

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Bakalářská práce

**Pohled na člověka s duševním  
onemocněním**

**Jana Klailová**

**Plzeň 2023**

**Západočeská univerzita v Plzni**  
**Fakulta filozofická**  
**Katedra sociologie a sociální práce**

**Studijní program: Sociální práce**

**Bakalářská práce**

**Pohled na člověka s duševním  
onemocněním**

**Jana Klailová**

**Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Hirt, Ph.D.**

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

**Plzeň 2023**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2023

.....

Jana Klailová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Tomáši Hirtovi PhD., který mi vždy ochotně nasměroval při psaní mé práce a poskytl mi cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat mému výzkumnému vzorku, který mi poskytl stěžejní informace pro moji bakalářskou práci. A také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 HISTORICKÝ DISKURZ</b> .....	<b>3</b>
1.1 Přístup k lidem s duševním onemocněním v minulosti .....	3
1.2 Používaná terminologie v minulosti .....	4
1.3 Terminologické proměny v rámci MKN-11 .....	5
1.4 Reforma péče o duševní zdraví .....	7
<b>2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Jazyk .....	10
2.2 Stigmatizace a etiketizační teorie .....	14
2.3 Organizační kultura .....	15
<b>3 SOCIÁLNÍ PRÁCE</b> .....	<b>18</b>
3.1 Druhy sociálních služeb .....	18
3.1.1 Sociální rehabilitace .....	19
3.1.2 Odborné sociální poradenství .....	20
3.1.3 Chráněné bydlení .....	20
<b>4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>22</b>
<b>5 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>24</b>
5.1 Interpretace dat .....	26
5.1.1 Klasifikace .....	27
5.1.2 Jazyk .....	29
5.1.3 Stigma a etiketizace .....	31
5.1.4 Organizační kultura .....	32
5.1.5 Reforma péče o duševní zdraví .....	33
5.1.6 Historický diskurz .....	34
5.1.7 In vivo kódy .....	34
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>37</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>39</b>

<b>SUMMARY .....</b>	<b>40</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>41</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>45</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>46</b>

## ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je Pohled na člověka s duševním onemocněním. Toto téma jsem zvolila kromě zájmu o tuto cílovou skupinu také proto, že s člověkem s duševním onemocněním se můžeme setkat nejen v sociální službě pro osoby s duševním onemocněním, ale v podstatě s nimi může sociální pracovník přijít do kontaktu všude. Člověk s duševním onemocněním byl řadu let zatížen svojí diagnózou, jako něčím co určuje, kým je. O těchto lidech dříve také padaly termíny jako blázni, šílení či maniaci (Vencovský, 1996). Vzhledem k probíhající reformě psychiatrické péče, by se měl měnit přístup a pohled na tyto osoby. Reforma by také měla spíše vést k odklonu od používání klasifikací duševních nemocí, respektive jejich stigmatizačnímu zatížení. Celkově je vnímání a přístup k lidem s duševním onemocněním silně ovlivňován používaným jazykem. Jako teoretická východiska použiji mimo jiné studii *Six Languages of Social Work*, která vybízí k vědomému používání jazykových termínů v různých kontextech práce sociálních pracovníků. Výzkum budu realizovat ve dvou sociálních službách. Jedné, která je primárně určena pro osoby s duševním onemocněním, a druhé která nemá za cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním. Celý výzkum je tedy ovlivněn organizačními kulturami dvou organizací, ve kterých jsem prováděla tento výzkum. Každá organizace si v rámci svého interního prostoru vytváří svůj vlastní vnitřní systém, který by měli všichni zaměstnanci dodržovat od pracovních postupů až k informovanosti o určité tematice či právě chování ke svým klientům. Musil (2004) popisoval organizační kulturu jako výsledek vnitřně zažitého způsobu, jak vhodně nakládat s dilematy práce s klienty v sociálních službách a jak s klienty pracovat. Proto se zaměřím i na vymezení organizační kultury, která je ovlivněna i určitým druhem jazyka, který je v dané organizaci používán. Použiji také teoretická východiska stigmatizace a etiketizační teorii, vzhledem k mému předpokladu, že

klasifikace duševního onemocnění je spíše negativní skutečnost zhoršující klientovu situaci. Mým předpokladem je, že v organizaci pro osoby s duševním onemocněním se více operuje s diagnózami, dále že převládá kolektivní povědomí sociálních pracovníků o reformě psychiatrické péče napříč různými službami a že přístup ke klientům se v každé organizaci na základě jiné cílové skupiny bude nějakým způsobem lišit. Proto si za výzkumnou otázku kladu: *„Jak klasifikace duševního onemocnění ovlivňuje spolupráci se sociálními službami, respektive jak se klasifikační systémy duševních nemocí (a jejich používání) proměňují v kontextu reformy psychiatrické péče?“*

Zajímá mi tedy, jak to, že je někomu přisouzena diagnóza duševního onemocnění, může ovlivňovat spolupráci mezi takovým klientem a určitou sociální službou. Také mi zajímá, jak se terminologie a používání diagnóz mění v kontextu reformy psychiatrické péče a její případné vlivy na spolupráci s klienty.

Pro doplnění uvádím, že původním záměrem tedy bylo srovnat dvě prostředí různých organizací, a předpokládala jsem, že každé prostředí bude mít jinou organizační kulturu a z toho důvodu bude obsahovat jiné modely uvažování, které se budou promítat do přístupu ke klientům. Během výzkumu ale úplně zásadní rozdíl nevyplýnul. Proto budu následnou interpretaci dat provádět jako by se jednalo o organizační kulturu jedné organizace a nebudu klást důraz na porovnávání výpovědí výzkumného vzorku dle toho, z jaké organizace jsou.

Pro zodpovězení mé výzkumné otázky realizuji polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky, které následně interpretuji pomocí klasického a in vivo kodování.

# 1 HISTORICKÝ DISKURZ

V této kapitole se blíže podívám na to, jak se vyvíjela terminologie a přístup k lidem s duševním onemocněním v minulosti a také přiblížím, jak se proměňuje používání klasifikačních termínů v rámci manuálu Mezinárodní klasifikace duševních nemocí, kde by měly být odráženy nejaktuálnější trendy. Také se zaměřím na Reformu péče o duševní zdraví, která je s mojí prací úzce spjata, byť mi zajímá spíše z optiky jejího dopadu na klasifikační proměny a přístup k lidem s duševním onemocněním. Skrze tuto kapitolu doplním kontext k tomu, jak jazyk a kultura ovlivňovaly historicky přístup k lidem s duševním onemocněním, a jak změny v klasifikačním manuálu korespondují s Reformou péče o duševní zdraví a zda vedou spíše k upouštění od klasifikačních termínů.

## 1.1 Přístup k lidem s duševním onemocněním v minulosti

V této podkapitole se blíže zaměřím na to, jak vypadal přístup k lidem s duševním onemocněním v minulosti. Přístup k lidem s duševním onemocněním byl v minulosti vždy spjat s filosofickými směry a vyspělostí dané civilizace (Vencovský, 1996). Výklad vzniku duševních onemocnění byl v zemích, jako byl Egypt, Babylonie i Indie spojován s posedlostí zlými duchy. Tyto zmínky můžeme nalézt i v Papyrusu Erebsovo, kde byly zmíněny první dochované informace o léčení duševně nemocných. Léčba měla probíhat skrze čtení textů modliteb, které měly sloužit k vymýcení démonů a vyléčení těchto osob (Vencovský, 1996). I přes tento mystický náhled na duševní onemocnění můžeme již v té době nalézt zmínky péče o duševně nemocné, které v některých zemích byly na tehdejší dobu poměrně pokrokové. Například v Indii vnímali důležitost upevňování pozitivních emocí a lidský přístup k nemocným. V Talmudu pro změnu nalezneme informace o tom, že lidé s duševním onemocněním nejsou zodpovědní za své činy (Vencovský, 1996). Tyto postoje jsou na svoji

dobu velmi pokrokové vzhledem k tomu, jak dlouho trvalo a stále trvá takový přístup k lidem aplikovat v evropských zemích. Teprve s Hippokratem začaly být duševní nemoci vysvětlovány medicínsky, nikoliv jako posednutí nadpřirozenými silami. Pokud se zaměřím na péči o osoby s duševním onemocněním v té době, tak v průběhu doby samozřejmě vznikaly různé léčebny pro nemocné, ale šlo spíše o to, jak je separovat od společnosti, než je nějak léčit: „Každý kdo v Německu navštívil útulky bláznů, vzpomíná s hrůzou na to, co viděl.“ (Foucault, 1994, str. 136). Péče o osoby s duševním onemocněním tedy zřejmě neprobíhala tak, jak by člověk v dnešní době předpokládal. Také již během 15. století vznikaly různé způsoby péče o tyto lidi od držení doma, přes patronáž cizích osob, až k věznění. Hlavním důvodem tedy nebyla snaha pečovat o tyto osoby, ale spíše před nimi chránit zbytek společnosti. Nejčastěji péči o lidi s duševním onemocněním zajišťovala církev, což můžeme vnímat jako zárodky právě sociální práce. Největší změnu v péči o osoby s duševním onemocněním můžeme vidět v době Philipa Pinela, který se snažil již v té době o reformu psychiatrické péče (Vencovský, 1996). S jeho působením se tedy pohled na člověka s duševním onemocněním posunul směrem dopředu přinejmenším v kontextu toho, v jakých podmínkách tito lidé museli žít, či spíše v jakých podmínkách byli drženi.

## **1.2 Používaná terminologie v minulosti**

Dále se zaměřím na klasifikační termíny, které byly v minulosti používány a jak se proměňují. V dřívější době byla za duševní onemocnění považována i epilepsie, která je v literatuře často zmiňovanou nemocí. Zmínky o duševních nemocech nalezneme již ve Starém zákoně, kde se vyskytuje nemoc pod termínem halucinatorní porucha (Vencovský, 1996). Hippokrates přišel s termínem mánie, který dělil na dva typy frenetis a parafrenetis (Vencovský, 1996). V historii je mánie velmi často zmiňovaným onemocněním spolu s melancholií, kdy je různí autoři dělí

na další dílčí typy či nemoci s podobnou podstatou vzniku a projevů. Platon zavedl pojem anoia, kdy jedním typem je mánie, druhým typem je apatie. Asklépiades zavedl termín insania a Cicero zmiňoval insanii a furor. Kdy furor je myšleno jako silné šílenství. Také můžeme najít první zmínky o davovém šílenství (Vencovský, 1996). Na těchto příkladech můžeme vidět, že některé klasifikační termíny jako třeba mánie se dochovaly až do současnosti a jsou stále běžně používány. Zároveň některé osobnosti z minulosti přicházely se stejnými termíny či doplňovaly již existující terminologické výrazy. Některé z termínů můžeme najít v analogii i dnešní doby, jen pod jiným výrazem. Některé termíny jsou zároveň naopak rušeny či zaměňovány jinými, jak ukážu ve zbytku kapitoly.

### **1.3 Terminologické proměny v rámci MKN-11**

Jak bylo zmíněno v předchozí podkapitole, v některých případech se názvosloví mění, ale některé si neseme až do současnosti. Snahy o změny lze najít i při bližším prozkoumání Mezinárodní klasifikace nemocí, na kterou se v této podkapitole zaměřím. Zároveň na různých příkladech ukáži, jaké termíny se mění či zcela ruší a podívám se blíže na argumenty toho, proč je tak konáno, jelikož díky tomu lze vidět, jaké trendy aktuálně probíhají a jak se diagnózy mění, a přiblížím to tedy konkrétně na nejnovější inovaci klasifikačního manuálu z roku 2022 – MKN-11 od Světové zdravotnické organizace. Například termín neuróza z roku 1769 měl být během inovace kategorií v MKN-11 úplně odstraněn, nakonec ale kvůli velké kontroverzi byl pouze pozměněn do kategorie s názvem neurotické poruchy (Současné trendy v klinické psychologii, 2023). Motiv pro vznik nového klasifikačního manuálu je uváděn jako například lepší diagnostická validita, globální aplikovatelnost a pro nás důležitým je i snaha o snížení stigmatizace skrze právě úpravu terminologie (Současné trendy v klinické psychologii, 2023). V rámci tohoto manuálu tedy autoři operují i s možnými stigmatizačními důsledky

používání dílčích diagnóz, a proto některé z diagnóz mění či se je snaží zcela opustit. V manuálu můžeme nalézt změny v označení: schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, kdy tento název je nahrazen termínem schizofrenie a primární psychotické poruchy, a to z důvodu odlišných příčin vzniku nemoci. Zároveň některé pojmy se přeměňují v jiné, například:

- Mnohočetná porucha osobnosti se mění na disociativní poruchu identity.
- Sociální fobie se přeměňuje na sociálně úzkostnou poruchu.
- Cyklotymie a dystymie se mění na cyklotymní poruchu a dystymickou poruchu.
- Smíšená úzkostná porucha a depresivní porucha: zde se mění pořadí na smíšená depresivní porucha a úzkostní porucha z důvodu podobnosti symptomů (Současné trendy v klinické psychologii, 2023).

Také můžeme vidět vznik nových diagnóz jako je komplexní posttraumatická stresová porucha, disociativní porucha identity. Dále například u schizofrenie dochází k upuštění od dílčích subtypů kvůli nedostačující validitě. Afektivní poruchy nyní dělíme do skupin depresivní poruchy a bipolární či související poruchy. Dále se mění klasifikace poruch osobnosti na jednu jedinou z důvodu velmi vysokého výskytu v populaci. V neposlední řadě se zcela ruší diagnózy jako sadomasochismus, fetišismus z důvodu pojetí těchto diagnóz jako privátního chování, nikoliv jako aplikovatelného na veřejné zdraví (Současné trendy v klinické psychologii, 2023). Můžeme tedy vidět, že s různým pojmáním toho, co způsobovalo duševní onemocnění či jak je s těmito lidmi zacházeno, se v průběhu času stále více usiluje o vnímání člověka s duševním onemocněním jako rovným se zdravými jedinci a samozřejmě tento proces velmi ovlivňovalo, jak se o lidech a s lidmi s duševním onemocněním mluvilo. V rámci změn ve zmiňovaném

MKN-11 si můžeme všimnout, že proměny se dějí zejména v rámci pořadí v jednotlivých sousloví diagnóz či spojování více slov diagnózy do jedné. Také se některé diagnózy spíše rozšiřují a poskytují větší porozumění tomu, o čem daná diagnóza nejspíše bude. Dochází i ke vzniku nových diagnóz v rámci aktuálních potřeb společnosti. V některých případech se ruší dělení diagnóz na jednotlivé subtypy z důvodu nevhodného využití či příliš častého uplatňování. V neposlední řadě se také diagnózy v kontextu proměn společenského vnímání zcela ruší. Obecně tedy můžeme vnímat stále platný trend dvojího nazírání na osoby s duševním onemocněním, který panuje již od prvních zmínek duševních nemocí, kdy jeden čas jsou tyto lidé segregováni ze společnosti a v jiný jsou jisté známky pomoci těmto osobám. V souladu s těmito trendy a obecným kulturním prostředím se mění i přístup k těmto lidem a s tím spojené jazykové výrazy, které jsou v rámci kontaktu s těmito lidmi používány. Můžeme vidět, že některé termíny stále převládají, byť se přístup k lidem s duševním onemocněním posouvá spíše směrem dopředu.

#### **1.4 Reforma péče o duševní zdraví**

V této práci je jednou z klíčových oblastí také reforma péče o duševní zdraví, která by měla ovlivňovat přístup k lidem s duševním onemocněním. Reformu vnímám jako určité zákonné vymezení probíhajících změn na poli péče o duševní zdraví, které zároveň vytváří zlomový bod vzhledem k přístupu k lidem s duševním onemocněním v minulosti, který jsem v předchozích podkapitolách představila. Proto je třeba si v této podkapitole přiblížit, o co reforma péče o duševní zdraví usiluje a na jaké klíčové aspekty se zaměřuje.

S nespokojeností celkového přístupu k lidem s duševním onemocněním došlo k podnětu k vytvoření reformy péče o duševní zdraví. Snaha o změnu na poli psychiatrie je patrná již od začátku 21. století, ale

až s rokem 2013 přichází Ministerstvo zdravotnictví s plánem, který se skutečně zaměřuje zejména na reformu psychiatrické péče. Hlavním cílem reformy je především zkvalitnit život lidí s duševním onemocněním (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). To je poměrně široký a nepříliš jasný cíl, který je ovšem rozveden do dílčích cílů. Můžeme zde nalézt dle Strategie reformy psychiatrické péče (2013) přesně 7 cílů:

- 1) lepší kvalita psychiatrické péče,
- 2) snížení stigmatizace lidí s duševním onemocněním,
- 3) zvýšení spokojenosti uživatelů sociálních a zdravotních služeb,
- 4) zavedení včasné diagnostiky duševního onemocnění,
- 5) začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti,
- 6) zlepšení dostupnosti návazných služeb a jejich vzájemnou provázanost,
- 7) zaměřit se při léčbě zejména na člověka jako lidskou bytost, nikoliv na jeho diagnózu.

Jednotlivé cíle nebudu více rozvádět, pro potřeby této práce stačí nastínit toho, o co by měla Reforma péče o duševní zdraví usilovat.

Dále se podívám na jednotlivé aspekty reformy psychiatrické péče, tedy na to, jaké různé věci lze z perspektivy reformy měnit.

Za klíčové aspekty lze považovat deinstitucionalizaci, destigmatizaci, multidisciplinární přístup a vznik Center duševního zdraví. Deinstitucionalizaci lze popsat jako snahu o opouštění institucionálních forem péče a nahrazování těchto forem komunitními formami a také se dbá na to, aby dále nedocházelo k umístování osob do ústavních forem péče (Eidelman, 2011). MPSV (2023) vidí deinstitucionalizaci jako přechod od ústavní péče k péči v rámci běžného komunitního prostředí. Pro deinstitucionalizaci je tedy charakteristickým rysem snaha přejít od neosobního formálního zacházení v ústavních zařízeních ke komunitní péči, která je oproti tomu více zaměřena na samotného jedince

a vzhledem k tomu, že není tolik lidí koncentrováno na jednom místě, může být tato péče poskytována kvalitněji. Tento aspekt vytváří osobnější vztah s klienty a implikuje i to, že by mělo docházet k terminologickým proměnám v užívání.

Dalším aspektem je destigmatizace. Duševní onemocnění jsou často spojována s negativními konotacemi, které vedou ke stigmatizaci těchto osob a jejich problematickému začleňování do běžné společnosti. Vidina destigmatizace stojí především na vzdělávání široké veřejnosti o tom, co je to duševní onemocnění a skrze osvětu chce dojít k tomu, že společnost bude na jedince s duševním onemocněním nahlížet bez předsudků a mluvit o nich s respektem.

Poté jsem zmiňovala multidisciplinární přístup, který lze charakterizovat jako pracovní tým, který je složen z více profesí, kdy se vzájemně informují o tom, jak budou postupovat v řešení situace (Robertson, 2020). Malý průvodce reformou psychiatrické péče (2017) popisuje tento přístup jako tým odborníků, kteří vzájemně usilují o zlepšení klientovy situace. Multidisciplinární tým je tedy složen z různých profesí, na poli psychiatrické péče nejčastěji lékařem, sestrou, psychiatrem a sociálním pracovníkem. Díky tomu je komunikace mnohem efektivnější a vše může být řešeno mnohem rychleji. Součástí týmu také může být tzv. peer konzultant, čili člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, který může mimo jiné reflektovat, zda používaný jazyk je při komunikaci s klienty v pořádku.

V této kapitole jsem tedy představila historický diskurz, přístup k lidem s duševním onemocněním v minulosti, terminologické proměny a reformu péče o duševní zdraví.

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V této kapitole se zaměřím na vymezení klíčových pojmů a jejich bližší specifikaci, podívám se na používání jazyka, organizační kulturu, stigmatizaci a etiketizaci.

### 2.1 Jazyk

Východiskem mého výzkumu je předpoklad, že to, v jakých jazykových kategoriích lidé myslí, určuje povahu jejich jednání. Konkrétně předpokládám, že v každodenní praxi příslušných zařízení používané kategorie vztahující se k obtížím a situacím lidí s duševním onemocněním, určují způsob, jaké postupy a řešení jsou v terapeutické a poradenské práci nalézány a uplatňovány. V této kapitole přiblížím studii „The Six Language of Social Work“, definuji, co je to jazyk a klasifikace a představím Sapir-Whorfovou hypotézu.

Teoretickou inspirací pro tuto práci je studie „The Six Languages of Social Work“, kde autoři pojednávají o šesti jazycích sociální práce, které by sociální pracovník měl ovládat a používat při práci s klienty, protože díky tomu může efektivně vykonávat sociální práci. Pokud se zaměřím na definici jazyka, tak jedna definice říká, že jazyk můžeme specifikovat jako systém znaků, který nám umožňuje komunikovat s jedinci v určité společnosti a díky němu můžeme druhým sdělovat naše myšlenky (Erhart, 2001). Jiná definice vidí jazyk jako prostředek, díky kterému můžeme naše myšlenky více zobecňovat a sdělovat dalším aktérům, se kterými interagujeme (Černý, 1996). Obě definice tedy mají společné, že jazyk je nástroj pro dorozumívání se s ostatními lidmi.

Pro moji práci je příhodné zmínit Sapir-Whorfovou hypotézu, která koresponduje s předpokladem vlivu jazyka na následné jednání osob. „Svět je jazykem uchopován, interpretován a konstituován“ (Budil, 2003, str. 277). Jazyk, který je obecně používán v naší kultuře silně ovlivňuje,

jak vnímáme zažívanou realitu a jak si interpretujeme dané prožitky. Na základě této teorie vznikly tři základní teze: „1) *Veškeré myšlení je jazykové* 2) *Každý jazyk vytváří specifickou vizi reality* 3) *Jednotlivé obrazy reality, konstruované různými jazyky, se vzájemně liší*“ (Budil, 2003, str. 294). Z toho plyne, že jazyk hraje zásadní roli při interpretaci toho, co člověk každodenně zažívá a definuje to určitý rámec toho, jak člověk o světě uvažuje, jelikož samotný jazyk je formován kulturním rámcem a společenskými hodnotami v dané společnosti. Mimo jiné je také ovlivněn organizační kulturou, jak ukáží v dalších kapitolách. To znamená, že jazyk, který používáme například při práci s klienty má značný vliv na to, co si myslíme o nich či jejich situaci, a jak vzhledem k nim jednáme.

Dále se zaměřím na zmiňovanou studii, pojednávající o šesti druzích jazyka sociální práce, kde mimo jiné upozorňují na to, že většina z nás dokáže mluvit v různých kontextech jinak například dle toho, s kým mluvíme (Bloom, 1991).

Prvním jazykem je jazyk klienta, v daném případě sociální pracovník dokáže reflektovat, jak o sobě sám klient hovoří a snaží se ho přivést k vhodnějšímu sebepojetí. Pracovník si je vědom toho, že to, jakým jazykem mluvíme, utváří naše psychosociální prostředí (Bloom, 1991). Například pokud budeme jednat s klientem, který má schizofrenii a on sám o sobě bude mluvit jako o „pouhém schizofrenikovi“, je naším úkolem danou situaci reflektovat a vést klienta k tomu, aby místo toho dokázal vidět sebe samého jako třeba dobrého otce či kamaráda.

Další jazyk je jazyk teoretika. V tomto případě si jsme vědomi toho, že používané výrazy dokáží kontrolovat určitou část reality a zároveň se jazyk může stát prostředkem změny, kdy se ale snažíme měnit spíše prostředí než jedince na individuální úrovni (Bloom, 1991). Sociální pracovník vědomě nakládá s používanými termíny a snaží se vyhnout výrazům, které by mohly být zdrojem oprese či opresi podporovat

a udržovat. Také se snaží aktivně vyhledávat nové výrazy, protože jedna věc se dá vyjádřit různými slovy, které právě mění kontext významu.

Dále je jazyk výzkumníka, který se pohybuje spíše na poli výzkumné činnosti (Bloom, 1991). V tomto případě výzkumník často nepřichází do přímého kontaktu s „jazykem“ jako takovým, ale může usilovat o nacházení vhodnějších a korektnějších výrazů. Může to být někdo, kdo se zabývá výzkumem a následně píše různé publikace, v takovém případě může používat nové výrazy, které pak mají potenciál uplatnění na ostatních zmiňovaných úrovních. Například skrze to, že si sociální pracovník, který pracuje v přímé práci s klienty, danou publikaci přečte a začne dané výrazy používat ve své praxi.

Další jazykem je tzv. „the categorical language of the information scientist“, zde jde především o reflexi toho, že jazyk jako takový slouží zejména k reflexi, popisu či ovlivnění sdělovaných informací. Také zde poukazuje na náklonost lidí k používání klasifikací. Klasifikace se hojně využívají právě na poli práce s lidmi s duševním onemocněním, kdy se sociální pracovník setkává často již s lidmi, kteří mají nějakou klasifikaci duševního zdraví přiřazenou, mají stanovenou diagnózu a mnohdy dochází k tomu, že i samotní klienti se skrze diagnózu identifikují.

Klasifikace znamená třídění či zařazování do různých specifických tříd (Slovník cizích slov, 2023). Klasifikace tedy velmi úzce souvisí s duševním onemocněním, protože všechna duševní onemocnění jsou tříděna dle své charakteristiky do dílčích tříd, jako to třeba dělá Mezinárodní klasifikace nemocí, která třídí jednotlivé nemoci pod specifické kódy tvořeny písmeny a číselnými kódy. Klasifikaci se obecně nevyhneme ani při interakci se společností a lidmi v ní. Tam opět jsme my či právě klienti tříděni podle vlastností, rysů nebo právě duševního onemocnění do určitých tříd, na základě kterých jsme hodnoceni, přijímáni či naopak společností odmítáni a ovlivňuje to, jak s námi druzí hovoří, což opět souvisí s používáním specifického jazyka. Silné zalíbení

lidí v klasifikaci má kořeny už v počátcích středověké filozofie či samotného Aristotela, pro kterého vědět, znamenalo klasifikovat. Důležité je ovšem být si vědom toho, že klasifikace nám neříká nic o podstatě či významu věci, kterou se snažíme klasifikací vymezit (Bloom, 1991).

Dostávám se k žargonu pomáhajícího profesionála, který je často ovlivněn organizační kulturou, kdy právě pracovníci z jedné organizace mohou používat stejné jazykové výrazy. V článku také upozorňují na problematiku slov jako je pomáhat či intervenovat, které implikují pasivitu klienta, ale cílem by mělo být vést klienty k aktivizaci (Bloom, 1991). V tom hrají význam sociální služby jako je například sociální rehabilitace.

Posledním zmiňovaným jazykem je tzv. preferenční jazyk hodnot, který upozorňuje na to, že námi používaný jazyk je silně ovlivněn prostředím, ve kterém se aktuálně nacházíme, kontextem situace a také vztahem, který máme s člověkem, se kterým hovoříme (Bloom, 1991). Historicky byly pro osoby s duševním onemocněním používány termíny nesoucí negativní konotace (Vencovský, 1996). Zároveň užívání těchto termínů bylo ovlivněno právě historickým kontextem a také prostředím, zejména proto, že lidé s duševním onemocněním byli hojně zavíráni do psychiatrických zařízení, kde bylo snadné zbavit je lidské důstojnosti skrze používané výrazy a různé metody oprese. Často skrze prisouzení nálepky určité „odchylky od předpokládaného standardu“ docházelo a stále dochází k etiketizaci a následné stigmatizaci těchto osob. To jak s klienty hovoříme, je také ovlivněno tím, zda se jedná pouze o sociální službu nebo zda je tato služba propojena i se zdravotnickou složkou, kde se s diagnózami operuje častěji z důvodu spolupráce s lékaři a nemocničním prostředím.

Zmiňovaná studie nám pomůže chápat komplexitu sociálních situací, ve kterých se lidé s duševním onemocněním mohou nalézat i ve spolupráci se sociálními službami. Samotná Sapir-Whorfova hypotéza

poté napomáhá k uvědomování si možného silného dopadu jazyka na spolupráci s klienty.

## **2.2 Stigmatizace a etiketizační teorie**

V této kapitole se zaměřím na etiketizační teorie a stigma, které je s duševními onemocněními stále do jisté míry spojeno. Prostřednictvím používaného jazyka a jazykových kategorií slov, které jsou použité v kontextu práce určité organizační kultury, může docházet k tomu, že je na člověka uvalena jazyková nálepka a kvůli takovému označení se poté s daným člověkem určitým způsobem zachází. Nejprve definuji stigma a pak přiblížím etiketizační teorii. Stigma lze definovat jako proces, při kterém dochází k tomu, že je člověku připsána určitá nálepka, která vede k diskriminaci či k nepřijímání daného člověka zbytkem společnosti (NÚZD, 2021). V případě osob s duševním onemocněním je připsanou nálepkou myšleno klasifikování určitého duševního onemocnění, kvůli kterému může být tento člověk nějakým způsobem diskriminován. Stigma jako takové můžeme rozdělit na dva podtypy. Prvním druhem stigmatu je tzv. veřejné stigma, kdy stigmatizaci jako takovou vytváří široká veřejnost a druhým typem je tzv. osobní stigma, kdy se stigmatizuje sám člověk, který má nějakou nálepku připsanu bez ohledu na okolí (Markowitz, 2013). Příkladem veřejné stigmatizace může být používání devalvujících pojmů či neochota osoby s duševním onemocněním zaměstnat na volném pracovním trhu. Příkladem osobní stigmatizace může být to, že se člověk po přijetí konkrétní diagnózy stáhne z veřejného života do ústraní a stydí se za svoje onemocnění. Negativní dopady stigmatu můžeme vidět i v oblastech projevů samotné nemoci, kdy může docházet ke zhoršení symptomů (Markowitz, 2013). Stigmatizace vede i ke špatnému začleňování do společnosti, znesnadněnému navazování vztahů, nízkým příjmům, či nízkému sebevědomí. Tyto aspekty samy o sobě nevytváří vůbec ideální výchozí bod pro zotavování lidí, kteří nějaké duševní onemocnění mají klasifikované.

S tímto je také spojena teorie nálepkování, kdy stigmatizace v interpretaci „deviantního jednání“ je formovaná interakcemi mezi deviantními a nedevariantními osobami (Labeling theory, 2023). Becker (1973) ve své knize *Outsiders* popisuje, že společenské normy určují, zda bude dané jednání či klasifikace duševního onemocnění vnímána jako deviantní, v případě že ano, je připsána jedinci nálepka outsidera. V našem případě to, že je někdo klasifikován, jako duševně nemocný člověk samo o sobě nestačí k tomu, aby byl deviantním, čili vymyká se společenským normám a musel být nějak stigmatizován. Klíčové zde je označení jeho diagnózy druhými lidmi jako „deviantní“, které následně vede ke stigmatizaci. Dále také záleží na tom, zda člověk svoji nálepku přijme za svou či nikoliv. Následně stigma způsobené klasifikováním vede k tomu, že se pak i sami lidé s diagnózou duševního onemocnění vnímají s prvky stigmatizace. Teorie nálepkování nám může pomoci rozumět procesům stigmatizace, která je s duševním onemocněním stále v určité míře spojena.

### **2.3 Organizační kultura**

Dalším předpokladem mého výzkumu je, že jazykové kategorie a od nich odvinuté praktické jednání jsou součástí určitého sdíleného kulturního pole. V případě tohoto výzkumu je takovým polem prostředí (pomáhající) organizace, kde se určité způsoby myšlení a jednání (ve vztahu k lidem s duševním onemocněním) uplatňují. V této kapitole proto vymezím pojem kultura a pak se blíže podívám na organizační kulturu jako takovou. Vzhledem k tomu, že jsem výzkum prováděla ve dvou sociálních službách, má na získané poznatky značný vliv organizační kultura daných organizací. Pokusím se ve stručnosti přiblížit jednak kulturu jako takovou a poté organizační kulturu. S kulturou se setkáváme v každodenním životě, kdy nám pomáhá interagovat v našem sociálním prostředí a také nám dává nástroje, jakými komunikovat. Kulturu lze definovat jako způsob specifického chování a jednání mezi lidmi v určité společnosti.

Kultura nám také pomáhá interpretovat zažívané situace (Müller, 2013). Jiná definice říká, že kultura je uznávaný soubor přijatých hodnot a norem (Szczepeński, 1966). Z těchto dvou definic lze vyvodit, že kultura jako taková nám udává to, co je v dané společnosti vnímáno jako standard a běžně zažitý způsob pohledu na svět a také nám to pomáhá interpretovat naše prožitky, které v každodenním životě prožíváme. Pokud se podívám blíže na organizační kulturu, lze ji vnímat jako specifický soubor hodnot, kde můžeme najít určité hodnoty nebo aspekty, které vyjadřují nějaký zvyk. Celkově to ovlivňuje, jak se zaměstnanci v dané organizaci chovají a zároveň to vede k tomu, že se zaměstnanci v dané organizaci chovají stejně nebo přinejmenším velmi podobně (Fišer, 2014). Také je důležité reflektovat, že kultura v organizaci může přetrvávat i po odchodu některých zaměstnanců (Havrdová, 2011). Organizační kultura tedy značně formuje to, jakým způsobem zaměstnanci vystupují ve vztahu k okolí a také to má vliv na to, jak s okolím interagují. Na základě toho můžeme vyvozovat, že to, jak je nastavené organizační chování určité sociální služby, ovlivňuje zaměstnance i po stránce toho, jak mezi sebou navzájem či se svými klienty komunikují a zda používají nějaké specifické výrazy, které jsou pro jejich organizaci charakteristické. V neposlední řadě je důležitým aspektem i schopnost kultury v dané organizaci přežít i při odchodu či příchodu nových zaměstnanců, kteří automaticky nějakým způsobem přijímají kulturu dané organizace a často je to proces, který se děje nevědomky. Musil (2004) také zmiňuje, že organizace nese určité kolektivní vědomí, které vytváří představy o tom, jak by všichni pracovníci měli jednat či jaké hodnoty vyznávají. Pokud určitá organizace má představu, že je stále v pořádku používat termíny jako je „postiženej“, „schizofrenik“ apod. nebo přinejmenším toto téma nějak výrazněji nereflktují, je pravděpodobné, že to tak bude mít nastavené celá organizace. Nebo naopak pokud s touto oblastí vědomě pracují, je pravděpodobné, že to tak budou mít nastavené všichni pracovníci.

Matoušek (1999) také upozorňuje na to, že kultura v organizaci bývá často uzavřeného charakteru. To znamená, že pokud by se mělo měnit to, jak daná organizace funguje či například komunikuje se svými klienty, je to poměrně náročné na provedení z hlediska náročnosti vniknutí nových trendů do organizace ve střetu se starou kulturou. Proto tedy znalost Reformy péče o duševní zdraví může být brána jako nástroj, jak pro pracovníky, tak to může být i směrovka pro širokou veřejnost, které by pomáhala k odklonu od pejorativních a nevhodných výrazů, ale je důležité, aby tomu příjemci byli otevření. Stěžejní tedy je, jak má organizace nastavenou organizační kulturu, jak se k ní zaměstnanci staví, jak má vymezené to, jak s klienty či o klientech hovoří a zda dokáže reflektovat a následovat aktuální proměny na poli sociální práce a terminologického užívání, a jak moc je tomuto procesu otevřená. Tyto aspekty mají značný dopad na to, zda a jak se proměňuje pohled na člověka s duševním onemocněním a jestli se v dané organizaci operuje s klasifikačními termíny. Vnitřní chod a samotná organizační kultura organizace také ovlivňuje, jaké jazykové termíny pracovníci používají a pokud se vrátím k předešlé podkapitole, dopadá to také na to, zda v dané organizaci pracovníci dokáží přepínat mezi více druhy jazykových vyjádření. A zda jejich výrazy odpovídají aktuální situaci a příjemci jejich sdělení a zda jsou v rámci své organizace nějakým způsobem schopni tyto aspekty reflektovat.

### **3 SOCIÁLNÍ PRÁCE**

V této kapitole představím, co je to sociální práce a pak čtenáře seznámím s několika nabízenými sociálními službami, které obecně poskytují organizace pro osoby s duševním onemocněním. Uvádím to zde z toho důvodu, aby si čtenář lépe uvědomoval, v jakých kontextech se může sociální pracovník setkávat s člověkem s duševním onemocněním, protože tyto interakce jsou dále ovlivňovány jazykem, organizační kulturou dané organizace a povědomím pracovníků o probíhajících trendech. Prostředí a typ nabízených služeb tvoří tedy kontext pro to, kde se pracovník s klientem setkává a kde následně s klientem interaguje. A také touto kapitolou dokresluji kontext následné výzkumné činnosti.

Nejprve tedy vymezím, co je to sociální práce. Sociální práci je poměrně těžké definovat, některá z definic vidí sociální práci tak, že je zaměřena na řešení problémů a zmocňování klientů (Etický kodex sociálních pracovníků, 2023). Mezinárodní asociace sociálních pracovníků (2014) vnímá sociální práci jako činnost, která zapojuje jednotlivce do řešení jejich problémů a zaměřuje se na zvyšování obecného blaha společnosti skrze důraz na lidská práva a etické principy. A další definice vnímá sociální práci jako činnost se záměrem znovu obnovovat sociální fungování klienta se zaměřením také na změnu podmínek společnosti, které by tomuto procesu napomáhaly (Matoušek, 2012). Všechny tyto definice mají společné, že jejich cílem je zejména změnit klientovu situaci a napomoci mu v procesu řešení problémů, se kterými se aktuálně potýká.

#### **3.1 Druhy sociálních služeb**

O duševním onemocnění se hovoří čím dál tím více, což samo o sobě vede lidi k tomu, že sami o svých duševních potížích hovoří a chtějí je řešit, což implikuje vzrůstající poptávku po sociálních službách pro osoby

s duševním onemocněním a tím větší kontakt sociálních pracovníků s klienty. V následujících podkapitolách zmíním některé služby, se kterými se může člověk s duševním onemocněním nejčastěji setkat.

### **3.1.1 Sociální rehabilitace**

V této podkapitole vymezím sociální rehabilitaci. Sociální rehabilitace je definována v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., konkrétně v § 70 a jedná se tedy o aktivity, které by měly podporovat klientovu samostatnost, rozvíjet dobré návyky a dovednosti pro každodenní život. Služba je nabízena ambulantní či terénní formou. Za cílovou skupinu se obecně uvádí osoba se zdravotním postižením (Zákon o sociálních službách, 2006). Toto je obecnější vymezení toho, co daná sociální služba nabízí, pokud se podíváme na konkrétnější popis, najdeme tam specifitější vymezení činností:

*„a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*

*b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*

*c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

*d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon o sociálních službách, 2006).*

V našem kontextu si pod tím můžeme představit aktivity jako je zvládnání hygieny o svou osobu, péče o domácnost, doprovázení na úřady a jednání s různými úřady, doprovod na volnočasové aktivity, nácvik používání hromadných prostředků dopravy, podpora při hledání určitých kurzů (např. jazykových), nácvik sociálních dovedností a podpora při řešení každodenních činností.

### **3.1.2 Odborné sociální poradenství**

Odborné sociální poradenství je jednou z částí sociálního poradenství, které se dělí na základní sociální poradenství a právě na odborné sociální poradenství. Odborné sociální poradenství je vymezeno v zákoně o sociálních službách, a mělo by osobám napomáhat v řešení jejich specifických situací a mělo by obsahovat následující činnosti:

*„a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*

*b) sociálně terapeutické činnosti,*

*c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon o sociálních službách, 2006).*

Může se jednat o informování, které klienta obeznámí s různými dalšími službami, které by mohl navštěvovat, nebo se může jednat o poradenství, jak se třeba vyplňují různé žádosti a může to spočívat i v doprovodu na místo dalšího jednání. Také může být poradenství zaměřené na zvládání života se svojí nemocí či schopnost pracovat a udržet si práci.

### **3.1.3 Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení je vymezeno v § 51, kde je vymezeno jako pobytový druh sociální služby, které je určeno především pro osoby se zdravotním či chronickým onemocněním, kteří potřebují, aby jim v jejich bydlení byla nápomocná další osoba (Zákon o sociálních službách, 2006).

A jedná se o následující činnosti:

*„a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*

*b) poskytnutí ubytování,*

*c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*

*d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*

*e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

*f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*

*g) sociálně terapeutické činnosti,*

*h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon o sociálních službách, 2006).*

Může se jednat o budování samostatnosti klientů v kontextu bydlení a zároveň klienty můžeme podporovat i ve zvládnutí každodenních činností.

Z nástinu konkrétních sociálních služeb vyplývá, že se sociální pracovník s klientem setkává v poměrně různorodém kontextu různých činností a různých prostředí, ať již na poli jednání s dalšími osobami, informování klienta, tak i na poli bydlení. Z toho vidíme, že dané interakce mohou být značně ovlivněny používaným jazykem či prostředím (organizační kulturou). To jak o klientovi bude sociální pracovník přemýšlet, jak s ním jedná a mluví, může určitým způsobem ovlivňovat i další osoby či výsledky jednání. Je tedy důležité, aby každý pracovník různých organizací reflektoval své jednání a používaný jazyk, neboť jeho hlavním záměrem by měla být snaha podporovat klienta v budování větší míry samostatnosti a v napomáhání řešení klientovy nepříznivé situace.

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A METODOLOGIE VÝZKUMU

Na základě teoretických východisek, jejichž tématem je jazyk, etiketizační teorie a organizační kultura, budu v praktické části směřovat svoji pozornost na realizaci kvalitativního výzkumu ve dvou organizacích sociálních služeb prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a klasického a in vivo kódování. V této kapitole čtenáře seznámím s tím, co je to kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor a kódování.

Kvalitativní výzkum usiluje o pochopení výzkumníkem zkoumaného problému a snaží se vytvořit komplexní pohled na daný problém očima účastníků, od kterých jsou informace pro výzkum získávané (Creswell, 1998). Jiná definice říká, že kvalitativní výzkum je proces, kdy výzkumník sbírá a následně interpretuje získané informace z přirozeného prostředí účastníků výzkumu (Hendl, 2016). V kvalitativním výzkumu je tedy důležité spíše získat podrobnější data ke zkoumané oblasti a následně si díky nim vytvořit komplexní pohled na věc. Případným úskalím realizace kvalitativního výzkumu může být to, že získané informace mohou být ovlivněny samotným výzkumníkem. Nevýhodou je také časová náročnost realizace rozhovorů a i samotné interpretaci získaných informací (Hendl, 2016).

V této práci realizuji polostrukturované rozhovory, při kterých má výzkumník připravené otázky k danému tématu dopředu a pokládá je účastníkům rozhovoru. Zároveň je výzkumník v pokládání otázek flexibilní a je schopen je dále reflektovat do dalších rozhovorů, či otázky přizpůsobovat situačně (Mišovič, 2019). Výzkumník tedy přichází s dopředu připravenými otázkami, kterých se ale nemusí striktně držet a přizpůsobuje jejich pořadí či formulaci aktuální situaci. Dotazování probíhá formou rozhovoru, kdy je dobré oprostít se od rolí a být si spíše rovnocennými partnery rozhovoru. Následnou analýzu získaných informací provádím tzv. klasickým a in vivo kódováním. Během klasického kódování hledám v textu určitá slova či věty, kterým následně

přiřazuji specifické kódy z teoretického rámce práce tedy nějaké odborné výrazy, nebo používám tzv. in vivo kódy, kterými jsou výrazy, které použil můj výzkumný soubor (Strauss, Corbinová, 1999). Pod klasickými kódy tedy lze vidět souvislosti v návaznosti na teoretická východiska, kdežto in vivo kódy jsou takové, se kterými jsem dopředu nepočítala, ale během kódování se začaly samy vynořovat.

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST

V této kapitole vymezím prováděný výzkum, jak probíhal sběr informací a následná interpretace dat, a také se zaměřím na etické otázky výzkumu.

V této práci jsem výzkumný vzorek tvořila metodou záměrného výběru, která spočívá v tom, že hledáme takové osoby, které splňují námi stanovená kritéria (Miovský, 2006). V mém případě kritériem výběru bylo vytvořit výzkumný vzorek ze sociálních pracovníků. Jednak tedy z mnou vybrané organizace, která se primárně zaměřuje na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním a dále pak sociálními pracovníky z organizace, která nemá jako svoji cílovou skupinu stanovené osoby s duševním onemocněním. V každé organizaci jsem oslovila jednu osobu, se kterou jsem rozhovor uskutečnila. Tato osoba mi následně odkázala na své kolegy z organizace, kteří by byli ochotní se mnou rozhovor realizovat. Před samotnými rozhovory jsem si stanovila předběžné otázky, na které jsem se chtěla ptát, a které se vztahovaly k tomu, abych se dozvěděla informace relevantní pro můj výzkumný záměr. Rozhovory jsem realizovala od října 2022 do prosince 2022. Vedla jsem polostrukturované rozhovory a počet rozhovorů nebyl dopředu nijak stanoven. Šlo o to, aby došlo k principu naplnění. Nakonec jsem uskutečnila 7 rozhovorů. S osobami z výzkumného vzorku jsem si domluvila schůzku ať již u nich v organizaci či například v kavárně, dle preferencí těchto lidí. Rozhovor probíhal v různé časové délce od půl hodiny do hodiny. Před realizací rozhovorů jsem účastníky seznámila s mojí prací a zkoumaným problémem, představila jsem jim otázky, které mi zajímaly, a následně jsem se jich dotázala, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru, o čemž byli dopředu informováni. Obeznámila jsem je s uplatněním výpovědí v mojí práci a také jsem jim přislíbila anonymitu. Po uskutečnění rozhovorů jsem získané nahrávky přepsala a po sesbírání všech rozhovorů a jejich prepisů jsem se pustila do kódování. V práci používám klasické a in vivo

kódování v kombinaci s hierarchickým kódováním. Kódování můžeme chápat jako nástroj, který nám umožňuje získané informace popsat a vidět mezi nimi vzájemné spojitosti (Hendl, 2016). V případě této práce nám kódy umožňují vidět spojitosti mezi výpověďmi výzkumného souboru ať již v rámci jedné organizace či napříč oběma. Zároveň nám napomáhají propojovat teoretická východiska s výzkumem a získávat informace, které se nacházejí tzv. mezi řádky a osvětlují více danou problematiku.

Pokud se zaměřím na postup realizace výzkumu, tak před tím, než jsem začala jednotlivé přepisy kódovat, jsem si stanovila hlavní kódy na základě teoretických východisek a historického diskurzu. Výběr těchto oblastí jsem provedla z důvodu toho, že všechny zmíněné oblasti se mohou navzájem ovlivňovat a mohou mít dopad na přístup ke člověku s duševním onemocněním, používání diagnostického jazyka či organizační kulturu. Při analýze jsem dále tyto kódy hierarchicky rozvíjela dalšími kódy, které jsem v textu našla, a které souvisely s některým z hlavních témat. Tyto rozvíjející kódy jsem dále dělila buď na kódy, které jsem v rozhovorech očekávala a pak na tzv. in vivo kódy, které se v textu vynořovaly z toho, jak výzkumný vzorek o věcech hovořil. Celkově tedy vznikly tři typy kódů. Hlavní kódy na základě teoretického rámce, rozvíjející kódy a pak in vivo kódy rozvíjející hlavní kód/nebo nezávislé in vivo kódy, viz Příloha č. 1. Pro ilustraci uvádím příklad toho, jak proces tvorby probíhal. Jedním z hlavních kódů je kód J0- diagnostický jazyk, který vychází z teoretického rámce toho, že používaný jazyk má určitý vliv na spolupráci, s tímto hlavním kódem souvisely rozvíjející kódy jako například J1- změny v diagnostice, J2- operování s diagnózami v rámci organizace- oba tyto rozvíjející kódy jsem očekávala vzhledem k teoretickému rámci práce. Oba kódy J1 a J2 jsem si v textu zároveň označila J0, čímž jsem si tyto pojmy hierarchicky zařadila pod kód J0- diagnostický jazyk, díky tomu jsem kódy mohla přehledně v textu vyhledávat. Následně uvedu příklad in vivo kódu jako je například

Z0- zdroj ohrožení navázané spolupráce či M0- dovednosti potřebné pro práci s lidmi s duševním onemocněním. S těmito kódy přišel výzkumný vzorek sám. Následně na základě vytvořených kódů jsem si sepisovala informace, které výzkumný vzorek neřikal přímo, ale vyplýval z kódů, například z kódu T0- třídění klientů, vyplynulo, že duševní onemocnění významně ovlivňuje důvěru mezi klientem a sociálním pracovníkem. O tom ale více při interpretaci poznatků. Celý proces kódování probíhal ve Wordu, vzhledem k tomu, že jsem neměla přístup k žádnému speciálnímu programu. Kódy jsem si označovala pomocí různých barev a za jednotlivé úseky jsem napsala hranatou závorku a číslo kódu. Kódování je proces, který se vždy děje opakovaně, takže jsem kódovací proces realizovala vícekrát, aby mi neuniklo nějaké sdělení, které lze okódot. Skrze kódy jsem následně zjistila odpověď na moji výzkumnou otázku, jak klasifikace duševního onemocnění ovlivňuje spolupráci se sociálními službami, respektive jak se klasifikační termíny proměňují v kontextu reformy psychiatrické péče. Mimo jiné jsem z rozhovorů získala i další informace, které v další kapitole také zmíním.

Pokud se zaměřím na možná rizika prováděného výzkumu, tak jedním může být to, že některé respondenty osobně znám a tykáme si na základě různých spoluprací v minulosti, ale osobně jsem žádný negativní vliv na výzkum nezaznamenala. Naopak mi to možná usnadnilo navazování kontaktu a získání kontaktů na další osoby, se kterými jsem mohla rozhovory provést.

## **5.1 Interpretace dat**

V této kapitole přiblížím mnou okódotované výpovědi z provedeného výzkumu. Informace budu ve větší míře uvádět jednotně bez důrazu na porovnávání výpovědí informátorů dle jejich organizace působení (jak je již zmíněno v úvodu). Je to proto, že ne ve všem se jejich organizační kultura a přístup ke klientům liší. V některých případech

uvádím, o jakou z organizací se jedná, ale jen pokud se výpovědi informátorů z jednotlivých organizací opravdu zásadně liší. V jednotlivých podkapitolách dělených dle hlavních kódů interpretuji zjištěné informace doplněné citacemi z rozhovorů. Bude se jednat o hlavní kódy: klasifikace, jazyk, stigma a etiketizace, organizační kultura, reforma péče o duševní zdraví a historický diskurz. A poté se v podkapitole zaměřím na in vivo kódy: potřeby klientů, obavy o klienty, lapiduch a lusknutí prstu.

### 5.1.1 Klasifikace

Zde se zaměřím na jeden ze stanovených hlavních kódů a to na kód klasifikace. Pod klasifikaci jako takovou spadá i určitý druh třídění klientů. Výzkumný vzorek udával různé druhy třídění klientů, který se může lišit i v rámci jedné organizace, která má svoji specifickou organizační kulturu. *„Různý týmy mají různý jazyky a různý služby mají různý okruhy potřeb“*. Obecně můžeme říct, že se jedná zejména o to, zda je služba schopna klientovi být nápomocná, zda klient do cílové skupiny spadá či jakou míru podpory člověk potřebuje. Můžeme zde najít i aspekty třídění podle diagnóz: *„kdybych to vzala na diagnózy, tak určitě úzkostný, depresivní poruchy, nebo jako deprese jako takový, schizofrenie“*. Pod klasifikaci spadá i to, jak duševní onemocnění ovlivňuje spolupráci se sociálními službami. Zde nalezneme několik aspektů. Jedním je to, že v organizaci pro osoby s duševním onemocněním, která má stanovenou tuto cílovou skupinu je předpokladem pro přijetí do služby výskyt duševního onemocnění. Dalším aspektem je to, že v některých službách, respektive spíše zdravotnických organizacích může docházet k vysoké fluktuaci klientů. Pokud si to pracovníci neuvědomují, může to klienty negativně ovlivňovat a vést ke stigmatizaci. *„Některý rozumí tomu, že lidi s duševním onemocněním často trpí a často trpí tím, že si je v tom systému podávají jako horkou bramboru“*. Velmi zásadním zjištěním je, že duševní onemocnění má během spolupráce značný vliv na budování či udržování důvěry. Výzkumný vzorek v několika výpovědích referoval

o to, jak během spolupráce bylo těžké vytvořit si důvěru: „*A vlastně si teď vybavuju situaci, že v minulosti, když tu ňáci takoví klienti byli, tak občas bylo těžký s nima ňáký ten vztah navázat, protože byli hrozně nedůvěřiví*“ či jak během spolupráce byla důvěra ohrožena například skrze akutnost hospitalizace daného klienta: „*že člověk potřebuje hospitalizaci, člověk nechtěl, že jo, což je pochopitelný, tohle se určitě několikrát stalo, někdy chvíli trvalo, než jsme tu důvěru zpátky vybuodovali*“. V některých případech docházelo i k ohrožení důvěry skrze to, že klient něco říkal, ale pracovnice mu nevěřila, byť mluvil pravdu: „*mně to přišlo tak absurdní, že jsem si říkala, jo to je ta mánie a paní sem to nevěřila*“. S tím také souvisí určitá proměnlivost v chování klienta, která pak také ovlivňuje spolupráci: „*ten vztah se pak pohybuje na vlnách*“. V případě skupinové práce výzkumný vzorek uváděl problematičnost, koho v rámci práce upřednostnit, zda člověka s duševním onemocněním či dalších pět lidí bez duševního onemocnění. Klasifikace duševního onemocnění může tedy vyvolávat i dilematické otázky. Také může u pracovníků vzbuzovat větší potřebu kontroly, aby se klienti cítili dobře: „*mám tendenci to hlídat*“. Klasifikace duševního onemocnění může být vnímána i jako prostředek vysvětlení pro určité klientovo chování, tím pak vzniká větší prostor pro porozumění si mezi klientem a pracovníkem: „*Je hrozně smutná, plačtivá a jeden den je pak úplně hyperaktivní, je hrozně kontaktní. Ale právě tím, že to vím, že to takhle má, tak to u ní prostě respektuju, že kdyby to třeba dělal někdo jinej, tak si asi řeknu, hm, tak to je ňáký divný, ale u ní když to vím, tak to respektuju*“. Posledním aspektem je také v některých případech velký tlak na udržování si hranic s klienty, což může být potencialem zdrojem konfliktu mezi klientem a pracovníkem: „*jedna klientka kolegyni neustále volala a neměla prakticky co říct, jenom volala a čekala, co kolegyně řekne*“. Posledním kódem spadajícím pod klasifikaci jsou přínosy klasifikace duševního onemocnění pro klienty. Mým původním předpokladem bylo, že klasifikace duševního onemocnění je spíše něco špatného co vede ke stigmatizaci. Z rozhovorů

ovšem vyplynulo, že pro některé klienty je klasifikace duševního onemocnění zdroj uklidnění či pochopení toho, co se to s nimi vlastně děje: „*konečně to vysvětlí všechny ty věci, konečně to má nějaký vysvětlení a najednou člověk ví, že no jo nejsem jenom magor ve smyslu, že si to všechno vymejším, ono to existuje a já to mám*“, „*Asi je důležitý vědět, že mi něco je*“. Zde bych zmínila dílo *Becoming marijuana user*, kde Howard Becker (1953) pojednává o tom, že je důležité naučit se marihuanu užívat a ztotožnit se s procesem užívání. Jen v takovém případě se užívání marihuany může stát pozitivní zkušeností a ne nepříjemným prožitkem. Vnímám zde určitou paralelu s tím, že pro některé klienty může být klíčové přijmout a naučit se „užívat“, respektive žít s určitou diagnózou duševního onemocnění a skrze to si vysvětlit špatné prožitky, které třeba v rámci jejich onemocnění byly přítomny. Proces klasifikace slouží i pro nastavování medikace a proces léčby. Klasifikace může být přínosná i ve vztahu sociálního pracovníka a klienta, kdy v případě nějakých problémů si to pracovník dokáže přiřadit třeba k projevům daného onemocnění.

### **5.1.2 Jazyk**

Zde se zaměřím na kód diagnostický jazyk. Pod tímto kódem můžeme nalézt jednak změny v diagnostice, a také to, jak s diagnózami operují v rámci daných organizací a v jimi nastavené organizační kultuře. Výzkumný vzorek z různých diagnóz nejčastěji zmiňoval depresi, bipolární poruchu a schizofrenii, byť ČPZP (2023) za nejčastější duševní onemocnění udává: „*úzkostné poruchy, fobie, poruchy příjmu potravy*“. V organizaci, která nemá duševní onemocnění jako cílovou skupinu, často vyprávěli, že s diagnózami v rámci organizace neoperují, maximálně v případě vedení zápisů. Zkusím se vrátit na začátek práce k textu *Six Language of Social Work* a propojit si jednotlivé druhy jazyka s výpověďmi výzkumného vzorku. Prvním druhem jazyka byl jazyk klienta, kdy je důležité, jak o sobě lidé mluví a sociální pracovník by měl

podporovat, aby sebepojetí klientů bylo víc než diagnóza: „*u těch lidí často bývá, že nejdřív je ta nemoc a až když se zeptáme, a co kromě toho, tak najednou neví, že je to může pohlit*“. V případě, že pracovník tento jazyk nereflektuje, může tím udržovat určitou míru stigmatizace těchto osob a udržovat je v nevýhodné pozici.

Druhý byl jazyk teoretika, to můžeme napasovat na to, jakým jazykem hovoří sociální pracovníci v organizaci. Předpokladem bylo, že v organizaci pro osoby s duševním onemocněním se bude s diagnózami více operovat. V závěru vyšlo najevo, že jde spíše o operování s diagnózami vůči externím subjektům než vůči klientům. V případě druhé organizace bylo uváděno, že s diagnózami nijak neoperují.

Třetím jazykem je jazyk výzkumníka, který můžeme propojit s klasifikačním systémem MKN (viz kapitola 1), který provádí revizi určitých diagnóz. Z rozhovorů můžeme vidět, že sociální pracovníci mají povědomí zejména o jedné provedené změně: „*No, tak jako vím, že třeba bipolárka byla dřív maniodeprese*“. Což lze propojit i s povědomím sociálních pracovníků o reformě psychiatrické péče. O tom ale více řeknu v podkapitole zaměřené na kód Reforma péče o duševní zdraví.

Čtvrtým jazykem je „*the categorical language of the information scientist*“, který odkazuje k libování si v kategorizování věcí. Z rozhovorů jsem zjistila, že velmi často je vyvoláván určitý tlak externích subjektů, jako například pojišťoven či zdravotních organizací, které vyžadují uvedení diagnózy například z důvodu příspěvku či zavedení medikace: „*pro pojišťovnu vedeme spisy tak, že tam uvádíme diagnózy*“. V ten moment je v podstatě nutností s klasifikací duševního onemocnění operovat. Lze v tom vidět i určitý vliv organizační kultury, která v rámci některých organizací (jako jsou nemocnice apod.) k používání klasifikací v podstatě vybízí.

Pátým jazykem byl žargon pomáhajícího profesionála, odkazující na používání podobných termínů v rámci jedné organizace a její organizační kultury. Při mém výzkumu jsem zaregistrovala dva opakující se pojmy. Jedním byl lapiduch a druhým lusknutí prstu. Lapiduch se opakoval v rámci jedné organizace, druhý pojem se vyskytoval v rámci druhé organizace. Je tedy zjevné, že v takových termínech spolu někteří pracovníci hovoří.

Posledním šestým jazykem byl jazyk hodnot, který bere v potaz odlišnost používání jazyka v rámci odlišného prostředí. Příkladem může být již zmiňovaná fráze z jednoho rozhovoru: „*různý týmy mají různý jazyky*“. S tímto výrokem mohu propojit kapitolu o různých poskytovaných sociálních službách, kdy se používání jazyka bude dost možná lišit v odborném sociálním poradenství od chráněného bydlení, kde samotná interakce spočívá v řešení jiných věcí. Vztahují-li tedy získané informace na studii Six Language of Social Work, tak všechny tyto zmiňované jazyky jsou jazyky, které jsou součástí organizační kultury (v našem případě součástí organizační kultury zkoumaných organizací). V rámci nastavené organizační kultury musí sociální pracovník přepínat mezi určitými jazykovými kódy, které následně nese do interakcí s klienty či do svých výpovědí.

### **5.1.3 Stigma a etiketizace**

V rámci tohoto kódu jsem zjistila, že někteří lidé mají zarytou představu o tom, že změna nemůže probíhat rychlým způsobem, ale že je to proces vyžadující hodně času, jak výzkumný vzorek, který nemá cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním, uváděl: „*možná se ten pohled na člověka trochu mění, ale minimálně*“. Markowitz (2013) uvádí, že právě jedním typem stigmatizace je tzv. veřejné stigma, kdy se jedná o stigmatizování veřejností, která vybrané lidi svým chováním či přístupem stigmatizuje. Rigidní myšlení nepřispívá proměnám a snižování stigmatizace těchto osob, naopak brání efektivním změnám.

Se stigmatizací souvisí i pozitivní přínosy reformy péče o duševní zdraví, výzkumný vzorek zmiňoval přínosy, které tím klienti získávají. *„Protože já si to onemocnění nechci nechat léčit, protože by se profláklo..., je víc kladen důraz na člověka jako takovýho a ne na to, že je to jako nějaký blázen“*. Jedná se tedy o přínos toho, že stigmatizace se obecně snižuje a díky tomu více lidí je ochotno podstoupit léčbu či vyhledat odbornou pomoc a tito lidé jsou ve společnosti více přijímáni a respektováni. Etiketizaci lze vidět ve výroku: *„tak najednou neví, že je to může pohlit“*, pokud člověk přijme diagnózu jako svojí nálepkou, která ho nějak omezuje, tak pak najednou nemusí vědět, kým kromě své diagnózy vlastně je.

#### **5.1.4 Organizační kultura**

Z rozhovorů vyplynul jeden zajímavý kód, který popisoval specifické dovednosti pracovníků při práci s lidmi s duševním onemocněním. Zde zazněly výroky jako: *„máme nějakou svoji odbornou zvědavost, mít na to ten čuch, psychoterapeutický pohled na tu věc nebo možná jsme trochu víc konstruktivisticky manipulovaný myšlení, že člověk, kterej v tomhle pracuje tu schopnost má se nacejtit, v těchle organizacích pracují lidi, kteří to chápou“*. Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním by tedy měl být empatický, mít porozumění a smýšlet víc mimo běžně nastavené normy. Při vstupu do terénu jsem nepočítala s tím, že je třeba mít nějaké specifické dovednosti, respektive jsem nepředpokládala, že o nich výzkumný vzorek bude hovořit. Na zmíněném výroku informátora lze zaznamenat i určitou představu, jak asi bude vypadat organizační kultura a používaný jazyk v rámci organizace, kde pracují sociální pracovníci, kteří by měli vykazovat zmiňované osobnostní či profesní charakteristiky. Jeden z informátorů také uvedl, že: *„bejvali jsme organizace, která ty diagnózy nebrala tak vážně“*. Nastavení samotné organizační kultury a toho, jak to v organizaci chodí, je tedy závislé na tom, jak si to sama organizace nastaví. Zároveň ale z rozhovorů vyplynulo, že organizační kultura je také obecně ovlivněna tím, s jakou

cílovou skupinou pracovníci pracují, případně prostředím ve kterém se obvykle pohybují čili určitým očekáváním externích subjektů na to, jak by organizace měla fungovat či jaké termíny používat.

### 5.1.5 Reforma péče o duševní zdraví

Pod tento kód jsem zařadila, jaké povědomí o reformě psychiatrické péče sociální pracovníci mají a v jakých kategoriích smýšlejí. Z celkového vyprávění výzkumného vzorku, který primárně s lidmi s duševním onemocněním pracuje, bylo patrné, že se v této tematice vyzná a denně s ní pracuje, s čímž jsem počítala. Ale překvapilo mě, že v případě druhé organizace jejich povědomí o reformě psychiatrické péče je velmi nízké. Předpokládala jsem, že je to něco, o čem mají sociální pracovníci obecně přehled i vzhledem k tomu, že mají povinnost se stále vzdělávat. Pro ilustraci uvádím jednu z výpovědí: *„Tak představím si pod tím dbání na lidský práva, nějakou lidskou důstojnost a uspokojování vyšších potřeb, ne jen ten základ, taky třeba nějaká aktivizace a lidštější přístup v tý psychiatrický péči a důraz na holismus“*. Z odbornějších termínů zaznívaly pojmy jako deinstitucionalizace či destigmatizace. Argumentem toho, že nemají takové povědomí o této problematice je zejména to, že to není něco, s čím by denně pracovali.

V rozhovorech zaznívaly i přínosy reformy psychiatrické péče, jako: *„že odešli z nemocnice a můžou žít víc normální život“*, že tedy díky reformě se krátí doba hospitalizací. Dochází i k zlepšování toho, v jakém prostředí třeba lidé během hospitalizace přebývají: *„někdy jako změny hlavně jako prostorově“*, A také vyzdvihovali větší propojenost sociálních služeb se zdravotnickou složkou: *„celou dobu jsme naráželi na to, že jsme jenom ta sociální služba a že tam nemáme tu zdravotní složku“*. Eidelman (2011) vnímal deinstitucionalizaci jako větší směřování ke komunitním formám péče. I ve výpovědích můžeme nalézt poukazování na větší míru terénní práce v klientově prostředí: *„jsou týmy, který možná můžou udělat něco u něj doma“*. Můžeme si tedy všimnout, že jsou konkrétní věci, které

jsou sociálními pracovníky vnímány jako hlavní přínosy reformy péče o duševní zdraví, které jsou vnímány v kontextu jejich nastavené organizační kultury, skrze kterou vystupují navenek.

### **5.1.6 Historický diskurz**

V rámci historických proměn, o kterých jsem v historickém diskurzu mluvila, jsem zaznamenala i to, jaké proměny v klasifikačních termínech vidí samotní sociální pracovníci. Pracovníci poukazovali na fakt, že skrze reformu péče o duševní zdraví je kladen více důraz na člověka jako takového, tím pádem nejsou klasifikace duševních nemocí tím hlavním aspektem, který je při spolupráci používán a mělo by to dopadat na používaný jazyk či formování organizační kultury. Co se týče proměn v různých názvech diagnóz, nejčastěji jsem se setkala se zaregistrováním toho, že maniodepresivní psychóza se již nepoužívá a byla nahrazena termínem bipolární porucha: *„Někdy se mění, myslím, že bipolární porucha, byla původně maniodepresivní psychóza“*. O jiných terminologických či historických změnách jsem se od výzkumného vzorku více nedozvěděla.

### **5.1.7 In vivo kódy**

Poslední podkapitulu zaměřím na in vivo kódy, které jsem původně neočekávala a ani přímo nesouvisí se stanovenými hlavními kódy. V rozhovorech jsem zaznamenala velký důraz sociálních pracovníků na potřeby klientů, které byly interpretovány jako klíčové při spolupráci v jejich službě. *„Že se s ním budeme domlouvat, co pro něho můžeme udělat v té jeho verzi příběhu, aby on když odchází, měl pocit, tady mě poslouchaj a dokonce mi pomáhají, s tím s čím jsem sem přišel a ne s něčím jiným“*. Výzkumný vzorek také poukazoval na to, že se všemi klienty pracují individuálně, a někteří z výzkumného vzorku uváděli, že ani v podstatě nezáleží na tom, zda má člověk duševní onemocnění vzhledem k individuálnímu přístupu ke všem.

Překvapivým nálezem v rozhovorech byla jistá obava o klienty, ať již v kontextu nedostatku služeb pro osoby s duševním onemocněním nebo vzhledem k tomu, jak člověk svoji nemoc zvládá: *„Kdo jim pomůže, když jim nepomůžeme my?“*. Na tomto výroku můžeme zaznamenat určitou symbolickou rovinu toho, jak se samotní pracovníci vnímají. Pracovníci zaujmají postoj, že jejich vykonávaná práce je nezbytná a oni jsou ti, kdo ji musí dělat. Zároveň to vyjadřuje určitý sebeobětovací postoj, vzhledem k tomu, že není, kdo jiný by kromě nich daným klientům pomohl. Za důležité pracovníci považovali i to, věnovat se tomu, co je pro klienta aktuálním problémem: *„Pak nám třeba dojde, že on si sice přišel pro léky, ale zároveň prostě už dva měsíce neplatí za byt, nebo nejí týden, nebo něco, nespí“*. A za hlavní prostředek pro zjišťování informací od klientů zmiňovali rozhovor: *„My s tím klientem musíme strávit nějaký čas mluvením o všem možným“*.

Posledními zajímavými in vivo kódy jsou pojmy lapiduch a lusknutí prstu. Tyto dva termíny v sobě nesou určitý symbolický význam. Pokud se zaměříme na symbolickou rovinu významu, tak je třeba definovat, co je to symbol sám o sobě. Symbol můžeme chápat jako něco, co na první pohled nemusí být vidět, ale skrze metaforické pojetí se nám ukazuje skrytý význam v daném symbolu (Geertz, 2000). Dále symbolu můžeme rozumět tak, že: *„slouží jako nositel pojmu-tento pojem je významem symbolu“* (Geertz, 2000, str. 107). Symboly mohou být zdrojem sociální akce a mohou dát formu tomu, jak akce bude vypadat (Hoskins, 2015). Symbolický význam tedy udává, co je skryto za samotným pojmem a může určovat, jak lidé o dané věci skrze skrytý význam dále uvažují, a jak jednájí a vystupují navenek. Samozřejmě je třeba zmínit, že symbolická rovina významu nikdy nestojí sama o sobě, ale je napojena na zbylé roviny jako je rovina psychická či fyzická. Jeden z informátorů pronesl: *„Aby neměli pocit, že na ně pošleme nějaký lapiduch, to je pak k ničemu.“* Lapiduch je vlastně symbol, který potencionálně ohrožuje navázanou spolupráci a vytvořený vztah mezi klientem a pracovníkem.

Odkazuje k tomu, že je pro pracovníky důležité, aby klienti hospitalizaci, kterou třeba sami nechtěli, nevnímali jako podpásovku od samotných pracovníků. Vnímání tohoto pojmu pak může vést k většímu reflektování spolupráce a vztahu klienta a sociálního pracovníka. Výraz „nemůže se to změnit lusknutím prstu“ je symbolem určité rigidity myšlení a představy, že změny trvají. Pokud sociální pracovník tento význam bere jako běžně zaběhlý způsob, tak se to může odrážet ve spolupráci s klientem, neboť duševní onemocnění může být vnímáno jako něco, čeho se člověk těžko zbavuje. Sociální pracovník pak má nižší šanci zaregistrovat, že se třeba ta nemoc lepší a drží se toho, že to nejde rychle vyléčit. To může vytvářet určitou bariéru při poskytování intervence (vykonávání určitého druhu sociální práce), protože lidé jednají s druhými na základě toho, jak jsou zvyklí o dané věci mluvit a smýšlet.

## ZÁVĚR

V předkládané práci jsem se zabývala tematikou Pohled na člověka s duševním onemocněním, kdy jsem si za cíl kladla zjistit: „Jak klasifikace duševního onemocnění ovlivňuje spolupráci se sociálními službami, respektive jak se klasifikační systémy (a jejich používání) proměňují v kontextu reformy psychiatrické péče.“ Práce je členěna na kapitoly o historickém diskurzu, teoretických východiscích, sociální práci, metodologii a praktickou část. Ty jsou dále členěny do podkapitol. V práci se opírám o teoretická východiska zaměřená na používání jazyka, organizační kulturu, stigmatizaci a etiketizaci. Také čtenářům přibližuji historický diskurz, reformu péče o duševní zdraví, sociální práci a konkrétní druhy nabízených sociálních služeb. Výzkum jsem zaměřila na dvě sociální služby, jednu primárně určenou pro osoby s duševním onemocněním a druhou, jejíž cílová skupina se liší. Realizovala jsem 7 polostrukturovaných rozhovorů, které jsem při přepisu kódovala předem stanovenými kódy a současně jsem nacházela i další kódy, o kterých hovořil výzkumný vzorek tzv. in vivo kódy. Z rozhovorů jsem zjistila, že klasifikace duševního onemocnění určitým způsobem spolupráci se sociálními službami ovlivňuje, zejména co se týče budování důvěry či jejího možného narušování během spolupráce. Duševní onemocnění je mnohdy také kritériem přijetí do služby. Předpoklad, že v organizaci pro osoby s duševním onemocněním se bude více operovat s diagnózami, nebyl úplně potvrzen. Spíše jsem zjistila, že mnohdy používání diagnóz a klasifikačních systémů souvisí s tlakem externích faktorů, jako jsou zdravotnické složky či pojišťovny. Další předpoklad, že mají sociální pracovníci obecný přehled o reformě psychiatrické péče, se mi nepotvrdil. Zjistila jsem, že v organizaci, kde mají jinou cílovou skupinu, o daném tématu mají minimální povědomí z důvodu minimálního kontaktu s touto oblastí. A v poslední řadě vyšlo najevo, že přístup v jednotlivých organizacích se výrazně neliší, proto jsem v praktické části nekladla

důraz na porovnávání výpovědí jednotlivých organizací. V obou organizacích přistupují ke klientům individuálně a tím pádem není kladen nějak značný důraz na klasifikaci jejich duševního onemocnění. Z rozhovorů vyšlo také najevo, že si je výzkumný vzorek vědom jistých proměn v používání klasifikačních termínů nejen v kontextu reformy psychiatrické péče. Zejména zmiňovali změnu maniodepresivní psychózy na bipolární poruchu. Používání klasifikačních termínů se dle informátorů do jisté míry proměňuje, respektive je kladeno větší zaměření na člověka jako takové a i společenský pohled na osoby s duševním onemocněním je již spíše zaměřen kladným směrem. Zároveň je to ale částí výzkumného vzorku vnímáno jako proces, který se nemůže stát nějak závratně rychle. Používání klasifikačních termínů se také odvíjí od nastavené organizační kultury, která určuje, co je v dané organizaci bráno jako norma. Pohled na člověka s duševním onemocněním a přístup k němu se pomalu zlepšuje, nicméně to, jak jsou tyto lidé vnímáni, se odvíjí zejména od nastavení dané společnosti. Pro další výzkumnou činnost by bylo možné zaměřit se na to, jak toto téma vnímají sami lidé s duševním onemocněním či co ovlivňuje informovanost sociálních pracovníků o aktuálních trendech v širokém poli témat sociální práce. Dále by se dalo více zaměřit na jazykové termíny používané obecně v různých sociálních službách a jejich případný vliv na kvalitu poskytovaných služeb.

## RESUMÉ

Bakalářskou práci jsem zaměřila na problematiku klasifikace duševního onemocnění a samotný pohled na tyto osoby. Práci jsem rozčlenila na kapitoly o historickém diskurzu, teoretických východiscích, sociální práci, metodologii a praktické části. V části zaměřené na teoretická východiska vycházím ze studie Six Language of Social Work, etiketizační teorie, stigmatizace a organizační kultury. V kapitole zaměřené na metodologii, přibližuji teoretická východiska pro realizaci výzkumu. Praktická část je zaměřena na popsání postupu daného výzkumu a samotný výzkum, který probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů ve dvou sociálních službách. Jedné pro osoby s duševním onemocněním a druhé s jinou cílovou skupinou. Za cíl bakalářské práce jsem stanovila, jak klasifikace duševního onemocnění ovlivňuje spolupráci se sociálními službami, respektive jak se klasifikační termíny (a jejich používání) proměňují v kontextu reformy psychiatrické péče. Z výzkumu jsem zjistila, že klasifikace duševního onemocnění má největší vliv na budování či udržení důvěry mezi pracovníkem a klientem. Výzkumným vzorkem jsou zaznamenány změny v používání klasifikačních termínů, zejména změna maniodepresivní psychózy na bipolární poruchu a také je výzkumným vzorkem poukazováno na lidštější přístup k lidem s duševním onemocněním. Také vyšlo najevo, že se přístup k lidem s duševním onemocněním v daných organizacích od sebe nijak zásadně neliší, přistupují ke klientům individuálně.

## **SUMMARY**

In my bachelor thesis, I focused on classification of mental illnesses and on the view of these people. The work is divided in more chapters like historical discourse, social work, theoretical background, methodology and practical part. In the theoretical part, I based my work on the study *Six Languages of Social Work*, labelling theory, stigmatization and organizational culture. I further describe the starting points of the methodological part. In the practical part, I describe the research implementation procedure where I use semi-structured interviews, and I implement these interviews in two social services. One aimed at the target group of people with mental illness. And the second, whose target group is different. The aim of the bachelor's thesis was to find out how the classification of mental illness affects cooperation with social services, or how the classification terms (and their use) change in the context of the reform of psychiatric care. The research found that the classification of mental illness has the greatest influence on building or maintaining trust between the worker and the client. The research sample notes changes in the use of classification terms, especially the change from manic-depressive psychosis to bipolar disorder, and the research sample also points to a more humane approach to people with mental illness. It also became clear that the approach to people with mental illness in the given organizations does not fundamentally differ from one another, they approach clients individually.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BECKER, Howard S. 1973. *Outsiders; studies in the sociology of deviance*. London: Free Press of Glencoe

BECKER, Howard. S. 1953. *Becoming a Marihuana User*. *American Journal of Sociology*, 59(3), 235–242. [online] Copyright [cit. 20.4.2023] Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2771989>

BLOOM, Martin., a WOOD, Katherine. 1991. *The Six Languages of Social Work*. *Social Work*, 36(6), 530–534. [online]. Copyright [cit. 4.3.2023] Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/23716081>

BUDIL, Ivo T. 2003. *Mýtus, jazyk a kulturní antropologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-321-0.

CRESWELL, John. W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. London: Sage.

ČERNÝ, Jiří. 1996. *Dějiny lingvistiky*. 1. vyd. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-96-4

ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna | Duševní nemoci a jejich příčiny | ČPZP - Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. Copyright © Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [cit. 31.03.2023]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>

EIDELMAN, Steven. 2011. *Život v komunitě: změna není jen v bydlení*. In: QUIP [online]. [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/1880504/>

ERHART, Adolf. 2001. *Úvod do lingvistiky*. Brno.

Etický kodex sociálních pracovníků. [cit. 31.03.2023]. Dostupné z: <https://www.dchp.cz/res/archive/001/000121.pdf?seek=1561454028>

FIŠER, Roman, 2014. *Procesní řízení pro manažery: jak zařídit, aby lidé věděli, chtěli, uměli i mohli*. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-5038-5.

FOUCAULT, Michael. 1994. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Edice 21. ISBN 80-7106-085-2

GEERTZ, Clifford. 2000. *Interpretace kultur: vybrané eseje*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-89-3.

HAVRDOVÁ, Zuzana. ŠMÍDOVÁ Olga, ŠAFR Jiří, ŠTEGMANNOVÁ Ingrid a kol. 2011. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-87398-15-9.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOSKINS, Janet. 2015. *Symbolism in anthropology*. Copyright © [cit.17.04.2023]. [online]. Dostupné z: <http://file:///C:/Users/Jana/Downloads/SymbolisminAnthropology2015.pdf>

Labeling theory - *Link's modified labeling theory* | Britannica. Encyclopedia Britannica | Britannica [online]. [cit. 23.03.2023]. Dostupné z: <https://www.britannica.com/topic/labeling-theory/Links-modified-labeling-theory>

Malý průvodce reformou psychiatrické péče. 2017. [online]. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP [Cit. 12.03.2023]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

MARKOWITZ Fred. 2013. *Labelling theory and mental illness*. [online]. [cit.23.03.2023]. Dostupné z: file:///C:/Users/Jana/Downloads/Markowitz 2014AdvancesinCriminologicalTheory.pdf

MATOUŠEK, Oldřich. 2012. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK. Oldřich. 1999. *Ústavní péče*. 2 vyd. Praha: Slon.

Mezinárodní asociace sociálních pracovníků. 2014.[online]. Copyright © [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864403/karty+Soci%C3%A1ln%C3%AD+pr%C3%A1ce+na+obecn%C3%ADm+%C3%BA%C5%99adu.pdf/cc264bdd-83d1-c8a6-03e2-eb4e52303dec>

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MIŠOVIČ, Ján. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2

MPSV. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace* [online]. Copyright © [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Krit%C3%A9ria+transformace+a+DI.pdf/f9b9cf13-724c-8b35-7f03-7870a2e68b91>

MÜLLER, David, 2013. *Kultura organizace je cestou ke strategii*. Praha: Management Press. ActionLearning - praktický management. ISBN 978-80-7261-265-9

MUSIL, Libor. 2004. *„Ráda bych Vám pomohla, ale ...“ Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN: 80-903070-1-9

NÚDZ. 2021. *Stigma a diskriminace* – narovinu.net. narovinu.net – Iniciativa Na rovinu [online]. Copyright © [cit. 03.04.2023]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

ROBERTSON, Duncan. 2020. *Multidisciplinary Team: Encyclopedia of Aging*. Encyclopedia.com [online]. [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://www.encyclopedia.com/medicine/anatomy-and-physiology/anatomy-and-physiology/multidisciplinary-team#3402200275>

Slovník cizích slov. Klasifikace - ABZ.cz: slovník cizích slov. ABZ.cz: *slovník cizích slov - online hledání* [online]. Copyright © [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/klasifikace>

Současné trendy v klinické psychologii, 2023, [online]. [Cit. 12.03.2023]. Dostupné z: [https://wikisofia.cz/wiki/Sou%C4%8Dasn%C3%A9\\_trendy\\_v\\_oblasti\\_klinick%C3%A9\\_psychologie](https://wikisofia.cz/wiki/Sou%C4%8Dasn%C3%A9_trendy_v_oblasti_klinick%C3%A9_psychologie)

Strategie reformy psychiatrie. 2013. [online]. Copyright © [cit. 23.01.2023]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9C4%8De.pdf>

STRAUSS, Anselm. L., a CORBIN, Juliet. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

SZCZEPAŃSKI, Jan. 1966. *Základní sociologické pojmy*. Praha: Nakladatelství politické literatury.

VENCOVSKÝ, Eugen. 1996. *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5.

Zákon o sociálních službách, 2006, [online]. [Cit. 12.03.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Kódy .....	46
-------------------------	----

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 Kódy

### **T0-klasifikace**

T1- třídění klientů

T2- vliv duševního onemocnění na spolupráci

T3- přínosy klasifikace duševního onemocnění pro klienty

### **J0- Jazyk**

J1- změny v diagnostice

J2 - operování s diagnózami v rámci organizace

### **R0- reforma péče o duševní zdraví**

R1- povědomí sociálních pracovníků o reformě psychiatrické péče

R2- přínosy reformy psychiatrické péče pro klienty

R3- rigidita pohledu na člověka s duševním onemocněním

### **S0- Stigma a etiketizace**

S1- rigidita pohledu na člověka s duševním onemocněním

S2- přínosy reformy péče o duševní zdraví

### **H0- Historický diskurz**

H1- změny v diagnostice

### **O0- Organizační kultura**

O1- operování s diagnózami v rámci organizace

**O2-** dovednosti potřebné pro práci s duševním onemocněním

In vivo kódy:

P0- potřeby klientů

B0- obavy o klienty

Z0- zdroj ohrožení navázané spolupráce

*Vysvětlivka:*

- **Tučně:** hlavní kód, který si stanovuji z teorie (písmeno a nula) např. **Jazyk – J0**.
- **Kód s číslem-** hierarchický kód související s hlavním kódem-písmeno a číslo od 1., např. J1.
- **Kód podtržený-** in vivo kód, který jsme neočekávali a nesouvisející s hl. kódem (písmeno a 0)- například P0- potřeby klientů, neočekávaný kód související s hlavním kódem (písmeno a číslice od 1.), např. T3- přínosy klasifikace duševního onemocnění pro klienty.