



PROTECTIVE FACTORS: THEORETICAL ASSUMPTIONS, MEASUREMENT TOOLS AND DIAGNOSTIC EFFICACY OF THE CONSTRUCT IN RISK ASSESSMENT OF VIOLENCE IN YOUTH

Krzysztof NOWAKOWSKI¹, Marlena BANASIK²

¹ *Institute of Psychology, University Ignatianum in Krakow, Poland*

² *Section of Psychology, Department of Humanities, University of Physical Education in Krakow, Poland*

Abstract

Assessment of the risk of violence is claimed as one of the main challenges in forensic diagnosis in juveniles. According to the Structured Professional Judgment (SPJ) approach, the risk of violence is dynamic, contextual and changeable. However, research suggests that it is necessary to include protective factors in the assessment, prediction, monitoring and management of risk that indirectly or directly reduce the likelihood of criminal aggression in minors. The aim of this article is to present the concept of protective factors in a context of the risk assessment approach, and to attempt to rationalise the need to study the role of protective factors in assessing the risk of violence from the perspective of contemporary psychopathology. Fields of application of the SPJ approach in forensic and clinical diagnosis have been characterised by tools designed for measuring protective factors in juveniles such as SAVRY or SAPROF-YV.

Key words

Protective factors; Assessment of violence risk; SPJ; Juvenile delinquency.

Received 23 August 2017; accepted 3 October 2017

Assessing the risk of violence is one of the most extensively explored topics of contemporary psychiatry and forensic psychology of recent years. Early diagnosis and assessment of the likelihood of repeated violent behaviour is key from the perspective of providing a clinical diagnosis in the context of protective factors. Risk assessment of violence is a diagnostic challenge in terms of forensic patients and individuals who are incarcerated after committing violent crime. Due to its major social significance, an adequate model of assessing the risk of violence is as important in young people as in adults. Increased aggressive behaviour and violence among adolescents and indicators of aggressive delinquency among minors mean that diagnostics, prevention and risk management are required and need to be based on tools rooted in empirical theory and clinical practice.

The literature mainly focuses on reports on the assessment of the risk of violence traditionally linked to concepts explaining the phenomenon by violent crime in minors. The prevalent understanding is based on the assumptions of the multifactorial approach formulated in the 1960s by Sheldon and Eleanor Glueck (cf. Wolska, 2002). The model describes delinquency as a complex process and takes into consideration the significance of a range of individual and environmental factors with varying predictive power. The variables, known as risk factors, are used to predict criminal behaviour, antisocial behaviour and social maladjustment. It is widely accepted that a similar relationship exists in predicting the behaviour of individuals showing a tendency to use violence or criminal aggression. The contemporary approach to assessing the risk of violence in minors frames the risk of ag-

gressive behaviour as a dynamic construct dependent on the situation, comprising a range of risk factors of various intensities (Gierowski, 2005). It is also typical for the approach to include the role played by protective factors, i.e. those which modify the negative action of risk factors.

The concept of protective factors has existed in psychopathology beyond forensics for a long time, mainly within concepts which stress the complex, interactive and multifactorial mechanisms behind mental disorders. In the diathesis-stress model (cf. Monroe, Simons, 1991), protective factors such as high intelligence or being supported in childhood reduce the likelihood of negative effects of stress on the individual. The significance of subjective and environmental factors protecting against the development of disorders is also discussed in developmental psychopathology. Protective factors are framed in a context of resilience (described in Polish literature by Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Resilience to pathogenic and traumatic factors means undisturbed development, quick recovery following injury or traumatic events and good adaptability in spite of unfavourable family or social situations (Rutter, 1985; Luthar, 1993). The concept seems especially promising in terms of providing a theoretical framework for protective factors in psychopathology (cf. Lösel, Farrington, 2012). We can also find theoretical grounds for the construct of protective factors in the assumptions of the salutogenic paradigm and positive psychology by stressing the role of resources and strengths in healthy psychosocial function.

Bringing the concept of protective factors into the risk assessment model involves defining the relationship between them and risk factors, in this case regarded as initial and fundamental. It is generally accepted that in contrast to risk factors, protective factors lower the likelihood of violent behaviour. Lösel and Farrington (2012) propose introducing a division into direct and buffering protective factors. In the former, the presence of the protective factor, even without considering the effect on other variables, is sufficient to lower the likelihood of violent behaviour in the future. The effect of the buffering protective factor depends on its interaction with concomitant risk factors. The likelihood of violent behaviour increases linearly with the degree of the risk factor with no protective factors are present. If protective factors are present, then the likelihood of aggressive behaviour remains steady at a low level, regardless of increasing risk factors. This means that when risk factors are present, the coexistence of protective factors potentially reduces the risk of aggressive behaviour. The influence of protective

factors on the relationship between risk factors and the likelihood of violent behaviour is also described by the mediator model (Fitzpatrick, 1997). In this context, protective factors are intermediate links between risk factors and violent behaviour; they also reduce the influence of risk factors on behaviour.

Despite the significance assigned to risk factors in reducing the likelihood of violent behaviour, the status of the construct itself remains unclear. Researchers striving to conceptualise protective factors lack a consistent approach; protective factors are perceived as an absence of risk factors or being their opposite, or as discrete values of which only some have a corresponding risk factor (de Vogel, de Vries Robbé, de Ruiter, Bouman, 2011). However, regardless of how protective factors are defined, or the current model of how protective factors influence the risk of violence (direct, interactive), the very concept of protective factors seems essential in conducting balanced and multidimensional assessments of the risk of violence (de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, 2016). From the perspective of assessing repeated violent behaviour in minors (as well as adults), it seems that tools based on the structured professional judgement (SPJ) approach provide the best diagnostic potential.

The SPJ approach focuses on predicting increased risk and its monitoring and management. It is the direct result of the definition of risk outlined above, described in the SPJ context as dynamic and context-driven. It is reflected in the construction of measurement tools. Experts who use them don't simply apply them to indicate the need for intervention to aid individuals at risk of violence; they are also able to define critical factors for individual juvenile perpetrators and provide indicators to help manage risk effectively over long periods of time. In practice, managing risk using SPJ tools means paying particular attention to individual risk factors when planning preventive and therapeutic intervention followed by a systematic evaluation of their elevation as a result of any actions being taken. Protective factors can translate directly into therapeutic aims or form an axis of individual strength-based treatments. Clinical observations and results of numerous studies with the participation of adolescents show that protective factors are bolstered by medical intervention, which in turn is linked with a reduced likelihood of violence in the future (de Vries Robbé, de Vogel, Douglas, 2013; de Vries Robbé, de Vogel, Douglas, Nijman, 2015).

The first structured method of assessing the risk of violence in minors was the Early Assessment Risk List, developed for girls (EARL-21G) and boys (EARL-20B) aged between 6 and 12 years old. Al-

though it doesn't take into account protective factors, comparative analyses using EARL on a group of 700 children conducted by Augimeri, Walsh, Woods and Jiang (2012) confirms that the likelihood of future criminal behaviour is two-and-a-half times higher in boys than in girls; this may point to gender differences as a variable reducing the risk of violent crime.

Another tool used in the SPJ approach, aimed at perpetrators aged between 12 and 18, known as the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), evaluates the intensity and significance of 24 risk factors and six protective factors. The creators of the scale, Borum, Bartel and Forth (2002), listed the following as particularly closely linked with social adaptation:

- prosocial behaviour,
- strong support network,
- strong emotional connections,
- positive attitude towards re-education and authority,
- powerful motivation for academic achievement,
- above-average intelligence and personality and temperament traits indicating maturity and flexibility.

In 2015, the list of protective factors used to predict aggressive behaviour in minors was expanded by a further 16 factors collected in the Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk – Youth Version (SAPROF-YV). It supplements SAVRY to make the diagnosis more comprehensive and versatile (de Vries Robbé, Geers, Stapel, Hilterman, de Vogel, 2015). SAPROF-YV has been expanded by well-founded, dynamic empirical factors which also serve as further support in monitoring and managing the risk of violence in adolescents. They are arranged in four subgroups: resilience factors (four), motivational factors (six), relationship factors (three) and external factors (three). Analysis conducted by de Vries Robbé and de Vogel (2012) indicates that improvements in treatment generally correlate with a decrease of the significance of external protective factors in the reduction of risk of violence in favour of internal and motivational factors. The structure of SAPROF-YV is detailed in Table 1.

Although the creators of SAPROF-YV developed the scale as a supplement to SAVRY, for diagnostic purposes in minors they allow for the protective factor assessment sheet to be used alongside a tool from beyond the SPJ approach: the Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI, Hoge, Andrews, 2002, 2011). The process of evaluating the risk of violence in this age group is analogous to the SAPROF variant for adults (SAPROF; de Vogel, de Ruiter,

Table 1

List of protective factors included in SAPROF-YV (www.saprof.com, accessed 20.11.2016)

Factors included in SAPROF – Youth Version	
Resilience items	Motivational items
	Future orientation
Social competence	Motivation for treatment
Coping	Attitude towards agreements and conditions
Self-control	Medication
Perseverance	School/work
	Leisure activities
Relational items	External items
Parents/guardians	Pedagogical climate
Peers	Professional care
Other supportive relationships	Court order

Bouman, de Vries Robbé, 2007/2016), in which the assessment of protective factors is seen as an element of the comprehensive diagnosis rooted in another baseline tool used to assess the risk of violence such as HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves and Hart, 1997) or its revised third version HCR:V3 (Douglas, Hart, Webster, Belfrage, 2013).

Analysis of literature covering protective factors shows unambiguously that the majority of the studies have been conducted with the participation of adolescents (cf. de Vogel et al., 2016). Results of a review conducted by de Vogel et al. (2012) show that depending on the population studied, we can point to the significance of different protective factors in reducing the likelihood of violence. For example, family relationships and religious affiliation are important protectors of violence in girls but not boys (Hawkins et al., 2009, per: de Vogel et al., 2012), while positive social relationships have a more powerful protective effect in adolescent girls than boys (Hart et al., 2007, per: de Vogel et al., 2012). In their research into generational transfer of risk, Serbin and Karp (2003) show that educational achievements provide a powerful buffer against problematic interactions with parents/carers and various difficult situations within the family. According to researchers, a similar role is also played by warmth, parental engagement and cognitive stimulation (Serbin, Karp, 2003). Barwiński and Gierowski (2009) provide data allowing psychopathy to be regarded as a factor limiting the existence of protective factors in minors. The significance of psychopathological characteristics in the context of reduced buffering effect of protective factors is also noted by other authors, including Salekin, Lochman 2008. In turn, Lodewijks, de Ruiter and Doreleijers (2010) show that

an absence of protective factors in SAVRY is accompanied by a high probability of repeated aggressive criminal behaviour. According to Blum and Ireland (2004), the effectiveness of therapeutic and resocialising actions aiming to reduce the risk of violent re-offending in minors depends on minimising risk factors and maximising protective factors.

Assessing the risk of violence in minors, taking into consideration the influence of protective factors on the results of the predictions, is a relatively new developing trend in diagnostic forensic psychiatry and psychology. However, many studies confirm that looking at protective factors makes assessing the likelihood of young people committing violent acts more extensive, comprehensive and balanced than looking at risk factors alone (cf. de Vogel et al., 2011). Combining tools designed to evaluate risk with those used to assess protective factors makes it possible to prepare a comprehensive diagnosis. From the perspective of providing forensic and psychological opinions on minors (determining the degree of delinquency, criminological predictions, tips for implementing corrective and resocialising measures) and clinical, therapeutic and educational practice, we should indicate several aspects supporting the use of diagnostic and prognostic tools of the SPJ approach in relation to minors:

- extent of application (the authors of SAPROF-YV suggest that the tool can be used in populations of forensic psychiatric patients and in resocialisation and early prevention of violence among adolescents),
- using all strengths and individual, social and institutional resources in planning, and defining targets, conducting and evaluating medical, therapeutic and resocialising processes (as shown directly by the foundations of strengths-based treatment),
- balancing the diagnosis by shifting away from the deficit model and risk factors in favour of assessment using subjective and environmental configurations of factors that increase/decrease the risk of violent crime,
- improving monitoring and managing risk: risk assessment focuses more on preventing violence and the dynamics of altering behaviour than on simply predicting repeated violence.

The options provided by evaluation tools from the SPJ approach include protective factors; empirical data suggests that in spite of certain problems with definitions, the construct of protective factors provides significant support in predicting and evaluating the risk of violence. Data strongly suggests its usefulness in declaring the effectiveness of specialist effects in the medical, psychological, social and forensic spheres.

References:

1. 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.
2. Barwiński, Ł., Gierowski, J. K. (2009). Psychopathy against risk factors of violence in juvenile boys and girls. *Problems of Forensic Sciences*, 78, 184–207.
3. Blum, R. W., Ireland, M. (2004). Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of Adolescent Health*, 35, 493–500.
4. Borum, R., Bartel, P., Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth, version 1*, Florida: University of South Florida.
5. de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 171–177.
6. de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W., Place, C. (2012). *Female Additional Manual (FAM). Additional guidelines to the HCR-20 for assessing risk for violence in women*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Stichting.
7. de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. H. A., de Vries Robbé, M. (2016). SAPROF – wytyczne do oceny czynników ochronnych dotyczących ryzyka przemocy, tł.: M. Nowopolski, A. Walento-Nowacka, L. Ciszewski, A. Axer, Utrecht: Van der Hoeven Kliniek.
8. de Vries Robbe, M., Geers, M. C. K., Stapel, M., Hilterman, E. L. B., de Vogel, V. (2015). *SAPROF-Youth Version. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk in juveniles*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
9. de Vries Robbé, M., de Vogel, V. (2012). Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment and management. (In) C., Logan, L., Johnstone, (Eds.), *Managing Clinical Risk: A Guide to Effective Practice*. Routledge: Issues in Forensic Practice.
10. de Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K. S. (2013). Risk factors and protective factors: a two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24, 440–457.
11. de Vries Robbé, 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 post-discharge community recidivism. *Law and Human Behavior*, 39, 53–61.
12. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H. (2013). *HCR-20v3. Assessing risk for violence*, Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

13. Fitzpatrick, K. M. (1997). Fighting among America's youth: a risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 131–48.
14. Gierowski, J. K. (2005). Czynniki ryzyka i opiniowanie przemocy u adolescentów, *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii*, 2, 113–129.
15. Hoge, R. D., Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service/Case Management Inventory user's manual*. North Tonawanda: Multi-Health Systems.
16. Hoge, R. D., Andrews, D. A. (2011). *Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0 (YLS/CMI 2.0): User's manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
17. Lodewijks, H. P, de Ruiter, C., Doreleijers, T. A. (2010). The impact of protective factors in desistance from violent reoffending: a study in three samples of adolescent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(3), 568–587.
18. Lösel, F., Farrington, D. P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence, *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2S1), S8-S23.
19. Luthar, S. S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441–453.
20. Monroe, S. M., Simons A. D. (1991). Diathesis – stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406–425.
21. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39–56.
22. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
23. Salekin, R. T., Lochman, J. E. (2008). Child and adolescent psychopathy: The search for protective factors. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 159–172.
24. Serbin, L. A., Karp, J. (2003). Intergenerational studies of parenting and the transfer of risk from parent to child. *Current Direction in Psychological Science*, 12(4), 138–142.
25. Webster, C. D, Douglas, K. S., Eaves, D., Hart, S. D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. British Columbia: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
26. Wolska, A. (2002). *Model czynników ryzyka popełnienia przestępstwa agresywnego*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
27. www.saprof.com (accessed: 20.11.2016).

Corresponding author

dr Krzysztof Nowakowski
University Ignatianum in Krakow,
ul. Kopernika 26
PL 31-501 Kraków
e-mail: nowakowski81@gmail.com

CZynniki Ochronne – Założenia Teoretyczne, Narzędzia Pomiarowe i Użyteczność Diagnostyczna Konstruktu w Ocenie Ryzyka Przemocy u Młodzieży

Wśród obszarów badawczych będących przedmiotem zainteresowania współczesnej psychiatrii i psychologii sądowej jednym z najbardziej eksplorowanych w ostatnich kilkunastu latach wydaje się problematyka oceny ryzyka przemocy. Wczesne rozpoznawanie i oszacowanie prawdopodobieństwa ponownego wystąpienia zachowania z użyciem przemocy jest kluczowe z perspektywy diagnozy klinicznej w kontekście stosowania środków zabezpieczających. Ocena ryzyka przemocy stanowi wyzwanie diagnostyczne zarówno w przypadku pacjentów sądowo-psychiatrycznych, jak i osób naruszających normy prawne, odbywających karę pozbawiania wolności. Ze względu na swoje znaczenie społeczne adekwatne szacowanie ryzyka pojawienia się przemocy staje się istotne nie tylko w odniesieniu do osób dorosłych, ale również młodzieży. Wzrost nasilenia zachowań agresywnych i przemocy wśród adolescentów oraz wskaźniki przestępczości agresywnej wśród nieletnich przemawiają za koniecznością prowadzenia badań umożliwiających podejmowanie adekwatnych, opartych na podstawach empirycznych i praktyce klinicznej, działań z zakresu diagnozy, prewencji i zarządzania ryzykiem przemocy w tej grupie wiekowej.

W literaturze przedmiotu opracowania dotyczące oceny ryzyka wystąpienia przemocy tradycyjnie związane są z koncepcjami wyjaśniającymi zjawisko przestępczości agresywnej nieletnich. Dominujący aktualnie sposób ujmowania tego zagadnienia opiera się na założeniach podejścia wieloczynnikowego zapoczątkowanego w latach 50. ubiegłego stulecia przez S. i E. Gluecków (por. Wolska, 2002). Zgodnie z modelem wieloczynnikowym przewidywanie zachowań przestępczych jest procesem złożonym, uwzględniającym znaczenie różnorodnych zmiennych (osobowościowych i środowiskowych) o zróżnicowanej mocy predykcyjnej. Zmienne te – nazywane czynnikami ryzyka – pozwalają na prognozowanie przestępczości, zachowań antyspołecznych oraz nieprzystosowania społecznego. Przyjmuje się, że podobna zależność występuje również w przypadku przewidywania zachowań osób przejawiających tendencję do stosowania przemocy czy też agresji kryminalnej. Współczesne podejście do oceny ryzyka przemocy u nieletnich ujmuje zagrożenie występowania zachowań agresywnych jako dynamiczny, zależny od warunków sytuacyjnych konstrukt składający się z konfiguracji czynników ryzyka o różnym nasileniu (Gierowski, 2005). Typowe dla takiego podejścia jest też uwzględnianie w prognozie wystąpienia przemocy roli, jaką odgrywają czynniki ochronne,

tj. zmienne modyfikujące negatywne działanie czynników ryzyka.

Pojęcie czynników ochronnych funkcjonuje w psychopatologii od dłuższego czasu poza kontekstem sądowym, głównie w ramach koncepcji podkreślających złożony, interakcyjny i wieloprzyczynowy charakter mechanizmu powstawania zaburzeń psychicznych. W modelu podatność – stres (por. Monroe, Simons, 1991), czynniki ochronne (takie jak np. wysoka inteligencja czy obecność wspierającej osoby w dzieciństwie) zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnych konsekwencji oddziaływania stresorów na jednostkę. Na znaczenie zmiennych, zarówno podmiotowych, jak i środowiskowych, chroniących przed rozwojem zaburzeń, zwraca się również uwagę w psychopatologii rozwojowej. Czynniki ochronne występują tu w kontekście pojęcia resiliencji (w polskiej terminologii określanej też jako prężność, por. Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Resiliencja oznacza szczególnego rodzaju odporność na działanie czynników patogennych i traumatycznych, która umożliwia tym samym niezaburzony rozwój, powrót do równowagi po doznanych urazach oraz zdolność do dobrego przystosowania pomimo niekorzystnych warunków wychowawczych czy społecznych (Rutter, 1985, Luthar, 1993). Koncepcja *resilience* wydaje się obecnie najbardziej obiecująca z perspektywy zapewnienia ram teoretycznych dla pojęcia czynników ochronnych w psychopatologii (por. Lösel i Farrington, 2012). Teoretyczne uzasadnienie dla przydatności konstruktu czynników ochronnych w modelach wyjaśniających można znaleźć również w założeniach paradygmatu salutogentycznego oraz psychologii pozytywnej, akcentujących rolę zasobów i mocnych stron w prawidłowym funkcjonowaniu psychospołecznym człowieka.

Wprowadzenie do modelu oceny ryzyka przemocy koncepcji czynników ochronnych wiąże się z koniecznością określenia wzajemnych relacji zachodzących pomiędzy nimi a czynnikami ryzyka – uznawanymi za wyjściowe i podstawowe w tym ujęciu. Na ogół przyjmuje się założenie o przeciwnym działaniu czynników ochronnych, tj. obniżającym (w przeciwieństwie do czynników ryzyka) prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań z użyciem przemocy. Lösel i Farrington (2012) proponują wprowadzenie podziału na czynniki ochronne o wpływie bezpośrednim (*direct protective factors*) oraz buforującym (*buffering protective factors*). W pierwszym przypadku sama obecność czynnika ochronnego, bez uwzględniania oddziaływania innych

zmiennych, wystarcza do obniżenia prawdopodobieństwa przyszłych aktów przemocy. Z kolei siła wpływu buforowego czynnika ochronnego zależy od jego interakcji ze współwystępującym czynnikiem ryzyka. Prawdopodobieństwo pojawienia się przemocy rośnie liniowo w zależności od poziomu natężenia czynnika ryzyka, przy jednoczesnym braku czynnika ochronnego. Jeśli czynnik ochronny występuje, to możliwość pojawienia się zachowań agresywnych utrzymuje się na tym samym niskim poziomie niezależnie od nasilenia czynnika ryzyka. Oznacza to, że w warunkach działania czynnika ryzyka obecność czynnika ochronnego potencjalnie redukuje ryzyko pojawienia się zachowań agresywnych. Wpływ czynników ochronnych na relację pomiędzy czynnikami ryzyka a prawdopodobieństwem przemocy opisywany jest też przy pomocy modelu mediatora (Fitzpatrick, 1997). W tym ujęciu czynnik ochronny stanowi ogniwo pośrednie pomiędzy czynnikiem ryzyka a zachowaniem z użyciem przemocy, zmniejszając tym samym jego wpływ na dane zachowanie.

Pomimo znaczenia, jakie przypisuje się czynnikom ochronnym w obniżaniu prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy, status samego konstruktów pozostaje niejasny. Wśród badaczy podejmujących się konceptualizacji pojęcia czynników ochronnych brakuje wypracowanego jednolitego stanowiska: czynniki ochronne ujmowane są jako brak, przeciwieństwo czynników ryzyka lub odrębne zmienne, z których nie każda posiada odpowiadający jej czynnik ryzyka (de Vogel, de Vries Robbé, de Ruiter, Bouman, 2011). Niezależnie od różnic w sposobie definiowania czy też przyjętego modelu oddziaływania czynników ochronnych na zagrożenie wystąpienia przemocy (bezpośredni, interakcyjny) sama koncepcja czynników ochronnych wydaje się niezbędna dla prowadzenia bardziej zrównoważonej i wielowymiarowej oceny ryzyka przemocy (de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, 2016). Z perspektywy szacowania ponownego wystąpienia zachowań z użyciem przemocy u młodzieży – podobnie jak w przypadku dorosłych – stosunkowo największe możliwości diagnostyczne w tym zakresie dają narzędzia oparte na założeniach nurtu Ustrukturyzowanej Oceny Ryzyka (*SPJ – Structured Professional Judgement*).

W ramach podejścia SPJ akcentuje się konieczność koncentracji nie tylko na prognozie nasilenia ryzyka, lecz także na jego monitorowaniu i zarządzaniu nim. Takie nastawienie wynika bezpośrednio z przytaczanej wyżej definicji ryzyka – określanego na gruncie SPJ jako dynamiczne i powiązane z kontekstem. Odzwierciedla się ono w konstrukcji narzędzi pomiarowych. Stosujący je specjalista nie poprzestaje na prostym wskazaniu konieczności podjęcia interwencji wobec jednostki zagrożonej przemocą, ma też możliwość określenia czynników krytycznych w przypadku konkretnego nieletniego sprawcy oraz dostarczenia wskazówek pozwalających na

efektywne zarządzanie ryzykiem w dłuższych przedziałach czasowych. Ocena zarządzania ryzykiem przemocy z wykorzystaniem narzędzi z nurtu SPJ w praktyce oznacza uwzględnianie wagi poszczególnych czynników ryzyka podczas planowania oddziaływań prewencyjnych i terapeutycznych wobec jednostki, a następnie systematyczną ewaluację poziomu ich nasilenia na skutek podjętych działań. Czynniki ochronne natomiast mogą wprost przekładać się na cele terapeutyczne czy stanowić oś programów indywidualnego oddziaływania (koncepcja *strengths-based treatment*). Obserwacje kliniczne oraz liczne wyniki badań z udziałem adolescentów wskazują, że wraz z podejmowanymi działaniami leczniczymi czynniki ochronne zazwyczaj zwiększają swoje nasilenie, co z kolei pozostaje w związku ze zmniejszeniem poziomu prawdopodobieństwa przemocy w przyszłości (de Vries Robbé, de Vogel, Douglas, 2013; de Vries Robbé, de Vogel, Douglas, Nijman, 2015).

Pierwszą z ustrukturyzowanych metod oceny ryzyka wystąpienia przemocy u nieletnich była skala EARL (*Early Assessment Risk List*) przeznaczona dla dziewcząt (EARL-21G) i chłopców (EARL-20B) od 6 do 12 roku życia. Nie uwzględniono w niej, co prawda, zestawu czynników ochronnych, jednak analizy porównawcze przeprowadzone z użyciem EARL na grupie 700 dzieci przez Augimeri, Walsh, Woods i Jiang'a (2012) potwierdziły, że prawdopodobieństwo przyszłych konfliktów z prawem jest 2,5 raza wyższe u chłopców niż u dziewcząt, co może wskazywać na znaczenie różnic między płciowymi i płci jako zmiennej obniżającej ryzyko przemocy kryminalnej.

Inne narzędzie z nurtu SPJ, przeznaczony dla sprawców między 12 a 18 rokiem życia Arkusz Oceny Ryzyka Wystąpienia Zachowań Przystępczych o Charakterze Przemocy u Młodzieży (*SAVRY – Structured Assessment of Violence Risk in Youth*), daje możliwość oceny nasilenia oraz wagi 24 czynników ryzyka i 6 czynników ochronnych. Twórcy skali, Borum, Bartel i Forth (2002) za szczególnie silnie powiązane z przystosowaniem społecznymi uznali:

- zachowania prospołeczne,
- silne wsparcie społeczne,
- silne związki uczuciowe,
- pozytywną postawę wobec oddziaływań reedukacyjnych i autorytetów,
- silną motywację do osiągnięć szkolnych,
- ponadprzeciętną inteligencję, osobowościowe i temperamentalne cechy dojrzałości i elastyczności.

W 2015 roku poszerzono repertuar czynników ochronnych uwzględnianych w prognozie zachowań agresywnych w grupie nieletnich o dodatkowe 16 czynników zebranych w skali Ustrukturyzowanej Oceny Czynniki Ochronnych dla Ryzyka Przemocy – Wersja dla młodzieży (*SAPROF-YV, The Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk – Youth Version*).

Stanowi ona suplement dla SAVRY, czyniąc proces diagnozy bardziej kompleksowym i wszechstronnym (de Vries Robbé, Geers, Stapel, Hilterman, de Vogel, 2015). Do SAPROF-YV włączono dobrze uzasadnione empirycznie czynniki o dynamicznym charakterze stanowiące w konsekwencji dodatkowe wsparcie w procesie monitorowania i zarządzania ryzykiem przemocy w populacji adolescentów. Pogrupowano je w 4 podskale: czynniki typu *resilience* (4), czynniki motywacyjne (6), czynniki relacyjne (3), czynniki zewnętrzne (3). Analizy de Vries Robbé'a i de Vogel (2012) wskazują, że wraz z pojawianiem się postępów leczenia można na ogół zaobserwować spadek znaczenia zewnętrznych czynników ochronnych w redukcji ryzyka przemocy na rzecz czynników o charakterze wewnętrznym i motywacyjnym. Strukturę SAPROF-YV zaprezentowano szczegółowo w Tabeli 1.

Pomimo że twórcy SAPROF-YV opracowali skalę jako suplement do SAVRY, w celach diagnostycznych dopuszczają oni stosowanie arkusza oceny czynników ochronnych u młodzieży także z narzędziem spoza nurtu SPJ zestawiającym statyczne czynniki ryzyka – YLS/CMI (Hoge, Andrews, 2002, 2011). Procedura szacowania prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy w tej grupie wiekowej odbywa się analogicznie jak w przypadku wariantu SAPROF przeznaczonego dla dorosłych sprawców (de Vogel, de Ruiter, Bouman, de Vries Robbé, 2007/2016), gdzie ocena czynników ochronnych traktowana jest jako element całościowej diagnozy opartej na innym bazowym narzędziu przeznaczonym do oceny ryzyka przemocy, takim jak np. HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, Hart, 1997) lub jego trzecia, zrewidowana edycja HCR:V3 (Douglas, Hart, Webster, Belfrage, 2013).

Analiza dostępnej literatury dotyczącej czynników ochronnych wskazuje dobitnie, że znaczną część badań w tym zakresie przeprowadzono z udziałem adolescentów (por. de Vogel i in., 2016). Efekty przeglądu badań dokonanego przez de Vogel i in. (2012) wskazują, iż w zależności od badanej populacji można wskazać na znaczenie odmiennych czynników ochronnych w redukcji prawdopodobieństwa przemocy. Na przykład relacje rodzinne i religijność są ważnymi protektorami przemocy u dziewcząt, lecz nie u chłopców (Hawkins i in., 2009, za: de Vogel i in., 2012), natomiast pozytywne relacje społeczne wykazują silniejsze oddziaływanie ochronne u adolescentek niż u adolescentów (Hart i in., 2007, za: de Vogel i in., 2012). Serbin i Karp (2003) w badaniach nad generacyjnym transferem ryzyka dowiedli, że osiągnięcia edukacyjne stanowią silny bufor przed problemowymi oddziaływaniami rodzicielskimi i różnorodnymi trudnymi sytuacjami w obrębie rodziny. Zdaniem badaczy podobną rolę odgrywają także ciepło, zaangażowanie rodzicielskie i stymulacja poznawcza (Serbin, Karp, 2003). Barwiński i Gierowski (2009) dostarczyli danych pozwalających na uznanie psychopatii

za zmienną redukującą wystąpienie u nieletniego czynników chroniących. Na znaczenie cech psychopatycznych w kontekście obniżenia buforującego działania czynników ochronnych zwracają uwagę również inni autorzy (Salekin, Lochman, 2008). Z kolei Lodewijks, de Ruiter i Doreleijers (2010) udowodnili, że brakowi czynników ochronnych w SAVRY towarzyszy wysoki wskaźnik prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa agresywnego. Natomiast według Bluma i Ireland (2004) skuteczność oddziaływań terapeutyczno-resocjalizacyjnych nakierowanych na redukcję ryzyka recydywy z użyciem przemocy zależy od umiejętnego minimalizowania czynników ryzyka, jak i wzmacniania czynników ochronnych u nieletniego.

Ocena ryzyka przemocy wśród młodzieży prowadzona z uwzględnieniem wpływu czynników ochronnych na rezultat predykcji stanowi stosunkowo nowy i dopiero rozwijający się kierunek w tym obszarze diagnostycznym psychiatrii i psychologii sądowej. Niemniej jednak wiele danych potwierdza, że ocena prawdopodobieństwa wystąpienia u młodych osób aktów przemocy dokonywana w oparciu o obecność czynników ochronnych jest bardziej kompletna, wszechstronna i zrównoważona niż gdy koncentruje się ona jedynie na czynnikach ryzyka (por. de Vogel i in., 2011). Połączenie narzędzi przeznaczonych do oceny ryzyka z takimi, które pozwalają na pomiar czynników ochronnych, daje możliwość przeprowadzenia tego rodzaju całościowej diagnozy. Z perspektywy zarówno opiniowania sądowo-psychologicznego w sprawach nieletnich (ustalenie stopnia demoralizacji, prognoza kryminologiczna, wskazówki dotyczące realizowania środków korekcyjnych oraz resocjalizacyjnych), jak i praktyki klinicznej, terapeutycznej czy wychowawczej, warto zatem wskazać na kilka aspektów przemawiających za użytecznością diagnostyczno-prognostyczną narzędzi z nurtu SPJ w odniesieniu do młodzieży:

- szerokość zastosowania (jak sugerują autorzy SAPROF-YV, narzędzie nadaje się do użycia nie tylko w populacjach sądowych pacjentów psychiatrycznych, ale również w resocjalizacji czy wczesnej profilaktyce przemocy wśród adolescentów),
- wykorzystanie mocnych stron i zasobów (indywidualnych, społecznych, instytucjonalnych) w planowaniu, określaniu celów, przebiegu oraz ewaluacji efektów procesu leczniczego, terapeutycznego czy resocjalizacyjnego nieletniego (co bezpośrednio wynika z założeń podejścia *strengths-based treatment*),
- zbalansowanie prowadzonej diagnozy: odejście od modelu deficytu i czynników zagrażających na rzecz oceny przy pomocy konfiguracji podmiotowych i środowiskowych czynników podnoszących/obniżających poziom zagrożenia przemocą kryminalną,
- usprawnienie procesu monitorowania i zarządzania ryzykiem: ocena ryzyka skupia się bardziej na procesie zapobiegania przemocy i dynamice zmiany za-

chowania niż zwykłym prognozowaniu wystąpienia ponownych aktów agresji.

Możliwości oferowane przez narzędzia pomiarowe z nurtu SPJ zawierające pozycje dotyczące czynników ochronnych oraz przytoczone dane empiryczne sugerują, iż mimo pewnych problemów definicyjnych konstrukt czynników ochronnych stanowi istotne wsparcie zarówno w procesie prognozy, jak i ewaluacji ryzyka. Wiele wskazuje na jego wysoką użyteczność w sytuacji wypowiedzania się o efektywności oddziaływań specjalistycznych w wymiarze medycznym, psychologicznym, społecznym i prawnym.