji fyzické zranění, nicméně může dojít až ke smrti. Páchání násilí v dospívajícím věku je prediktorem páchání násilí v časně dospělosti. Je však důležité zmínit, že s věkem násilného chování v adolescenci ubývá. Vrchol frekvence páchání násilí by měl být v 16–18 letech věku (Stoddard, Zimmerman, & Bauermeister, 2011).

Výzkum se v oblasti páchání násilí mladistvými zaměřuje především na určení tzv. rizikových a protektivních faktorů. Rizikové faktory jsou popisovány jako ty, jejichž přítomnost zvyšuje pravděpodobnost páchání násilí (Stoddard et al., 2011) a protektivní faktory jsou proměnné snižující pravděpodobnost výskytu násilí (Garmezy, 1993). Jako protektivní faktory jsou označeny např. proměnné související se školním prospěchem, tedy např. sociální dovednosti či důvěra ve vlastní schopnosti, tzv. self-efficacy (Stoddard et al., 2011). Stoddard et al. (2011) pak jako příklad rizikových faktorů u mladistvých, které byly experimentálně ověřeny, uvádí slabý školní prospěch a s ním související faktory, jako např. přítomnost specifických poruch učení, poruchy pozornosti a impulzivita. Další výzkumníci pak hovoří o účasti na antisociálních aktivitách a užívání návykových látek, popř. o nízkém rodinném

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

socioekonomickém statutu či o antisociálních rodičích (Herrenkohl et al., 2000). Jiní autoři, jako např. Dodge (2008) zmiňují jako důležité rizikové faktory následující: problémy s chováním v raném věku, nedostatečná zralost při nástupu do školy, neúspěch ve škole či nedostatek rodičovského dohledu v období adolescence. Tento autor pak dané rizikové faktory pravděpodobnosti páchaní násilí u mladistvých propojuje do tzv. postupného dynamického modelu. Tento proces začíná již narozením do sociálně nepříznivého prostředí, což u samotné rodiny má dopad na rodičovské kompetence. Rodiče pak dítě málo emočně podporují a nedostatečně rozvíjejí jeho sociální i kognitivní schopnosti, což se projeví na nižší sociální a kognitivní zralosti, které jsou předpokladem školní zralosti a úspěchu. Dítě poté selhává nejen v oblasti akademické, ale často je pro něj složité si najít i kamarády, bývá tedy odmítáno vrstevníky, což je dalším významným rizikovým faktorem páchaní násilí u mladistvých (Borum et al., 2006). Tyto potíže pak komplikují vztahy mezi rodiči a dospívajícím. Rodiče se snaží o důslednou kontrolu, ale bohužel jejich pokusy často končí po několika neúspěších pravým opakem, tak dochází ke snížení kontroly a nedůslednému výchovnému přístupu. Adolescenti se pak velice často naváží na skupinu jedinců, která vykazuje podobné problematické chování a která k páchaní násilí nemá daleko (Dodge, 2008). Podobně vysvětluje vznik násilí u adolescentů tzv. cyklus násilí. Je prokázáno, že jedinci, kteří zažili ve svých primárních rodinách násilí, mají poté větší tendenci ho páchat na druhých lidech než ti, kteří nebyli vystaveni násilí v domácím prostředí. Násilí má tedy tendenci rozvíjet se mezigeneračně (Herrenkohl, Kosterman, Mason, & Hawkins, 2007). Důvodem může být i traumatizace dítěte v primární rodině, protože se může objevit externalizace těchto prožitků do podoby fyzické heteroagrese (Rasmussen, 2012).

3 Proces posuzování rizika páčání násilí

3.1 Vývoj posuzování rizika páčání násilí

Aktuálně je při posuzování rizika páčání násilí klinický dojem forenzního experta doplněn o užití standardizovaných nástrojů. Nebylo tomu tak však vždy. Kořeny posuzování rizika v širším slova smyslu spadají až do 17. století. Predikce rizik se však týkala oblasti recidivy v gamblingu a také oblasti rizik v pojištění. Může být shrnuto, že první fáze posuzování rizika páčání násilí, někdy nazývaná klinická, spadá do 1. poloviny 20. století, přičemž odborníci se spoléhali převážně na klinický dojem. Doyle a Dolan (2008) uvádějí, že až 95 % prognóz rizika násilné recidivy bylo v tomto období mylných, a proto se koncem 20. století začal hledat nový způsob, jakési systematické hodnocení dané problematiky. Začaly se pojmenovávat faktory, které signifikantně souvisely s mírou pravděpodobnosti páčání násilného činu. Toto období lze nazývat statistickým, přičemž bylo zaměřeno na konstruování testových nástrojů, jako je např. V-RAG. Dalším metodologickým zpřesňováním vznikaly nástroje, které obsahují nejen statické proměnné signifikantně související s mírou rizika páčání násilí, ale i dynamické faktory, které se mohou měnit v čase, což je nazýváno strukturovaným profesionálním posouzením (SPJ – Structured Professional Judgement). Hojně užívaným takto konstruovaným nástrojem je v zahraničí objektivní posuzovací škály HCR-20 III. Hodnocení rizika páčání násilí je pak transparentnější a efektivnější (Páv et al., 2020). V poslední době je trend mapovat nejen faktory statické a dynamické, ale i protektivní ve vztahu k posuzování rizika páčání násilí, k čemuž slouží např. nástroj SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk) (de Vogel, de Ruiters, Bouman, & de Vries Robbé, 2012). Poslední, tedy čtvrtou generaci nástrojů hodnocení rizika páčání násilí jsou škály založené na přístupu strukturovaného profesního posouzení s tím, že se navíc snaží využít určenou míru rizika páčání násilí ke specifikaci terapeutického programu pro daného násilníka tak, aby vycházel z rizikových a protektivních faktorů jemu vlastních a byl mu tak „ušit na míru“. Jsou to nástroje, které kromě záznamového listu obsahují ještě další protokol, kde lze rozvést např. úvahy o tom, kdo by mohla být potenciální oběť násilného mladistvého, co by mohlo být spouštěčem násilí, co udělat pro prevenci páčání násilného činu apod. Tedy se jedná o důležitý přesah diagnostiky do terapeuticko-resocializační intervence (Páv et al., 2020).

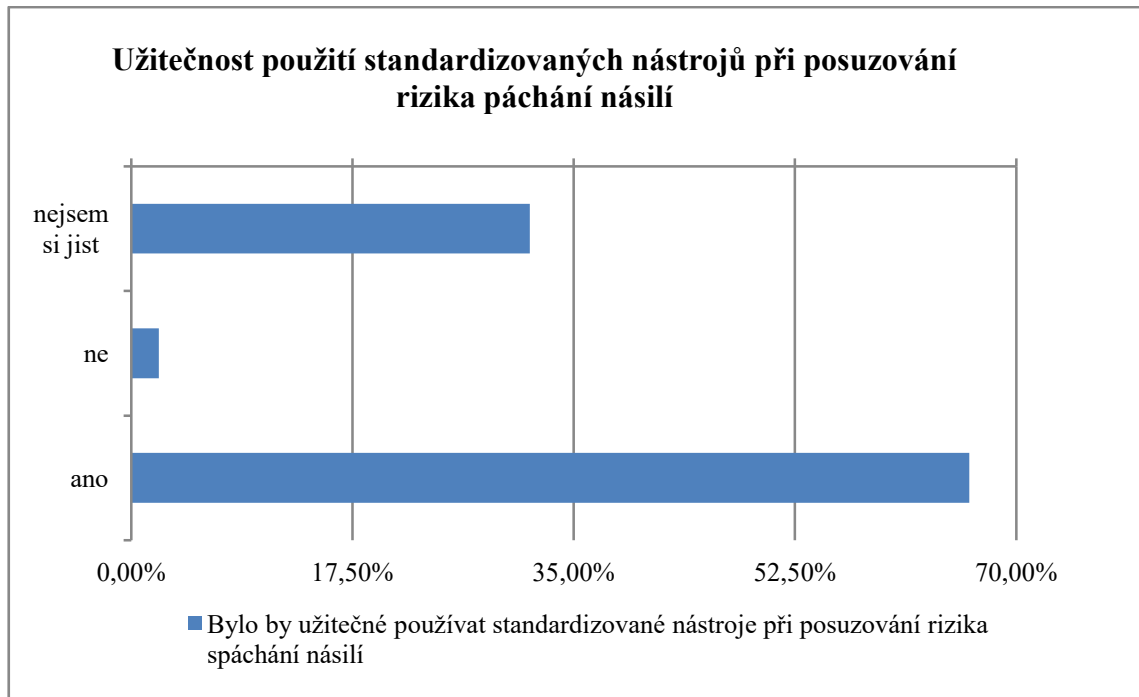
Posuzování rizika násilí se však pravděpodobně bude měnit i nadále. Např. jak píše Buchanan et al. (2012), s deinstitucionalizací se mění i kontext posuzování rizika páchaní násilí v oblasti psychiatrie. Aktuálně velkou část posuzování rizika páchaní násilí tvoří posouzení míry nebezpečnosti pachatele, kterému má být přeměněno ochranné léčení ústavní formou ve formu ambulantní. V rámci aktuální reformy psychiatrie by se však měl počet psychiatrických lůžek snižovat, měly by vzniknout forenzní multidisciplinární týmy, které budou posuzovat riziko páchaní násilí u násilných jedinců, třeba i v jejich domácím prostředí (Páv et al., 2020). I změnu takového kontextu je třeba brát při postupu posuzování rizika páchaní násilí v potaz.

3.2 Posuzování rizika páchaní násilí v České republice

Pro zjištění aktuální situace v České republice, jak jednotliví forenzní experti hodnotí riziko páchaní násilí, byla vytvořena anketa. Osloveni byli odborníci, kteří pracují s lidmi páchajícími násilí, popř. s lidmi, u nichž je vyšší riziko, že spáchají násilný trestný čin, i když třeba doposud žádný nespáchali. Jednalo se tedy o psychiatry, klinické psychology, psychology ve zdravotnictví, soudní znalce a o pracovníky v sociálních zařízeních. Celkem se ankety zúčastnilo 92 respondentů, z čehož bylo 75,83 % žen a 24,17 % mužů. Většina vzorku byla tvořena psychology (40,22 %) a psychiatry (36,96 %). Více jak 70 % respondentů pracovalo v nemocničních lůžkových zařízeních. Nejvíce zastoupena (61,54 %) byla věková skupina 30–50 let. Co se týče zkušeností s prací s násilnými jedinci, nejpočetnější skupinou bylo rozmezí praxe 5–20 let. Přes 20 % respondentů mělo méně než pětiletou praxi v této oblasti a o 7 % více, tj. 27,17 % respondentů, mělo více než dvacetiletou praxi v oboru.

V anketě bylo cíleno na užívání standardizovaných nástrojů v rámci posuzování rizika páchaní násilí neboli posouzení nebezpečnosti (Netík, Netíková, & Hájek, 1997) forenzními experty a na absolvovaná školení v této oblasti. Bylo tak učiněno právě proto, že – jak již shrnují Flores et al. (2006) – pro efektivní, tedy pro validní a reliabilní, posuzování rizika páchaní násilí je důležitá nejen minimálně tříletá praxe v této oblasti, ale i absolvování školení, které umožní dané nástroje používat dle standardizovaného postupu a zvýší validitu a reliabilitu hodnocení forenzním expertem. Z ankety tedy vyplývá, že polovina respondentů hodnotí riziko páchaní násilí, aniž by kdy absolvovala školení zaměřené na tuto oblast. Pouze 11,96 % respondentů užívá k hodnocení rizika páchaní násilí v jiných zemích již standardizované nástroje, které u nás ještě na proces standardizace čekají. Ačkoliv v jiných zemích je užití standardizovaných nástrojů, jako je např. HCR-20 III, rutinním postupem při

posuzování rizik páčání násilí (Monahan & Skeem, 2016), pouze 66,3 % respondentů této ankety shledává používání standardizovaných nástrojů v této oblasti za užitečné, 31,52 % si nejsou jisti užitečností standardizovaných nástrojů posuzujících riziko páčání násilí a 2,18 % respondentů je dokonce přesvědčeno o jejich neefektivitě, jak ukazuje graf č. 1.



Graf č. 1 Užitečnost použití standardizovaných nástrojů při posuzování rizika páčání násilí

Co je ještě důležité říci a co vyplývá z výsledků ankety, je fakt, že posuzování rizika páčání násilí je u nás zaměřeno z většinové části na dospělou populaci, ať už psychiatrickou, sexuologickou či nepsychiatrickou, nicméně děti a adolescenti jsou v této oblasti výrazně opomíjeni.

3.3 Vývojové a klinické aspekty posuzování rizika páčání násilí

V následující kapitole jsou diskutovány vývojové a klinické aspekty, jejichž posouzení je důležité vzhledem k určení míry rizika páčání násilí u adolescentů. I proto je důležité zaměřit se na osobní anamnézu posuzovaného adolescenta (Blumenthal & Lavender, 2000). Vzhledem k posouzení rizika páčání násilí je důležité zaměřit se již na raný vývoj a posoudit typ rané vazby mezi hlavním pečovatelem a daným dospívajícím – právě nejistá raná vazba významně souvisí s mírou rizika páčání násilí (Adshead et al., 2013). Signifikantním rizikovým faktorem posouzení rizika páčání násilí je také v dětství či v dospívání diagnostikovaná porucha chování (Blumenthal & Lavender, 2000). Taková porucha se později

může rozvinout v poruchu osobnosti, často disociálního typu (Myers, Stewart, & Brown, 1998), jež je rizikovým faktorem pro páchaní násilí v dospělosti (de Vries, de Vogel, Douglas, & Nijman, 2015). Dalším rizikovým faktorem páchaní násilí u adolescentů je vývojová porucha pozornosti. V neposlední řadě je důležité se zmínit i o syndromu CAN a o vlivu vrstevníků a sociálního prostředí na zvýšení míry pravděpodobnosti rizika páchaní násilí v adolescenci (Blumenthal & Lavender, 2000). Daná témata, seřazená vývojově, jsou specifikována níže.

3.3.1 Attachment

Attachment neboli rané citové pouto či vazba se vyvíjí mezi dítětem a jeho hlavním pečovatelem již od prenatálního období přibližně do tří let věku dítěte (Bowlby, 2010). Dle Susan Goldberg (2000) se rané citové pouto vyvíjí ve čtyřech fázích. První fáze trvá přibližně do osmi týdnů věku dítěte. Dítě je vybaveno vrozenými reflexy, aby přežilo. Pro rozvoj bezpečného citového pouta jsou pak důležité dotyky, kojení a vzájemný pohled. Ve druhé fázi, která trvá přibližně do šesti měsíců věku dítěte, je kojeneček schopen rozlišovat mezi rodinnými příslušníky, na které je orientován (nebo alespoň přímo na hlavního pečovatele), a cizími osobami. V rámci další fáze se pak rozvíjí separační úzkost. Od věku 2–3 let se utváří cílesměrné partnerství s hlavním pečovatelem, kdy je dítě schopno si již vytvořit mentální reprezentaci vztahů (Goldberg, 2000).

Postupně vznikaly nástroje na diagnostiku typu attachmentu u dětí. Prvním z nich byl tzv. Strange Situation Test, jehož autorkou je Mary D. Ainsworth, spolupracovnice Johna Bowlbyho, autora teorie attachmentu vzniklé v 60. letech 20. století. V rámci této experimentální situace je sledováno, jak pozorované dítě reaguje na příchod a odchod matky a jak je schopno opřít se o sebedůvěru, sebejistotu v její nepřítomnosti. Důležité je přitom pozorovat, jakou má dítě míru strachu, jak moc exploruje po okolí a zda a jak často dochází k očnímu kontaktu mezi dítětem a hlavním pečovatelem (van Rosmalen, van der Veer, & van der Horst, 2015).

Attachment lze tedy popsat jako mentální reprezentaci vztahů fungující částečně podvědomě, která předurčuje, zda daný jedinec v budoucnosti vnímá blízké vztahy jako bezpečné. Raná citová vazba se vyznačuje potřebou blízkosti s danou osobou, se kterou je pouto vytvořeno. Při správném vývoji, kdy pečující osoba poskytuje dítěti konzistentní bezpečné předvídatelné přijímající prostředí, vzniká vazba jistá, která se vyznačuje pocitem bezpečí a důvěry (Bowlby, 2010). Pokud dítě takovéto podmínky zajištěné nemá, vyvine se vazba nejistá, která

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

signifikantně souvisí se vznikem násilného chování v budoucnu, tedy je jedním z jeho rizikových faktorů (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1997). Jsou rozeznávány tři typy vazby nejisté: vyhýbavá, odmítavá a dezorganizovaná. U pečujících osob, u jejichž dětí se vyvinul první typ nejisté vazby, tedy vyhýbavá raná vazba, byla pozorována vyhýbavost a nechuť k tělesnému kontaktu. Tyto děti pak působí dojmem dříve vyspělých, neboť svému pečovateli nemohou důvěřovat, nemohou se na něj spolehnout, tedy chtějí potíže zvládnout samy. Jejich emoce jsou ve stresové situaci paralyzovány. K vrstevníkům jsou tyto děti neempatické a často nemají zájem bližší vztahy navazovat, a to ani v dospělosti (Levy & Orlans, 2000). Někdy se u nich vyvine nesocializovaná porucha chování, jež významně souvisí se zvýšeným rizikem páchaní násilí (Blumenthal & Lavender, 2000). Když se pečovatel chová inkonzistentně, nepředvídatelně, může se u dítěte vyvinout druhý typ nejisté vazby, raná vazba odmítavá, někdy nazývaná rezistentní. Tyto děti jsou trvale napjaté, na primárního pečovatele reagují ambivalentně (Levy & Orlans, 2000). Někdy se jejich osobnost rozvine směrem k hraniční poruše osobnosti, která je taktéž rizikovým faktorem pro predikci pravděpodobnosti páchaní násilí (Meloy, 2003). Dezorganizovaný typ rané vazby se často vyvine u dětí, které byly v dětství týrané či zanedbávané (Carlson, Cichetti, Barnett, & Braunwald, 1989). Chování těchto dětí je pak dezorganizované a často jejich osobnostní vývoj ústí směrem k disociální nebo emočně nestabilní poruše osobnosti (Mikulincer, 1998). Lidé trpící disociální poruchou osobnosti mívají v anamnéze odmítání a hostilitu primárního pečovatele (van Ijzendoorn et al., 1997).

Všechny typy nejisté rané vazby významně souvisí s větším rizikem páchaní násilí v budoucnu (Adshead et al., 2013; Holtzworth-Munroe, Stuart, & Hutchinson, 1997). Daná raná vazba totiž souvisí s hůře ovládanou afektivitou, se sníženou schopností mentalizace a mnohdy predisponuje jedincův vývoj nejprve směrem k poruše chování a později směrem k poruše osobnosti, konkrétně disociálního či emočně nestabilního typu, hraničního či impulzivního (Fonagy et al., 1996). Jak uvádí např. van Ijzendoorn et al. (1997), u vězňů trpících poruchou osobnosti se bezpečná raná vazba téměř nevyskytuje. Čím více je raná vazba narušena, tím více rysů poruchy osobnosti může být u daného jedince nalezeno (van Ijzendoorn et al., 1997). Mechanismus vzniku násilného jednání pak může být vyložen např. takto: u osob trpících hraniční poruchou osobnosti vzniká velice snadno pocit odmítnutí, pocit domnělého ohrožení či ztráty blízké osoby. Za takovýchto stresujících podmínek se aktivuje nejistý typ raného pouta, dochází k zaplavení negativními emocemi vzhledem k nedostatečně ovládané afektivitě a k selhání mentalizačních schopností, tedy schopností rozumět svým

pocitům, odlišit je od pocitů druhých a chápat, že tyto mohou být jiné, než prožívá daná osoba. To vše pak často vede k násilnému jednání (Adshead et al., 2013).

3.3.2 Syndrom CAN

Syndrom CAN se týká dětí ohrožených prostředím, dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných, kam spadá nedostatečná výživa, hygiena, dohled či vzdělávání. Dále sem patří i psychická deprivace a subdeprivace v dětství (Říčan & Krejčířová, 2006). Z hlediska klinických diagnóz popsanych v Manuálu klasifikace nemocí, 10. revizi (MKN-10, 1993) může být ve vztahu k této tématice hovořeno o nevývojových poruchách – o reaktivní poruše přichylnosti a dezinhibované poruše přichylnosti v dětství. V České republice se této oblasti jako první systematicky věnovali Langmeier a Matějček (1963), kteří své poznatky shrnuli do publikace Psychická deprivace v dětství.

Týrání dítěte se týká jak tělesné stránky, tak i té emoční, kam spadá např. ponižování, sociální izolace či nadměrná kritika. U dítěte pak dochází k narušení osobnostního vývoje i jeho sebepojetí. Na základě např. nepřiměřených tělesných trestů může docházet i k organickým poškozením. Dochází tedy k postižení emočního, kognitivního i tělesného vývoje dítěte. Týráním jsou ohroženy především děti do věku 3 let, kdy následky týrání mohou být fatální. Nicméně s týráním se samozřejmě setkáváme i v pozdějším věku (Maas, Herrenkohl, & Sousa, 2008). Volně do této kategorie může být přiřazen i Münchhausenův syndrom by proxy, kdy rodiče dítěte vyžadují invazivní vyšetření či léčbu nemocí, které u dítěte buď neexistují, nebo mu je mohli vyvolat samotní rodiče. U těchto dětí může být diagnostikována reaktivní porucha přichylnosti v dětství. Děti jsou zvýšeně ostražitě a neklidné, zároveň však u nich může být pozorována apatie, celková inhibice a výbuchy agrese (Říčan & Krejčířová, 2006).

Se syndromem CAN dále souvisí psychická deprivace. Psychickou deprivací je míněn stav, kdy dítě dlouhodobě postrádá příležitost k naplnění základních psychických potřeb, přičemž subdeprivace je mírnější, méně závažný stav. Jedná se o deprivaci emoční, tedy citovou, kdy dítě nemá vřelý stabilní vztah se svým primárním pečovatelem a postrádá lásku a bezpečí. Druhým typem je deprivace podnětová, kdy dítěti chybí přísun přiměřených podnětů. Důsledkem rané psychické deprivace je narušení osobnostního, kognitivního i motorického vývoje. U těchto dětí se pak může rozvinout dezinhibovaná přichylnost v dětství charakterizovaná chyběním strachu z cizích lidí, vyžadováním pozornosti a navazováním

povrchních pragmatických vztahů. Tyto děti také mohou být apatické či mohou dospěle sociálně provokovat pro získání pozornosti (Říčan & Krejčířová, 2006).

Do této kategorie dále spadá i zneužívání dítěte, kam patří jak forma sexuálního zneužívání, tak ekonomického, např. nucení dítěte ke krádežím. Někteří autoři hovoří o intergeneračním přenosu u sexuálního zneužívání (McCloskey & Bailey, 2000). Důsledky sexuálního zneužívání v dětství mohou být různé. Objevují se úzkostně depresivní stavy, pocity stigmatizace, ztráta důvěry, zklamání či pocity viny, může se objevit i sexualizované chování. V dospívání pak mohou mít tyto jedinci tendenci ke zneužívání návykových látek či ke vzniku poruch příjmu potravy. Jednotný obraz však neexistuje, navíc jednotlivé formy zneužívání, zanedbávání či týrání se často mohou překrývat (Finkelhor & Browne, 1985).

Mnohými výzkumy bylo prokázáno, že syndrom CAN významně souvisí s páchaním násilí v období adolescence i v období mladé dospělosti (Herrenkohl & Herrenkohl, 2007). Konkrétně výskyt týrání dítěte v anamnéze signifikantně souvisí nejen se zvýšeným rizikem páchaní domácího násilí (Herrenkohl & Jung, 2016; Maas et al., 2008), ale i s páchaním násilí obecně v adolescenci (Borum et al., 2006). Někteří autoři fyzické týrání v dětství dokonce označují za nejvíce stabilní prediktor páchaní násilí v dospívání (Maas et al., 2008). Děti, které byly obětí závažnějších forem týrání, mají větší pravděpodobnost páchaní násilí v adolescenci než ty, u kterých se vyskytovala např. pouze příliš přísná výchova s nepřiměřenými tresty. Nicméně to neznamená, že by riziko páchaní násilí nebylo zvýšeno i u těchto jedinců oproti obecné populaci (Maas et al., 2008). Autorky Herrera a McCloskey (2003) zjistily, že specificky u dívek byl největším prediktorem páchaní násilí v dospívání prožitek sexuálního zneužívání v dětství oproti fyzickému týrání a vystavení domácímu násilí. Ty samé autorky (Herrera & McCloskey, 2001) v další studii shrnují, vzhledem ke genderovým rozdílům, že u dívek musí dojít k závažnějším formám týrání, aby páchaly v budoucnu násilí, než u chlapců. U dívek se ve výzkumu daných autorek častěji objevilo zatčení za násilné jednání než u chlapců jako důsledek fyzického týrání v dětství.

3.3.3 Porucha pozornosti a hyperkinéza

Porucha pozornosti s hyperkinetickou poruchou je jedním z rizikových faktorů páchaní násilí u adolescentů (Saylor & Amann, 2016). Jedná se o vývojovou, biologicky podmíněnou poruchu, jejíž projevy se s časem mění (Selikowitz, 2009). Tato porucha je různě popisována v MKN-10 (1993) a v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, 5. revizi (DSM-V, 2003). V MKN-10 (1993) je popisována hyperkinetická porucha a hyperkinetická

porucha chování. Naopak DSM-V (2003) obsahuje subtilnější rozdělení. Popisována je navíc i hypoaktivita s poruchou pozornosti, tzv. ADHD. Samotné ADHD je pak rozlišeno na jednotlivé subtypy: hyperaktivita/impulzivita, porucha pozornosti a kombinovaný typ. Přítomna je vždy porucha pozornosti. Jde především o poruchu exekutivních funkcí, objevují se potíže v sociálním fungování, navíc i potíže s pragmatikou řeči. V rámci narušených exekutivních funkcí se objevují potíže s ovládním motoriky, s pracovní pamětí i s exekutivní pozorností (Selikowitz, 2009). Tato diagnóza má tendenci přecházet do dospělosti, jak popisuje Miovský (2018), který upozorňuje především na komorbiditu ADHD a závislosti na návykových látkách u dospělých jedinců. V rámci terapie této poruchy je pak vhodné se zaměřit především na strukturaci prostředí, rozdělení úkolů na jednotlivé kroky či využití mnemotechnických pomůcek. Vhodné je zaměřit se i na sebepojetí a sebeobraz dítěte trpícího ADHD (Armstrong, 2017).

Saylor a Amann (2016) udávají, že více jak 50 % mladistvých, kteří trpí ADHD, vykazují ve svém chování impulzivní agresi, což je celospolečenský problém. Diagnóza ADHD a komorbidní impulzivní agrese je pak provázána s delikventním a antisociálním chováním. Impulzivní jednání není u diagnózy ADHD nikterak překvapující vzhledem k emoční dysregulaci charakteristické pro tuto diagnózu. Spouštěčem agresivního chování u jedinců trpících ADHD pak často bývá odmítání vrstevníky v kolektivu. Odmítání vrstevníky v kolektivu je, stejně jako potíže s impulzivitou a hyperaktivitou, jedním z rizikových faktorů páchaní násilí v mladistvém věku (Borum et al., 2006). Děti trpící ADHD jsou v kolektivu často odmítány z důvodu, že vzhledem ke sníženým exekutivním schopnostem hůře využívají zpětnou vazbu od okolí, jsou často opoziční a jejich chování může působit rušivě. Negativní zpětná vazba od okolí pak snižuje jejich sebedůvěru a negativně působí na vývoj sebepojetí. Děti trpící ADHD pak mají větší sklon k užívání návykových látek, např. amfetaminy mohou působit jako samoléčba projevů této diagnózy, dále mají tendenci k obezitě a k akademickým a pracovním neúspěchům (Shaw et al., 2012). Užívání návykových látek je však také jedním z faktorů zvyšujících riziko páchaní násilí nejen v adolescenci (Borum et al., 2006), ale i v dospělém věku (Douglas et al., 2013).

3.3.4 Poruchy chování

Poruchy chování jsou heterogenní skupinou poruch, kterou lze dle MKN-10 (1993) označit za opakující se, alespoň šest měsíců trvající vzorec agresivního, vzdorovitého a disociálního chování. Základem je disrespekt a porušování sociálních norem. Důležité je nezahrnovat

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

do této kategorie ojedinělé porušení sociálních norem a hodnotit dané disociální chování z vývojového pohledu, tedy brát v potaz, v jakém věku se agresivní či disociální chování vyskytlo a zda je pro tento věk opoziční chování charakteristické či nikoliv. Pokud nikoliv, lze uvažovat o větší závažnosti agresivního chování. Etiologie poruch chování může být různá. Jak již bylo zmíněno v kapitole o pubescenci a adolescenci jako vývojových obdobích, může se jednat o poruchu chování na podkladě vývojové krize, kdy adolescent hledá svou novou identitu. Dále se mohou poruchy chování vyskytovat na bázi disharmonického osobnostního vývoje. Agresivní chování je zaměřeno na uspokojení vlastních potřeb. U těchto mladistvých často chybí schopnost navazovat hlubší vztahy. Dále mohou poruchy chování vzniknout reaktivně. Mohou být např. voláním o pomoc či reakcí na frustraci nebo deprivaci. Někdy může být pozorována emoční deprivace i u dětí trpících specifickými poruchami učení či poruchou pozornosti a hyperaktivitou, ty se často mohou cítit okolím odmítány pro špatné výsledky ve škole či zhoršenou schopnost zařadit se do školního kolektivu. V neposlední řadě mohou být poruchy chování projevem jiného onemocnění, kterým adolescent trpí. Může se jednat např. o schizofrenní poruchu či o depresi. Roli ve vzniku disociálního chování u dítěte mohou hrát i výchovné neobratnosti rodičů, jako např. inkonzistentní pravidla nebo nedůslednost či příliš liberální výchova (Říčan & Krejčířová, 2006).

Co se týče kategorií poruch chování, MKN-10 (1993) popisuje poruchu chování socializovanou a nesocializovanou, přičemž zásadním rozdílem je to, že dětem s diagnostikovanou nesocializovanou poruchou chování nejde navazovat hlubší vztahy a vlastně o ně ani nemají zájem (Říčan & Krejčířová, 2006). Dále je v daném manuálu (1993) popisována hyperkinetická porucha chování, kdy porucha chování alespoň částečně vyplývá z diagnostikované hyperkinézy. Poté je to depresivní porucha chování, kde je tomu podobně, avšak v tomto případě trpí dospívající depresí. V neposlední řadě lze diagnostikovat smíšenou poruchu chování a emocí, přičemž daný dospívající trpí emoční poruchou, je emočně nestabilní a na základě této emoční poruchy pak u něj vznikají poruchy chování. Pokud se u dítěte vyskytne nadměrně stresující událost či nějaká závažná frustrace a v návaznosti na tento stav se objeví poruchy chování, může být dle MKN-10 (1993) diagnostikována porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování. Poslední kategorií popisovanou v MKN-10 (1993) je porucha opozičního vzdoru, která může být diagnostikována u dětí do 10 let věku. Je charakteristická vzdorovitostí, sklonem k odmítání požadavků dospělých, provokací, hostilitou a dráždivostí. Tato porucha může přejít v nesocializovanou poruchu chování (Říčan & Krejčířová, 2006). V DSM-V (2013) lze nalézt

jiný pohled na poruchy chování. Tento manuál již není rozdělen na dětskou a dospělou část, tedy je předpokladem, že poruchy diagnostikované v dospělosti mohou být diagnostikovány i v dětství a naopak, např. pro diagnostiku poruchy opozičního vzporu není limitující věk 10 let. V tomto manuálu jsou poruchy chování popsány jako stabilní vzorce chování porušování pravidel, sociálních norem a práv druhých. Jiné je však časové hledisko. Během jednoho roku by se měly vyskytnout tři či více níže uvedených symptomů s tím, že alespoň jeden z nich by se měl vyskytovat trvale v předešlých 6 měsících. Jedná se tedy o agresi k lidem a ke zvířatům, o destrukci majetku a vlastnictví, o nepoctivost, lhaní či krádeže a o vážné porušování pravidel, jako např. útěky z domova. Zároveň DSM-V (2013) popisuje deficit prosociality, který se vyznačuje chyběním empatie a výčitek svědomí, plochou afektivitou a nezájmem o snížený až problematický výkon dospívajícího ve škole.

Poruchy chování mohou být doprovázeny násilným jednáním, ale také nemusí (Ilomäki et al., 2006), jak vyplývá z výše napsaných odstavců. Významně spolu souvisejí poruchy chování, násilné jednání a fyzické týrání. Dívky, které byly v domácím prostředí fyzicky týrané, mají větší pravděpodobnost vzniku některé z poruch chování společně s násilným jednáním. Je zajímavé, že i rozpad primární rodiny zvyšuje pravděpodobnost vzniku poruchy chování, avšak pouze u dívek; u chlapců se tento fakt nepotvrdil. Společně s poruchou chování se u dívek může, ale také nemusí, vyskytnout násilné jednání po rozpadu primární rodiny (Ilomäki et al., 2006).

3.3.5 Vliv vrstevníků a sociálního prostředí

Mladší děti tíhnou stále ještě k primární rodině, kde vyrůstají, mají zakořeněné normy, postoje a pravidla rodičů. Vrstevníci u nich nehrají až tak významnou roli. Stává se, že agresivní a násilně jednající děti jsou svými vrstevníky odmítáni, čímž je pro násilné děti ještě náročnější stát se součástí kolektivu a získat si kamarády. U dětí, které se chovají násilně, je navíc zaznamenána tendence pokračovat v tomto chování i v dospívání. Nicméně více jak 50 % násilně se chovajících adolescentů v anamnéze nemá násilné jednání v dětství, začínají s ním až ve střední až pozdní adolescenci (Elliott & Tolan, 1999). Jak již bylo popsáno v prvních kapitolách, dospívající mají navíc tendenci vydělovat se z původní rodiny a začleňovat se do vrstevnických part (West, 2002), přičemž násilně se chovající adolescenti mají tendenci přidružovat se k vrstevnickým skupinám schvalujícím antisociální chování. Obzvláště ohrožení páchaním násilí jsou adolescenti, kteří nejsou zapojeni v konvenčních prosociálních aktivitách a jsou ve škole neoblíbení (Elliott & Menard, 1996).

V této souvislosti ubývají na důležitosti dříve významné rizikové faktory predikce násilného jednání v dětství, tedy antisociální rodiče a nízký socioekonomický status. Důležitými faktory pro predikci rizika násilí vztaženými k rodině jsou v adolescenci spíše neadekvátní výchovný dohled a slabé rodičovské dovednosti (Blumenthal & Lavender, 2000).

Na chování adolescentů má samozřejmě vliv i komunita, ve které se pohybují. Úroveň zločinnosti, chudoby a násilí v komunitě je dalším z rizikových faktorů predikce páchaní násilí u adolescentů. Život v tzv. dezorganizované komunitě, kde se vyskytují násilí, chudoba a kriminalita, ovlivňuje i dřívější nástup násilného chování u dětí a adolescentů, kteří tam žijí. To platí jak pro chlapce, tak pro dívky (Borum et al., 2006). Felson, Liska, South a McNulty (1994) tvrdí, že vliv násilné komunity se může ještě umocnit ve škole, kde mohou tyto gangy působit a zavádět násilné a antisociální postoje. Samotné členství v gangu je také rizikovým faktorem predikce páchaní násilí u adolescentů. Život v násilné komunitě má u adolescentů vliv na vznik jak reaktivní, tak proaktivní agrese, což bylo potvrzeno nejen u adolescentů, kteří vykazují poruchy chování, ale i u adolescentů, kteří žádnou psychiatrickou diagnózou netrpí. Důležitá je tedy multidimenzionální rodinná terapie jako intervenční program, na jehož základě by rodina s daným adolescentem mohla na snížení násilného jednání a antisociálních postojů pracovat. Nesmí však být zapomenuto především na prevenci zločinnosti, chudoby a násilí v komunitě (Kersten et al., 2017).

3.4 Vybrané rizikové faktory páchaní násilí u mladistvých

Faktory signifikantně související s vyšší pravděpodobností páchaní násilí můžeme rozdělit na rizikové a protektivní, přičemž protektivní faktory jsou ty, které jsou významně spojeny se snížením míry pravděpodobnosti páchaní násilí. Mezi ně se řadí např. resilience neboli nezdolnost osobnosti, tedy schopnost v náročných životních situacích udržet stabilitu a kontinuitu (Garmezy, 1993). Rizikové faktory, tedy ty, které zvyšují pravděpodobnost páchaní násilí, dělíme na statické a dynamické. Statické jsou faktory neměnné, které se již v životě člověka staly (např. závislost v anamnéze) nebo jsou již dány (např. mužské pohlaví nebo nízký věk při spáchání prvního násilného činu). Příkladem rizikových faktorů mohou být některé psychické stavy, které zvyšují riziko páchaní násilí, např. ty psychotické spojené s narušeným testováním reality. Dále může být uvedena např. snížená schopnost rozlišování mezi svými psychickými stavy a psychickými stavy jiných či pocity studu. Psychický stav jedince pak působí jako závěrečný rizikový faktor, který odemkne všechny jiné inhibiční mechanismy násilí. Dalším rizikovým faktorem páchaní násilí jsou psychologické postoje

– nedostatek empatie, kruté chování vůči slabším, antisociální postoje (Adshead et al., 2013). Jmenováno by mohlo být mnoho dalších faktorů vztahujících se k riziku páchaní násilí u mladistvých, nicméně blíže budou na následujících řádcích představeny tyto proměnné: absence teorie mysli, porucha osobnosti, požívání alkoholu a užívání drog, organické poruchy a parafilie. Ke specifikaci byly tyto faktory vybrány proto, že jsou hojně diskutovány v různých výzkumně podpořených literárních pramenech (např. Blumenthal & Lavender, 2000; Adshead et al., 2013).

3.4.1 Absence teorie mysli

Absence teorie mysli je důležitým rizikovým faktorem signifikantním pro predikci rizika páchaní násilí. Teorie mysli je někdy spojována s pojmem mentalizace. Mentalizace může být popsána jako schopnost rozumět psychickým stavům svým i psychickým stavům jiných osob a smysluplně je interpretovat, včetně uvědomění, že se psychické stavy druhých osob mohou lišit od toho, jak se daný člověk sám cítí (McWilliams, 2015). Teorie mysli vzniká již mezi 3–4 roky života jedince. Bylo prokázáno, že absence teorie mysli signifikantně souvisí s mírou pravděpodobnosti páchaní násilí. Teorie mysli není rozvinuta např. u lidí s poruchou autistického spektra či u některých jedinců trpících poruchou osobnosti (Adshead et al., 2013). Specificky bývá snížena schopnost mentalizace popisována u lidí trpících hraniční poruchou osobnosti (Bateman & Fonagy, 2016). Snížená schopnost mentalizace souvisí se sníženou schopností ovládat afektivitu. Konkrétně arousal roste rychle a následuje zaplavení emocemi, přičemž násilí má tendenci se vybit ve směru nejprve křiku, poté ničení majetku, sebepoškození až napadení ostatních. Pro rozvoj násilí jsou však třeba i další okolnosti. Snížená schopnost mentalizace zároveň souvisí s přítomností nejisté rané vazby neboli attachmentu u násilných jedinců. Přibližně u dvou třetin násilných osob je v anamnéze přítomna nejistá raná vazba. Zároveň se u těchto osob vyskytuje nízká schopnost reflexe a sebereflexe (Adshead et al., 2013).

Peter Fonagy, britský psychoanalytik a klinický psycholog, vyvinul terapii zaměřenou přímo na schopnost mentalizace, tedy tzv. Mentalisation based Treatment (MBT), jejíž efektivita byla výzkumně ověřena. Tento druh psychoterapie se zaměřuje především na pomoc lidem s poruchou osobnosti. Konkrétně se pracuje na získání větší emoční stability tak, aby pacienti prožívali méně intenzivních afektivních bouří, aby se prohloubila jejich schopnost sebereflexe a aby dokázali lépe porozumět emocím druhých a v důsledku zmíněných změn se také méně sebepoškozovali. Jedná se vlastně o integrativní psychoterapeutický přístup, který se opírá

o prvky teorie attachmentu, kognitivní terapie a psychodynamické psychoterapie. Důležitý je terapeutický vztah, který by neměl být ani příliš závislý, ani by v něm neměla být malá blízkost či odtažitost, protože pacienti trpící hraniční poruchou osobnosti jsou v rámci interpersonálních vztahů velice citliví. Terapeut by měl být především pokorný ve smyslu pečlivého naslouchání pacientovi a měl by vycházet z postoje tzv. nevědění, tedy že nemůže předem vědět, co bude důležité. Terapeut by měl akceptovat pacientův jiný pohled na svět a fakt, že ho pacient může vidět z různých perspektiv. Dále by měl být trpělivý, aby dané perspektivy identifikoval, a měl by se pacienta explicitně ptát na jeho vlastní zkušenost. Významná je v tomto druhu psychoterapie také práce s přenosem (Bateman & Fonagy, 2010).

3.4.2 Porucha osobnosti

V kontextu rizikových faktorů důležitých pro posouzení rizika páchaní násilí u mladistvých je důležité zmínit i poruchu osobnosti. Tato kategorie se nevztahuje pouze na dospělé, nicméně např. Riegel a Pěč (2020, s. 98) uvádějí, že „... symptomy poruch osobnosti mají své vývojové předpoklady v dětství anebo adolescenci a dají se spolehlivě změřit již v nižších věkových kategoriích“. Tato teorie se váže k objektivně-vztahovým konceptualizacím, jejichž reprezentantem je např. Otto Kernberg, jenž je autorem STIPO (strukturovaného interview organizace osobnosti). Zde je důležité připomenout již výše popsanou Eriksonovu (2015) vývojovou periodizaci, kdy adolescent prožívá krizi identity, jež může vést k integrovanému vědomí o sobě samém či k difuzi identity. Difuze identity je pak Eriksonem považována za „... základní psychopatologický syndrom všech závažných poruch osobnosti“ (Riegel & Pěč, 2020, s. 99). Riegel a Pěč (2020) podobně jako Adshead et al. (2013) upozorňují na důležitost včasné diagnostiky poruch osobnosti. Včasná psychologická intervence totiž může pozitivně ovlivnit snížení míry rizika páchaní násilí. Psychologická intervence se tedy musí zaměřit na to, jak rizikovní jedinci nahlízejí na jiné lidi a jaké dělají soudy o realitě a riziku páchaní násilí. Důležitá je tedy změna nejen na úrovni psychologické, ale i na té behaviorální. K diagnostice lze užít např. IPOP-A (Interview of Personality Organization Processes in Adolescence) založený na dimenzionálním přístupu. Je zaměřen na silné i slabé stránky posuzovaného dospívajícího, čímž je eliminováno „nálepkování“ psychiatrickou diagnózou (Riegel & Pěč, 2020). V této souvislosti je důležité zmínit alternativní model poruch osobnosti uvedený v manuálu DSM-V (2013). Tento model se snaží eliminovat nedostatky dosavadních klasifikací uvedených v manuálu MKN-10 (1993) a DSM-V (2013), jako jsou např. přílišná obecnost daných kritérií či špatné pokrytí osobnostní patologie

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

(Kim & Tyrer, 2010). Tento model by měl pomoci včasné zachytit jedince trpící poruchou osobnosti a zároveň je nepatologizovat. Diagnóza poruchy osobnosti je zde definována jako narušení funkční schopnosti osobnosti a patologické rysy osobnosti zároveň. Co se týká první části definice, tj. poruchy osobnosti, je rozlišováno šest typů, a to antisociální, vyhýbavá, hraniční, narcistická, obsedantně-kompulzivní, schizotypní a dále porucha osobnosti se specifickými rysy, která slouží k diagnostice, pokud daný jedinec naplňuje kritéria přítomnosti poruchy osobnosti, ale nenaplňuje kritéria ani jednoho výše popsánoho typu. Mezi obecná kritéria diagnostiky poruchy osobnosti pak tento manuál řadí za první úroveň narušení funkční schopnosti osobnosti. Ta se týká „self“, konkrétně identity a sebeřízení, a interpersonální oblasti se zacílením na empatii a intimitu ve vztazích. Co se týká druhé části definice, tj. patologických rysů osobnosti, ty jsou rozděleny do pěti oblastí, a to negativní afektivita, odtažitost, psychoticismus, desinhibice a antagonismus. Dále je hodnocena pervazivita a rigidita osobnostních rysů. V neposlední řadě musí být diferenciálně diagnosticky vyloučeny jiné duševní poruchy, které by mohly mít podobné projevy. Nemělo by se jednat ani o projev nějakého vývojového stadia, ani o určité somatické onemocnění. Možná je však komorbidita těchto poruch (DSM-V, 2013).

Přítomnost poruchy osobnosti je tedy jedním z rizikových faktorů rizika páchaní násilí. Tato porucha byla zařazena do škály HCR-20 jako jeden z historických rizikových faktorů (Douglas et al., 2013). V tomto nástroji, který je hojně užíván k diagnostice míry rizika páchaní násilí u dospělých, je odděleno, zda jedinec trpí antisociální poruchou osobnosti, psychopatií nebo jiným typem poruchy osobnosti. Antisociální porucha osobnosti a psychopatie jsou konstrukty, které se překrývají, v něčem jsou však odlišné. Antisociální porucha osobnosti je popsána spíše pomocí behaviorálních syndromů, přičemž tento pojem je zakotven v DSM-V (2013). Oproti tomu psychopatie dříve souborně označovala poruchy osobnosti (Smolík, 2002). Tento termín dále rozvíjel forenzní expert Hare, který na měření tohoto konstruktů sestrojil škálu PCL-R (Hare, 1996). Psychopatie je i dle Adsheada et al. (2013) významným prediktorem rizika páchaní násilí. Jedinci, kteří trpí touto poruchou osobnosti, mají velmi významně sníženou schopnost poučit se z trestu, neprožívají tolik strach jako jiní (Dutton, 2013), vůči resocializačním programům jsou spíše rezistentní (Seto & Barbaree, 1999). Mají tendenci jednat účelově tak, aby byly uspokojeny jejich potřeby, přičemž uspokojení svých potřeb mohou dosáhnout i formou násilí (Dutton, 2013). Dle Marešové (2011) právě ve vězení najdeme velké množství jedinců, kteří trpí dle terminologie MKN-10 (2014) disociální poruchou osobnosti, jež je totožná s termínem antisociální porucha

osobnosti. Ve vztahu k násilí je rizikovým typem nejen disociální porucha osobnosti, ale i emočně nestabilní porucha osobnosti, a to jak typu hraničního, tak impulzivního (Raine, 1993).

3.4.3 Sebepoškozování

Dalším důležitým rizikovým faktorem páčání násilí u adolescentů je autoagresivní jednání, tedy automutilace neboli sebepoškozování (Richmond-Rakerd et al., 2019; Borum et al., 2006). Sebepoškozování zahrnuje jak akty, které nevedou k sebevražednému jednání, jako jsou např. škrábání se, popálení se cigaretou či mírné pořezání se na dolních či horních končetinách, tak akty, které jsou sebevražedné (Baker, Helm, Bifulco, & Chung-Do, 2015). Sebepoškozování souvisí s násilným jednáním pravděpodobně i proto, že je významně spjato s dalšími faktory, které zvyšují riziko páčání násilí, jako jsou např. impulzivita, hněv a zneužívání návykových látek (Borum et al., 2006). Násilné jednání v partnerských vztazích u adolescentů, kteří se sebepoškozují, pak bývá spojeno s častým užíváním návykových látek a objevuje se v rozchodové fázi vztahu (Baker et al., 2015). Násilné jednání se více vyskytuje u adolescentů mužského pohlaví než u pohlaví ženského a zároveň se u násilných adolescentních jedinců objevuje více sebepoškozování u žen než u mužů. Nicméně vztah mezi sebepoškozováním a páčáním násilí je u obou pohlaví stejný. Je třikrát větší pravděpodobnost, že spáchá násilí mladistvý, který se sebepoškozuje, než ten, který v anamnéze automutilační jednání nemá, či jej aktuálně nevykazuje. Dobrymi prediktory, které zvyšují signifikantně pravděpodobnost, že mladistvý bude vykazovat jak automutilační jednání, tak i to násilné, je týrání a nízká sebekontrola v dětství. Dalším důležitým zjištěním je fakt, že mladiství, kteří páchají násilí a zároveň se sebepoškozují, se nijak neliší v míře prožívané deprese, úzkosti a přítomnosti posttraumatické stresové poruchy od těch, kteří se pouze sebepoškozují. Odlišují se však v míře a způsobu autoagresivního jednání, přičemž autoagresivní a zároveň i heteroagresivní adolescenti vykazují závažnější a agresivnější automutilační jednání, jako je např. škrcení se při oběšení, oproti pouze autoagresivním jedincům, kteří např. mají řezné rány na končetinách. U autoagresivních a zároveň heteroagresivních mladistvých jedinců se také vyskytuje vyšší prevalence psychotických symptomů, závislosti na alkoholu a na marihuaně. Dále u nich bývá častěji v anamnéze polyviktimizace, zanedbávání, zneužívání a násilí v rodině. Dále Richmond-Rakerd et al. (2019) popisuje i osobnostní rozdíly u adolescentů, kteří jsou heteroagresivní i autoagresivní, oproti těm, kteří se pouze sebepoškozují. U těchto tzv. duálních mladistvých byla

zaznamenána větší rezistence vůči změně, větší extroverze a slabší kontrola impulzů. Obě tyto skupiny pak skórovaly výše v neuroticismu a v nízkém sebevědomí oproti jedincům, kteří nevykazují ani autoagresivní, ani heteroagresivní jednání. Na rozdíl od pouze násilných mladistvých, vykazovali tzv. duální adolescenti větší problémy v oblasti duševního zdraví (Richmond-Rakerd et al., 2019).

3.4.4 Alkohol a drogy

Závislost na návykových látkách, ale i pouhé zneužívání či užívání drog či požívání alkoholu, kdy dochází k významnému narušení přizpůsobení psychického či sociálního (potíže se zákonem, v zaměstnání či s intimními i neintimními vztahy) (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 2017), je významným rizikovým faktorem pravděpodobnosti páchaní násilí jak u dospělých (Douglas et al., 2013), tak i u mladistvých. Zneužívání návykových látek u mladistvých je rizikovým faktorem kriminální recidivy (Borum et al., 2006). Borum et al. (2006) ho zařadili jako jeden z klinických rizikových faktorů ve škále SAVRY. Miczek et al. (1994) konstatují, že více signifikantní je tento prediktor pro období dětství nežli dospívání, co se týká pravděpodobnosti páchaní násilí. Nicméně užívání drog během rané adolescence je spojeno se souběžnou i pozdější delikvencí, tedy delikventním chováním v pozdní adolescenci a v rané dospělosti (Borum et al., 2006). V adolescenci je méně časté než v dospělosti, že by byl násilný trestný čin páchan pod vlivem alkoholu či ilegálních drog nebo že by byl násilný trestný čin páchan pro možnost pokračování v užívání drog. Důležitější je v tomto případě sociální kontext, a to, že většina mladistvých, kteří páchají násilí, užívají návykové látky (Huizinga, Loeber, & Thornberry, 2005). Výskyt fyzických napadení je výrazně vyšší u mladistvých, kteří užívají ilegální návykové látky, a to jak u dívek, tak u chlapců, než tomu je u dospívajících, kteří návykové látky neužívají (Borum et al., 2006). Dawkins (1997) zjistil, že v porovnání s užíváním heroínu a marihuany je více s násilným jednáním u adolescentů spojeno požívání alkoholu. Požívání alkoholu je u mladistvých spojeno jak s násilnými, tak nenásilnými trestnými činy.

Pokud má mladistvý potíže se zneužíváním návykových látek, ať už legálních či ilegálních, nebo u něj byla diagnostikována závislost, je důležité se v rámci plánování terapeuticko-resocializační intervence zaměřit na léčbu těchto potíží, která je pro snížení míry rizika páchaní násilí klíčová. Dle míry potíží adolescenta s užíváním návykových látek lze zvolit formu léčby, a to ambulantní, hospitalizaci či dlouhodobý pobyt v komunitě, kde jsou kurativními faktory jasně stanoveny pravidla a struktura daného společenství. Takto se vytváří

pocit bezpečí, ale zároveň je dán prostor k učení se novým dovednostem, což může probíhat např. formou sociálního učení prostřednictvím sociálních interakcí. Členové terapeutické komunity jsou zodpovědní za své chování, které má na základě operantního podmiňování své důsledky v podobě odměn či trestů. Zároveň se posouvají do pozic s narůstající zodpovědností, vůči komunitnímu systému a jeho principům jsou loajální, učí se čelit problémům a řešit je konstruktivně, odhalit a odmítnout manipulativní jednání jiných členů komunity, zvnitřňují žebříček pozitivních hodnot, učí se vyjadřovat emoce, poznat lépe sami sebe a zaměřují se na zlepšení vztahů s rodinou a s přáteli, kteří jsou jejich chováním často poškozeni (de Leon, 2000).

3.4.5 Výchovní styl

Dalším z rizikových faktorů, který je signifikantně spojen s mírou rizika páchaní násilí u mladistvých, je výchovní styl pečujících osob (Borum et al., 2006). Výchovní styl může být definován jako emoční klima, ve kterém je mladistvý vychováván (Darling & Steinberg, 1993). Významně vyšší riziko páchaní násilí je u mladistvých, kteří jsou vychováni autoritativně. Tedy pečující osoby jsou na adolescenta přísné, uplatňují svou moc bez vysvětlování pravidel, chybí zde vzájemnost a pochopení (Martínez-Ferrer, Romero-Abrio, Moreno-Ruiz, & Musitu, 2018). Dalším rizikovým výchovným stylem je nedůsledný přístup, kde hranice přímo chybějí, pečující osoby nejsou schopny je nastavit či je pravidelně vyžadovat, pravidla v rodině jsou proměnlivá, oddělení rodinných subsystémů je nejasné, komunikace mezi rodiči a adolescentem je minimální či nejasná. Zde pak hrozí riziko rozvoje disociálního chování, které může vést k násilnému jednání (Borum et al., 2006). U adolescentů, kteří byli vychováni tímto stylem, se objevovaly více impulzivní a agresivní reakce než u adolescentů, kteří byli vychováni autoritativně. Díky chybějícím hranicím ve výchově pak mají adolescenti potíže své emoce kontrolovat (Miller, Dilorio, & Dudley, 2002). Zanedbávající výchovní styl je také spojen s vyšším rizikem páchaní násilí u adolescentů. Tento výchovní styl se vyznačuje nízkou empatií vůči mladistvému, chyběním vřelosti a zájmu pečujících osob. Agresivní adolescenti se pak vyznačují nízkou rodinnou i emoční sebeúctou a vykazují vysokou psychickou nepřizpůsobivost oproti adolescentům, kteří agresivní chování nevykazují. Tedy jsou emočně nestabilní, své emoce neovládají, mají negativní pohled na svět a neváží si sami sebe (Perez-Gramaje, Garcia, Reyes, Serra, & Garcia, 2019). Naopak protektivním faktorem míry pravděpodobnosti páchaní násilí u adolescentů je shovívavý výchovní styl, kde se rodiče snaží mladistvému porozumět,

podporují ho a jsou vůči němu empatictí. Rodinná pravidla jsou vysvětlována, aby adolescent porozuměl jejich uplatňování (Suárez-Relinque, Del Moral Arroyo, León-Moreno, & Callejas Jerónimo, 2019). Jako důležitá se ve výchově ukazuje být přívětivost, a to i u adolescentů, kteří již agresivní chování vykazují (Perez-Gramaje et al., 2019). Výše zmíněné výzkumy poukazují na důležitost zohlednění komplexní péče při terapeutické práci s mladistvými, ale i s mladšími dětmi, nejen z důvodu, že výchovný styl je jedním z významných rizikových faktorů rizika páchaní násilí. Terapeutické programy zaměřené na snižování míry rizika páchaní násilí by měly být zaměřeny nejen na změnu myšlení, cítění a chování adolescenta, ale i na působení celého rodinného systému (Miller et al., 2002).

3.5 Vybrané protektivní faktory páchaní násilí u mladistvých

Při hodnocení míry rizika páchaní násilí je důležité vzít v potaz nejen přítomnost či absenci rizikových faktorů. Důležité je podívat se i na přítomnost či absenci faktorů protektivních, které výslednou míru rizika páchaní násilí snižují. Protektivní faktory mohou být pojímány buď jako opozita rizikových faktorů, tedy by se jednalo o tu samou proměnnou, ale na druhém konci kontinua, nebo na ně může být nahlíženo jako na samostatné proměnné, které vysvětlují, proč někteří jedinci, u nichž je velká četnost rizikových faktorů, násilí nepáchají (Herrenkohl et al., 2000). Vzhledem k velkému počtu mohou být protektivní faktory, stejně jako ty rizikové, rozděleny do několika kategorií vztahujících se: ke společnosti, ke škole, k vrstevníkům, k rodině, k samotnému posuzovanému adolescentovi. K poslední kategorii by mohly být řazeny nenásilné postoje či prosociální orientace. V oblasti rodiny pak můžeme hovořit např. o bezpečné rané vazbě a o podpurném vztahu s rodiči. V oblasti školního prostředí jsou to různé závazky ke škole, které se týkají nejen akademického úspěchu, ale také zapojení v prosociálních školních aktivitách. Nakonec v kategorii vrstevníků se jedná o schopnost nalézt a udržet vztahy s nedelikventními vrstevníky. Stejně jako rizikové faktory pak mohou mít protektivní faktory kumulativní efekt či mohou interagovat. Důležité je také zmínit, že různý efekt budou mít jednotlivé faktory v odlišných stadiích vývoje jedince (Sampson & Lauritsen, 1994). V porovnání s rizikovými faktory je výzkum protektivních faktorů stále nedostatečný. Nicméně při hodnocení rizika páchaní násilí je důležité posoudit faktory rizikové i protektivní a zpracovat je do výsledného terapeutického intervenčního plánu zaměřeného na snížení rizika páchaní násilí u konkrétního mladistvého (Sabina & Banyard, 2015).

Protektivní faktory se mohou vztahovat k úrovni biologické, psychologické, společenské i rodinné. Mohou nejen odstiňovat výši rizika páchaní násilí, ale v určité míře by měly být i zapracovány do terapeuticko-resocializačního programu pro mladistvé. Můžeme je dělit na pozitivní a negativní. První skupina, tedy protektivní faktory pozitivní, působí svou přítomností, kdežto faktory negativní působí svou absencí (Vagi et al., 2013). Některé nástroje na posouzení pravděpodobnosti páchaní násilí u adolescentů zahrnují jak faktory rizikové, tak protektivní. Jedním z nich je např. škála SAVRY, která obsahuje šest protektivních faktorů: prosociální zapojení, silná sociální podpora, silné citové vazby, pozitivní postoje k intervencím a autoritám, silná vazba na školu a odolnost (resilience) jako osobnostní rys (Skřivánková, 2020c). Jiné nástroje jsou zaměřeny pouze na faktory protektivní. Jsou tzv. doplňkovými nástroji ke škálám určeným k posouzení míry rizika páchaní násilí složeným pouze z faktorů rizikových. Jedním z takových nástrojů je SAPROF, který byl zkonstruován jak ve verzi pro dospělé, tak ve verzi pro mladistvé (de Vogel, Hilterman, Poch, & Cárdenas, 2015). Škála SAPROF-YV, tedy verze pro mladistvé, dělí protektivní faktory do čtyř kategorií, o nichž bude konkrétně pojednáno níže. Jedná se o faktory týkající se resilience, motivační faktory, vztahové faktory a externí faktory (de Vries Robbé, Geers, Stapel, Hilterman, & de Vogel, 2015).

3.5.1 Faktory související s resiliencí

Resilienci neboli nezdolnost definují Masten a Obradovic (2006) jako udržení zdravého nebo úspěšného fungování a jako adaptaci navzdory působení nepříznivých podmínek, přičemž by měly být aktivní oba popsání koncepty. Je důležité zmínit, že resilience je dynamickým faktorem, tudíž daný adolescent může být resilientní v rámci jedné situace, jindy či v jiném kontextu však resilientní být nemusí. Navíc je multifaktoriálním konstruktem, tedy složeným z více faktorů (Cicchetti, 2013). Garnezy (1993) rozlišuje tři aspekty resilience, a to temperament, rodinné faktory a sociální podporu. Aspekt temperamentu vztahující se k osobnosti dospívajícího zahrnuje např. zdravé sebevědomí, nadprůměrné kognitivní schopnosti či schopnost uklidnit se po stresující události (Kumpfer, 1999). Faktor resilience vztahující se k osobnosti mladistvého je zahrnut mezi protektivními faktory nástroje SAVRY. Škála SAVRY nicméně hodnotí i rodinné faktory a sociální podporu (Skřivánková, 2020c). Mezi rodinné faktory jsou pak zahrnuty rodinná podpora, stabilní rodinné struktury a uspokojivé vztahy. K sociální podpoře jsou řazeny faktory podpora komunity, bezpečnost ve škole a angažovanost v prosociálních spolcích (Sousa, Haj-Yahia, Feldman, & Lee, 2013).

Faktory související s resiliencí obsahuje i nástroj SAPROF-YV, kde je resilience rozložena do čtyř protektivních faktorů. Konkrétně se jedná o sociální dovednosti, copingové schopnosti, sebekontrolu a vytrvalost. Sabina a Banyard (2015) upozorňují, že násilí je často interpersonálního charakteru, tudíž je důležité se při hodnocení míry rizika páčání násilí zaměřit více na faktory související se schopností vztahy udržet. Je to z toho důvodu, že někteří jedinci, kteří jsou násilní, byli sami vystaveni násilí, a tudíž nemají důvěru ve vztahy a je pro ně těžké vztahy budovat. V této souvislosti výše zmíněné autorky doporučují zaměřit se především na hodnocení sebedůvěry posuzovaného adolescenta a na jeho soběstačnost. V souvislosti se snižováním míry pravděpodobnosti páčání násilí je důležité trénovat dovednosti, které spoluutvářejí resilienci jako protektivní faktor páčání násilí. Např. ke snižování míry agrese je vhodné zdokonalovat dovednost utvářet a udržovat přátelství (Sabina & Banyard, 2015).

3.5.2 Motivační faktory

Motivační faktory patří mezi dynamické položky, tedy ty, které se mohou měnit. U adolescentů jsou změny častější než u dospělých (Borum et al., 2006), neboť adolescence je období bouřlivých změn jak v oblasti biologické, tak v oblasti psychosociální (Říčan & Krejčířová, 2006). Je tedy důležité v rámci této věkové kategorie pachatelů hodnotit riziko páčání násilí častěji. Mezi protektivní motivační faktory mohou být řazeny položky jako např. orientace na budoucnost, motivace k léčbě, postoj k dohodám a podmínkám, medikace, škola/práce či volnočasové aktivity. Důležitost zhodnocení těchto položek při posuzování pravděpodobnosti rizika páčání násilí u adolescentů je popsána v manuálu k používání nástroje SAPROF-YV (de Vogel et al., 2012).

Jak prokázala např. Stoddard et al. (2011), větší **orientace na budoucnost** významně souvisí se snižováním rizika páčání násilí u adolescentů. Adolescenti s pozitivní orientací na budoucnost mají dokonce menší tendenci k užívání marihuany a méně často požívají alkohol. Pozitivní orientace na budoucnost navíc pomáhá v budování resilience, výše popsaného protektivního faktoru páčání násilí u adolescentů. Orientace na budoucnost zahrnuje naděje, pocity, myšlenky i plány ohledně adolescentovy budoucnosti. Plány by měly být realistické a proveditelné, tedy konkrétní, stabilní a zohledňující aktuální stav adolescenta včetně podpory sociálního okolí. Měly by také usnadňovat pozitivní psychosociální přízpůsobení (Boer et al., 2017). Orientace na budoucnost se vytváří již v raném věku skrz kulturu, náboženství, působení společnosti, vzdělání a především rodinu, u které je důležité,

aby byla pro pozitivní orientaci na budoucnost mladistvého podpůrná, pečující a spolehlivá. Naopak chudoba a vyrůstání v násilné komunitě může u adolescenta vyústit v beznaděj a v pocit, že jeho jedinou možnou volbou je v násilí pokračovat. Pokud má adolescent pozitivní orientaci na budoucnost, vytváří se u něj pocit naděje, který souvisí s pozitivním vývojem do další vývojové fáze, tedy do mladé dospělosti. Zároveň je spjat s dosahováním školních úspěchů, se sebehodnocením, s přijetím společností a s well-being obecně. Proto je důležité se při intervenci s cílem snižování pravděpodobnosti páchaní násilí zaměřit na budování pozitivní orientace na budoucnost a vystavovat adolescenty pozitivním dospělým vzorům, aby se od nich mohli učit (Stoddard et al., 2011).

Dalším z protektivních motivačních faktorů snižujících riziko páchaní násilí je **silná vazba na školu**, přičemž tento faktor je přímo obsažen ve škále SAVRY posuzující riziko páchaní násilí u adolescentů. Pozitivní školní výsledky jsou také signifikantně spojeny s nižší mírou výskytu trestných činů u mladistvých. Ke školnímu prostředí se navíc může vázat i další protektivní faktor rizika páchaní násilí, a to pozitivní postoje k intervencím a autoritám, které se ukazují nejčastěji právě ve školním prostředí, kde adolescent tráví velkou část svého času. Důležitá je především součinnost, spolupráce a otevřenost daného adolescenta. Malý zájem o školu a malá angažovanost ve školním prostředí jsou naopak rizikovými faktory páchaní násilí u mladistvých (Borum et al., 2006), přičemž projevoování malého zájmu o své neúspěchy ve školním prostředí a o slabé školní výsledky je součástí tzv. deficitu prosociality, který je dále charakterizován chyběním výčitek svědomí a pocitů viny, plochou afektivitou, bezcitností, bezohledností a chyběním empatie. Blíže specifikován je tento deficit v DSM-V (2013).

Dalším protektivním faktorem rizika páchaní násilí jsou **volnočasové aktivity**. U mladistvých, kteří mají naplněný svůj volný čas po škole, nejlépe prosociálními aktivitami, je menší riziko páchaní násilí než u mladistvých, kteří se po škole nudí. Participace na prosociálních aktivitách je jednou z položek již několikrát zmiňovaného nástroje SAVRY (Borum et al., 2006). Co se týče volnočasových aktivit, mělo by se jednat o činnosti, které mladistvému pomohou v aktivním zapojení se do kolektivu vrstevníků a umožní mu relaxovat (Ptáček, 2006). Některé volnočasové aktivity totiž mohou riziko páchaní násilí spíše zvyšovat, konkrétně se jedná např. o sledování televize a hraní počítačových her (Kelishadi et al., 2015). Bylo výzkumem prokázáno, že důsledkem hraní počítačových her s násilným obsahem je agresivní reagování jak v oblasti kognitivní, tak v oblasti emoční. Navíc hraní tohoto druhu

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

her vede ke snížení prosociálního chování (American Psychological Association, 2020; Nešpor & Csémy, 2007) a empatie (American Psychological Association, 2020) a narůstá hostilní vnímání okolí. V souvislosti s hraním počítačových her se objevuje větší agresivita, sklon riskovat a užívat návykové látky (Nešpor & Csémy, 2007). Riskování, impulzivita a užívání návykových látek jsou rizikovými faktory spojenými s pácháním násilí nejen u mladistvých (Borum et al., 2006), ale i u dospělých (Douglas et al., 2013). Doložená je i větší tendence k fyzickým potyčkám a může se objevit i snížená známka z chování. Sledováním násilného obsahu se navíc snižuje schopnost vcítění se a může se vyskytnout tendence pozorované násilné chování napodobit, např. někoho bodnout (Nešpor & Csémy, 2007).

Pokud adolescent trpí nějakým duševním onemocněním, např. psychózou, je důležité, aby bral psychiatrem předepsané léky a především, aby byl k adekvátní léčbě motivován, tedy nejlépe aby byla propojena jak vnitřní motivace založená na jeho přesvědčeních a postojích, tak vnější motivace pacienta k zotavení utvořená na základě např. tlaku okolí či následných odměn nebo trestů. Právě **motivace k léčbě** je dalším signifikantním protektivním faktorem snižujícím riziko páchání násilí u mladistvých (de Vogel et al., 2012). Přítomnost určitých duševních poruch či syndromů, obzvláště pokud nejsou léčeny, zvyšuje riziko páchání násilí. Je tomu tak např. u schizofrenie, kdy jedinec není schopen v rámci psychotické ataky rozpoznat, co je reálné a co ne, nemůže se spolehnout na svůj úsudek a cítí se ohrožen (Hoptman & Antonius, 2011). Je důležité se pak v rámci hodnocení rizika páchání násilí zaměřit na bludy a halucinace spojené s násilím, vztekem či pronásledováním. Dobré je pozorovat i změny v pacientově chování ve smyslu jeho patologie. Významná je i agitace či psychomotorický neklid (Douglas et al., 2013). Užívání medikace, která léčí či tlumí výše popsané syndromy, je tedy jedním z protektivních faktorů rizika páchání násilí nejen u mladistvých, ale i u dospělých. Hodnocení užívání medikace je obsaženo např. ve škále na posouzení rizika páchání násilí u dospělých HCR-20 III. Daný klinický faktor se v této škále nazývá nedávné problémy s reakcí na léčbu nebo dohled (Vňuková, Ptáček, Páv, & Vevera, 2020). Tato škála byla adaptována na naše podmínky v roce 2020 v rámci reformy psychiatrie Ministerstva zdravotnictví České republiky pod záštitou projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné skupinou KA-5 pod vedením profesora lékařské psychologie PhDr. Radka Ptáčka, Ph.D.

3.5.3 Vztahové faktory

Vztahové faktory mají velice důležitý protektivní význam v rámci posouzení pravděpodobnosti páčání násilí u mladistvých. Vztahové faktory zahrnují jak vztahy s rodiči, tak s vrstevníky, i jiné podpůrné prosociální vazby (de Vries Robbé et al., 2015). Co se týče vztahu s rodiči, výzkumně byl potvrzen signifikantní vztah mezi syndromem CAN a pozdějším páčáním násilí, jak je již popsáno výše. Mladiství, kteří zažili zneužívání, zanedbávání či týrání, mají potíže s rozpoznáváním svých emocí a s vyrovnáváním se se svými negativními emocemi. Na odmítavé reakce svých vrstevníků reagují často agresí. Dále mají snížené sociální dovednosti, hůře interpretují jednotlivé prvky sociální interakce, mají tendenci vykazovat hostilní atribuční styl a jsou ve svém myšlení nezralí bez ohledu na výši jejich inteligenčního kvocientu (Blumenthal & Lavender, 2000).

Silná sociální podpora a silné sociální vazby jsou pak protektivními faktory z hlediska rizika páčání násilí u mladistvých. Konkrétně se jedná o vztahy s vrstevníky i s dospělými, kteří adolescentovi poskytnou pomoc, když ji potřebuje, a jsou mu blízcí. Tito mladiství jsou pak odolnější vůči rozvinutí agresivního stylu jednání. Důležité je, aby daný vztah byl vřelý a láskyplný, aby se mladistvý cítil přijatý, pochopený a aby byly uznány jeho kompetence. Tento vztah by měl být vytvořen s prosociálně, nikoliv antisociálně orientovanou osobou. Pevné citové pouto k osobě nerespektující sociální normy a hranice by naopak riziko páčání násilí u adolescenta mohlo zvyšovat (Borum et al., 2006). Nedosycený pocit bezpečí a jistoty pak daní jedinci mohou kompenzovat v rámci navázání terapeutického vztahu se stabilním, vřelým, přívětivým a empatickým terapeutem. V rámci psychoterapeutických sezení i mimo ně pak mohou pracovat na schopnosti vztahy navázat, udržet a profitovat z nich (Bergmann, 2000).

3.5.4 Externí faktory

Mezi externí faktory může být řazena výchovná atmosféra, a to jak ve škole, tak doma, dále profesionální péče, např. psychiatrická či psychologická, a v neposlední řadě to mohou být soudní nařízení, kterými by se adolescent měl řídit. Ta mohou určovat rámeček, ve kterém je adolescent pak nucen fungovat, což snižuje pravděpodobnost páčání násilného činu, stejně tak jako adekvátní psychiatrická či psychologická pomoc (de Vries Robbé et al., 2015). Důležitý je přístup k dodržování soudních nařízení či léčby, které mají za cíl snížit riziko páčání násilí nebo omezit faktory s ním spojené (Vňuková et al., 2020), jako je např. závislost na návykových látkách, a to nejen u daného adolescenta, ale i u jeho rodiny

a blízkého sociálního okolí. Jedná se především o pravidelné docházení na sjednaná sezení, plnění zadaných domácích úkolů, dodržování specifických podmínek léčby či dohledu a zastavení jednání, které by mohlo vést k násilnému jednání. Významná je pak schopnost profitovat z léčby a plnit nastavené intervenční cíle (Vňuková et al., 2020). V rámci psychologické pomoci je pak vhodné pracovat na náhledu, který je dalším z protektivních faktorů rizika páčání násilí. Jedná se o náhled na riziko páčání násilí, ale i na případné duševní onemocnění či na poruchu osobnosti, kterou adolescent může trpět, a v neposlední řadě jde o náhled na nutnost pomoci zvenčí. Adolescent může ale daný fakt popírat či bagatelizovat. Jde vlastně o porozumění sobě, svému jednání a jeho motivům ve vztahu k násilí (Douglas et al., 2013). Daný adolescent může mít obtíže např. s porozuměním osobním faktorům, které přispěly v minulosti k páčání násilí. Může se jednat např. o užití návykových látek. Dále nemusí rozumět interpersonálním či kontextovým faktorům, které vedly ke spáchání násilného trestného činu a které k němu mohou opětovně vést v budoucnosti. Adolescent také nemusí uznávat účinnost léčby, která mu může pomoci snížit riziko páčání násilí v budoucnosti, a snahám o léčbu může odolávat (Vňuková et al., 2020). Dále do této kategorie může být řazena silná vazba na školu, která je signifikantním protektivním faktorem rizika páčání násilí u adolescentů. Silná vazba na školu, zájem o ni a také zájem o úspěšnost ve škole snižují riziko páčání násilí (Borum et al., 2006).

3.6 Nástroje posuzování rizika páčání násilí u mladistvých

Jak důležité je posouzení míry rizika páčání násilí, bylo již popsáno výše. Zde je však popsáno, jakým způsobem by měla být pravděpodobnost páčání násilí hodnocena. Důležitá je unifikace a transparentnost přístupu, kterou ocení nejen forenzní experti, např. soudní znalci, kteří riziko páčání násilí posuzují, ale i soudci či právníci, kteří pak tento proces přezkoumávají a hledají, na základě čeho byl daný jedinec vyhodnocen jako vysoce nebezpečný pro společnost a jaké z toho plynou důsledky (Skřivánková, 2020b). Je tedy důležité používat k tomuto procesu standardizované nástroje, jejichž validita a reliabilita byla v daném prostředí ověřena, tzn. že daný nástroj měří opravdu to, co autoři uvádějí, a navíc to měří spolehlivě (de Vries Robbé & de Vogel, 2018). Co se týče dospělé populace, je v České republice v procesu adaptace nástrojů HCR-20 III sloužící k hodnocení míry rizika páčání násilí u dospělých, SVR-20 (Sexual Violence Risk – 20) pro posouzení rizika násilné recidivy u sexuálních deliktů a SAPROF k posouzení protektivních faktorů u rizika násilné recidivy (Skřivánková, 2020a). Důležité je však zaměřit se nejen na populaci dospělou, ale

také na populaci adolescentní, která je často opomíjena. Přitom puberta a adolescence jsou vývojová období, kdy stále ještě může být osobnost jedince tvarována (Ringwalt et al., 1996). Hodnocení míry rizika páčání násilí u mladistvých může být tedy klíčové. Po tomto hodnocení však nesmí být zapomenuto na potřebnou intervenci, která by měla vycházet právě z diagnostiky míry rizika páčání násilí pomocí standardizovaných nástrojů. K aktuálním, v zahraničí k tomuto účelu hojně užívaným nástrojům patří již zmíněná škála SAVRY, dále nástroj k časnému posouzení rizik pro chlapce EARL-20B a dívky EARL-21G a inventář řízení rizik pro mladistvé YLS/CMI (Savignac, 2010). Dále se jedná o protokol posouzení rizika páčání sexuálního násilí u mladistvých J-SOAP-II (Chu et al., 2012) a nástroj pro posouzení protektivních faktorů rizika páčání násilí u mladistvých SAPROF-YV (de Vries et al., 2015). O těchto nástrojích bude blíže pojednáno níže. Bude popsána jejich struktura, forma výstupu a jejich specifika.

3.6.1 Škála na posouzení rizika páčání násilí u adolescentů SAVRY

Jako první bude specifikována škála SAVRY, která byla použita v empirické části této dizertační práce, jež se vztahuje nejen k její standardizaci v České republice, ale i ke zjišťování vztahů škály k jiným nástrojům, konkrétně k osobnostnímu dotazníku pro adolescenty HSPQ (Balcar, 1986), k posuzovací škále pozornosti a chování Connors 3 (Ptáček, Goetz, & Švandová, 2018) a ke škále agresivity SADSS (Dolejš, Suchá, & Skopal, 2021). Hodnotící nástroj SAVRY byl konstruován forezními experty Borumem, Bartelem a Forthovou (2006). Nejedná se o klasický psychologický test, nýbrž o nástroj, který je zkonstruován jako průvodce při hodnocení rizika páčání násilí a při plánování intervencí v rámci snížení pravděpodobnosti páčání násilí profesionálním pracovníkem u mladistvých. Efektivita tohoto nástroje byla již výzkumně ověřena (např. Meyers & Schmidt, 2008; Ortega-Campos, García-García, & Zaldívar-Basurto, 2017). Škála je rozdělena do tří částí – historická obsahující deset rizikových faktorů (např. násilí v nízkém věku, sebepoškození či pokus o sebevraždu v minulosti nebo kriminalita rodičů/pečující osoby). Další je škála sociální obsahující šest rizikových faktorů (např. položky delikvence vrstevníků nebo nedůsledná výchova). Poslední je škála individuální obsahující osm rizikových faktorů (např. problémy se zvládnutím vzteku, disociální postoje či nedostatek empatie/necitlivost). Těchto 24 položek tvoří kriminogenní faktory. Škála je efektivní tím, že na rozdíl od mnoha jiných hodnotících nástrojů obsahuje nejen kriminogenní faktory, ale i faktory protektivní, které jsou hodnoceny z hlediska své přítomnosti či absence. Těchto protektivních faktorů je šest,

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

např. silné citové vazby a pozitivní postoje k intervencím a autoritám. Pro větší názornost jsou faktory popsány v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Položky SAVRY

SAVRY				
	Historické rizikové faktory	Sociální/kontextové rizikové faktory	Individuální/klinické rizikové faktory	Protektivní faktory
1	násilí v minulosti	delikvence vrstevníků	disociální postoje	prosociální zapojení
2	problémové nenásilné chování v minulosti	odmítání vrstevníky	riskování/impulzivita	silná sociální podpora
3	násilí v nízkém věku	problémy se zvládním zátěžových situací	zneužívání návykových látek	silné citové vazby
4	porušení podmínek dohledu či léčby v minulosti	nedůsledná výchova	problémy se zvládním vzteku	pozitivní postoje k intervencím a autoritám
5	sebepoškození či pokus o sebevraždu v minulosti	nedostatek osobní/sociální podpory	nedostatek empatie/necitlivost	silná vazba na školu
6	vystavení násilí v domácím prostředí	patologické jevy v komunitě	porucha pozornosti/hyperaktivita	odolnost jako osobnostní rys
7	týrání v dětství		snížená spolupráce	
8	kriminalita rodičů/pečující osoby		malý zájem/angažovanost ve škole	
9	přerušování rané péče			
10	slabý školní výkon			

Zdroj: (Skřivánková, 2020c)

Hodnocena je nejen přítomnost či absence daných faktorů, ale i to, zda se jedná o faktor kritický, tedy zda je tento faktor významný v rámci daného konkrétního hodnocení míry pravděpodobnosti páchaní násilí u adolescenta. Škála je určena pro chlapce i pro dívky ve věku 12–18 let. Nejsou přítomny cut-off skóre či numerické hodnocení, z čehož vyplývá, že závěrečné posouzení míry rizika páchaní násilí je kvalitativního charakteru a vychází z principu strukturovaných profesionálních hodnocení, jež jsou jedním z nejnovějších přístupů v rámci hodnocení rizika páchaní násilí. Tuto pravděpodobnost rizika páchaní násilí pak odborník hodnotí v kategoriích nízké – střední – vysoké. V záznamovém listu je

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

ponechán prostor i pro zaznamenání jiných, nástrojem neurčených rizikových i protektivních faktorů (Skřivánková, 2020c).

Postup hodnocení rizika páchaní násilí u mladistvého pomocí škály SAVRY by tedy byl ve zkratce následovný: „... 1) Sběr relevantních informací o adolescentovi pro posouzení míry rizika spáchání násilí z relevantních zdrojů. 2) Vyhodnocení přítomnosti rizikových a protektivních faktorů, případné doplnění důležitých faktorů, které v záznamovém listu nejsou zmíněny. 3) Vyhodnocení, jaké položky jsou pro daný případ kritické. 4) Souhrnné hodnocení míry rizika spáchání násilí u adolescenta“ (Skřivánková, 2020c, s. 14). Co se týče kvalifikace uživatelů tohoto nástroje, je důležité, aby byl nástroj užíván odborníky, kteří znají zákonitosti vývoje dětí a adolescentů a také mají zkušenosti s násilnými mladistvými. Co se týče profese, může být SAVRY užíváno psychology, psychiatry, sociálními pracovníky i probačními úředníky s nutnou odborností. Je však důležité, aby každý odborník při používání tohoto nástroje postupoval přesně dle příručky a v ní uvedených pokynů, aby nedošlo k dezinterpretaci výsledků. Pro co nejvíce objektivní vyhodnocení této škály je důležité mít informace z více zdrojů, nejen od samotného posuzovaného mladistvého. Důležitá je relevantní zdravotnická a sociální dokumentace mladistvého. Užitečný může být i rozhovor s rodiči či se školními pracovníky, jejich výpovědi však posuzujeme obezřetně, mohou být totiž zkresleny, ať už záměrně, či neúmyslně. SAVRY tedy napomáhá odborníkům s transparentním, unifikovaným a standardizovaným rozhodnutím o výši pravděpodobnosti rizika páchaní násilí u adolescentů, pomoci může i v lepší orientovanosti v určení důležitosti jednotlivých proměnných tak, aby na ně byl brán zřetel při plánování a realizaci terapeutické intervence ke snížení míry rizika páchaní násilí. Pokud bude proces posuzování rizika páchaní násilí u daného adolescenta opakován, což je doporučeno, může být snadno reflektován posun adolescenta ve smyslu snížení pravděpodobnosti páchaní násilí a terapeut může zároveň transparentně zaznamenat, na čem ještě by se mělo v rámci psychoterapie s mladistvým pracovat. Při konstrukci nástroje vycházeli autoři z výzkumů o násilí a agresi u adolescentů a z různých kriminologických teorií. Zahrnutím dynamogenních faktorů se daný nástroj soustřeďuje nejen na zhodnocení míry rizika násilí, ale má vztah i k možné intervenci zmírňující toto riziko. Tím se řadí do čtvrté, tedy nejnovější kategorie nástrojů posuzování rizika páchaní násilí, které propojují jak část diagnostickou, tak intervenční (Skřivánková, 2020c).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Proces posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů se samozřejmě neskládá pouze z vyplnění tzv. objektivní škály SAVRY. Jak píše Douglas et al. (2013), je důležité klinické posouzení testovaného daným expertem, SAVRY a další podobné metody jsou pouze pomocníkem při jeho rozhodování o výši rizika páchaní násilí. V této souvislosti je vhodné podrobněji zmínit kvalifikaci odborníků administrujících škálu SAVRY a popsat následně další možné metody k vyšetření mladistvého za účelem posouzení pravděpodobnosti páchaní násilí.

Nástroj SAVRY může být používán odborníky z více oblastí. Obecně lze konstatovat, že se jedná o psychology, psychiatry, sociální pracovníky a vyškolené probační úředníky, kteří jsou k posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů dostatečně kvalifikovaní. Dostatečná kvalifikace znamená mít zkušenosti s posuzováním rizika páchaní násilí a také s prací s adolescenty, dále je důležité mít znalosti ohledně vývoje osobnosti a vývojových specifik pro pubescentní a adolescentní období a také mít povědomí o různých teoriích vzniku násilí a práci s násilnými osobami. Vhodné je absolvovat školení k užívání škály SAVRY, jež zvýší efektivitu posuzování míry rizika páchaní násilí u daného hodnotitele (Borum et al., 2006).

Velice důležitá je při posuzování míry rizika páchaní násilí role klinické diagnostiky. Pro efektivní hodnocení rizika páchaní násilí jsou významné především klinické zkušenosti daného hodnotitele (Murray & Thomson, 2010). Vzhledem k tomu, že škála SAVRY může být administrována do 18 let věku (Borum et al., 2006), můžeme již u daného probanda diagnostikovat např. poruchu osobnosti, která se vyznačuje charakteristickou vnitřní strukturou a projevy chování, které se odlišují od toho, co se v dané společnosti očekává. Daný jedinec pak selhává v oblasti sociálních vztahů či v práci nebo se jinak odlišuje jeho chování, vnímání a cítění od norem dané společnosti. Zmíněná odchylka se projevuje v oblasti poznávání, emotivity, ovládnání impulzů a uspokojování potřeb, ve způsobu chování k ostatním a ve zvládnání interpersonálních potřeb. Často se jedná o tzv. ego-syntonní rysy, tedy lidem trpícím poruchou osobnosti jejich rysy nevadí, vadí jim ale jejich důsledky, např. neuspokojivé interpersonální vztahy (Newton-Howes, 2014). Díky klinické diagnostice můžeme dále lépe popsat, zda má adolescent antisociální postoje, zda trpí závislostí na návykových látkách (popř. zda se jedná „pouze“ o škodlivé užívání návykových látek), zda má mladistvé problémy se zvládnáním vzteku, zda trpí nedostatkem empatie či necitlivostí, zda má poruchu pozornosti s hyperaktivitou a zda je osobnostně odolný. Klinická diagnostika tedy zefektivní posuzování míry rizika páchaní násilí u mladistvých především v oblasti

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

individuálních rizikových faktorů. V rámci klinické diagnostiky můžeme použít buď testy nebo rozhovor, a to se samotným adolescentem, s jeho rodiči nebo jemu blízkými osobami, např. ze školního prostředí. Vhodná je polostrukturovaná forma rozhovoru, kdy je důležité získat takové informace, které povedou k vyplnění škály SAVRY, ale nejen ty (Borum et al., 2006). Důležité je doptat se např. na motivaci páčání násilí nebo podrobněji zmapovat diagnostickým rozhovorem osobnostní strukturu adolescenta. Může se např. ukázat, že daný mladistvý není schopen se poučit z minulosti, což je v hodnocení míry rizika násilné recidivy důležitý faktor. Co se týče testů, může být užitečný osobnostní test HSPQ, který mapuje osobnostní rysy popisem 14 osobnostních faktorů prvního řádu a může pomoci pochopit adolescentovu osobnostní strukturu (Balcar, 1986). V rámci klinické diagnostiky nemůže být opomenuta role klinické intuice. Ta je spojena s holistickým, konkrétním, asociačním a na výsledek orientovaným přístupem. Je však vhodné se řídit určitými pravidly, která konkretizoval např. Carroll (2018). Autor hovoří o důležitosti dodržování daných pravidel z důvodu zvýšení validity a reliability hodnocení rizika páčání násilí. Posouzení rizika páčání násilí, které by se řídilo pouze klinickou intuicí, by mohlo být chybné vzhledem k tendenci k chybovosti v rámci kognitivního úsudku. Navíc taková hodnocení bývají málo transparentní, tedy není jasné, na základě jakých kritérií se hodnotitel rozhodl pro určení dané míry rizika páčání násilí u posuzovaného adolescenta. Nejen z těchto důvodů by se forenzní hodnotitel měl držet následujících pravidel. Vhodné je užívání standardizovaného nástroje k posuzování míry rizika páčání násilí (Carroll, 2018), jako je např. škála SAVRY. Zvýší se tak transparentnost a efektivita posuzování nebezpečnosti. Dále je důležité, aby hodnotitel vycházel ze své zkušenosti založené na zpětné vazbě z již realizovaných posouzení míry rizika páčání násilí a z kontextu dané situace. Vhodné je dále vnímat své emoce a užít je jako zdroj informací o posuzovaném adolescentovi. Naše emoce mohou být zdrojem informací o posuzovaném mladistvém, např. v rámci přenosových a protipřenosových reakcí. Není tím míněno, aby se hodnotitel řídil při posuzování míry pravděpodobnosti páčání násilí emocemi, je však důležité je brát v potaz a zasadit je nejlépe do nějakého teoretického rámce. K tomu může posloužit Kieslerova teorie interpersonálního chování, která popisuje různé typy interpersonálního vztahování se a vnímání vlastní osoby ve vztazích pomocí dvou dimenzí: síly neboli statusu a afiliace. Interpersonální chování je pak popisováno na škále dominance a submise, hostility a přátelskosti. Carroll dále doporučuje vyprávění příběhů (tell stories) jako způsobu uvažování z důvodu propojení informací, ke kterému by nedošlo, pokud by hodnotitel uvažoval pouze v logickém módu myšlení, a vytváření plausibilních hypotéz.

Užitek může přinést tzv. zvažování pro a proti důsledkům daného rozhodnutí ohledně míry pravděpodobnosti a strategie řízení páčání násilí u mladistvých (Carroll, 2018).

3.6.2 Posouzení protektivních faktorů rizika páčání násilí u mladistvých SAPROF-YV

Tato škála je poměrně mladá, vznikla v roce 2015 a jejími autory jsou forenzní experti de Vries Robbé, Geers, Stapel, Hilterman a de Vogel. Efektivita tohoto nástroje také již byla výzkumně ověřena (např. Kleeven, de Vries Robbé, Mulder, & Popma, 2020; Chu, Xu, Li, Ruby, & Chng, 2020), ačkoliv někteří autoři hovoří o slabší prediktivní validitě nežli u škály SAVRY (Koh, Day, Klettke, Daffern, & Chu, 2020). Nástroj SAPROF-YV určený pro mladistvé ve věku 12–18 let existuje i ve verzi pro dospělé a je poněkud odlišnou škálou oproti výše i níže popsaným nástrojům. Jedinečný je v tom, že se zaměřuje pouze na protektivní faktory, které bývají občasné opomíjeny při hodnocení rizika páčání násilí, i když jsou stejně důležité jako ty rizikové (Zeng, Chu, & Lee, 2015). Tento nástroj je tedy z hlediska hodnocení rizika páčání násilí u adolescentů doplňkovým k jiným škálám zaměřeným na faktory rizikové, jako je např. níže popsaný YLS/CMI; rozhodně ovšem není méně důležitým. Nástroj lze užít jako doplňkový i k posouzení míry pravděpodobnosti páčání sexuálního násilí. Škála SAPROF-YV se skládá z 16 dynamických protektivních faktorů, které jsou rozděleny do čtyř kategorií (viz tabulka č. 2): faktory týkající se resilience, motivační faktory, vztahové faktory a externí faktory. Do první kategorie, tedy resilience, spadají faktory jako např. sociální dovednosti či sebekontrola. Druhá kategorie motivačních faktorů obsahuje např. položky škola/práce či volnočasové aktivity. Do kategorie vztahových faktorů se řadí např. položky rodiče/pečovatelé nebo vrstevníci. Poslední kategorie, tj. externí faktory, obsahuje např. položky profesionální péče nebo soudní nařízení (de Vries Robbé et al., 2015).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 2 Položky SAPROF-YV

SAPROF-YV				
	Faktory související s resiliencí	Motivační faktory	Vztahové faktory	Externí faktory
1	sociální dovednosti	orientace na budoucnost	rodiče/pečovatelé	výchovná atmosféra
2	copingové dovednosti	motivace k léčbě	vrstevníci	profesionální péče
3	sebekontrola	postoj k dohodám a podmínkám	další podpůrné vztahy	soudní nařízení
4	vytrvalost	medikace		
5		škola/práce		
6		volnočasové aktivity		

Zdroj: (de Vogel et al., 2012)

Nástroj SAPROF-YV je možno využít pro hodnocení míry rizika páchaní násilí jak u adolescentních chlapců, tak u dívek. Přítomnost protektivních faktorů skórují hodnotitelé na sedmibodové škále: 2 / 2- / 1+ / 1 / 1- / 0+ / 0. Dále lze v záznamovém archu vyznačit tři cílové a tři klíčové kritické položky. Prostor je i na zaznamenání dalších protektivních faktorů, které daná škála neobsahuje, nicméně jsou pro daný případ důležité. Závěrem forenzní expert zhodnotí celkovou míru protektivity u daného jedince, kterou je možno vyznačit v pěti kategoriích: nízká – nízká až střední – střední – střední až vysoká – vysoká. Forenzní expert má příležitost v rámci těch stejných kategorií vyznačit i míru rizika páchaní násilí u daného probanda na základě jím zvoleného nástroje. Tento nástroj, taktéž jako např. nástroj SAVRY, spadá do kategorie nejnovějších nástrojů na posouzení míry rizika páchaní násilí, v jeho záznamovém listu se nachází prostor i pro zaznamenání tzv. scénářů rizik, kde jsou kolonky pro zapsání pravděpodobného typu násilného činu, který by mohl posuzovaný adolescent spáchat, dále pro případné oběti, pro míru závažnosti násilného činu, pro čas a pro pravděpodobnost, že se tento scénář odehraje. Důležité je nezapomenout závěrem rozepsat i možnost řízení určených rizik páchaní násilí. Pro její užití doporučují autoři škály, aby hodnotitelé byli zkušení a trénovaní v oblasti psychodiagnostické práce s adolescenty a také aby byli obeznámeni s nejnovějšími výsledky výzkumů na téma predikce násilí u adolescentů (de Vries Robbé et al., 2015).

3.6.3 Protokol posouzení rizika páchaní sexuálního násilí u mladistvých J-SOAP-II

Protokol J-SOAP-II je škálou k posouzení míry rizika páchaní sexuálního násilí a delikvence obecně u adolescentních chlapců ve věku 12–18 let. Jedná se o tzv. objektivní škálu, stejně jako je tomu u dalších nástrojů, k posouzení pravděpodobnosti rizika páchaní násilí, tedy by měla být vyhodnocena forezním odborníkem na základě dostupných relevantních údajů o posuzovaném mladistvém. Autoři škály zdůrazňují, že by neměla být využívána samostatně k určení míry rizika páchaní sexuálního násilí, ale že je důležité ji začlenit do celkového hodnotícího procesu. Autoři dále apelují na forezní experty, aby se, pokud možno, nechali vyškolit v užívání daného nástroje a aby byli obeznámeni s vývojovými aspekty adolescence, kde je dobré mít na paměti velkou proměnlivost jak z hlediska vlastního vývoje adolescenta, tak z hlediska životních podmínek, které mladistvého provázejí. Z tohoto důvodu by se riziko páchaní sexuálního násilí mělo přehodnocovat nejpozději jednou za 6 měsíců a co nejdříve v případě nějaké podstatné změny v životě probanda (Prentky & Righthand, 2003). Tedy se většinou jedná o častější opětovné posouzení míry rizika, než je tomu u dospělých (Douglas & Kropp, 2002). Tyto podmínky jsou platné nejen pro riziko páchaní sexuálního násilí, ale i pro riziko páchaní násilí u mladistvých obecně (Olver, Stockdale, & Wormith, 2009).

Škála J-SOAP-II byla v roce 2003 revidována pro zvýšení efektivity měření rizika sexuálního násilí u mladistvých. Autory tohoto nástroje jsou Prentky a Righthand (2003). Tato škála má aktuálně 28 položek (viz tabulka č. 3), tj. rizikových faktorů, jejichž statisticky signifikantní těsnost vztahu s rizikem páchaní sexuálního násilí či delikvencí obecně byla empiricky prokázána (např. Martinez, Flores, & Rosenfeld, 2007; Schwartz-Mette, Righthand, Hecker, Dore, & Huff, 2020).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 3 Položky J-SOAP-II

J-SOAP-II				
	Sexuální touha/zaujetí	Impulzivní/antisociální chování	Intervence	Stabilita v komunitě/přizpůsobení
1	předchozí odsouzení za sexuální napadení	kontinuita péče	akceptování zodpovědnosti za napadení	ovládání sexuálních pudů a touhy
2	počet sexuálně zneužitých obětí	pervazivní vztek	vnitřní motivace ke změně	ovládání vzteku
3	mužská dětská oběť	problémové chování ve škole	porozumění rizikovým faktorům	stabilita současné životní situace
4	doba trvání historie sexuálních napadení	porucha chování v anamnéze	empatie	stabilita ve škole
5	stupeň plánování sexuálních napadení	antisociální chování v mladistvém věku	lítost a vina	evidence pozitivních podpůrných systémů
6	sexualizovaná agrese	odsouzení či zatčení před 16. rokem věku	kognitivní distorze	
7	sexuální touha a zaujetí	vícero druhů napadení	kvalita vztahů s vrstevníky	
8	historie sexuální viktimizace	historie fyzického napadení v rodině a/nebo vystavení domácímu násilí		

Zdroj: (Prentky & Righthand, 2003)

Důraz byl však kladen i na klinický pohled. J-SOAP-II obsahuje čtyři škály, přičemž dvě z nich pokrývají statické rizikové faktory (sexuální touha/zaujetí a impulzivní/antisociální chování) a další dvě obsahují faktory dynamické, které se mohou časem měnit (intervence a stabilita v komunitě/přizpůsobení). První škála sexuální touha/zaujetí obsahuje položky jako např. počet sexuálně zneužitých obětí, mužská dětská oběť či sexualizovaná agrese. Druhá škála impulzivní/antisociální chování obsahuje např. položky konzistentní péče, pervazivní vztek či antisociální chování v mladistvém věku. První i druhá škála obsahují každá osm rizikových faktorů. Třetí škála intervence má celkem sedm položek, mezi něž se řadí např. empatie či lítost a vina. Poslední škála stabilita v komunitě/přizpůsobení obsahuje celkem pět položek, jako jsou např. ovládání sexuálních pudů a touhy či ovládání vzteku (Prentky & Righthand, 2003). Položky jsou dle své přítomnosti či absence hodnoceny na

tříbodové stupnici, stejně jako je tomu u škály SAVRY, nicméně zde je skórování ve formě numerické, tedy forenzní experti hodnotí 0 (faktor absentuje) – 1 (faktor je přítomen částečně) – 2 (faktor je přítomen plně). Stejně jako u škály SAVRY je nutné se řídit instrukcemi dle manuálu používání, aby hodnocení rizika páčání sexuálního násilí bylo efektivní. Ani zde závěr není numerický, nýbrž verbální, tedy nenalézáme cut-off skóre neboli určitou hranici, od jakého počtu bodů by měl být posuzovaný mladistvý označen za vysoce nebezpečného, tedy majícího vysoké riziko páčání sexuálního násilí (Skřivánková, 2020c).

3.6.4 Časné posouzení rizik pro chlapce EARL-20B a dívky EARL-21G

Nástroje časného posouzení rizik pro chlapce EARL-20B a pro dívky EARL-21G slouží k hodnocení míry rizika spojeného s budoucí možnou agresí, násilím a antisociálním chováním. Tyto nástroje jsou specifické tím, že se zaměřují na probandy dětského věku, konkrétně slouží k hodnocení chlapců (tabulka č. 4) a dívek (tabulka č. 5) ve věku 6–12 let.

Tabulka č. 4 Položky EARL-20B

EARL-20B			
	Rodina	Dítě	Responzivita
1	okolnosti v domácnosti	vývojové problémy	responzivita rodiny
2	kontinuita péče	nástup problémového chování	responzivita dítěte
3	podpora	zneužívání/zanedbávání/trauma	
4	stresory	hyperaktivita/impulzivita/porucha pozornosti	
5	výchovný styl	oblíbenost	
6	disociální hodnoty a chování	socializace mezi vrstevníky	
7		školní úspěšnost	
8		sousedství	
9		styk s úředními orgány	
10		disociální postoje	
11		disociální chování	
12		copingové dovednosti	

Zdroj: (Augimeri et al., 2005)

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 5 Položky EARL-21G

EARL-21G			
	Rodina	Dítě	Responzivita
1	okolnosti v domácnosti	vývojové problémy	responzivita rodiny
2	kontinuita péče	nástup problémového chování	responzivita dítěte
3	podpora	zneužívání/zanedbávání/trauma	
4	stresory	hyperaktivita/impulzivita/porucha pozornosti	
5	výchovný styl	oblíbenost	
6	interakce pečovatel – dcera	socializace mezi vrstevníky	
7	disociální hodnoty a chování	školní úspěšnost	
8		sousedství	
9		sexuální vývoj	
10		disociální postoje	
11		disociální chování	
12		copingové dovednosti	

Zdroj: (Augimeri et al., 2005)

Zaznamenány jsou nejen rizikové faktory, ale zároveň se popisuje intervenční strategie pro snížení míry rizik spojených s násilím, agresí či antisociálním chováním, díky čemuž lze určit případnou adekvátní institucionální intervenci tak, aby byly naplněny potřeby posuzovaného dítěte. Odlišná verze pro dívky byla sestavena především kvůli jiné formě exprese agrese a antisociálního chování u dívek oproti chlapcům (Augimeri, Koegl, Levene, & Webster, 2005). To potvrzují i Castro Coelho, Neves a Caridade (2020), tj. že chlapci vykazují na rozdíl od dívek více závažné antisociální chování jako např. antisociální chování impulzivního charakteru, kdežto dívky ho více vyjadřují např. ve formě disrespektu. Autorka těchto dvou nástrojů Leena K. Augimeri, Ph.D., ředitelka Dětského vývojového centra v Torontu, upozorňuje, že mají být používány pouze klinickými odborníky a profesionály, kteří jsou zkušení v oblasti práce s rizikovými chlapci a dívkami před pubertou. Vhodné je také absolvování školení na užívání těchto nástrojů (Augimeri et al., 2005).

Škála EARL-20B, jejíž efektivita byla ověřena již několika výzkumy (např. Enebrink, Långström, Hultén, & Gumpert, 2006), ačkoliv se jedná především o výzkumy samotných autorů škály (RMA, 2019), obsahuje, jak její název napovídá, 20 rizikových faktorů, které

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

jsou rozděleny do tří kategorií: položky související s rodinou, položky související se samotným dítětem a položky týkající se rezpozivity. Pod první kategorií spadá šest položek, např. výchovný styl či kontinuita péče. Druhá kategorie obsahuje 12 položek, např. antisociální chování či hyperaktivita/impulzivita/deficit pozornosti. Třetí kategorie obsahuje jen dvě položky, a to rezpozivita v rodině a rezpozivita u samotného dítěte. U nástroje EARL-21G pro hodnocení dívek, který byl experimentálně méně ověřován (např. Augimeri, Walsh, Woods, & Jiang, 2012) než např. výše zmíněná škála SAVRY, je tomu podobně, nicméně existují jisté odlišnosti. Rozdíl je v počtu položek (21 oproti 20 u verze pro chlapce), rozdělení do 3 kategorií je ovšem totožné a všechny tři kategorie také nesou stejný název. První kategorie (položky související s rodinou) u nástroje pro dívky obsahuje sedm položek (oproti šesti u nástroje pro chlapce), je zde přidána položka interakce pečovatelské – dcera. Druhá kategorie má stejný počet položek, nicméně místo položky kontakt s autoritou je zde rizikový faktor sexuální vývoj. Třetí kategorie se od škály pro chlapce nijak neliší (Augimeri et al., 2005). Pro vyhodnocení škál je nutné nejprve nasbírat relevantní informace z více zdrojů tak, aby vyhodnocení nevycházelo pouze z rozhovoru s posuzovaným chlapcem nebo dívkou nebo pouze s jejich rodiči. Je důležité informace sesbírat tak, aby bylo hodnocení rizika páchaní násilí co nejvíce spolehlivé (Skřivánková, 2020c). Vyplnění samotné škály na základě získaných relevantních informací pak trvá pouze přibližně 15–30 minut. U obou škál je opětovně užita třístupňová škála, zde ve formě numerického skóre: 0 (rizikový faktor absentuje) – 1 (rizikový faktor je přítomen částečně či není plně vyjádřen) – 2 (rizikový faktor je přítomen plně). U škály EARL-20B je maximum 40 bodů, u škály EARL-21G je maximum 42 bodů. Stejně jako u nástrojů posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů zde neexistuje žádné cut-off skóre určující dle numerického výsledku míru pravděpodobnosti páchaní násilí, ačkoliv by se dalo říci, že čím vyšší skóre, tím větší je riziko páchaní násilí. Pravděpodobnost páchaní násilí je pak hodnocena opět ve 3 kategoriích: nízká – střední – vysoká (Enebrink et al., 2006). Hodnotitelé mohou do záznamového listu poznačit nejen přítomnost či nepřítomnost statických a dynamických rizikových faktorů, ze kterých se škály skládají, ale mohou rovněž označit, jaké faktory jsou tzv. kritické, tedy velice významné v rámci hodnocení rizika páchaní násilí právě u daného dítěte (Enebrink, Långström, & Hellner, 2006). Může se tedy stát, že posuzované dítě má nízké celkové skóre, ale je vyznačeno několik kritických faktorů, na nichž je třeba v rámci zacílené terapeutické intervence důsledně pracovat. Tyto charakteristiky lze nalézt taktéž u nástroje SAVRY, až na numerickou formu hodnocení (Skřivánková, 2020c).

3.6.5 Inventář řízení rizik pro mladistvé YLS/CMI

Inventář řízení rizik pro mladistvé YLS/CMI byl zkonstruován pro určení míry rizika páchaní násilí u mladistvých ve věku 12–17 let a jeho efektivita byla ověřena již mnoha výzkumy (např. McGrath & Thompson, 2012; Rennie & Dolan, 2010). Jedná se o nástroj, který spadá do čtvrté, tj. nejnovější kategorie nástrojů hodnocení míry rizika páchaní násilí tím, že určuje nejen riziko, ale i potřeby posuzovaných adolescentů. Ty je třeba brát v potaz při plánování intervencí ke snížení pravděpodobnosti rizika páchaní násilí, tedy YLS/CMI napomáhá specifikovat potřebné terapeuticko-resocializační intervence. Na základě určení míry rizika páchaní násilí může být rozhodnuto o umístění daného adolescenta do určité instituce tak, aby odpovídala právě jeho potřebám a míře rizika. Pomocí tohoto nástroje pak také může být zkoumána efektivita daných terapeuticko-resocializačních programů, které adolescent podstupuje. Výsledkem je zacílení péče o rizikového adolescenta, ochrana případných obětí a společnosti a také navíc snížení finančních nákladů. Tato škála, jejímiž autory jsou Hoge a Andrews (2002), je založena na základě tří principů, na tzv. Risk-Need-Responsivity modelu. Jedná se o tři principy pro specificky zacílený intervenční terapeutický program pro pachatele násilných činů tak, aby byl efektivní – pro jakého konkrétního adolescenta má být aplikován jaký konkrétní intervenční program, aby došlo k co nejefektivnějšímu snížení míry rizika páchaní násilí. Jedná se tedy o princip rizika, o princip určení kriminogenních potřeb a o princip zohlednění kognitivní a osobnostní struktury daného mladistvého (Andrews, 2012). Prvním principem je princip rizika, na jehož základě je aplikován intenzivnější dohled či terapeuticko-resocializační program se vzrůstající mírou rizika páchaní násilí u adolescenta. Tedy např. mladistvému, který je dle posouzení míry rizika páchaní násilí vysoce rizikový, není doporučen probační dohled, ale spíše institucionální umístění (Hoge & Andrews, 2002). Druhým principem je určení kriminogenních potřeb, zde Andrews, Bonta a Hoge (1990) rozlišují potřeby kriminogenní od těch nekriminogenních. Mezi ty kriminogenní pak řadí např. prokriminální postoje či užívání návykových látek nebo problémy ve škole. Pomocí intervenčního programu pak může být cíleno např. na získání prosociálních postojů, na redukci potíží spojených s užíváním návykových látek až po abstinenci či na vybudování školních dovedností a návyků. Posledním principem je zohlednění kognitivních a osobnostních charakteristik a životních okolností adolescenta, které mohou ovlivnit jeho pozitivní odpověď na daný zacílený terapeuticko-resocializační program. To může zahrnovat některé protektivní faktory, jako je např. resilience (Hoge, 2005).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Škála YLS/CMI obsahuje 42 faktorů, které jsou rozděleny do osmi kategorií: předchozí a současné trestné činy/tendence k trestným činům, rodina/rodičovství, vzdělání/zaměstnání, vztahy s vrstevníky, užívání návykových látek, volný čas/rekreace, osobnost/chování, postoje/orientace. V rámci těchto kategorií pak hodnotitel zaznamenává přítomnost potíží v daných oblastech, ale poznačí i oblasti, kde adolescent vyniká, přičemž tyto pak slouží jako protektivní faktory (Hoge & Andrews, 2002). Skóre se poté sčítají a určují míru rizika páčání násilí ve čtyřech kategoriích, k nimž jsou rovněž přiřazeny cut-off hodnoty: nízké (0–9 bodů) – střední (10–21 bodů) – vysoké (22–31 bodů) – velmi vysoké (31–42 bodů) (Hoge & Andrews, 2013). Zaznamenány jsou do protokolu i životní okolnosti vztahující se k adolescentovi. Až na základě všech zjištěných a zaznamenaných údajů se forenzní expert rozhoduje o míře rizikovosti daného mladistvého, na jejímž základě je určena specifická intervence, např. probační dohled dle již výše zmíněného principu rizika. Poté na základě kriminogenních potřeb adolescenta forenzní expert popíše jednotlivé cíle, které jsou důležité vzhledem ke snížení míry rizika páčání násilí. Závěrem je ponechán prostor pro zaznamenání úprav rizik a kriminogenních potřeb u adolescenta a jakýchkoliv relevantních změn v daném případě (Hoge & Andrews, 2002).

Tato objektivní škála je však některými autory považována za příliš dlouhou (Villanueva, Basto-Pereira & Cuervo, 2020). Sami autoři nástroje Hoge a Andrews (2011) tedy vyvinuli kratší verzi škály YLS/CMI-SV (Youth Level of Service/Case Management Inventory – Screener Version), kde bylo vybráno osm položek, jež jsou shodné s osmi oblastmi originální verze škály (viz tabulka č. 6), přičemž tato krátká verze je považována za validní a reliabilní (Villanueva et al., 2020).

Jinou, zkrácenou variantu škály YLS/CMI vytvořil Campbell et al. (2014). Tato škála obsahuje deset položek, které reprezentují čtyři subškály vztahy s vrstevníky, vzdělání/zaměstnání, volný čas/rekreace, osobnost/chování. Tato zkrácená verze predikovala lépe recidivu násilného chování do 2 let u chlapců než originální verze škály. To se však nepotvrdilo u dívek a navíc prediktivní schopnost tohoto nástroje se ukázala být nízká (Villanueva et al., 2020).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 6 Tabulka č. 6 Kategorie YLS/CMI/Položky YLS/CMI-SV

YLS/CMI, YLS/CMI-SV	
	8 kategorií/položek
1	předchozí a současné trestné činy/tendence k trestným činům
2	rodina/rodičovství
3	vzdělání/zaměstnání
4	vztahy s vrstevníky
5	užívání návykových látek
6	volný čas/rekreace
7	osobnost/chování
8	postoje/orientace

Zdroj: (Hoge & Andrews, 2002; Villanueva et al., 2020)

4 Strategie řízení rizik násilného chování u adolescentů

Když je popisován proces hodnocení rizika páchaní násilí, nesmí být opomenuta ani strategie řízení rizik násilného chování. Pokud by totiž diagnostika pravděpodobnosti páchaní násilí zůstala stát sama o sobě, nedošlo by k žádné změně. Při zjištění zvýšené rizikovitosti je vůči danému adolescentovi a vůči společnosti etické a profesionální začít pracovat na tvorbě strategie řízení rizik násilného chování tak, aby došlo ke snížení rizikovitosti. Aby mohla být připravena strategie řízení násilného chování, je nejprve důležité zjistit, proč se u daného adolescenta násilné chování objevuje, co jej spouští a facilituje. Násilné chování totiž není symptomem či poruchou samo o sobě. V rámci identifikace spouštěčů násilného chování by měly být brány v potaz paranoidní ideace, emoční labilita a impulzivita, užívání návykových látek, prožívání stresu, pocíťování vzteku a snížená schopnost ho ovládat. Po identifikaci daných faktorů následuje odlišná strategie jejich zvládnání tak, aby nedošlo v budoucnu k páchaní násilí (Otto, 2000). Pokud by např. bylo zjištěno, že posuzovaný adolescent spáchal násilný čin v rámci psychotické ataky pod vlivem paranoidní ideace, je důležité začít psychózu léčit jak medikamentózně, tak terapeuticky, aby bylo zamezeno násilnému jednání v budoucnu. Role psychoterapie je v procesu snižování pravděpodobnosti páchaní násilí u adolescentů velice důležitá. Dle identifikovaných spouštěčů či facilitátorů násilného chování může být terapeutický proces zaměřen např. na zvládnání vzteku, zvyšování frustrační tolerance, zpracování psychotických prožitků či na léčbu případného onemocnění, které s pácháním násilí souvisí, nebo závislosti na návykových látkách. Při strategii řízení rizik násilného chování je doporučeno se zaměřit nejen na vnitřní procesy případného pachatele násilí (Otto, 2000), které můžeme ovlivnit psychoterapií (Proctor, 2004), ale také na podmínky v prostředí, jež nesmí zůstat opomenuty. Může jít např. o nutnou hospitalizaci v psychiatrickém zařízení nebo o odchod z příliš stresující práce, ale také o odebrání zbraní či o ochranu případné oběti. Po posouzení pravděpodobnosti páchaní násilí je důležité navrhnout terapeuticko-resocializační intervence, které pomohou snížit riziko páchaní násilí, a aplikovat je. V procesu posuzování rizika páchaní násilí má ústřední význam mezioborová spolupráce (Otto, 2000).

Tyto terapeuticko-resocializační intervence pak můžeme rozdělit do tří kategorií. První přístup se zaměřuje na práci s emocemi, chováním a kognicí. Důraz je kladen na ovlivňování psychologických procesů. Druhý přístup dává důraz na sociální intervenci pro prevenci nebo redukci páchaní násilí a pro získání dovedností důležitých pro život. Poslední přístup je

biomedicínský, jenž se zaměřuje na léčbu hlubší psychopatologie, která je příčinou násilného chování (Tolan & Guerra, 2002).

4.1 Role psychoterapie v rámci řízení rizik násilného chování u adolescentů

Jak bylo zmíněno výše, role psychoterapie je při práci s násilným chováním nepostradatelná. Nejčastěji bývají uplatňovány psychoterapeutické směry psychodynamické, kognitivně-behaviorální, behaviorální modifikace či zaměření na nácvik sociálních dovedností (Tolan & Guerra, 2002). Mladiství, kteří se chovají násilně, často mívají jeden společný rys, a to, že sami násilí ve své primární rodině zažívali. V terapii mladistvých, kteří se chovají násilně, je pak důležité daného jedince pochopit, snažit se porozumět jeho motivům a jeho zkušenostem, kterým by měl v kontextu násilí v bezpečném terapeutickém vztahu porozumět i on sám. Důležitá je terapeutova upřímnost, zájem o klienta a empatie (Bengtson, Oystein Steinsvag, & Terland, 2017). Opomenuto nesmí zůstat ani nastavení hranic (Skullerud Eriksen, 2017). V tomto přijímajícím prostředí je pak možné dané násilné chování analyzovat a hledat vhodnější formy chování, které násilí nahradí. Součástí psychoterapie by mělo být i posilování strategií zvládnutí stresových situací, které mohly u adolescenta násilné chování spouštět (Bengtson et al., 2017). Tolan a Guerra (2002) doporučují nejdříve před stanovením specifického terapeuticko-resocializačního programu zaměřeného na snížení rizika páchaní násilí u adolescentů rozhodnout, zda násilí, které mladistvý spáchal, bylo situační, nebo se odehrálo v rámci partnerského vztahu, nebo bylo predátorské či psychopatologické. Toto rozlišení je dle autorů důležité z toho důvodu, že každý typ násilí má jinou synergii rizikových faktorů páchaní násilí, jinou pravděpodobnou příčinu a má tendence se objevovat v různém věku. Intervenční programy v rané adolescenci jsou důležité u mladistvých, kteří páchají situační či interpersonální násilí, ale u násilných činů predátorského či psychopatologického typu je vhodné začít s intervenčními programy snižujícími pravděpodobnost páchaní násilí ještě dříve. První typ, tj. situační násilí, se vztahuje k identifikaci situačních vlivů, které působí jak na samotný výskyt násilí, tak na větší závažnost spáchaného násilného činu. Je známo, že více násilí se děje např. při extrémních venkovních teplotách, o víkendech nebo při působení stresových faktorů na jedince. Druhý typ násilí, tj. násilí páchané ve vztahu, se nevztahuje pouze na partnerské vztahy, ale i na přátelské a rodinné vztahy. Tento typ násilí se vyskytuje přibližně u 25 % násilných adolescentů. Třetí typ, predátorské násilí, je nejvíce studovaným. Jedná se o dobře

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

predikovatelný typ násilí, který nastupuje v časně adolescenci a přetrvává i v dospělosti, rozvíjí se postupně a je součástí stabilního kriminálního chování. Posledním typem je psychopatologické násilí, které je pácháno v důsledku psychopatie, kterou daný jedinec trpí. Toto násilí často bývá závažné. Prevalence tohoto typu násilí je mezi adolescentní populací nízká (Tolan & Guerra, 2002).

Na násilí může být nahlíženo jako na symptom, který je často řízen psychologickými mechanismy, nejedná se pouze o problematické chování. V rámci psychoterapie je pak důležité tyto psychologické mechanismy pochopit, aby došlo k nahrazení násilného chování chováním konstruktivním, např. asertivním jednáním. Skullerud Eriksen (2017) popisuje přímou shodu mezi prožitou psychologickou bolestí adolescenta a závažností a frekvencí násilného jednání. Nejedná se o všechny mladistvé násilné adolescenty, nicméně mnoho z nich zažilo nestabilní rodinné prostředí, někteří byli týráni či zanedbáváni nebo přihlíželi domácímu násilí. Za násilným jednáním se pak často skrývá touha po zmírnění obav, strachu, pocitu podřízenosti nebo chtíč po pomstě. Mladiství násilným jednáním získávají moc a kontrolu nad vnějším prostředím a nad svým životem, naučí se, že násilí vede efektivně k touženému výsledku, čímž jsou dále motivováni násilí páchat. Často si nedokáží poradit s negativními emocemi a nezvládají jejich regulaci, což následně také vede k násilnému jednání, které však destruuje interpersonální vazby a poškozují sebevědomí. Je tedy proto důležité naučit násilně se chovající adolescenty jinému způsobu řešení náročných situací a vypořádávání se se svými emocemi. Prvním krokem v psychoterapii je pochopení násilí páchaného adolescentem a porozumění jeho záměru, co tím chtěl mladistvý vyjádřit. Často totiž mladistvý nevnímá násilné chování jako problematické, vnímá to pouze jeho okolí. Záměrem pak může být např. pomsta nebo snaha již nebýt fyzicky napadán nebo i ponižován. Tento záměr je pak důležité na pozadí terapeutické aliance uznat, ale neakceptovat násilnou formu jeho vyjádření. Uznání záměru, následná práce na neagresivním řešení problémů a práce s emocemi vedou k vymizení symptomu, tj. k odstranění násilného jednání. Terapeuticky může být pracováno na násilí vzešlém z traumatu – to má pak funkci sebeobrannou a důležité je terapeuticky léčit trauma. Dále se může jednat o násilí ve skupině, kterým si mladistvý může vytvářet identitu a mocenský status ve skupině. Zde je pak důležité se zaměřit na alternativní způsoby získání identity a příslušnosti. Případně se může jednat o násilí ve vztahu, kdy jde pak o získání moci a o zvládnutí emocí. V psychoterapii je pak stěžejní zvědomění funkce a mechanismu násilí, odpovědnost a jiné způsoby zvládnutí vystupňovaných emocí (Skullerud Eriksen, 2017).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

V psychoterapii je důležité porozumět násilí v kontextu životních zkušeností adolescenta, kde je třeba brát v potaz interakce jedince s okolím. Psychoterapeutický obsah pak souvisí s tématy vnímání sebe sama a vztahu k druhým lidem, zpracování prožitých traumat, důležitý je také nácvik sociálních dovedností. Opomenuta by neměla zůstat ani práce s emocemi a analýza násilného chování. Vnímání sebe sama je důležité, protože je rozhodující pro další mezilidské vztahy. V psychoterapii jsou tedy analyzována schémata, která adolescent používá pro vnímání sebe a ostatních a pro interakci s druhými lidmi, přičemž vztahování se k minulosti slouží pouze jako zdroj vysvětlení násilného chování a převažuje orientace na současnost a budoucnost, aby nebyla posilována role oběti a zároveň aby byla podpořena autonomie a získání nové, dospělé identity a odpoutání se od primární rodiny. „Je důležité, aby terapeut uchopil to, co dospívajícího zajímá, kam směřuje a jaký má záměr, přičemž záměr je zásadním tématem v životě dospívajícího. Tento záměr by měl být terapeutem pochopen a uznán, musí se nově definovat a povznést na vyšší úroveň. Mladistvý by pak měl hledat nové strategie realizace svého záměru“ (Bengtson et al., 2017, s. 239).

Přijetí adolescenta a jeho záměru je důležité pro převzetí odpovědnosti daným mladistvým za páchaní násilí, aby nedošlo pouze ke změně chování, ale i prožívání. Adolescentovi by měla být dána příležitost hovořit o svém životě, o svých zkušenostech v kontextu jejich směřování v životě a v kontextu potíží, které zažíval, jež jej často vedly k páchaní násilí. Při analýze násilného chování je pak vhodné se zaměřit na různé strategie zvládání rizikových situací, na chování alternativní k tomu násilnému. Je zjišťováno, kdo je násilím poškozen, jak násilí souvisí s mocí a se zodpovědností a jak efektivní jsou strategie zvládání rizikových situací využívané adolescentem. Pojmenovávají se výhody a nevýhody změny, hledají se nové ideály, nová přátelství či jiná škola, také mohou být vzaty do terapie osoby násilnému adolescentovi blízké. Násilí by nemělo být v terapii tabu, je důležité o něm hovořit. Vhodné je nestigmatizovat a neodsuzovat adolescenta pro násilí, kterého se dopustil, či pro jiné morálně neakceptovatelné činy. Proto je zdůrazněno oddělení činu od osoby mladistvého. Jeho jako takového přijímáme, kdežto od násilného činu se terapeut distancuje, neakceptuje ho a také si dává pozor, aby mladistvému nepodsouval interpretace. Dále je vhodné, aby se terapeut soustředil na určení odpovědnosti za násilí. Jedním z důležitých faktorů, proč mladiství nepřijímají odpovědnost za své násilné chování, je fakt, že odpovědnost za násilí, které bylo páchano na nich, často přičítají sobě a jejich zkušenost je pro ně špatně uchopitelná. Mohou mít pocit, že si násilné jednání zasloužili a mají pak sklon obviňovat oběť svých násilných činů, že si takové chování zasloužila a může si za něj sama. Pokud se v terapii podaří přiřadit

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

odpovědnost za násilí lidem, kteří se vůči adolescentovi chovali násilně, je to pak výchozím bodem pro přijetí odpovědnosti za násilné chování adolescentem. Důležité je ptát se na první epizodu násilného chování – ta bývá pro adolescenta něčím významná, ačkoliv se většinou nejedná o první násilné chování, které se u daného mladistvého vyskytlo. Dospívající ji často popisují velice stroze, proto je užitečné v terapii používat flipchart a ptát se konkrétně na danou událost, kterou terapeut přitom kreslí. Později se pak do obrázků doplňují myšlenky, pocity a dojmy. Nakreslení příběhu pomáhá k většímu zapojení adolescenta do terapie a je názornější než pouhá verbalizace (Bengtson et al., 2017).

Násilní adolescenti totiž bývají často rezistentní vůči změnám, a tudíž je třeba zapojit do terapie různé integrativní techniky (Shechtman, 2016). Kreslená verze příběhu také dobře poslouží k hledání alternativních strategií zvládnání a také k prohloubení vztahu terapeuta a mladistvého. Terapeut nejen tím vyjadřuje o adolescenta a jeho myšlenky, postoje a pocity svůj zájem (Bengtson et al., 2017). Dobré je pak terapii doplnit skupinovou psychoterapií, kde může být využita např. biblioterapie (Shechtman, 2016).

V terapii s násilnými osobami nesmí být opomenuta práce s emocemi. Násilní adolescenti často popisují své emoce okleštěně, nedokážou se v nich vyznat a snaží se je transformovat na důvěrně známý hněv, na jehož základě často reagují násilným chováním. Proto je důležité podpořit emoční aktivaci, identifikovat emoce, porozumět jim a akceptovat je. Pracuje se i s mapováním spouštěčů emocí. V návaznosti na tento krok se pak hledají alternativní strategie zvládnání emocí, než je násilné jednání. Důležité je zvolit alternativní strategii zvládnání a vykonat ji dříve, než se emoce vystupňují natolik, že jsou již těžko zvladatelné, a adolescent se s nimi vypořádává pomocí násilí. Násilnému jednání často předchází hněv vyvolaný současnou situací, který však aktivuje hněv spojený s dříve prožitými traumatickými událostmi. Proto je třeba spouštěče a emoce identifikovat, aby adolescent lépe porozuměl svému prožívání a chování a dokázal je lépe ovládat. V terapii s adolescenty chovajícími se násilně je třeba pracovat i na nácviku sociálních a interpersonálních dovedností. Násilní mladiství často interpretují úmysly ostatních jako hostilní a používají chybné a neefektivní strategie řešení problémových situací (Bengtson et al., 2017).

Bylo prokázáno, že antisociální mladiství užívají donucovací styl jednání v interpersonálních vztazích, kterému byli často vystaveni ve svých primárních rodinách. Tento typ interaktivního

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

stylu zvyšuje jejich neoblíbenost mezi vrstevníky a antisociální mladiství pak mají potíže se začleněním do kolektivu (Dishion, Patterson, & Griesler, 1994).

Nácvik sociálních dovedností se může dít pomocí hraní rolí. Z terapie pak mladistvý přenáší nově nabyté dovednosti do praktického života. Na základě zpětné vazby pak hodnotí, jaké chování bylo efektivní a jaké ne, a případně ho pozměňuje za pomoci a podpory terapeuta (Bengtson et al., 2017).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Výzkumný projekt a jeho charakteristika

Jak bylo popsáno v teoretické části této práce, posuzování rizika páchaní násilí je u dospělých i u adolescentů důležitým procesem jak pro násilného mladistvého, tak pro společnost. V naší zemi je posuzování rizika páchaní násilí a jeho standardizace aktuálním tématem. Podnět pro standardizaci tohoto procesu přišel společně s reformou psychiatrické péče a Ministerstvo zdravotnictví České republiky tak dalo vzniknout týmu KA-5. Tento tým vzniklý v rámci Projektu nových služeb pod vedením profesora lékařské psychologie PhDr. Radka Ptáčka, Ph.D. je složen nejen z psychologů, ale i z psychiatrů a sexuologů. Úkolem tohoto týmu je tvorba metodiky pro nově vznikající forenzní multidisciplinární týmy. Dalším cílem výše zmíněného týmu je implementace nástrojů na posuzování rizika páchaní násilí do českého prostředí. Jedním z vybraných nástrojů je právě objektivní posuzovací škála SAVRY, která slouží k posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů (Skřivánková, 2020c).

Předkládaný projekt, schválený Etickou komisí Psychiatrické nemocnice Bohnice, se tedy zabývá posouzením rizika páchaní násilí u adolescentů v České republice, k čemuž je nezbytná standardizace nástroje SAVRY k tomuto účelu určeného. Standardizace tohoto nástroje přispěje k jednotnému a zároveň transparentnímu procesu posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů, čímž společně s efektivněji plánovanými terapeutickými intervencemi na snížení míry rizika páchaní násilí bude podpořena větší ochrana společnosti a zároveň snížení pravděpodobnosti tzv. transinstitucionalizace, kdy dochází k přesunu psychiatrických pacientů z jednoho typu instituce do jiných typů, např. do vězení (Marquant & Torres-Gonzalez, 2018). Efektivita tohoto nástroje v zahraničí byla již výzkumně ověřena (Borum et al., 2006) a používá se standardně např. ve Velké Británii pro identifikaci rizikových adolescentů, u nichž je vysoká pravděpodobnost páchaní násilí, a pro určení následné terapeuticko-resocializační intervence. Škála agresivity SADSS (Dolejš et al., 2021), osobnostní dotazník HSPQ (Balcar, 1986) a škála Connors 3 (Ptáček et al., 2018) budou užity pro identifikaci prediktorů, tj. kriminogenních a osobnostních proměnných, které jsou pro posouzení rizika násilí u mladistvých stěžejní, a pro zjištění validity nástroje SAVRY. Tato práce tedy přispěje k obohacení české psychodiagnostiky o nástroj, který může pomoci snižovat násilnou recidivu v České republice, a vůbec k implementaci prvního nástroje pro posouzení rizika páchaní násilí u mladistvých v našich podmínkách.

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné předpoklady

Cílem tohoto dizertačního projektu je popis procesu posuzování rizika páchaní násilí, k čemuž je důležitá standardizace nástroje SAVRY na posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů, tedy konkrétně zjištění míry reliability a validity této objektivní škály. Bude změřena výše inter-rater reliability pomocí shody dvou posuzovatelů u 80 probandů a dále bude určena míra souběžné validity se škálou pozornosti a chování Connors 3 (Ptáček et al., 2018) a se škálou agresivity SADSS (Dolejš et al., 2021). Popsány také budou kriminogenní a protektivní faktory a osobnostní rysy související s mírou rizika páchaní násilí u vymezené populace mladistvých. Tento nástroj bude využitelný psychology, psychiatry, soudními znalci, sociálními pracovníky a dalšími forezními odborníky na odpovídajících odborných pracovištích (např. psychiatrické nemocnice, diagnostické ústavy, forezní týmy aj.) při jejich běžné praxi. Bude změřena míra korelace škály SAVRY s jednotlivými faktory škály pozornosti a chování Connors 3, osobnostního dotazníku HSPQ (Balcar, 1986) a škály agresivity SADSS (Dolejš et al., 2021). Zkoumány budou níže uvedené výzkumné otázky a výzkumné hypotézy.

Výzkumné otázky:

- 1) Které kriminogenní nebo osobnostní proměnné významně pozitivně korelují s vysokým rizikem páchaní násilí u mladistvých?
- 2) Které protektivní faktory významně negativně korelují s vysokým rizikem páchaní násilí u mladistvých?

Tento projekt tedy přispěje k obohacení seznamu efektivních nástrojů, které mohou vést ke snižování míry páchaní násilí v České republice, a vůbec k implementaci prvního nástroje pro posouzení rizika páchaní násilí u mladistvých v našich podmínkách. Dále přispěje k identifikaci prediktorů, tj. kriminogenních a osobnostních proměnných, které jsou pro posouzení rizika páchaní násilí u mladistvých stěžejní.

Výzkumné hypotézy:

- 1) Škála SAVRY bude **pozitivně korelovat** s faktorem I. poruchy chování, s faktorem III. impulzivní, hyperaktivní a s faktorem VII. asociální chování **škály Connors 3**.
- 2) Škála SAVRY bude **pozitivně korelovat** se všemi subškálami **škály agresivity SADSS** – hněv, hostilita a fyzická agresivita.

3) Škála SAVRY bude **korelovat** s vybranými faktory osobnostního **dotazníku HSPQ**.

Mladiství s vysokou mírou rizika násilného chování budou více:

- bezstarostní (pozitivní korelace s faktorem F),
- impulzivní, budou rádi vyhledávat dobrodružství (pozitivní korelace s faktorem H),
- citově tvrdí (negativní korelace s faktorem I),
- nepřizpůsobiví (negativní korelace s faktorem Q3), což prokazuje také Jurková (2009).

Dále budou násilní mladiství:

- chladní a budou vyhledávat vlastní prožitek (negativní korelace s faktorem A),
- mít problémy ve školním výkonu (negativní korelace s faktorem B),
- revoltovat vůči normám, budou prosazovat nezávislost a rádi budou dosahovat úspěchů (pozitivní korelace s faktorem E),
- ostražití (pozitivní korelace s faktorem J),
- náladoví (pozitivní korelace s faktorem O) (Stejskalová, 2008).

5.2 Výběr vzorku

V rámci metodiky daného projektu byly zvoleny dvě skupiny probandů – experimentální a kontrolní, přičemž původním záměrem bylo, aby každou tvořilo 200 mladistvých, aby zjištěné korelace byly dostatečně silné a výsledek výzkumu byl zobecnitelný na celou populaci. Rozložení vzorku nakonec není tak souměrné, především vzhledem k menšímu počtu násilných adolescentních dívek. Experimentální skupinu tvořilo 81 chlapců a 70 dívek. Kontrolní skupina byla složena z 94 chlapců a 156 dívek. Podařilo se nasbírat data od 403 adolescentů s tím, že dva z nich nesplňovali věkové kritérium, a tudíž byli ze souboru vyloučeni. Celkový počet byl tedy nakonec 401 mladistvých. Data byla sesbírána v různých zdravotnických, školních i sociálních zařízeních z celé České republiky. Byly osloveny jednotlivé instituce (diagnostické ústavy, dětské domovy, psychiatrická zařízení, školy a jiné), z nichž jmenujme alespoň některé:

- Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8,
- Centrum LOCIKA, z. ú., Praha 7,
- Dětské centrum – Thomayerova nemocnice, Praha 4,
- Dětský domov, Hrotovice,
- Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče, Praha 4,

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Dětský domov a Školní jídelna, Budišov nad Budišovkou,
- Dětský domov „Země dětí“ a Školní jídelna, Česká Kamenice,
- Dětský domov a Školní jídelna, Příbor,
- Výchovný ústav, střední škola a středisko výchovné péče, Nový Jičín,
- Dětské centrum Čtyřlístek, Opava,
- Výchovný ústav, středisko výchovné péče a střední škola, Jindřichův Hradec,
- Dětský domov, Dolní Čermná,
- Středisko výchovné péče Dyáda, Most,
- Dětský domov, Senožaty,
- Klokánek, Hostivice, Fond ohrožených dětí,
- Výchovný ústav, středisko výchovné péče, střední škola a školní jídelna, Černovice,
- Výchovný ústav, základní škola, střední škola a středisko výchovné péče, Velké Meziříčí,
- Diagnostický ústav pro mládež, Praha 2,
- Gymnázium Pierra de Coubertina, Tábor,
- Dětská psychiatrická nemocnice, Louny,
- PSYCHOTERRA – ambulance klinické a dětské klinické psychologie, Praha 1.

Přibližně třetina z oslovených zařízení souhlasila s podmínkami výzkumu. Obě skupiny byly vybrány metodou **záměrného kritériálního výběru** dle následujících kritérií pro **experimentální skupinu**:

- věk 12–18 let,
- 100 probandů mužského pohlaví, 100 probandů ženského pohlaví,
- násilné heteroagresivní chování v anamnéze,
- schopni vzhledem k úrovni kognitivních funkcí (minimálně spodní část pásma průměru) a k jejich aktuálnímu psychickému stavu absolvovat posouzení rizika páchání násilí a validně vyplnit testové metody.

Pro **kontrolní skupinu** byla kritéria výběru následující:

- věk 12–18 let,
- 100 probandů mužského pohlaví, 100 probandů ženského pohlaví,
- bez násilného heteroagresivního chování v anamnéze,

- schopni vzhledem k úrovni kognitivních funkcí (minimálně spodní část pásma průměru) a k jejich aktuálnímu psychickému stavu absolvovat posouzení rizika páchaní násilí a validně vyplnit testové metody.

Probandi byli nejprve seznámeni s účely a s postupem výzkumu, v případě souhlasu s jeho realizací podepsali informovaný souhlas, kde byla zdůrazněna anonymita při zpracování dat. Informovaný souhlas byl také podepsán osobou odpovědnou za daného adolescenta.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je pro lepší názornost popsán níže dle vybraných charakteristik nejen slovní, ale i grafickou formou.

5.3.1 Věkové rozložení

Pro statistické výpočty byl, jak je výše zmíněno, použit soubor, který zahrnoval 401 osob ve věku 12–18 let (průměr = 15,4 let, směrodatná odchylka = 1,69), z toho bylo 175 mužů a 226 žen. Násilných osob bylo 151 a nenásilných 250. Medián i modus souboru byly rovny 16 (Skřivánková, 2020c). Nejvíce bylo 16letých adolescentů ($n = 110$; 27,4 %) a nejméně bylo 12letých mladistvých ($n = 30$; 7,5 %). Věkové rozložení je níže popsáno i graficky (graf č. 2).

Graf č. 2 Věkové rozložení probandů

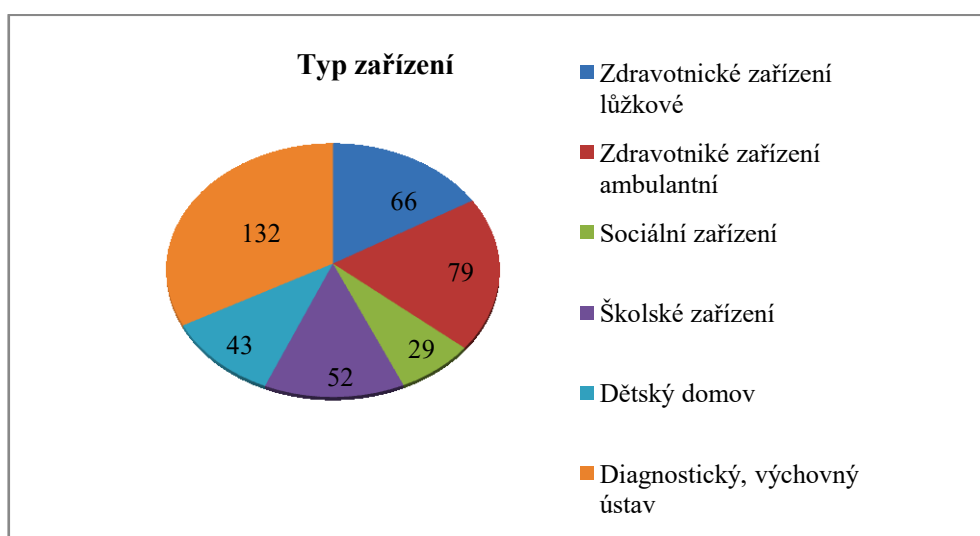


Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

5.3.2 Typ zařízení

Data od mladistvých byla sesbírána z různých zařízení. Jednalo se o celkem 23 zařízení, z nichž některá byla zdravotnická lůžková, ale i ambulantní, školská zařízení, sociální zařízení, dětské domovy a diagnostické ústavy. Nejvíce mladistvých pocházelo z diagnostických a výchovných ústavů, konkrétně se jednalo o 33 % daného vzorku. Dalších 20 % probandů bylo klienty zdravotnického zařízení ambulantního typu, 16 % bylo ve zdravotnickém zařízení hospitalizováno. Celkem 13 % dat bylo sesbíráno ve školách, 11 % v dětských domovech a 7 % v sociálních zařízeních. Graf č. 3 názorně popisuje rozložení daného vzorku.

Graf č. 3 Typ zařízení



Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

5.3.3 Násilný čin v anamnéze

Celkem se výzkumný vzorek skládal z 226 žen, přičemž násilných bylo 70 z nich, a ze 175 mužů, přičemž násilný čin spáchalo 81 z nich (tabulka č. 7).

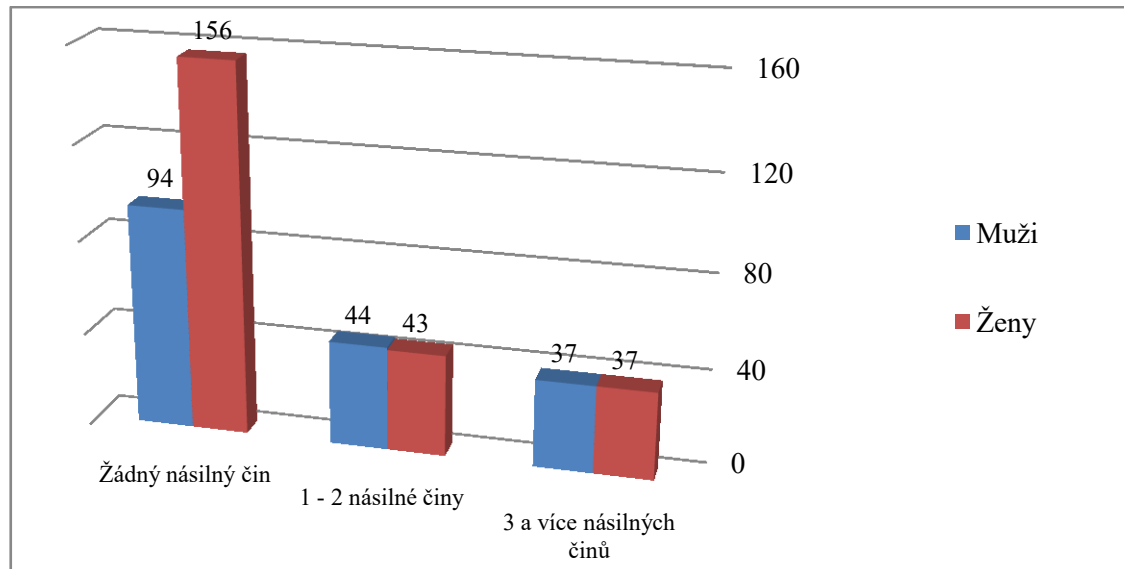
Tabulka č. 7 Násilný čin v anamnéze podle pohlaví

		Pohlaví		Celkem
		Muži	Ženy	
Násilí	A	81	70	151
	N	94	156	250
Celkem		175	226	401

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Zajímavé bylo podívat se na četnost násilných činů u obou pohlaví v anamnéze. Jeden až dva násilné činy mělo v anamnéze 44 mužů a 43 žen. Tři a více násilných činů spáchalo 37 adolescentů mužského a 37 adolescentů ženského pohlaví (graf č. 4).

Graf č. 4 Četnost násilí



Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Konkrétně se jednalo o násilné činy pokus o vraždu, těžké ublížení na zdraví, lehké ublížení na zdraví, loupežné přepadení, obecné ohrožení, pokus o znásilnění, vydírání a nebezpečné vyhrožování.

5.4 Postup výzkumu

Pro standardizaci škály SAVRY určené k hodnocení míry rizika páčání násilí u adolescentů bylo nejprve důležité studium relevantní zahraniční i české literatury. Následně byl přeložen záznamový list a příručka k užívání nástroje SAVRY do češtiny. Výchozím materiálem byla originální americká verze ratingové škály SAVRY (Skřivánková, 2020c). Poté byl připraven design pilotní studie, která byla realizována především pro ověření způsobu zadávání jednotlivých testů a vyhodnocování nástroje SAVRY. Pilotáž proběhla na 30 probandech v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Tito mladiství byli testováni autorkou studie a zaškolenou psychologkou ve zdravotnictví.

Adolescentům byla administrována následující testová baterie:

- Škála SADSS – obsahuje 3 subškály (hněv, hostilita a fyzická agresivita) a 30 položek (Dolejš et al., Škála agresivity, 2021),

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Osobnostní dotazník HSPQ (Balcar, Osobnostní dotazník pro mládež HSPQ, 1986)
– jeho autoři jsou R. B. Cattell a M. D. L. Cattelová; obsahuje 142 otázek a měří
14 osobnostních vlastností, např. citová stálost vs. citová nestálost.

Na základě výsledků pak mohou být získány informace o osobnosti daného mladistvého (Balcar, 1986). Dospělým osobám, které adolescenta dlouhodobě a dobře znají, byl administrován nástroj Connors 3 tvořený šesti škálami obsahovými (nepozornost, hyperaktivita/impulzivita, problémy s učením, exekutivní funkce, agrese, vrstevnické vztahy), čtyřmi škálami symptomovými (ADHD s převahou nepozornosti, ADHD s převahou hyperaktivity/impulzivity, porucha chování, porucha opozičního vzdoru) a třemi škálami validizačními (pozitivní dojem, negativní dojem, index nekonzistence) (Ptáček et al., Posuzovací škála pozornosti a chování, 2018). Jak z názvu škál vyplývá, tento nástroj se zaměřuje především na identifikaci příznaků ADHD, poruchy opozičního vzdoru, poruchy chování, problémů s učením, vzdoru a/nebo agrese, problémů v oblasti exekutivních funkcí, ve vztazích s vrstevníky či v rodině a na funkční narušení. U všech probandů byla administrována tzv. objektivní posuzovací škála SAVRY. Tato škála byla vyhodnocena na základě anamnézy probanda získané z polostrukturovaného rozhovoru s dospělým, který adolescenta dlouhodobě a dobře zná, a s posuzovaným adolescentem, v případě možnosti i ze zdravotnické či sociální dokumentace (Skřivánková, 2020c). Na základě sebraných dat pak byla vyhodnocena inter-rater reliabilita pomocí shody dvou hodnotitelů, míra vnitřní konzistence, validita a míra korelace škály SAVRY se subškálami osobnostního dotazníku HSPQ.

Na základě pilotního výzkumu pak byla zapracována změna v záznamovém listu, konkrétně byl upraven název položky č. 9 přerušení rané péče. Poté byla sebrána data do celkového výzkumného souboru, který byl složen (po vyloučení 2 probandů kvůli nesplnění věkového kritéria) ze 401 probandů. Úspěšně tedy proběhla standardizace škály SAVRY v našich podmínkách. V rámci posouzení výše inter-rater reliability u celkového výzkumného souboru bylo 80 probandů posouzeno nezávisle na sobě dvěma hodnotiteli objektivní škálou SAVRY k určení míry rizika páčání násilí. Korelace hodnocení dvěma posuzovateli mezi sebou v rámci celého katalogu SAVRY i v rámci jednotlivých položek pak tvoří hodnotu inter-rater reliability tohoto nástroje určením míry vnitřní konzistence pomocí Cronbachovy alpha. V rámci validizačních postupů české verze nástroje SAVRY byly zjišťovány vztahy k psychodiagnostickým metodám SADSS, HSPQ a Connors 3. Pro výpočet souběžné validity

byl použit Spearmanův korelační koeficient, sledována byla jeho míra. Porovnávány byly také výsledky míry rizika páčání násilí mezi experimentální a kontrolní skupinou (Skřivánková, 2020c).

Kromě standardizace dané škály budou ověřovány výzkumné hypotézy a otázky zmíněné v subkapitole 5.1, navíc ještě bude vypočtena faktorová analýza a bude popsán typický profil násilného adolescenta pomocí výše zmíněných psychodiagnostických nástrojů.

V užívání nástroje SAVRY byla autorka v roce 2013 vyškolená v rámci kurzu Violence Risk Assessment Across The Lifespan pořádaného v Boltonu Mezinárodní organizací forenzních odborníků Spojeného království Velké Británie a Severního Irska (TIOFP – The International Organisation of Forensic Practitioners) (Valentová, 2015). Aktuálně má desetiletou praxi v posuzování rizika páčání násilí, což je důležité pro přesnější diagnostiku míry nebezpečnosti a v návaznosti i pro efektivní snižování míry rizika páčání násilí.

5.4.1 Shromáždění a analýza dat

Pro posouzení míry rizika páčání násilí u adolescentů byl zvolen nástroj SAVRY, tzv. objektivní posuzovací škála. Škála byla pořízena v nakladatelství Ann Arbor a přeložena, a to jak záznamový arch, tak příručka k jejímu užívání. Jedná se o objektivní škálu, tedy ji vyplňuje posuzovatel, nikoliv samotný proband. Pro její vyplnění bylo nutné nejprve shromáždit a analyzovat dostupná data. Data byla získána z dostupné zdravotnické a sociální dokumentace, z rozhovoru se samotným probandem a s jemu blízkou osobou a z pozorování. Data získávaly tři osoby, většina probandů byla otestována autorkou, někteří adolescenti pak byli testováni zaškolenou zkušenou psychologičkou ve zdravotnictví pracující v Dětském centru v Thomayerově nemocnici a zaškolenou studentkou magisterského studia oboru Psychologie.

Pro vyplnění objektivní škály jsou tzv. objektivní data velice důležitá, aby škála nebyla vyhodnocena pouze na základě informací uvedených posuzovaným probandem v rozhovoru. Tak by mohlo dojít k významnému zkreslení výsledků (Skřivánková, 2020c). Jedním ze zdrojů objektivních dat je dostupná dokumentace. K dispozici byla zdravotnická a sociální dokumentace. Zdravotnická dokumentace byla dostupná jak v listinné, tak v elektronické formě. Sociální dokumentace byla dostupná převážně pouze v listinné formě. V rámci zdravotnických zařízení však byla sociální dokumentace dostupná v obou formách. Další informace o mladistvých byly získány formou rozhovoru jak s posuzovaným adolescentem,

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

tak s osobou jemu blízkou. Byla zvolena polostrukturovaná forma rozhovoru z důvodu, že umožňovala doptat se na informace potřebné k vyplnění škály SAVRY a zároveň nechávala u každého jednotlivce prostor pro získání dalších informací důležitých pro výzkum. V rámci rozhovoru byla pokryta oblast osobní, rodinné i sociální anamnézy. Využita byla i další základní klinicko-psychologická metoda pozorování, která pomohla při dotváření si celkového komplexního obrazu o posuzovaném adolescentovi a jeho sociálním okolí, pro něj významným.

V neposlední řadě byly kromě SAVRY využity další škály a testy. Adolescenti obou pohlaví ve věku 12–18 let vyplňovali osobnostní dotazník pro mládež HSPQ. Vyplnění tohoto dotazníku trvalo v průměru 35 minut. Dále mladiství vyplňovali škálu agresivity SADSS, jejíž vyplnění trvalo v průměru 5 minut. Rodič či jiná, testovanému adolescentovi velice blízká osoba, která ho dobře zná, vyplňovala posuzovací škálu pozornosti a chování Conners 3. Administrována byla plná verze, jejíž vyplnění trvalo dospělým osobám v průměru 20 minut (Ptáček et al., 2018).

5.5 Postup sběru dat

Po překladu originální americké verze škály SAVRY do českého jazyka byla připravena administrace škály SAVRY v rámci pilotního projektu. Osloveno bylo několik institucí a zdravotnických, sociálních i školních zařízení z celé České republiky. Souhlas s výzkumem však poskytla přibližně jedna třetina oslovených, tedy 23 institucí a zařízení (Skřivánková, 2020c). Z daných institucí poskytlo souhlas s výzkumem 403 probandů, kteří byli vybráni záměrným kritériálním výběrem specifikovaným výše. Tito adolescenti obdrželi informovaný souhlas o výzkumu, kde byl dán důraz na anonymitu, tudíž testový soubor vyplňovali pod přezdívkou. Informovaný souhlas byl podepsán jak adolescentem, tak odpovědnou dospělou osobou, přičemž postup byl telefonicky konzultován s právníkem Psychiatrické nemocnice Bohnice. Výzkum probíhal v této posloupnosti: 1. pročtení relevantní dokumentace; 2. polostrukturovaný rozhovor s blízkým; 3. administrace testových metod; 4. polostrukturovaný rozhovor s adolescentem; 5. vyhodnocení škály SAVRY na základě informací z polostrukturovaných rozhovorů a z testových dat. Pokud nebylo možné realizovat polostrukturovaný rozhovor osobně, byl zaslán v listinné formě tak, aby byly k dispozici informace pro vyhodnocení škály SAVRY. V takovýchto případech předcházelo testové administraci pročtení relevantní dokumentace a polostrukturované rozhovory byly vynechány, což však není překážkou pro vyhodnocení škály SAVRY. Sběr dat byl realizován na místě

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

daného zařízení, z kterého testovaný proband pocházel, výzkumným týmem, případně na něj dohlížel psycholog či výjimečně jiná odpovědná kompetentní osoba daného zařízení, např. ředitelka dětského domova s humanitním vzděláním a ukončeným sebezkušenostním psychoterapeutickým výcvikem. Taková data pak byla zaslána poštou k rukám autorky výzkumu.

V rámci pilotního projektu byl testový soubor, který obsahoval škálu SAVRY, SADSS a Connors 3 a dotazník HSPQ administrován 30 adolescentům a jejich blízkým tak, jak je uvedeno výše. Pilotní soubor obsahoval 15 žen a 15 mužů ve věku 12–18 let. Průměrný věk žen byl 15,5 let, modus i medián byly rovny 15. Průměrný věk mužů byl 16,3 let, modus byl roven 17 a medián byl roven 16. Násilných bylo celkem 14 osob, přičemž 10 z nich spáchalo 3 a více násilných činů, naopak nenásilných bylo 16 osob. Byla zjištěna výše inter-rater reliability a souběžné validity a byl upraven překlad položky č. 9 přerušení rané péče. Poté byla teprve dosbírána data od dalších 373 adolescentů, aby výsledky výzkumu byly zobecnitelné na celou českou adolescentní populaci. Analýza dat včetně výsledků z pilotního výzkumu je konkrétně popsána níže.

6 Zpracování dat

Po dokončení sběru dat byly škály SADSS a Conners 3 a osobnostní dotazník HSPQ vyhodnoceny autorkou, zkušenou psycholožkou ve zdravotnictví pracující s dětmi a studentkami psychologie. Škála SAVRY byla vyhodnocena převážně autorkou studie, konkrétně se jednalo o data od 310 probandů. Zbytek dat získaných ze škály SAVRY byl vyhodnocen psycholožkou ve zdravotnictví pracující již dlouhá léta s dětmi a studentkou magisterského studia oboru psychologie, jež autorka v užívání škály SAVRY zaškolila. Jako užité metody pro vyhodnocení škály SAVRY pro posouzení rizika páčání násilí u adolescentů byly užity informace získané z dostupné listinné i elektronické dokumentace a informace získané z polostrukturovaných rozhovorů a z pozorování nejen s adolescenty, ale i s odpovědnými dospělými. Získaná data byla následně použita k výpočtu psychometrických charakteristik (Skřivánková, 2020c). Pro účely statistických výpočtů byl pro větší přehlednost v tabulkách užít číselný skórovací systém, který je užíván např. v druhé verzi nástroje HCR-20, jenž slouží k posuzování rizika páčání násilí u dospělých (Douglas et al., 2013). Bylo tedy převedeno slovní hodnocení rizika páčání násilí (nízké – střední – vysoké) u všech 24 rizikových položek na číselné hodnoty (0 – 1 – 2) (Skřivánková, 2020c).

7 Výsledky a interpretace

Nejprve budou popsány výsledky pilotního výzkumu a poté bude znázorněna slovně i graficky interpretace dat celkového souboru.

7.1 Pilotní výzkum

Pro zjištění výše inter-rater reliability byl na základě posouzení 30 probandů dvěma hodnotiteli spočten koeficient kappa, jehož hodnoty pro jednotlivé rizikové faktory škály SAVRY (označené S1 až S24) a pro protektivní faktory (označené P1 až P6) a pro celkové hodnocení rizika spáchání násilného činu (HRSNČ) jsou zobrazeny v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 Výše inter-rater reliability jednotlivých položek SAVRY

S1	0,944	S9	0,76	S17	0,611	P1	0,675
S2	0,939	S10	0,681	S18	0,737	P2	0,524
S3	0,928	S11	0,784	S19	0,72	P3	0,63
S4	0,592	S12	0,784	S20	0,949	P4	1
S5	0,878	S13	0,748	S21	0,779	P5	0,932
S6	0,759	S14	0,683	S22	0,74	P6	0,7
S7	0,691	S15	0,538	S23	0,741		
S8	0,549	S16	0,66	S24	0,721	HRSNČ	1

Zdroj: (Skřivánková et al., 2019)

V případě poslední položky HRSNČ vyšel koeficient kappa 1, hodnotitelé se tedy shodli u všech hodnocených jedinců. Toto zjištění značí vysokou reliabilitu testu. Stejně vyšla i položka pozitivní postoje k intervencím a autoritám. Výborná shoda byla nalezena u položek: násilí v minulosti, problémové nenásilné chování v minulosti, násilí v nízkém věku, sebepoškození či pokus o sebevraždu v minulosti, vystavení násilí v domácím prostředí, zanedbání rané péče, delikvence vrstevníků, odmítání vrstevníky, problémy se zvládnutím vzteku, nedostatek empatie/necitlivost a silná vazba na školu. U ostatních položek škály SAVRY byla nalezena dobrá shoda (Skřivánková, Páv, Hrdličková, & Paclt, 2019).

Co se týče souběžné validity škály SAVRY počítané v rámci pilotního projektu společně se škálou agresivity SADSS a se škálou pozornosti a chování Conners 3, byla nalezena vysoká souběžná validita především díky vysoké pozitivní korelaci HRSNČ a subškály porucha chování (CD) škály Conners 3. Významně také korelovaly položky SAVRY se subškálou fyzická agresivita škály SADSS. S vysokou pravděpodobností rizika páchaní násilí pak silně korelovaly položka nízká inteligence (B) z dotazníku HSPQ, subškála fyzická agresivita (FA) ze škály SADSS a položky SAVRY násilí v minulosti (H1), problémy se zvládnutím vzteku (I20) a snížená spolupráce (I23). Negativní korelace s vysokou pravděpodobností rizika páchaní násilí pak byla prokázána u protektivního faktoru pozitivní postoje k intervencím a autoritám (P4). Konkrétní výše korelace jsou znázorněny v tabulce č. 9, která popisuje výši korelace u všech položek škály SAVRY, subškál Conners 3 a SADSS a osobnostního dotazníku HSPQ, přičemž nejvyšší korelace je znázorněna nejtmaším odstínem. Se snižující se korelací je odstín barvy světlejší. Pozitivní korelace je znázorněna odstíny červené barvy, negativní korelace je pak vykreslena barvou modrou (Skřivánková et al., 2019).

Tabulka č. 9 Výše korelace jednotlivých položek SAVRY, subškál Conners 3 a SADSS a osobnostního dotazníku HSPQ

	SAVRY						Conners 3					HSPQ				SADSS	
H1	85	H9	52	I17	65	P1	17	IN	51	AH	32	A	0	I	-14	FA	60
H2	77	H10	67	I18	63	P2	58	HY	49	CD	74	B	-46	J	-1	HO	11
H3	32	S11	80	I19	41	P3	33	LP	38	OD	59	C	-18	O	0	HN	13
H4	43	S12	14	I20	86	P4	93	EF	53	PI	-18	D	12	Q2	2		
H5	14	S13	28	I21	62	P5	69	AG	70	NI	48	E	8	Q3	-1		
H6	23	S14	55	I22	50	P6	17	PR	42			F	6	Q4	0		
H7	34	S15	46	I23	83	HRSNČ	100	GI	62			G	-4				
H8	69	S16	63	I24	67			AN	49			H	3				

Zdroj: (Skřivánková et al., 2019)

7.2 Celý výzkumný soubor

Jak je uvedeno výše, po realizaci pilotního výzkumu byl pro statistické výpočty v české verzi škály SAVRY použit soubor, který zahrnoval 401 osob ve věku 12–18 let (průměr = 15,4 let, směrodatná odchylka = 1,69), z toho bylo 175 mužů a 226 žen. Násilných bylo 151 osob a nenásilných 250 osob (Skřivánková, 2020c). V tabulce č. 10 jsou znázorněny popisné údaje celého souboru, konkrétně subškály historické, individuální a sociální složené z jednotlivých

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

rizikových faktorů, hodnocení rizika spáchání násilného činu a celkové riziko spáchání násilí rozdělené podle spáchání či nespáchání násilného činu. Vyšší hodnoty se vyskytují u probandů, kteří spáchali násilný čin (Skřivánková, 2020c).

Tabulka č. 10 Popisné údaje SAVRY

Soubor	Historické rizikové faktory		Sociální rizikové faktory		Individuální rizikové faktory		Hodnocení rizika spáchání násilného činu		Celkové riziko	
	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.	průměr	sm. odch.
Osoby, které se dopustily násilí	10,82	3,565	6,6	2,469	8,24	3,883	1,46	0,526	25,66	7,853
Osoby, které se nedopustily násilí	4,53	4,257	3,63	2,883	3,3	3,343	0,44	0,551	11,46	9,437
Celý soubor	6,9	5,035	4,75	3,088	5,16	4,284	0,82	0,732	16,81	11,225

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 51)

7.2.1 Reliabilita

Aby mohla být škála SAVRY standardizována, bylo důležité zjistit výši reliability. Ta byla počítána ze vzorku 80 osob ve věku 12–18 let (průměr = 15,35, směrodatná odchylka = 1,93), přičemž se jednalo o 43 žen a 37 mužů. U daných 80 adolescentů bylo dvěma hodnotiteli posouzeno riziko páchaní násilí škálou SAVRY. Položky hodnocení nízkého – středního – vysokého rizika páchaní násilí byly převedeny na číselné hodnoty 0 – 1 – 2, jak bylo uvedeno výše. Výše korelací u jednotlivých subškál SAVRY (historické, sociální a individuální rizikové faktory), hodnocení rizika spáchání násilného činu a celkové riziko spáchání násilí jsou uvedeny v tabulce č. 11. Pokud by byly výsledky české standardizace, konkrétně výše korelačního koeficientu, porovnávány se zahraničními studii, je důležité, že v české studii byly nalezeny hodnoty srovnatelné, případně i vyšší (např. Lodewijks, Doreleijers, de Rooter, & Borum, 2008; McEachran, 2001) (Skřivánková, 2020c).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 11 Korelační koeficienty subškál SAVRY a celkového rizika páchaní násilí při posouzení dvěma posuzovateli

Rizikové faktory	Korelační koeficient
Rizikové faktory v minulosti	0,974
Sociální rizikové faktory	0,945
Klinické rizikové faktory	0,971
Hodnocení rizika spáchání násilného činu	0,982
Celkové riziko spáchání násilí	0,972

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 52)

Dále byla vypočítána výše Cronbachova koeficientu alpha. Škála SAVRY může být označena jako vysoce konzistentní vzhledem k vypočtenému koeficientu Cronbachova alpha pro celou škálu 0,926. Co se týče jednotlivých položek, žádná z nich neklesla pod 0,919, a tudíž všechny položky směřují k predikci násilí. U nenásilných adolescentních dívek i chlapců byla nalezena hodnota 0,933, u násilných mladistvých byla spočtena hodnota tohoto koeficientu 0,807. Opět můžeme nalézt podobné hodnoty u zahraničních autorů, jak je uvedeno v příručce škály SAVRY (Catchpole & Gretton, 2003; Dolan & Rennie, 2006) (Skřivánková, 2020c).

Tabulka č. 12 Vnitřní konzistence (Cronbachova alpha) subškál SAVRY a celkového rizika páchaní násilí

Soubor	Historické rizikové faktory	Sociální rizikové faktory	Individuální rizikové faktory	Celkové riziko
Osoby, které se dopustily násilí	0,801	0,731	0,779	0,807
Osoby, které se nedopustily násilí	0,818	0,769	0,827	0,933
Celý soubor	0,836	0,759	0,865	0,926

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 53)

7.2.2 Validita

Ke zjištění míry validity škály SAVRY pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl zjišťován vztah ke škále Conners 3 (Ptáček et al., 2018) a SADSS (Dolejš et al., 2021). „Celkové riziko spáchání násilí vykazuje nejsilnější vztah (41,2 % společného rozptylu) se škálou AG (Agresivita/Vzdor), dále se škálou GI (Globální index), kde je 38,3 % společné variance a se škálou CD (Porucha chování) s 40,8 % společné variance. Nejsilnější pozitivní vztah se škálou AG (Agresivita/Vzdor) vykazují také proměnné Historické rizikové faktory,

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Klinické rizikové faktory a Protektivní faktory“ (Skřivánková, 2020c, s. 52). Konkrétní hodnoty korelačních koeficientů škály SAVRY a škály Conners 3 jsou vyobrazeny v tabulce č. 13 a č. 14.

Tabulka č. 13 Korelační koeficienty subškál SAVRY a subškál Conners 3

SAVRY	C 3 IN	C 3 HY	C 3 LP	C 3 EF	C 3 AG	C 3 PR	C 3 GI
Rizikové faktory v minulosti	0,459	0,426	0,462	0,367	0,57	0,232	0,532
Sociální rizikové faktory	0,406	0,39	0,44	0,324	0,492	0,294	0,5
Klinické rizikové faktory	0,565	0,546	0,457	0,483	0,667	0,292	0,645
Protektivní faktory	0,468	0,38	0,435	0,421	0,537	0,345	0,53
Hodnocení rizika spáchání násilného činu	0,528	0,507	0,493	0,433	0,644	0,293	0,619
Celkové riziko spáchání násilí	0,43	0,419	0,44	0,372	0,573	0,292	0,498

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 53)

Tabulka č. 14 Korelační koeficienty subškál SAVRY a subškál Conners 3

SAVRY	C 3 AN	C 3 AH	C 3 CD	C 3 OD	C 3 PI	C 3 NI
Rizikové faktory v minulosti	0,432	0,362	0,583	0,511	-0,222	0,105
Sociální rizikové faktory	0,369	0,335	0,515	0,458	-0,118	0,151
Klinické rizikové faktory	0,57	0,479	0,641	0,613	-0,245	0,156
Protektivní faktory	0,466	0,295	0,513	0,511	-0,205	0,206
Hodnocení rizika spáchání násilného činu	0,511	0,437	0,639	0,587	-0,229	0,14
Celkové riziko spáchání násilí	0,439	0,363	0,587	0,48	-0,2	0,17

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 53)

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Ze tří subškál škály agresivity SADSS byl zjištěn vyšší korelační koeficient u subškály hněv. Se subškálou SAVRY rizikové faktory v minulosti korelovala subškála hněv na hladině 0,403, se subškálou SAVRY klinické rizikové faktory se objevila výše korelace 0,441 a s celkovým rizikem spáchání násilí škály SAVRY korelovala subškála hněv na úrovni 0,448 (Skřivánková, 2020c). Dále byla zjišťována prediktivní hodnota škály SAVRY pomocí ROC analýzy s diferenciacním kritériem spáchání násilí v anamnéze. U celkového rizika spáchání násilí škály SAVRY byla výše hodnoty AUC 0,865, přičemž na základě této vysoké hodnoty může být tento prediktor označen za spolehlivý. Konkrétní výsledky ROC analýzy jsou popsány v tabulce č. 15 (Skřivánková, 2020c).

Tabulka č. 15 Výsledky ROC analýzy

Rizikové faktory	AUC – plocha pod křivkou
Rizikové faktory v minulosti	0,858
Sociální rizikové faktory	0,779
Klinické rizikové faktory	0,832
Hodnocení rizika spáchání násilného činu	0,87
Celkové riziko spáchání násilí	0,865

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 53)

Testován byl předpoklad, že adolescenti, kteří spáchali násilí, budou mít vyšší hodnoty na škále SAVRY než ti, kteří násilí nespáchali, což se potvrdilo. Konkrétní výsledky po použití neparametrického Mann-Whitney U testu jsou znázorněny v tabulce č. 16, kde jsou nejtmavší barvou označeny nejvyšší hodnoty.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 16 Korelace rizikových faktorů SAVRY podle pohlaví a násilí v anamnéze

Násilí a pohlaví	Průměr ano muži	Průměr ano ženy	Průměr ne muži	Průměr ne ženy
SAVRY pol. 1	2,44	2,37	1,07	1,03
pol. 2	2,44	2,64	1,48	1,61
pol. 3	1,65	1,53	1,04	1,02
pol. 4	1,48	1,87	1,06	1,29
pol. 5	1,56	1,99	1,17	1,62
pol. 6	2,04	2,3	1,5	1,69
pol. 7	1,94	2,16	1,52	1,69
pol. 8	1,78	2,33	1,4	1,58
pol. 9	2,38	2,54	1,68	1,9
pol. 10	2,2	2,14	1,52	1,76
pol. 11	1,99	2,3	1,3	1,49
pol. 12	1,67	1,86	1,34	1,62
pol. 13	1,9	2,21	1,37	1,74
pol. 14	2,57	2,81	1,89	2,17
pol. 15	2	2,47	1,59	1,83
pol. 16	1,65	1,9	1,19	1,35
pol. 17	1,98	2,06	1,26	1,31
pol. 18	2,01	2,17	1,44	1,42
pol. 19	1,79	1,89	1,15	1,24
pol. 20	2,19	2,39	1,45	1,58
pol. 21	1,91	1,8	1,37	1,34
pol. 22	1,96	1,89	1,41	1,48
pol. 23	2,15	2,23	1,5	1,65
pol. 24	2,16	1,93	1,46	1,44

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Dále bylo pomocí statistické analýzy Kruskal-Wallisovým testem a post hoc testem ověřeno, že nástroj SAVRY predikuje násilí u mužské i u ženské adolescentní populace. Metodou logistické regrese byl vytvořen model, díky kterému došlo ke zvýšení pravděpodobnosti odhadu, zda se jedná o osobu s vysokým rizikem páchaní násilí či nikoliv, z původních 62,3 %

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

případů na 76,1 %, a to především díky historickým a individuálním faktorům škály SAVRY. Dá se tedy říci, že sociální/kontextové faktory škály SAVRY pravděpodobnost páchání násilí tolik nevysvětlují, kdežto ostatní rizikové faktory ano. Osoby, které mají vyšší historické a individuální faktory, mají větší riziko být násilníky, jak je konkrétními výpočty doloženo v tabulce č. 17.

Tabulka č. 17 Predikce rizika páchání násilí na základě historických, sociálních a individuálních rizikových faktorů škály SAVRY

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP (B)	
							Lower	Upper
Rizikové faktory v minulosti SAVRY	,284	,046	38,389	1	,000	1,328	1,214	1,453
Sociální/kontextové rizikové faktory SAVRY	-,055	,067	,656	1	,418	,947	,830	1,081
Individuální/klinické rizikové faktory SAVRY	,185	,044	17,980	1	,000	1,203	1,104	1,310
Constant	-7,470	,758	97,038	1	,000	,001		

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Na základě uvedených výpočtů tedy lze shrnout, že nástroj SAVRY je dostatečně validní a reliabilní k posouzení rizika páchání násilí u adolescentů v České republice.

7.2.3 Faktorová analýza

Zjištěním faktorů mohou výzkumníci více zaměřit svou pozornost právě na určenou principiální oblast. Proto byla vypočítána faktorová analýza, konkrétně Kaplan-Meier-Olkin statistickou metodou (tabulka č. 18).

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 18 Konkrétní hodnoty získané Kaplan-Meier-Olkin statistickou metodou, které poukazují na tři faktory škály SAVRY

	Faktor		
	1	2	3
SAVRY pol. 1	0,530		
pol. 2	0,647		
pol. 3	0,367		
pol. 4	0,509		
pol. 5	0,286		
pol. 6		0,544	
pol. 7		0,703	
pol. 8		0,666	
pol. 9		0,730	
pol. 10			0,406
pol. 11	0,688		
pol. 12			0,406
pol. 13			0,582
pol. 14		0,734	
pol. 15		0,609	
pol. 16	0,482		
pol. 17	0,638		
pol. 18			0,535
pol. 19	0,606		
pol. 20			0,623
pol. 21			0,522
pol. 22			0,488
pol. 23			0,493
pol. 24			0,434

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Bylo určeno, že škála může být rozdělena do tří faktorů. První z nich by se týkal aktivní účasti jedince na násilném či disociálním jednání. Dle Piagetovy terminologie by mohlo být hovořeno o asimilaci, tedy o způsobu, jakým jedinec sám působí na prostředí. Sem by spadaly položky č. 1–5, 11, 16, 17 a 19, tedy násilí v minulosti, problémové nenásilné chování

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

v minulosti, násilí v nízkém věku, porušení podmínek dohledu či léčby v minulosti, sebepoškození či pokus o sebevraždu v minulosti, delikvence vrstevníků, patologické jevy v komunitě, disociální postoje a zneužívání návykových látek. Druhý faktor by pak zahrnoval položky č. 6–9, 14 a 15, tj. vystavení násilí v domácím prostředí, týrání v dětství, kriminalita rodičů/pečující osoby, přerušování rané péče, nedůsledná výchova a nedostatek osobní/sociální podpory. Tyto položky jsou spojeny s pasivní účastí jedince, dle Piageta s tzv. asimilací, tedy jak je člověk prostředím utvářen. Tedy by se mohlo jednat o jakési náročné životní podmínky. U třetího faktoru lze hovořit o jakési maladaptaci, tedy špatném přizpůsobení se prostředí. Sem by spadaly položky č. 10, 12, 13, 18, 20–24, tedy slabý školní výkon, odmítání vrstevníky, problémy se zvládnutím zátěžových situací, riskování/impulzivita, problémy se zvládnutím vzteku, nedostatek empatie/necitlivost, porucha pozornosti/hyperaktivita, snížená spolupráce a malý zájem/angažovanost ve škole.

7.2.4 Násilí a osobnostní vlastnosti

Ke zjištění, zda jsou některé osobnostní vlastnosti pro násilné adolescenty typické, byly použity statistické výpočty vztahu položek škály SAVRY a faktorů osobnostního dotazníku pro adolescenty HSPQ. Významné rozdíly byly nalezeny u faktorů Q3 sebevláda a Q4 pudové napětí. Výsledky jsou konkrétně popsány v tabulce č. 19.

Tabulka č. 19 Korelace násilí v anamnéze (pol. 1) a faktorů Q3 a Q4 osobnostního dotazníku

SAVRY pol. 1		HSPQ Q3	HSPQ Q4
1	Průměr	10,06	9,48
	N	235	236
	Sm. odchylka	3,548	3,232
2	Průměr	9,93	10,22
	N	82	82
	Sm. odchylka	3,284	3,300
3	Průměr	8,69	10,84
	N	64	64
	Sm. odchylka	3,408	3,382
Kruskal-Wallis	χ ²	7,666	8,684
	Df	2	2
	p-hodnota	0,022	0,013

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Adolescenti, u nichž je vysoké riziko páchaní násilí, mohou být popsáni jako ti, kteří pociťují napětí a vnitřní zmatek, mohou být labilnější či frustrovanější a zároveň odmítají dodržovat společenská pravidla, jsou nepřizpůsobiví a nespolehliví, nemají vyvinutý stálější koncept sebepojetí (Balcar, 1986). Z výzkumných hypotéz, že násilní adolescenti budou více bezstarostní a impulzivní, budou rádi vyhledávat dobrodružství, budou citově tvrdí, nepřizpůsobiví (Stejskalová, 2008; Jurková, 2009), chladní a budou vyhledávat vlastní prožitek, budou mít problémy ve škole, budou revoltovat vůči normám, budou prosazovat nezávislost a rádi budou dosahovat úspěchů, budou ostražití a náladoví (Stejskalová, 2008), byla výzkumně potvrzena pouze nepřizpůsobivost násilných adolescentů. Navíc bylo zjištěno jejich vysoké pudové napětí. Dále bylo zjištěno, že častěji páchají násilí adolescentní chlapci než dívky a častěji se uchylují k násilí ve věku 15–18 let než ve věku 12–14 let. Co se tedy týče jakéhosi typického profilu násilného adolescenta, jednalo by se o adolescenta mužského pohlaví ve věku 15–18 let s nízkou sebevládou a vysokým pudovým napětím, tedy byl by nepřizpůsobivý, nedodržující společenská pravidla, emočně labilnější, pociťující napětí a zmatek a nemající stálější koncept sebepojetí.

7.2.5 Násilí a protektivní faktory

Protektivní faktory jsou důležité pro snižování míry rizika páchaní násilí (de Vries et al., 2015). Škála SAVRY obsahuje šest protektivních faktorů: prosociální zapojení, silná sociální podpora, silné citové vazby, pozitivní postoje k intervencím a autoritám, silná vazba na školu a odolnost jako osobnostní rys (Borum et al., 2006). Všechny tyto protektivní faktory byly více přítomny u dívek i chlapců, kteří násilí nespáchali, než u těch násilných (tabulka č. 20).

Tabulka č. 20 Přítomnost protektivních faktorů podle pohlaví a násilí v anamnéze

	Násilí a pohlaví				Celkem
	A M	A Ž	N M	N Ž	
P1	64,2 %	52,9 %	80,9 %	65,4 %	66,6 %
P2	43,2 %	14,3 %	67,0 %	51,3 %	46,9 %
P3	77,8 %	71,4 %	81,9 %	83,3 %	79,8 %
P4	32,1 %	17,1 %	69,1 %	66,0 %	51,4 %
P5	21,0 %	12,9 %	56,4 %	52,6 %	40,1 %
P6	28,4 %	15,7 %	60,6 %	39,7 %	38,2 %
Celkem	81	70	94	156	401

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Z výsledků Mann-Whitneyho testu vyplývá, že se páchaní násilí liší u všech protektivních faktorů. Adolescenti, u nichž je daný protektivní faktor přítomen, mají nižší pravděpodobnost páchaní násilí. Konkrétní výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 21.

Tabulka č. 21 Přítomnost protektivních faktorů u násilných a nenásilných adolescentů

Protektivní faktory		Páchání násilí		p-value Mann- Whitney	HRSNČ		p-value Mann- Whitney
		Ano	Ne		Ano	Ne	
P1	Medián	37,00	46,00	0,000	2,00	2,00	0,000
	Průměr	38,12	46,14		1,68	2,11	
	SD	10,943	9,801		0,731	0,645	
	N	267	134		267	134	
P2	Medián	31,50	46,00	0,000	1,00	2,00	0,000
	Průměr	34,69	46,20		1,38	2,22	
	SD	10,268	9,061		0,621	0,583	
	N	188	213		188	213	
P3	Medián	39,00	47,00	0,000	2,00	2,00	0,000
	Průměr	39,15	47,33		1,72	2,23	
	SD	11,082	9,259		0,727	0,597	
	N	320	81		320	81	
P4	Medián	33,00	49,00	0,000	1,00	2,00	0,000
	Průměr	33,67	48,34		1,38	2,29	
	SD	8,318	8,683		0,535	0,617	
	N	206	195		206	195	
P5	Medián	29,00	47,00	0,000	1,00	2,00	0,000
	Průměr	32,35	46,48		1,34	2,15	
	SD	8,552	9,017		0,547	0,655	
	N	161	240		161	240	
P6	Medián	30,00	46,00	0,000	1,00	2,00	0,000
	Průměr	32,82	45,73		1,41	2,08	
	SD	8,897	9,555		0,601	0,686	
	N	153	248		153	248	

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Nejčastěji přítomným protektivním faktorem ve zkoumaném souboru byla položka P3 silné citové vazby, vyskytoval se u 79,8 % probandů. Naopak nejméně častým faktorem byla položka P6 odolnost jako osobnostní rys. Tento faktor se vyskytoval u 38,2 % adolescentních probandů. Přítomnost jednotlivých faktorů ve zkoumaném souboru je popsána níže v tabulce č. 22.

Tabulka č. 22 Přítomnost protektivních faktorů v celkovém souboru

Protektivní faktor	Absolutní počet	Procento
P1	267	66,6 %
P2	188	46,9 %
P3	320	79,8 %
P4	206	51,4 %
P5	161	40,1 %
P6	153	38,2 %

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Dále byl zjišťován vztah jednotlivých protektivních faktorů k položkám škály SAVRY a k faktorům osobnostního dotazníku HSPQ. Co se týče vztahu protektivního faktoru prosociální zapojení k ostatním položkám škály SAVRY, pokud byl tento faktor přítomen, jedinci opravdu odpovídali v jiných položkách SAVRY nižšími hodnotami, a tudíž byli méně násilní než ti, u nichž tento faktor absentoval. Výsledky byly signifikantní u všech položek SAVRY, až na dvě z nich, a to násilí v nízkém věku a delikvence vrstevníků – zde se hodnoty násilných a nenásilných probandů statisticky významně nelišily. Podobně tomu bylo u třetího protektivního faktoru silné citové vazby, kde nebyl nalezen statisticky významný vztah dokonce u pěti položek škály SAVRY, a to násilí v minulosti, násilí v nízkém věku, delikvence vrstevníků, odmítání vrstevníky a zneužívání návykových látek. Druhý protektivní faktor silná sociální podpora se ke všem položkám SAVRY vztahuje na signifikantní úrovni, a tudíž mladiství, kteří nemají tento faktor přítomen, odpovídají vyššími hodnotami ve všech položkách SAVRY, tj. jsou více násilní. Stejně tak je tomu u dalších protektivních faktorů pozitivní postoje k intervencím a autoritám, silná vazba na školu a odolnost jako osobnostní rys.

Vzhledem k využití diagnostiky rizika páchaní násilí u adolescentů v terapii s cílem, aby došlo ke snížení tohoto rizika, je vhodné se podívat na to, jak protektivní faktory souvisejí s některými osobnostními vlastnostmi. Konkrétně bude popsána korelace protektivních

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

faktorů škály SAVRY a škál HSPQ. Konkrétní výše korelací jsou pak popsány v tabulkách č. 23 až č. 28.

Tabulka č. 23 Protektivní faktor SAVRY prosociální zapojení a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ

P1	1 (n = 254)			2 (n = 128)			p-value Mann-Whitney
	Median	Mean	Std. Deviation	Median	Mean	Std. Deviation	
HSPQ A	12,00	11,36	3,125	10,00	9,52	3,289	0,000
C	9,00	9,04	3,296	8,00	7,93	3,605	0,002
Q2	7,00	7,54	3,208	8,00	8,42	3,176	0,021
Q4	10,00	9,52	3,081	11,00	10,57	3,623	0,003

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Tabulka č. 24 Protektivní faktor SAVRY silná sociální podpora a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ

P2	1 (n = 181)			2 (n = 201)			p-value Mann-Whitney
	Median	Mean	Std. Deviation	Median	Mean	Std. Deviation	
HSPQ A	11,00	11,16	3,208	11,00	10,37	3,331	0,024
B	7,00	6,82	2,168	6,00	6,08	2,135	0,000
D	10,00	9,83	3,101	11,00	10,79	3,258	0,003
E	9,00	9,59	3,042	11,00	10,81	2,803	0,000
F	9,00	8,61	3,655	10,00	10,11	3,700	0,000
G	11,00	10,94	3,400	10,00	10,05	3,339	0,012
I	12,00	11,81	3,557	11,00	11,14	3,296	0,034
Q4	9,00	8,94	3,256	11,00	10,71	3,129	0,000

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Tabulka č. 25 Protektivní faktor SAVRY silné citové vazby a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ

P3	1 (n = 305)			2 (n = 77)			p-value Mann-Whitney
	Median	Mean	Std. Deviation	Median	Mean	Std. Deviation	
HSPQ I	12,00	11,66	3,498	10,00	10,66	3,059	0,025

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 26 Protektivní faktor SAVRY pozitivní postoje k intervencím a autoritám a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ

P4	1 (n = 200)			2 (n = 182)			p-value Mann-Whitney
	Median	Mean	Std. Deviation	Median	Mean	Std. Deviation	
HSPQ B	7,00	6,89	2,110	6,00	5,94	2,152	0,000
C	9,00	9,00	3,382	8,00	8,30	3,470	0,031
D	10,00	9,87	3,096	11,00	10,86	3,274	0,002
E	9,50	9,60	2,999	11,00	10,92	2,802	0,000
F	9,00	8,25	3,633	11,00	10,66	3,465	0,000
G	11,00	11,13	3,219	10,00	9,75	3,439	0,000
I	12,00	12,22	3,444	11,00	10,63	3,232	0,000
J	10,00	9,64	2,595	9,00	9,16	2,768	0,037
Q2	7,00	7,38	3,193	8,00	8,34	3,182	0,004
Q3	11,00	10,30	3,652	9,00	9,25	3,241	0,001
Q4	9,00	8,92	3,182	11,00	10,91	3,128	0,000

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Tabulka č. 27 Protektivní faktor SAVRY silná vazba na školu a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ

P5	1 (n = 157)			2 (n = 225)			p-value Mann-Whitney
	Median	Mean	Std. Deviation	Median	Mean	Std. Deviation	
HSPQ B	7,00	7,12	1,972	6,00	5,96	2,193	0,000
E	9,00	9,57	3,157	11,00	10,68	2,763	0,001
F	9,00	8,45	3,804	10,00	10,06	3,575	0,000
G	11,00	11,30	3,300	10,00	9,89	3,343	0,000
I	12,00	12,04	3,360	11,00	11,05	3,434	0,009
J	10,00	9,76	2,784	9,00	9,17	2,594	0,040
Q2	7,00	7,48	3,244	8,00	8,08	3,187	0,046
Q3	10,00	10,29	3,389	10,00	9,46	3,538	0,033
Q4	9,00	9,06	3,308	11,00	10,43	3,193	0,000

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Tabulka č. 28 Protektivní faktor SAVRY odolnost jako osobnostní rys a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ

P6	1 (n = 149)			2 (n = 233)			p-value Mann-Whitney
	Median	Mean	Std. Deviation	Median	Mean	Std. Deviation	
HSPQ B	7,00	7,13	1,974	6,00	5,99	2,193	0,000
C	10,00	9,49	3,370	8,00	8,14	3,383	0,000
F	9,00	8,62	3,459	10,00	9,90	3,849	0,000
G	11,00	11,01	3,120	10,00	10,13	3,520	0,013
O	11,00	11,52	3,521	12,00	12,24	3,936	0,045
Q2	7,00	7,23	3,325	8,00	8,22	3,096	0,005
Q3	11,00	10,31	3,491	10,00	9,48	3,469	0,029
Q4	9,00	9,11	3,347	11,00	10,36	3,192	0,000

Zdroj: (vlastní zpracování, 2022)

Z tabulek vyplývají následující korelace mezi protektivními faktory SAVRY a faktory osobnostního dotazníku HSPQ. Protektivní faktor prosociální zapojení signifikantně pozitivně koreluje s následujícími faktory osobnostního dotazníku HSPQ:

- A bezprostřednost, C citová stálost, Q2 soběstačnost a Q4 vysoké pudové napětí.
- Protektivní faktor silná sociální podpora statisticky významně koreluje s faktory A bezprostřednost, B vysoká krystalická inteligence, D vznětlivost, E průbojnost, F nadšenost, G zodpovědnost, I citová choulostivost a Q4 vysoké pudové napětí.
- Další protektivní faktor silné citové vazby signifikantně souvisí pouze s faktorem I citová choulostivost.
- Protektivní faktor pozitivní postoje k intervencím a autoritám statisticky významně souvisí dokonce s 11 faktory dotazníku HSPQ, konkrétně se jedná o faktor B vysoká krystalická inteligence, C citová stálost, D vznětlivost, E průbojnost, F nadšenost, G zodpovědnost, I citová choulostivost, J individualistická zdrženlivost, Q2 soběstačnost, Q3 sebevláda a Q4 vysoké pudové napětí.
- Pátý protektivní faktor škály SAVRY silná vazba na školu signifikantně souvisí s následujícími faktory dotazníku HSPQ: B vysoká krystalická inteligence, E průbojnost, F nadšenost, G zodpovědnost, I citová choulostivost, J individualistická zdrženlivost, Q2 soběstačnost, Q3 sebevláda a Q4 vysoké pudové napětí.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Poslední protektivní faktor škály SAVRY odolnost jako osobnostní rys statisticky významně pozitivně koreluje s faktorem B vysoká krystalická inteligence, C citová stálost, F nadšenost, G zodpovědnost, O úzkostná sebenejistota, Q2 soběstačnost, Q3 sebevláda a Q4 vysoké pudové napětí.

V subkapitole 8.3 Směřování dalšího výzkumu a praxe jsou pak zmíněna doporučení pro volbu obsahu psychotherapeutického procesu s násilným adolescentem na základě výše popsaných statisticky ověřených výsledků.

8 Diskuse

Cílem této práce je hlouběji prozkoumat a popsat proces posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů v České republice. Má však i konkrétní cíl, kterým je adaptovat na zdejší podmínky nástroj SAVRY, který právě k posuzování rizika páchaní násilí u mladistvých slouží, a tím i zlepšit praxi v této oblasti. Zjištěna byla výše validity a inter-rater reliability. Zavedení standardizovaného nástroje v takovém procesu zvyšuje jeho efektivitu a transparentnost a zároveň přináší návrh unifikovaného systematického posouzení rizika páchaní násilí (Tolan & Guerra, 2002; Heilbrun, Yasuhara, & Shah, 2010). K posuzování rizika páchaní násilí však nestačí pouze užít standardizovaný nástroj, důležitý je i klinický úsudek, případné použití dalších diagnostických metod a také příprava strategie na snížení rizika páchaní násilí a její následná realizace (Fazel, Singh, Dollm, & Grann, 2012). Výzkum samotný, popisovaný v této dizertační práci, měl svá omezení a limity, jež jsou specifikovány níže. Je vhodné se zaměřit především na správné užívání škály SAVRY dle instrukcí v příručce kvalifikovanými uživateli a na osobnostní faktory a motivaci hodnotitelů i posuzovaných.

8.1 Srovnání výsledků s předchozími výzkumy

Prediktivní validita nástroje SAVRY byla zkoumána nejen v západních zemích (např. Meyers & Schmidt, 2008; Muir, Viljoen, Jonnson, & Cochrane, 2020), ale např. i v Singapuru (Chu, Goh, & Chong, 2016). Chu et al. (2016) shledávají, že škála SAVRY dokáže predikovat násilné trestné činy. Zmínění autoři porovnávali škálu SAVRY se škálou YLS/CMI a pomocí určení inkrementální validity zjistili, že SAVRY nemusí být lepším prediktorem násilného chování než nástroj YLS/CMI (Chu et al., 2016). Hilterman, Nicholls & Van Nieuwenhulzen, (2014) zjistili, že SAVRY je podobně dobrým prediktorem recidivy páchaní násilí jako PCL:YV, kdy hodnoty ROC analýzy byly po 1 roce opětovného měření spočteny na 0,75 (SAVRY) a 0,72 (PCL:SV). Některé výzkumy (např. Bartel et al., 2003) však přírůstkovou validitu nástroje SAVRY u predikce násilného jednání v porovnání s nástroji YLS/CMI a PCL:YV prokázaly (Skřivánková, 2020c). SAVRY se zároveň ukázalo být signifikantně lepším prediktorem než nestrukturované hodnocení rizika páchaní násilí (Hilterman et al., 2014). Vysokou míru prediktivní validity škály SAVRY napříč etnikem i pohlavím prokázali i Meyers & Schmidt (2008). Hovoří o hodnotách ROC analýzy o něco nižších, než jaké byly nalezeny autorkou této studie, ale přesto vysokých – konkrétně se jedná o 0,75 a 0,66 pro obecnou a násilnou recidivu po 1 roce opětovného měření a o 0,76 a 0,77

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí u mladistvých v České republice

po 3 letech opětovného měření (Meyers & Schmidt, 2008). Muir et al. (2020) upozorňují, že je důležité užívat nástroj SAVRY při zohlednění kulturního kontextu. I proto je důležitá standardizace tohoto nástroje právě v našich podmínkách. Tato výzkumnice zkoumala prediktivní validitu nástroje SAVRY v Kanadě na vzorku 744 domorodých adolescentů a kavkazských mladistvých mužského a ženského pohlaví. Nástroj SAVRY je na základě studie označen jako vhodný k predikci rizika páčání násilí u adolescentů a upozorňuje na některé rozdílné výsledky mezi domorodými a kavkazskými adolescenty. Subškála historická, protektivní faktory a celkové skóre škál SAVRY lépe predikovaly páčání násilí u kavkazských mužských adolescentů než u těch domorodých. Více falešně pozitivních výsledků, tedy, že adolescent byl označen za rizikového, ale ve sledovaném období násilný trestný čin nespáchal, se vyskytlo u kavkazských mladistvých (Muir et al., 2020). V tabulce uvedené v příručce k užívání škály SAVRY (Skřivánková, 2020c, s. 47) jsou shrnuty výše hodnot koeficientů spolehlivosti této škály zjištěných dalšími zahraničními výzkumy. Hladina koeficientů spolehlivosti je i v těchto výzkumech vysoká, podobně, jak bylo nalezeno v rámci této dizertační práce (tabulka č. 29).

Tabulka č. 29 Souhrn koeficientů spolehlivosti nástroje SAVRY

Studie SAVRY	Vnitřní konzistence (celkové riziko SAVRY)	Shoda mezi posuzovateli (celkové riziko SAVRY)	Shoda mezi posuzovateli (souhrnné hodnocení rizika SAVRY)
Bartel et al. (2003)	0,82 (násilní)/0,84 (nenásilní)	–	–
Catchpole & Gretton (2003)	–	0,81	0,77
Dolan & Rennie (2006)	0,83	0,97	–
Lodewijks et al. (2005)	–	0,74	0,85
McEachran (2001)	–	0,83	0,72

Zdroj: (Skřivánková, 2020c, s. 47)

Na rozdíl od zjištění této dizertační práce, která popisuje třífaktorový model škály SAVRY (prvním z nich je aktivní účast na násilném/disociálním jednání, druhým náročné životní podmínky a třetím maladaptivní chování), jiní autoři pojednávají o dvoufaktorovém modelu

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

škály SAVRY určeného pomocí faktorové analýzy, a to násilí v anamnéze/dysregulace a sociální podpora (Sijtsema, Kretschmer, & van Os, 2015).

Faktor násilí v anamnéze/dysregulace je složen ze statických i dynamických rizikových faktorů z oblasti historické, sociální i individuální, přičemž největší důraz je dáván na položky týkající se problémů s pozorností, impulzivitou a emoční dysregulací a na násilí v anamnéze. Faktor sociální podpora, kam spadaly tři ze šesti protektivních faktorů, koreloval negativně se zatčením policií a násilným činem. Faktor násilí v anamnéze/dysregulace koreloval se zatčením policií a násilným činem pozitivně. Tyto asociace trvaly 4–7 let. Popsaný model byl vybrán pro obě pohlaví, stejně tak jako výše zmíněný třífaktorový model. Sijtsema et al. (2015) tímto akcentují důležitost protektivních faktorů pro určení míry rizika páchaní násilí u adolescentů.

Tato práce se také vyjadřuje k osobnostním vlastnostem násilných adolescentů. Bylo zjištěno, že typický profil mladistvého násilníka by vypadal takto: mužské pohlaví, věk 15–18 let, mající nízkou sebevládu a vysoké pudové napětí. Tedy by se jednalo o jedince nepřizpůsobivého, nedodržujícího společenská pravidla, emočně labilnějšího, pociťujícího napětí a zmatek a nemajícího stálejší koncept sebepojetí. V této souvislosti Kennedy, Burnett a Edmonds (2011) zkoumali u 95 probandů, které osobnostní vlastnosti korelují s násilným typem adolescentů a odlišují je od těch nenásilných. V rámci daného výzkumu pak použili Millonův adolescentní klinický inventář (MACI), behaviorální posuzovací systém pro děti (BASC), Peabodyho obrázkový test, 3. vydání (PPVT-III), výkonnostní test širokého záběru, 3. vydání (WRAT-III), Kaufmanův krátký inteligenční test (K-BIT) a školní záznamy. Na základě regresní analýzy bylo zjištěno, že prediktory násilí byly z inventáře MACI subškály porucha příjmu potravy a inhibice, z nástroje BASC pocit neadekvátnosti, poté percentil čtení a nástroj PPVT-III, což svědčí pro nižší verbální inteligenci násilných mladistvých. Důležitým poznatkem je také fakt, že adolescenti, u nichž je vysoké riziko páchaní násilí, jsou méně submisivní než ti, u kterých je toto riziko nízké či střední. Dále byla u násilných adolescentů prokázána neukázněnost, dramatizace, egoismus a ráznost jako osobnostní rys (Cacho, Fernández-Montalvo, López-Goni, Arteaga, & Haro, 2020). Kruh, Frick a Clements (2005) pak poukazují na psychopatické rysy u násilných adolescentů, což bylo výzkumně potvrzeno za použití Hareho škály psychopatie (PCL-R), škály nadměrné kontroly hostility (O-H) z inventáře MMPI-2 a screeningového nástroje antisociálního přístupu (APSD). Autoři tvrdí, že psychopatické rysy mohou být užitečné nejen při hodnocení závažnosti násilného trestného

činu, ale i při frekvenci páchaného násilí. V českém prostředí se tímto tématem zabývala Stejskalová (2008) a Jurková (2009). V těchto výzkumech byl k získání osobnostního profilu násilných adolescentů také užit dotazník HSPQ, stejně jako je tomu v této studii. Násilní mladiství dle výše zmíněných českých autorek mají být bezstarostní, impulzivní, rádi vyhledávají dobrodružství, jsou citově tvrdí, nepřizpůsobiví, chladní, vyhledávají vlastní prožitek, mají problémy ve školním výkonu na základě nízké inteligence, revoltují vůči normám, prosazují nezávislost, rádi dosahují úspěchů, jsou ostražití a náladoví.

8.2 Limity výzkumu

8.2.1 Zkreslení výsledků škály SAVRY

Škála SAVRY, jejíž efektivita byla prokázána v mnoha výzkumech a zemích (např. Heilbrun et al., 2010; Gammelgard, Koivisto, Eronen, & Kaltiala-Heino, 2008; Lodewijks et al., 2008; Sijtsma et al., 2015), musí být užívána pouze dle instrukcí v příručce (Borum et al., 2006) a je vhodné ji doplnit o další metody posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů (Fazel et al., 2012), jak je zmíněno výše. Může se jednat např. o formulaci posouzení rizika páchaní násilí modelem Risk-Need-Responsivity k uspořádání intervenčního plánu ke snížení tohoto rizika (Campbell, Schmidt, & Wershler, 2016). O tomto modelu je více pojednáno v teoretické části této dizertační práce v subkapitole 3.6.5, tato metoda je pouze pomocným nástrojem při formulaci míry rizika páchaní násilí u adolescentů, kterou může být závěr o rizikovosti podepřen (Skřivánková, 2020c).

Pro snížení pravděpodobnosti zkreslení výsledků je důležité, aby byla škála používána dle manuálu a také aby byli její uživatelé dostatečně kvalifikováni. O významu dostatečné kvalifikace je více pojednáno v této práci v subkapitole 3.6.1. Škála SAVRY byla vyplňována převážně autorkou studie, přičemž ta je atestována v oboru klinická psychologie a také v oboru psychoterapie a posuzováním rizika páchaní násilí se zabývá již od roku 2012. V užívání škály SAVRY se v rámci posuzování rizika páchaní násilí nechala v roce 2013 vyškolit organizací TIOFP. Menší množství škál, cca 90, bylo vyplněno psycholožkou ve zdravotnictví s dlouholetou praxí v oblasti práce s násilnými činy a s dětmi a studentkou magisterského studia oboru psychologie. Obě dvě byly zaškoleny v práci se škálou SAVRY, aby byla eliminována zkreslení výsledků této studie, nicméně je nutné zmínit, že studentka psychologie měla minimální zkušenosti v oboru získané v rámci praxí při studiu, a tudíž její kvalifikovanost byla omezená. Aby tento fakt výsledky studie významně nezatížil,

vyhodnocovala studentka pouze malé množství škál, a to u nenásilných probandů bez psychiatrické anamnézy, bez větších potíží ve škole a bez kriminální anamnézy.

Dále je nutné zmínit, že do procesu hodnocení rizika páčání násilí vstupují osobnostní faktory a motivace hodnotitelů. Vzhledem k faktu, že se jednalo o tři hodnotitele, musí být uvažovány různé osobnostní vlastnosti a motivace. Mohou se objevit tendence hodnotitele posuzovat příliš přísně (aby byl proband označen za někoho s vysokým rizikem páčání násilí), nebo naopak shovívavě (kdy se může vyskytnout tendence riziko páčání násilí až přehlížet) (Shepherd & Sullivan, 2017). Hodnotitel by měl být co nejvíce objektivní a brát v potaz více relevantních zdrojů. K tomu je dobré být si vědom svých osobnostních vlastností a mít dobrou sebereflexi. To může být prohloubeno např. absolvováním pětiletého sebezkušenostního výcviku, kterým prošla autorka s kolegyní psycholožkou, jež výsledky probandů hodnotily. Studentka psychologie sebezkušenostní výcvik dosud neabsolvovala. Hlavní motivací bylo zefektivnit proces posuzování rizika páčání násilí u adolescentů v České republice a k tomuto účelu standardizovat škálu SAVRY. Důležité bylo také snažit se probandům pomoci. Pro mnohé z nich se polostrukturovaný rozhovor mohl stát úlevným, protože mohli v bezpečném prostoru sdílet své prožitky a pocity. V potaz musí být dále brány i osobnostní vlastnosti a motivace posuzovaných. Při zkrslení dat mohla hrát roli tendence jevit se v lepším světle, se kterou se můžeme setkat u některých jedinců odsouzených za násilný trestný čin, ale samozřejmě nejen u nich. Dále by se mohlo jednat o grandiozitu popisovanou u lidí trpících psychopatií (Hart, 1998) a o další osobnostní rysy, např. manipulativnost, neschopnost přijímat odpovědnost za vlastní činy či tendence k racionalizaci, čímž trpí lidé, u nichž byla diagnostikována disociální porucha osobnosti (Smolík, 2002). Ta je rizikovým faktorem pro páčání násilí sama o sobě (Esbec & Echeburúa, 2010). Do procesu hodnocení rizika páčání násilí vstupují jak vědomé, tak nevědomé motivace posuzovaných i posuzovatelů, ale i další osobnostní vlastnosti, jejichž výčet je mimo rámec této práce. Pro zachování co největší objektivity při hodnocení rizika páčání násilí je důležité si být tohoto faktu vědom a eliminovat ho sběrem dat z různých relevantních zdrojů, jak je popsáno i v příručce k užívání škály SAVRY (Borum et al., 2006). Tato metoda byla realizována i v rámci tohoto výzkumu. Dle dostupnosti byly s probandy a s jejich blízkými osobami prováděny polostrukturované rozhovory, další informace byly získány ze zdravotnické a sociální dokumentace. Všechny tři hodnotitelky si byly vědomy toho, že nelze vycházet pouze z rozhovoru s posuzovaným, protože by mohlo dojít ke zřetelnému zkrslení dat (Skřivánková, 2020c).

8.2.2 Složení vzorku

Pro zobecnitelnost výsledků výzkumu je důležitá vyváženost testovaného vzorku (Kelley & Lai, 2018). Původním plánem bylo otestovat výše popsanou testovou baterii 100 násilných chlapců, 100 násilných dívek, 100 nenásilných chlapců a 100 nenásilných dívek. Problematická však byla především dostupnost násilných dívek, kterých je ve výzkumném souboru nejméně. Celkem se tedy výzkumný vzorek skládal z 226 žen, přičemž násilných bylo 70, a ze 175 mužů, přičemž 81 z nich spáchalo násilný čin. Vhodné by dále bylo rovnoměrně pokrýt počet probandů z různých krajů České republiky, což se nepodařilo. Tento neúspěch byl ovlivněn také polohou zařízení, která s násilnou mládeží pracují, a tím, která konkrétní zařízení vyslovila ke spolupráci souhlas. Dva pacienti, kteří se této studii účastnili, nesplňovali věkové kritérium. Jeden byl mladší 12 let, druhý byl starší 18 let, a tudíž byli z testového souboru vyřazeni. Další nevýhodou složení vzorku je fakt, že věkové rozložení probandů není vyvážené. Probandů ve věku 12, 13 a 18 let bylo méně než těch, kterým bylo 14–17 let. Blíže je věkové rozložení výzkumného souboru popsáno v subkapitole 5.3.1. Dále výzkumný vzorek samozřejmě obsahuje pouze probandy, kteří byli ochotni a schopni se studie účastnit. Je velice pravděpodobné, že studie neobsahuje probandy s podprůměrnou a nižší úrovní kognitivních schopností, kteří by nebyli schopni dostatečné sebereflexe k vyplnění osobnostního dotazníku. Autorka je si vědoma faktu, že se může jednat o vysoce rizikové jedince i vzhledem k faktu, že nižší kognitivní schopnosti jsou rizikovým faktorem páchaní násilí (Jacob, Haro, & Koyanagi, 2019). Aby bylo eliminováno zkreslení výsledků výzkumu, nebyly výsledky sebesposuzovacího osobnostního testu HSPQ zařazeny do výpočtů reliability a ani validity. V tomto testu mohlo dojít ke zkreslení sebevypovědí už jen z důvodu, že dané většinové informace z něj vyplývající nebylo možné ověřit jiným způsobem než u probanda samotného. U ostatních testů byly informace ověřovány i z dalších zdrojů. Nicméně i přes časovou náročnost výzkumu a výše zmíněné komplikace byl nasbírán dostatečně velký vzorek probandů, kteří se studii účastnili, takže výsledky mohou být zobecnitelné a může být hovořeno o úspěšné standardizaci nástroje SAVRY k posouzení rizika páchaní násilí u adolescentů v České republice.

8.3 Směřování dalšího výzkumu a praxe

Další výzkum by se měl v České republice zaměřit především na podporu unifikace a standardizace celého procesu hodnocení rizika páchaní násilí u adolescentů. Jak prokázal např. Flores et al. (2006), zkušenosti a standardizovaný způsob užívání nástroje na hodnocení

rizika páchaní násilí jsou důležité pro efektivní používání těchto nástrojů. Nástroj SAVRY by měl být dostupný ve zdravotnických zařízeních ambulantního i lůžkového typu, kde je třeba posoudit nebezpečnost adolescentů, tedy především v dětských psychiatrických zařízeních. Neméně důležité je používání nástroje SAVRY a hodnocení rizika páchaní násilí v diagnostických ústavech, popř. i v dětských domovech či ve školách. Užívání nástroje SAVRY by se mělo stát běžným diagnostickým postupem při posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů vykonávajících ochranné léčení, ať už ambulantní či ústavní formou. Zařazení diagnostického nástroje na posuzování míry rizika páchaní násilí a přeměrování výše tohoto rizika je v západních zemích běžnou praxí. Vhodné by bylo vytvořit manuál, kde by bylo popsáno, jak přesně by měli forenzní hodnotitelé postupovat. Užití škály SAVRY může svádět k administraci bez respektování instrukcí v příručce k jejímu užívání. To však vede k hrubému zkreslení výsledků (Skřivánková, 2020c). Vytvořením manuálu postupu v procesu posouzení rizika páchaní násilí u adolescentů by mohlo dojít k redukci takových neefektivních hodnocení míry rizika páchaní násilí.

Další oblastí vhodnou k prohloubení znalostí je výzkum páchaní násilí u násilných dívek. V tomto výzkumu byl nakonec oproti očekávání menší počet násilných dívek z důvodu horší dostupnosti této části vzorku a samozřejmě kvůli menšímu počtu oproti násilným chlapcům. U násilných dívek se mohou vyskytnout specifické faktory související s pácháním násilí, např. sexuální zneužívání (Siegel & Williams, 2003), které sice zažívají obě pohlaví, nicméně stále se tento faktor vyskytuje častěji u dívek než u chlapců (Weiss et al., 2000). Dále by bylo vhodné doplnit vzorek respondentů o adolescentní pachatele násilí s podprůměrným intelektem, kteří v aktuálním vzorku chybí. Jak již bylo popsáno výše, nízká inteligence je jedním z rizikových faktorů páchaní násilí (Ttofi, Farrington, Piquero, Lösel DeLisi, & Murray, 2016). Tyto jedince je vhodné diagnostikovat a poté pro ně připravit specifický resocializační plán ke snížení pravděpodobnosti páchaní násilí s těžištěm v behaviorálních, případně kognitivně-behaviorálních technikách, v závislosti na konkrétním pásmu kognitivních schopností (Taylor, Lindsay, & Willner, 2008). Výsledky v oblasti diagnostiky míry rizika páchaní násilí by se dále mohly lišit u psychiatrické a nepsychiatrické populace. Vhodné by bylo ve výzkumu oddělit i populaci sexuologickou tak, jak je tomu i u dospělé populace, pro kterou byl konstruován např. nástroj SVR-20, který zahrnuje několik položek specifických pro sexuální násilí (Boer et al., 2017).

Vzhledem k využití diagnostiky rizika páchaní násilí u adolescentů v terapii s cílem, aby došlo ke snížení tohoto rizika, je vhodné reflektovat, jak protektivní faktory souvisejí s některými osobnostními vlastnostmi, např. pomocí dotazníku HSPQ, a zohlednit výsledné poznatky ve specificky zacílené terapeutické intervenci. Výše bylo statisticky ověřeno, že protektivní faktor prosociální zapojení signifikantně pozitivně koreluje s bezprostředností, citovou stálostí, soběstačností a s vysokým pudovým napětím. V této souvislosti je dobré se terapeuticky zaměřit na snížení vysokého pudového napětí, které u adolescentů významně souvisí s pácháním násilí. Protektivní faktor silná sociální podpora statisticky významně koreluje s bezprostředností, vysokou krystalickou inteligencí, vznětlivostí, průbojností, nadšeností, zodpovědností, citovou choulostivostí a s vysokým pudovým napětím. Z toho pro praktickou terapeutickou činnost vyplývá, že pokud bude u adolescenta pracováno na vybudování silné sociální podpory, je důležité se také zaměřit na snížení pudového napětí a zároveň na práci se zvládnutím vzteku, protože to je další faktor, který signifikantně souvisí s pácháním násilí u adolescentů (Borum et al., 2006). Další protektivní faktor silné citové vazby signifikantně souvisí pouze s faktorem citová choulostivost. Velice podobná terapeutická práce by byla vhodná, pokud by byly u adolescenta podporovány pozitivní postoje k intervencím a autoritám, což je další protektivní faktor páchaní násilí, který statisticky významně souvisí s vysokou krystalickou inteligencí, citovou stálostí, vznětlivostí, průbojností, nadšeností, zodpovědností, citovou choulostivostí, individualistickou zdrženlivostí, soběstačností, sebevládou a vysokým pudovým napětím. Pátý protektivní faktor škály SAVRY silná vazba na školu signifikantně souvisí s vysokou krystalickou inteligencí, průbojností, nadšeností, zodpovědností, citovou choulostivostí, individualistickou zdrženlivostí, soběstačností, sebevládou a vysokým pudovým napětím. Zde se také bude nutné zaměřit v terapii zacílené na snížení rizika páchaní násilí na snížení pudového napětí, na uzavřenost a ostražitost, které jsou součástí faktoru individualistická zdrženlivost. Poslední protektivní faktor škály SAVRY odolnost jako osobnostní rys statisticky významně pozitivně koreluje s vysokou krystalickou inteligencí, citovou stálostí, nadšeností, zodpovědností, úzkostnou sebenejistotou, soběstačností, sebevládou a s vysokým pudovým napětím. Při terapeutickém působení na odolnost adolescenta bude také důležité zaměřit se na snížení pudového napětí a na pocit odmítání vrstevníky, což je další rizikový faktor páchaní násilí u mladistvých (Borum et al., 2006), a také na práci s úzkostností.

Závěr

Tato práce si kladla za cíl přispět k zefektivnění procesu posuzování rizika páchaní násilí u mladistvých v České republice. K tomuto účelu bylo nejdříve nutné v teoretické části popsat pojmy, které s tímto procesem souvisejí. Konkrétně se jednalo o popis vývojových období pubescence a adolescence z biologického, socio-emočního a kognitivního hlediska, kdy tato období byla označena jako plné významných změn a bouřlivého vývoje – dochází k celkovému fyzickému a psychickému rozvoji v čele s emoční labilitou a nástupem formálně abstraktního myšlení (Říčan & Krejčířová, 2006), hovoří se o jakémisi psychosociálním moratoriu (Erikson, 2015). Dále se jednalo o definování agrese a násilí u mladistvých v kontextu posuzování rizika páchaní násilí, jež je třeba provádět častěji než u dospělých (Borum et al., 2006). Také byl popsán vývoj posuzování rizika páchaní násilí a jeho aktuální stav v České republice, jenž je jedním z předmětů reformy psychiatrické péče. Dále se jednalo o specifikaci vývojových a klinických faktorů souvisejících s mírou rizika páchaní násilí u adolescentní populace, konkrétně o attachment, syndrom CAN, poruchu pozornosti a hyperkinézu, poruchy chování a vliv vrstevníků a sociálního prostředí. Popsány také byly další vybrané rizikové faktory páchaní násilí u mladistvých, z nichž jsou jmenovány absence teorie mysli, diagnóza poruchy osobnosti, sebepoškozování, užívání návykových látek a výchovný styl. Opomenuty nezůstaly ani protektivní faktory rizika páchaní násilí u adolescentů, které je také důležité zvážit při procesu posuzování rizika páchaní násilí u mladistvých (Ullrich & Coid, 2011). Konkrétně se jednalo o faktory související s resiliencí, o motivační faktory, např. orientaci na budoucnost či silnou vazbu na školu, dále o faktory vztahové, tedy o prosociální vazby, a o externí faktory, kam může být zařazena např. výchovná atmosféra či psychologická a psychiatrická péče. Dále byly v teoretické části této práce představeny jednotlivé nástroje sloužící k posouzení rizika páchaní násilí. Jednalo se o škálu SAVRY, jejíž standardizace v českých podmínkách je důležitým bodem této dizertační práce, a o nástroj SAPROF-YV, jenž se zaměřuje na protektivní faktory v tomto procesu. Specifikován byl také nástroj J-SOAP-II, který je zaměřen specificky na sexuální násilí, dále nástroje EARL-20B určený pro chlapce a EARL-21G konstruovaný pro dívky, které jsou zaměřeny na časně posouzení rizik u mladších dětí. Výčet diagnostických nástrojů byl zakončen popisem škály YLS/ CMI. V závěru této části byl uveden i popis nutné kvalifikace pro užívání nástroje SAVRY a zároveň je pojednáno o důležitosti klinické diagnostiky v procesu posuzování rizika páchaní násilí u mladistvých – je uvedeno, že pouhé použití škály SAVRY při posuzování rizika páchaní násilí u adolescentů nestačí (Borum et al.,

2006). Aby diagnostický proces posouzení rizika páchaní násilí byl úplný, je vhodné na tuto diagnostiku navázat terapeuticko-resocializační intervencí, a proto je v této práci popsána důležitost role psychoterapie v daném procesu posuzování.

V empirické části je na úvod konkrétně rozepsán výzkumný projekt a jeho charakteristika s cílem popisu procesu posuzování rizika páchaní násilí u mladistvých, k čemuž byla důležitá standardizace nástroje SAVRY, který k danému účelu slouží. Konkrétně se jednalo o zjištění míry reliability a validity této objektivní škály. Výše inter-rater reliability byla měřena pomocí shody dvou posuzovatelů u osmdesáti probandů, zároveň byla určena míra souběžné validity se škálou pozornosti a chování Conners 3 (Ptáček et al., 2018) a se škálou agresivity SADSS (Dolejš et al., 2021). Na základě výsledků této studie mohla být škála SAVRY označena za validní a reliabilní a zároveň byla standardizována v českých podmínkách, tzn. že její efektivita byla ověřena na dostatečně velkém vzorku české adolescentní populace obou pohlaví. Konkrétní výsledky byly podobné těm, které byly publikovány v zahraničních studiích (např. Hilterman et al., 2014; Meyers & Schmidt, 2008). Na základě faktorové analýzy, jež je také součástí této práce, bylo popsáno možné rozdělení škály do třífaktorového modelu, konkrétně se jednalo o špatné přizpůsobení se prostředí, tedy maladaptaci, a o aktivní a pasivní účast jedince na násilném a disociálním chování. Popsány byly dále kriminogenní a protektivní faktory a osobnostní rysy související s mírou rizika páchaní násilí u této vymezené populace. Bylo zjištěno, že jako typický násilník adolescent by se dal označit mladistvý mužského pohlaví ve věku 15–18 let, nepřizpůsobivý, porušující společenská pravidla, emočně labilní, pociťující napětí a zmatek a bez stálého konceptu sebepojetí. Tento nástroj je nyní standardizován a může pomoci psychologům, psychiatrům, soudním znalcům, adiktologům, sociálním pracovníkům a dalším odborníkům na různých pracovištích při posuzování rizika páchaní násilí u mladistvých. Na závěr práce jsou v rámci diskuse specifikovány limity výzkumu, které jsou zaměřeny především na složení výzkumného souboru, na kvalifikaci uživatelů, na správné používání škály SAVRY, na roli osobnostních faktorů a motivačních tendencí nejen posuzovatelů, ale i hodnocených. Nastíněno je i směřování dalšího výzkumu a praxe, které by se mělo zaměřit na opakování výzkumu s vyváženějším výzkumným vzorkem a na standardizaci celého procesu posuzování rizika páchaní násilí a s ním spojenými terapeuticko-resocializačními intervencemi.

Literatura

- Adshead, G., Moore, E., Humphrey, M., Wilson, C., & Tapp, J. (2013). The role of mentalising in the management of violence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19, 67–76.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Andrews, D. A. (2012). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model of Correctional Assessment and Treatment. In J. Dvoskin, J. Skeem, R. Novaco, & K. Douglas (Eds.), *Using Social Science to Reduce Violent Offending* (pp. 127–156). Oxford University Press.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19–52.
- Armstrong, T. (2017). *The Myth of the ADHD Child: 101 Ways to Improve Your Child's Behavior and Attention Span without Drugs, Labels, or Coercion*. Tarcher.
- Arnett J. J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Augimeri, L. K., Koegl, C. J., Levene, K. S., & Webster, C. D. (2005). Early Assessment Risk Lists for Boys and Girls. In T. Grisso, G. Vincent, & D. Seagrave (Eds.), *Mental health screening and assessment in juvenile justice* (pp. 295–310). The Guilford Press.
- Augimeri, L., Walsh, M., Woods, S., & Jiang, D. (2012). Risk Assessment and Clinical Risk Management for Young Antisocial Children: The forgotten group. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1147–1156.
- Baker, C. K., Helm, S., Bifulco, K., & Chung-Do, J. (2015). The relationship between self-harm and teen dating violence among youth in Hawaii. *Qualitative Health Research*, 25(5), 652–667.
- Balcar, K. (1986). *Osobnostní dotazník pro mládež HSPQ* (2. přeprac. vyd.). Psychodiagnostika.
- Bandura, A. (1973). *Agrese: analýza sociálního učení*. Prentice-Hall.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Bartel, P., Forth, A., & Borum, R. (2003). *Development and concurrent validation of the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Manuscript submitted for publication.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*, 11–15.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bengtson, M., Oystein Steinsvag, P., & Terland, H. (2017). Terapie s dospívajícími s problémy s násilím a agresí. In B. Jakobsen & M. Rakil (Eds.), *Násilí je možné zastavit* (s. 238–255). Nadace Open Society Fund.
- Bergmann, M., S. (2000). *The Hartmann Era*. Other Press.
- Bevan, E., & Higgins, D. J. (2002). Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family violence 17*(3), 223–245.
- Blumenthal, S., & Lavender, T. (2000). *Violence and Mental Disorder: A Critical Aid to the Assessment and Management of Risk*. The Zito Trust.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (2017). *SVR-20, Version 2: Structured professional Judgement Guidelines for Assessing and Managing Risk of Sexual Violence*. Protect International Risk and Safety Services.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Psychological Assessment Resources.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Portál.
- Bratsberg, B., & Rogeberg, O. (2018). Flynn effect and its reversal are both environmentally caused. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America, 115*(26), 6674–6678.
- Buchanan, A., Binder, R., Norko, M., & Swartz, M. (2012). Psychiatric Violence Risk Assessment. *American Journal of Psychiatry, 169*(3), 340. doi:10.1176/appi.ajp.2012.169.3.340.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Cacho, R., Fernández-Montalvo, J., López-Goni, J. J., Arteaga, A., & Haro, B. (2020). Psychosocial and Personality Characteristics of Juvenile Offenders in a Detention Centre regarding Recidivism Risk. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 69–75.
- Campbell, C., Onifade, E., Barnes, A., Peterson, J., Anderson, V., Davidson, W., & Gordon, D. (2014). Screening offenders: The exploration of a Youth Level of Service/Case Management Inventory: (YLS/CMI) brief screener. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53, 19–34.
- Campbell, M. A., Schmidt, F., & Wershler, J. (2016). Juvenile Risk Assessment. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 1–21). Springer International Publishing Switzerland.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganised/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525–531.
- Carroll, A. (2018). Good (or bad) vibrations: Clinical intuition in violence risk assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(6), 447–456.
- Castro Coelho, I., Neves, A. C., & Caridade, S. (2020). Risk factors for antisocial behavior in children: comparison between boys and girls. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37(3). doi:10.1590/1982-0275202037e190027.
- Catchpole, R. E., & Gretton, H. M. (2003). The predictive validity of risk assessment with violent young offenders: A 1-year examination of criminal outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 688–708.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56, 96–118.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487–496.
- Dawkins, M. P. (1997). Drug use and violent crime among adolescent. *Adolescence. Roslyn Heights*, 32(126), 395–405.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company.

De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF: Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk: Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk* (2nd ed.). Forum Educatief.

De Vogel, V., Hilterman, E., Poch, A., & Cárdenas, R. V. (2015). *SAPROF Youth Version: Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk-Youth Version*. Van der Hoeven Kliniek.

De Vries Robbé, M., & de Vogel, V. (2018). A European Perspective on Risk Assessment Tools. In K. Goethals (Ed.), *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe: A Cross Border Study Guide* (pp. 249–267). Springer International Publishing AG.

De Vries Robbé, M., Geers, M., Stapel, M., Hilterman, E., & de Vogel, V. (2015). *SAPROF Youth Version: Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk in juveniles*. Van der Hoeven Kliniek.

De Vries, R. M., de Vogel, V., Douglas, K. S., & Nijman, H. L. I. (2015). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law & Human Behavior (American Psychological Association)*, 39(1), 53–61.

Dishion, T. J., Patterson, G. R., & Griesler, P. C. (1994). Peer adaptations in the development of antisocial behavior: A confluence model. In L. R. Huesmann (Ed.), *Aggressive behavior: Current perspectives* (pp. 61–95). Plenum Press.

Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. J. Pepler, & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201–218). Erlbaum.

Dodge, K. A., Greenberg, M. T., & Malone, P. (2008). Testing an Idealized Dynamic Cascade Model of the Development of Serious Violence in Adolescence. *Child Development*, 79(6), 1907–1927.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Dolan, M. C., & Rennie, C. E. (2006). Reliability and validity of the Psychopathy Checklist: Youth Version in a UK sample of conduct disordered boys. *Personality and Individual Differences, 40*, 65–75.
- Dolejš, M., Suchá, J., & Skopal, O. (2021). *Škála agresivity*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior, 29*(5), 617–658.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2008). Understanding and managing risk. In K. Soothill, P. Rogers, & M. Dolan (Eds.), *Handbook of forensic mental health* (pp. 244–266). Willan Publishing.
- Dutton, D., & Hart, S., D. (1992). Evidence for long term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36*, 129–137.
- Dutton, K. (2013). *Moudrost psychopatů*. Emitos.
- Elliott, D. S., & Menard, S. (1996). Delinquent friends and delinquent behavior: Temporal and developmental patterns. In J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 28–67). Cambridge University Press.
- Elliott, D. S., & Tolan, P. H. (1999). Youth violence prevention, intervention and social policy: An overview. In D. J. Flannery, & C. R. Huff (Eds.), *Youth violence: Prevention, intervention and social policy* (pp. 3–46). American Psychiatric Press.
- Enebrink, P., Långström, N., & Gumpert, C., H. (2006). Predicting Aggressive and Disruptive Behavior in Referred 6- to 12-Year-Old Boys: prospective validation of the EARL-20B risk/needs checklist. *Assessment, 13*(3), 356–367.
- Enebrink, P., Långström, N., Hultén, A., & Gumpert, C. H. (2006). Swedish validation of the Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B), a decision aid for use with children presenting with conduct-disordered behaviour, *Nordic Journal of Psychiatry, 60*(6), 438–446.
- Erikson, E. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Portál.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violence and personality disorders: Clinical and forensic implications. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249–261.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ Publishing Group*, 345, e4692.
- Felson, R. B., Liska, A. E., South, S. J., & McNulty, T. L. (1994). The subculture of violence and delinquency: Individual vs. school context effects. *Social Forces*, 73, 155–173.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541.
- Flores, A. W., Lowenkamp, C. T., Holsinger, A. M., & Latessa, E. J. (2006). Predicting outcome with the Level of Service Inventory-Revised: The importance of implementation integrity. *Journal of Criminal Justice*, (34), 523–529.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerbet, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., & Steele, H. (1997). The development of violence and crime as it relates to security of attachment. In J. Osojsky (Ed.), *Children in a violent society*. Guilford Press.
- Gammelgard, M., Koivisto, A. M., Eronen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). The predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) among institutionalised adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 352–370.
- Garnezy, N. (1993). Vulnerability and Resilience. In D. C. Funder, R. D., Parke, C., Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and Development* (pp. 377–398). American Psychological Association.
- Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., & Vincent, M. L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83, 179–184.
- Gibbs, J. C. (2019). *Moral Development and Reality: Beyond the Theories of Kohlberg, Hoffman and Haidt.*: Oxford University Press.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Goldberg, S. (2000). *Attachment and development*. Arnold.
- Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25–54.
- Hart, S. D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 121–137.
- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., & Harachi, T. W. (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber, & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 106–146). Sage.
- Heilbrun, K., Yasuhara, K., & Shah, S. (2010). Violence risk assessment tools: Overview and critical analysis. In R. K. Otto, & K. S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 1–17). Routledge.
- Herrenkohl, T. I., & Herrenkohl, R. C. (2007). Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence*, 22, 553–562.
- Herrenkohl, T. I., & Jung, H. (2016): Effects of Child Abuse, Adolescent Violence, Peer Approval and Proviolence Attitudes on Intimate Partner Violence in Adulthood. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26, 304–314.
- Herrenkohl, T. I., Kosterman, R., Mason, W. A., & Hawkins, J. D. (2007). Youth Violence Trajectories and Proximal Characteristics of Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*, 22, 252–274.
- Herrenkohl, T. I., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D., & Catalano, R. D. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health*, 26(3), 176–186.
- Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2001). Gender differences in the risk for delinquency among youth exposed to family violence. *Violence and Victims*, 18(3), 319–334.
- Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2003). Sexual Abuse, Family Violence, and Female Delinquency: Findings From a Longitudinal Study. *Child Abuse and Neglect*, 25(8), 1037–1051.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Hilterman, E. L. B., Nicholls, T. L., & van Nieuwenhuizen, C. (2014). Predictive Validity of Risk Assessments in Juvenile Offenders: Comparing the SAVRY, PCL:YV, and YLS/CMI With Unstructured Clinical Assessments. *Assessment, 21*(3), 324–339.
- Hoge, R. D. (2005). Youth Level of Service/Case Management Inventory. In T., G. Grisso, V. Seagrave, & D. Seagrave (Eds.), *Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice* (pp. 283–294). The Guilford Press.
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) User's Manual*. Multi-Health Systems.
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2011). *Youth Level of Service/Case Management Inventory-Screening version*. Multi-Health Systems.
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2013). *Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0. Sample profile report*. Multi-Health Systems.
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. L., & Hutchinson, G. (1997). Violent versus nonviolent husbands: Differences in attachment patterns, dependency and jealousy. *Journal of Family Psychology, 11*, 314–331.
- Hoptman, M. J., & Antonius, D. (2011). Neuroimaging correlates of aggression in schizophrenia: An update. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(2), 100–106.
- Huizinga, D., Loeber, R., & Thornberry, T. P. (1995). *Recent findings from the program of research on the causes and correlates of delinquency* (U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, NCJ 159042). U.S. Government Printing Office.
- Chu, C. M., Goh, M. L., & Chong, D. (2016). The Predictive Validity of SAVRY Ratings for Assessing Youth Offenders in Singapore: A Comparison with YLS/CMI Ratings. *Criminal Justice and Behavior, 43*(6), 793–810.
- Chu, C. M., Ng, K., Fong, J., & Teoh, J. (2012). Assessing Youth Who Sexually Offended: The Predictive Validity of the ERASOR, J-SOAP-II, and YLS/CMI in a Non-Western Context. *Sexual Abuse (SAGE), 24*(2), 153–174.
- Chu, C. M., Xu, X., Li, D., Ruby, K., & Chng, G. S. (2020). The Utility of SAPROF-YV Ratings for Predicting Recidivism in Male Youth Under Community Supervision in

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Singapore. *Criminal Justice and Behavior*, 47(11), 1409–1427. <https://doi.org/10.1177/0093854820949595>.

Iломäki, E., Viilo, K., Hakko, H., Marttunen, M., Mäkikyrö, T., & Räsänen, P. (2006). Familial risks, conduct disorder and violence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 46–51.

Isdal, P. (2017). Co je násilí? In B. Jakobsen, & M. Rakil (Eds.), *Násilí je možné zastavit: Terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích* (s. 29–50). Nadace Open Society Fund.

Jacob, L., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2019). Association between intelligence quotient and violence perpetration in the English general population. *Psychological Medicine*, 49(8), 1316–1323.

Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H., Pfeffer, C. R., & Simon, R. I. (2010). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. In *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Association.

Jansen, G., Dassen, T., & Moorer, P. (1997). The perception of aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 51–55.

Jiříčka, V., Petras, M., Hůrka, J., & Drahy, F. (2013). Hodnocení kriminogenních rizik a potřeb odsouzených nástrojem SARPO. *Soudce*, 10, 5–10.

Jurková, K. (2009). *Osobnostně-rysový přístup k výzkumu šikany: osobnostní charakteristiky účastníků šikany*. Masarykova univerzita.

Kelishadi, R. et al. (2015). Relationship between leisure time screen activity and aggressive and violent behaviour in Iranian children and adolescents: the CASPAN-IV study. *Paediatrics and International Child Health*, 35(4), 305–311.

Kelley, K., & Lai, K. (2018). Sample Size Planning for Confirmatory Factor Models: Power and Accuracy for Effects of Interest. In P. Irwing, T. Booth, & D. J. Hughes (Eds.), *The Wiley Handbook of Psychometric Testing: A Multidisciplinary Reference on Survey, Scale and Test Development* (pp. 113–138). Wiley-Blackwell.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Kendall, M., Callahan, J. L., Ruggero, C. J., & Janis B. (2016). Breaking the Cycle: Association of Attending Therapy Following Childhood Abuse and Subsequent Perpetration of Violence. *Journal of Family Violence*, 31, 251–258.
- Kennedy, T. D., Burnett, K. F., & Edmonds, W. A. (2011). Intellectual, Behavioral, and Personality Correlates of Violent Vs. Non-Violent Juvenile Offenders. *Aggressive Behavior*, 37, 315–325.
- Kersten, L., Vriends, N., Stepan, M., Raschle, N. M., Praetlich, M., Oldenhof, H. et al. (2017). Community Violence Exposure and Conduct Problems in Children and Adolescents with Conduct Disorder and Healthy Controls. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11(219), 1–14.
- Kim, Y. R., & Tyrer, P. (2010). Controversies surrounding classification of personality disorder. *Psychiatry investigation*, 7(1), 1–8.
- Kleeven, A. T. H., de Vries Robbé, M., Mulder, E. A., & Popma, A. (2020). Risk Assessment in Juvenile and Young Adult Offenders: Predictive Validity of the SAVRY and SAPROF-YV. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/1073191120959740>.
- Koh, L. L., Day, A., Klettke, B., Daffern, M., & Chu, C. M. (2020). The Predictive Validity of Three Youth Violence Assessment Instruments: The SAVRY, VRS-YV, and SAPROF-YV. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <https://doi.org/10.1177/0306624X20970887>.
- Kruh, I. P., Frick, P. J., & Clements, C. B. (2005). Historical and Personality Correlates to the Violence Patterns of Juveniles Tried as Adults. *Criminal Justice and Behavior*, 32(1), 69–96.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz, & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179–224). Kluwer Academic.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (1963). *Psychická deprivace v dětství*. Karolinum.
- Levy, T. M., & Orlans, M. (2000). Attachment disorder as an antecedent to violence and antisocial patterns in children. In T. M. Levy (Ed.), *Handbook of Attachment Interventions*. Academic Press.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Lodewijks, H., Doreleijers, T., de Ruiter, C., & Borum, R. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 263–271.
- Maas, C., Todd I. Herrenkohl, T. I., & Sousa, C. (2008). Review Of Research On Child Maltreatment And Violence In Youth. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(1), 56–67.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.
- Marešová, A., Blatníková, Š., Kotulan, P., Martinková, M., Štěchová, M., & Tamchyna, M. (2011). *Kriminální recidiva a recidivisté*. IKSP.
- Marquant, T., & Torres-Gonzalez, F. (2018). Deinstitutionalization Versus Transinstitutionalization. In K. Goethals (Ed.), *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe: A Cross Border Study Guide* (pp. 249–267). Springer International Publishing AG.
- Martinez, R, Flores, J., & Rosenfeld, B. (2007). Validity of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II) in a Sample of Urban Minority Youth. *Criminal Justice and Behavior*, 34(10), 1284–1295.
- Martínez-Ferrer, B., Romero-Abrio, A., Moreno-Ruiz, D., & Musitu, G. (2018). Child-to-parent violence and parenting styles: Its relations to problematic use of social networking sites, alexithymia, and attitude towards institutional authority in adolescence. *Psychosocial Intervention*, 27, 163–171.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13–27.
- Matoušek, O., & Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence*. Portál.
- McCloskey, L. A., & Bailey, J. A. (2000). The Intergenerational Transmission of Risk for Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(10), 1019–1035.
- McEachran, A. (2001). *The predictive validity of the PCL:YV and the SAVRY in a population of adolescent offenders*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University.
- McGrath, A., & Thompson, A. P. (2012). The relative predictive validity of the static and dynamic domain scores in risk-need assessment of juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 250–263.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Portál.
- Meloy, J. R. (2003). Pathologies of attachment, violence and criminality. In A. M. Goldstein, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 509–526). John Wiley & Sons.
- Meyers, J. R., & Schmidt, F. (2008). Predictive Validity of the structured assessment for violence risk in youth (SAVRY) with juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 344–355.
- Miczek, K. A., DeBold, J. F., Haney, M., Tidey, J., Vivian, J., & Weertz, E. M. (1994). Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In A. J. Reiss, Jr. & J. A. Roth (Eds.), *Understanding and preventing violence. Social influences*, 3, 377–570. National Academy Press.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513–524.
- Miller, J. M., DiIorio, C., & Dudley, W. (2002). Parenting style and adolescent's reaction to conflict: is there a relationship? *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 463–468.
- Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD*. Grada.
- Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior. A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Moffitt, T. E., Arseneault, A., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. L. et al. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108, 2693–2698.
- Monahan, J., & Skeem, J., L. (2016). The Evolution of Violence Risk Assessment. In K. D. Warburton, & S. M. Stahl (Eds.), *Violence in Psychiatry* (pp. 17–23). Cambridge University Press.
- Muir, N. M., Viljoen, J. L., Jonnson, M. R., Cochrane, D. M., & Rogers, B. J. (2020). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) with Indigenous and Caucasian female and male adolescents on probation. *Psychological Assessment*, 32, 594–607. <https://doi.org/10.1037/pas0000816>.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Murray, J., & Thomson, M. (2010). Clinical judgment in violence risk assessment. *Europe's Journal of Psychology, 1*, 128–149.
- Myers, M. G., Stewart, D. G., & Brown, S. A. (1998). Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *American Journal of Psychiatry, 155*(4), 479–485.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2007). Zdravotní rizika počítačových her a videoher. *Česká a Slovenská Psychiatrie, 103*(5), 246–250.
- Netík, K., Netíková, D., & Hájek, S. (1997). *Psychologie v právu*. C. H. Beck.
- Newton-Howes, G. (2014). *Personality Disorder*.: Oxford University Press.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 885–890.
- Olver, M., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2009). Risk Assessment with Young Offenders: A Meta-Analysis of Three Assessment Measures. *Criminal Justice and Behaviour, 36*(4), 329–352.
- Ortega-Campos, E., García-García, J., & Zaldívar-Basurto, F. (2017). The Predictive Validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth for Young Spanish Offenders. *Frontiers in Psychology, 8*(577), 1–9.
- Otto, R. K. (2000). Risk Assessing and Managing Violence Risk in Outpatient Settings. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1239–1262.
- Páv, M., Skřivánková, P., Vňuková, M, Ptáček R., & Vevera, J. (2020). Hodnocení rizika násilného jednání. *Česká a slovenská psychiatrie/Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 116*(2), 66–73.
- Páv, M., Skřivánková, P., Wiseman, C., Vňuková, M., Blatníková, Š., & Hollý, M. (2020). Forensic Treatment Services in the Czech Republic: Current State and Future Challenges, *International Journal of Forensic Mental Health*. doi:10.1080/14999013.2020.17325050.
- Perez-Gramaje, A. F., Garcia, O. F., Reyes, M., Serra, E., & Garcia, F. (2019). Parenting Styles and Aggressive Adolescents: Relationships with Self-esteem and Personal Maladjustment. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 12*(1), 1–10.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Piaget, J. (1999). *Psychologie inteligence*. Portál.
- Piaget, J., & Inhelderová, B. (1970). *Psychologie dítěte*. SPN.
- Prentky, R., & Righthand, S. (2003). *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-SOAP-II) manual*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Proctor, G. (2004). Responding to injustice: Working with angry and violent clients in a person-centred way. In D. Jones (Ed.), *Working with Dangerous People: The Psychotherapy of Violence* (pp. 99–117). Radcliffe Medical Press.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. Grada.
- Ptáček, R. (2006). *Poruchy chování v dětském věku*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Ptáček, R., Goetz, M., & Švandová, L. (2018). *Conners 3 Posuzovací škála pozornosti a chování*. Hogrefe – Testcentrum.
- Raine, A. (1993). Features of borderline personality and violence. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 277–281.
- Rasmussen, L. A. (2012). Trauma Outcome Process Assessment (TOPA) Model: An Ecological Paradigm for Treating Traumatized Sexually Abusive Youth. *Journal of Child Adolescent Trauma*, 5, 63–80.
- Rennie, C., & Dolan, M. (2010). Predictive Validity of the Youth Level of Service/Case Management Inventory in custody sample in England. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21, 407–425.
- Riegel, K. D., & Pěč, O. (2020). Teorie diagnostiky poruch osobnosti. In K. D. Riegel, K. Kalina, & O. Pěč (Eds.), *Poruchy osobnosti v 21. století* (s. 23–105). Portál.
- Richmond-Rakerd, L. S., Caspi, A., Arseneault, L., Baldwin, J. R., Danese, A., Houts, R. M., Matthews, T., Wertz, J., & Moffitt, T. E. (2019). Adolescents who self-harm and commit violent crime: Testing early-life predictors of dual harm in a longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 176(3), 186–195.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- Ringwalt, C. L., Graham, L. A., Paschall, M. J., Flewelling, R. L., & Browne, D. C. (1996). Supporting Adolescents with Guidance and Employment (SAGE). *American Journal of Preventive Medicine*, 12(Suppl. 5), 31–38.
- Risk Management Authority. (2019). *RATED EARL-20B*. Risk management authority: Reducing servus harm. RATED_EARL-20B_July-2019_Hyperlink-Version.pdf.
- Řičan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Grada.
- Sabina, C., & Banyard, V. (2015). Moving Toward Well-Being: The Role of Protective Factors in Violence Research. *Psychology of Violence*, 5(4), 337–342.
- Sahlin, H., Kuja-Halkola, R., Bjureberg, J., Lichtenstein, P., Molero, Y., Rydell, M., Hedman, E., Runeson, B., Jokinen, J., Ljótsson, B., & Hellner, C. (2017). Association Between Deliberate Self-harm and Violent Criminality. *JAMA psychiatry*, 74(6), 615–621. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0338>
- Sampson, R. J., & Lauritsen, J. L. (1994). Violent victimization and offending: Individual-level, situational-level and community-level risk factors. In A. J. Reiss, Jr. & J. A. Roth (Eds.), *Understanding and preventing violence. Social influences* (pp. 1–114). Academy Press.
- Savignac, J. (2010). *Tools to Identify and Assess the Risk of Offending Among Youth*. National Prevention Crime Center.
- Saylor, K., E. & Amann, B., H. (2016). Impulsive Aggression as a Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 19–25.
- Seidl, H., Nilsson, T., Hofvander, B., Billstedt, E., & Wallinius, M. (2020). Personality and Cognitive Functions in Violent Offenders – Implications of Character Maturity? *Frontiers in Psychology*, 11(58), 1–10.
- Selikowitz, M. (2009). *ADHD* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Seto, M. C., & Barbaree, H. E. (1999). Psychopathy, treatment behavior and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, (14), 1235–1248.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

- hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BioMed Central Medicine*, 10(1), 99–145.
- Shechtman, Z. (2016). Group Intervention with Aggressive Children and Youth Through Bibliotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(1), 47–67.
- Shepherd, S. M., & Sullivan, D. (2017). Covert and Implicit Influences on the Interpretation of Violence Risk Instruments. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(2), 292–301.
- Schwartz-Mette, R. A., Righthand S., Hecker, J., Dore, G., & Huff, R. (2020). Long-Term Predictive Validity of the Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II: Research and Practice Implications. *Sex Abuse*, 32(5), 499–520.
- Siegel, J. A., & Williams, L. M. (2003). The Relationship between Child. Sexual Abuse and Female Delinquency and Crime: A Prospective Study. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40(1), 71–94.
- Sijtsema, J. J., Kretschmer, T., & van Os, T. W. D. P. (2015). The Structured Assessment of Violence Risk in Youth in a Large Community Sample of Adolescent Boys and Girls: The Trails study. *Psychological Assessment*, 27(2), 669–677.
- Skřivánková, P. (2020a). Násilný trestný čin a riziko jeho recidivy. In H. Boukalová, & I. Gillernová (Eds.), *Kapitoly z forenzní psychologie* (s. 90–106). Karolinum.
- Skřivánková, P. (2020b). Predikční nástroje posuzování rizika násilné recidivy. In H. Boukalová, & I. Gillernová (Eds.), *Kapitoly z forenzní psychologie* (s. 360–367). Karolinum.
- Skřivánková, P. (2020c). *SAVRY: Strukturované hodnocení rizika násilí u dospívajících* (1. české vyd.). Hogrefe – Testcentrum.
- Skřivánková, P., Páv, M., Hrdličková, M., & Paclt, I. (2019, duben). Structured Violence Risk Assessment in Youth. *EPA 2019 27th European Congress of Psychiatry*.
- Skullerud Eriksen, H. (2017). Porozumění násilí u dospívajících. In B. Jakobsen, & M. Rakil (Eds.), *Násilí je možné zastavit* (s. 234–237). Nadace Open Society Fund.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika* (2nd ed.). Maxdorf Jessenius.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Sousa, C. A., Haj-Yahia, M. M., Feldman, G., & Lee, J. (2013). Individual and collective dimensions of resilience within political violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*, 235–254.

Stejskalová, J. (2008). *Psychosémantické aspekty osobnosti mladistvých delikventů*. Masarykova univerzita.

Stoddard, S. A., Marc A. Zimmerman, M. A., & Bauermeister, J. A. (2011). Thinking about the Future as a Way to Succeed in the Present: A Longitudinal Study of Future Orientation and Violent Behaviors among African American Youth. *American Journal of Community Psychology, 48*(3–4), 238–246.

Suárez-Relinque, C., Del Moral Arroyo, G., León-Moreno, C., & Callejas Jerónimo, J. E. (2019). Child-To-Parent Violence: Which Parenting Style Is More Protective? A Study with Spanish Adolescents. *International journal of environmental research and public health, 16*(8), 1320.

Taylor, J., Lindsay, W., & Willner, P. (2008). CBT for People with Intellectual Disabilities: Emerging Evidence, Cognitive Ability and IQ Effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(6), 723–733. doi:10.1017/S1352465808004906.

Tollan, P., & Guerra, N. (2002). *What works in Reducing Adolescent Violence: An Empirical Review of the Field* (3rd ed.). Institute of Behavioral Science.

Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Piquero, A. R., Lösel, F., DeLisi, M., & Murray, J. (2016). Intelligence as a protective factor against offending: A meta-analytic review of prospective longitudinal studies. *Journal of Criminal Justice, 45*, 4–18.

Ullrich, S., & Coid, J. (2011). Protective factors for violence among released prisoners-effects over time and interactions with static risk. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 79*(3), 381–390.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). (2014). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Vagi, K. J., Rothman, E., Latzman, N. E., Tharp, A. T., Hall, D. M., & Breiding, M. J. (2013). Beyond Correlates: A Review of Risk and Protective Factors for Adolescent Dating Violence Perpetration. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(4), 633–649.

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Valentová, P. (2015). *Vybrané psychologické aspekty posuzování, rizika recidivy a možnosti resocializace pachatelů násilného trestného činu*. (Rigorózní práce). Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, katedra Psychologie.

Van Ijzendoorn, M. H., Feldbrugge, J., Derks, F. C. H., De Ruiter, C., Verhagen, M. F. M., Philipse, M. W. G., Van der Staak, C. P. F., & Riksen Walraven, J. M. A. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 449–459.

Van Rosmalen, L., van der Veer, R., & van der Horst, F. (2015). Ainsworth's Strange Situation Procedure: The origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261–284.

Villanueva, L., Basto-Pereira, M., & Cuervo, K. (2020). How to Improve the YLS/CMI? Exploring a Particularly Predictive Combination of Items. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(9), 922–937.

Vňuková, M., Ptáček, R., Páv, M., & Vevera, J. (2020). *HCR-20 V3: Hodnocení rizika násilí. Uživatelská příručka*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Weiss, P. et al. (2000). *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. Grada.

West, G. K. (2002). *Dobrodružství psychického vývoje: kapitoly z vývojové psychologie*. Portál.

Zeng, G., Chu, C. M., & Lee, Y. (2015). Assessing Protective Factors of Youth Who Sexually Offended in Singapore: Preliminary Evidence on the Utility of the DASH-13 and the SAPROF. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 27(1), 91–108.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Položky SAVRY	40
Tabulka č. 2 Položky SAPROF-YV	45
Tabulka č. 3 Položky J-SOAP-II	47
Tabulka č. 4 Položky EARL-20B	48
Tabulka č. 5 Položky EARL-21G	49
Tabulka č. 6 Tabulka č. 6 Kategorie YLS/CMI/Položky YLS/CMI-SV	53
Tabulka č. 7 Násilný čin v anamnéze podle pohlaví	65
Tabulka č. 8 Výše inter-rater reliability jednotlivých položek SAVRY	72
Tabulka č. 9 Výše korelace jednotlivých položek SAVRY, subškál Conners 3 a SADSS a osobnostního dotazníku HSPQ	73
Tabulka č. 10 Popisné údaje SAVRY	74
Tabulka č. 11 Korelační koeficienty subškál SAVRY a celkového rizika páchaní násilí při posouzení dvěma posuzovateli	75
Tabulka č. 12 Vnitřní konzistence (Cronbachova alpha) subškál SAVRY a celkového rizika páchání násilí	75
Tabulka č. 13 Korelační koeficienty subškál SAVRY a subškál Conners 3	76
Tabulka č. 14 Korelační koeficienty subškál SAVRY a subškál Conners 3	76
Tabulka č. 15 Výsledky ROC analýzy	77
Tabulka č. 16 Korelace rizikových faktorů SAVRY podle pohlaví a násilí v anamnéze	78
Tabulka č. 17 Predikce rizika páchaní násilí na základě historických, sociálních a individuálních rizikových faktorů škály SAVRY	79
Tabulka č. 18 Konkrétní hodnoty získané Kaplan-Meier-Olkin statistickou metodou, které poukazují na tři faktory škály SAVRY	80
Tabulka č. 19 Korelace násilí v anamnéze (pol. 1) a faktorů Q3 a Q4 osobnostního dotazníku	81
Tabulka č. 20 Přítomnost protektivních faktorů podle pohlaví a násilí v anamnéze	82
Tabulka č. 21 Přítomnost protektivních faktorů u násilných a nenásilných adolescentů	83
Tabulka č. 22 Přítomnost protektivních faktorů v celkovém souboru	84
Tabulka č. 23 Protektivní faktor SAVRY prosociální zapojení a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ	85
Tabulka č. 24 Protektivní faktor SAVRY silná sociální podpora a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ	85

Skřivánková, P.: Vybrané psychologické aspekty posuzování rizika spáchání násilí
u mladistvých v České republice

Tabulka č. 25 Protektivní faktor SAVRY silné citové vazby a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ.....	85
Tabulka č. 26 Protektivní faktor SAVRY pozitivní postoje k intervencím a autoritám a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ.....	86
Tabulka č. 27 Protektivní faktor SAVRY silná vazba na školu a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ.....	86
Tabulka č. 28 Protektivní faktor SAVRY odolnost jako osobnostní rys a výše signifikantních korelací s faktory osobnostního dotazníku HSPQ.....	87
Tabulka č. 29 Souhrn koeficientů spolehlivosti nástroje SAVRY.....	90

Seznam grafů

Graf č. 1 Užitečnost použití standardizovaných nástrojů při posuzování rizika páčání násilí	17
Graf č. 2 Věkové rozložení probandů	64
Graf č. 3 Typ zařízení	65
Graf č. 4 Četnost násilí	66