

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Marija Zidar

**Protektivno otroštvo in družbena medikalizacija:
primer hiperkinetične motnje**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2019

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Marija Zidar

Mentorica: prof. dr. Mirjana Ule

**Protektivno otroštvo in družbena medikalizacija:
primer hiperkinetične motnje**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2019

ZAHVALA

Nalogo posvečam svoji mami Jožici. Hvala.

Za strokovno vodenje, nenehne človeške spodbude in neskončno potrpežljivost se iskreno zahvaljujem mentorici, prof. dr. Mirjani Ule.

Članoma komisije, prof. dr. Alenki Švab in prof. dr. Robiju Krofliču, velika hvala za njune zavzete strokovne pripombe in spodbude.

Prim. dr. Anici Mikuš Kos hvala, ker je z mano delila svoje bogate profesionalne in življenjske izkušnje ter mi tudi pomagala pri izvedbi empiričnega dela naloge.

PROTEKTIVNO OTROŠTVO IN DRUŽBENA MEDIKALIZACIJA: PRIMER HIPERKINETIČNE MOTNJE

POVZETEK

Pričujoča disertacija se umešča v sociologijo vsakdanjega življenja ter nove družbene študije otroštva. Koncept protektivnega (zaščitenega) otroštva, ki je v okviru splošne družbene otrokocentričnosti prevladujoči konstrukt otroštva v sodobnih družbah, ter z njim povezane norme pretirano odgovornega starševstva, poveže s procesom družbene medikalizacije, ki je eden najbolj transformativnih družbenih procesov v 2. polovici 20. stoletja. Analizo osredišča na primeru hiperkinetične motnje (ADHD), predvsem v slovenskem kontekstu, teoretski del pa preverja s kvalitativno empirično analizo.

Temeljno raziskovalno vprašanje disertacije je, v kakšni povezavi so družbene spremembe življenja v pozno moderni družbi, kot sta individualizacija odgovornosti in spremembe življenjskih potekov in prehodov, z družbeno medikalizacijo in protektivnim otroštvom, ter kakšen je njihov krogotok sovplivanja, in sicer na primeru hiperkinetične motnje. Pri tem disertacija predstavlja kritično teoretsko analizo kot predstavlja izsledke kvalitativne raziskave.

V prvem poglavju analizira otroštvo v družboslovju, ki je bilo do 1980. let večinoma proučevano v kontekstu drugih družbenih pojavov in s perspektive odraslih. Predstavi nekatere probleme zgodovinskih in antropoloških pristopov k preučevanju otroštva, ki so preteklost in otroštva drugih družb nezavedno vrednotila (pozitivno ali negativno) s perspektive sodobnega protektivnega otroštva v otrokocentrični družbi.

Oriše premik pri proučevanju otroštva v sociologiji, ki je kot kritiko in odziv predvsem psihorazvojnim konceptom v 1980. oblikoval nov pristop oz. »novo paradigmo« (Jenks 1996, James in Prout 1997) k proučevanju otroštva. To je porodilo bogato interdisciplinarno polje tim. novih družbenih študij otroštva, ki so razcvet doživele v 1990. letih in na prelomu stoletja, in ki otroštvo razumejo kot družbeni konstrukt, otroke pa kot družbene akterje, ki aktivno participirajo v družbeni realnosti.

Naloga nato predstavi aktualne kritike novih družbenih študij otroštva, ki koncept otrok kot aktivnih družbenih udeležencev razumejo kot teoretski odraz privilegiranega in političnega zahodnega koncepta, ki ni vedno primeren za proučevanje otrok v deprivilegiranih ali globalnih okoljih, ter kritike pretirane rabe etnografskih pristopov na račun teoretskih analiz širšega družbeno-strukturnega konteksta otroštva v različnih okoljih.

V tretjem poglavju naloga opredeli koncept protektivnega otroštva kot lokus najrazličnejših zaščitniških in nadzornih praks in družbenih diskurzov, paradokсно pa hkratnega spodbujanja avtonomnosti otrok, ki je povezana z individualizacijo. Pojasni procese zgodnje biografizacije in sprememb življenjskih potekov, ter navezave s konceptom pretirano odgovornega starševstva, ki se oba pojavita v pozno moderni družbi. Prikaže, na kakšen način se v sodobni družbi individualizirajo bremena in odgovornosti, zaradi česar imata protektivno, zaščiteno otroštvo in pretirano odgovorno starševstvo v okviru otrokocentričnosti normativno in (biopolitično) disciplinirajočo vlogo ter sta idealna mehanizma ohranjanja (kapitalističnega) družbenega reda.

V nadaljevanju se posveti analizi neskladij in kolizij med zahtevami pretirano odgovornega starševstva in protektivnega otroštva ter dejansko prakso trga dela, kjer med drugim prikazuje aktualni trend eskalacije časovnih in drugih zahtev na trgu dela s hkratno eskalacijo zahtev do starševstva. Obenem analizira povezave z obema konceptoma s spolom, kjer se spremembe odražajo na področju pričakovanj in vrednot, medtem ko prakse, predvsem skrbstvene, ostajajo razmeroma tradicionalne. Ideologija zaščitene otroštva in pretirano odgovornega starševstva kot izbire se zato kaže kot normativna in disciplinska praksa, ki bolj kot moške še vedno zajema ženske. Protektivno otroštvo obenem prikaže kot sicer družbeno prevladujoč in normativen, a v praksi elitističen koncept, uresničljiv za ozek del populacije.

V četrtem poglavju se posveti proučevanju procesov družbene medikalizacije, ki jo zgodovinsko kontekstualizira s pomočjo analiz zgodnjih teorij medikalizacije (Parsons, 1951; Illich, 1976; Conrad in Schneider, 1980; Szasz, 1974; Zola, 1972), vzpona znanstvene medicine, ter v sodobnosti spremenjenih konceptualizacij bolezni in zdravja. Prikaže procese, prek katerih je medikalizacija pronicnila v in kolonizirala vse pore vsakdanjega življenja. Kot pri medikalizaciji ključen razkrije paradoksn proces, s katerim je medicinska diagnoza posameznika hkrati razbremenila individualne odgovornosti in obenem obremenila s strukturno, ter pojasni, kako so ta razmerja odgovornosti danes radikalno zabrisana. Kot drugi ključni mehanizem medikalizacije poudarja moralno vrednotenje, ki pa je v okviru znanstvenega diskurza zakrito.

Naloga se nato posveti pojasnjevanju radikalnih transformacij sodobnih procesov medikalizacije zaradi novih bio- in nevroznanosti in tehnologij ter genetike, ter ovrednoti ugotovitve pa tudi šibkosti novih teoretskih konceptualizacij medikalizacije (predvsem biomedikalizacije, farmacevtizacije in genetizacije). Kot ključno spremembo sodobnih procesov medikalizacije opredeli premik od nekdanjega odpredeljevanja bolezenskega kot odklonskega. Analizira, kako in zakaj medicina in človeške izboljšave ne patologizirajo več le odklona od povprečnih vrednosti v negativno smer, pač pa s ciljem *izboljšanja* naravnih ali normalnih zmožnosti patologizirajo odklon od *ideala*.

Kot ključno področje v okviru teh novih družbenih procesov in transformacije medikalizacije izpostavlja »človeške izboljšave« (»human enhancement«). Ovrednoti diskurz o »izboljšavah«, kjer je »le boljše dovolj dobro«, ter zabrisovanje realnosti procesov, s pomočjo katerih posameznik predvsem *zdrži* znotraj produkcijskih zahtev poznega kapitalizma. Preučuje, kako medicina in njene nove tehnologije ter povezane znanosti postanejo orodje za izboljšave, ki legitimirajo ideologijo neskončne in nikoli končane samo-produkcije v družbi potrošnikov.

Nadalje se naloga posveti procesu premeščanja odgovornosti, ki ga omogočajo tudi diagnoze. Sprašuje se, zakaj diagnoze postajajo norma za normalno delovanje v svetu, in ne več stigma, ter motivirane od spodaj navzgor (s strani uporabnikov), ter kako s svojo »nadgrajeno« različico »bolezenske vloge« (po Parsons) postanejo orodje za navigacijo v vse bolj negotovem svetu naraščajočih in spreminjajočih se zahtev.

V petem poglavju disertacija širši teoretski okvir – teze in dognanja o konceptu protektivnega otroštva ter medikalizaciji – osredišča in preizkuša na temi medikalizacije otroštva ter konkretno analizi primera hiperkinetične motnje pri nas. Ker je bila ta najpogosteje diagnosticirana v šolskem kontekstu, šola oz. institucionalno izobraževanje pa je bilo zgodovinsko ključno za opredeljevanje sodobnega koncepta otroštva kot zaščitene in

nadzorovane sfere, naloga preverja vzajemno povezanost in sovplivanje konceptov protektivnosti, v navezavi s pretirano odgovornim starševstvom, in medikalizacije. Naloga trdi, da gre za enega ključnih vozlišč v sodobnih družbah.

Naloga predstavi izsledke kvalitativne empirične analize, s katero želi kontekstualizirati hiperkinetično motnjo z družbenega vidika: 1. Analizira izsledke kvalitativne študije z eksperti različnih disciplin, ki so na Slovenskem sodelovali pri procesu uveljavljanja hiperkinetične motnje oziroma medikalizacije nemirnega, nepozornega in impulzivnega otroškega vedenja (z nevrološkega, psihološkega, psihiatričnega, medicinskega in pedagoškega področja). 2. Preučuje, kakšno vlogo imajo diagnoze v izobraževalnem kontekstu, ter kakšni so vzroki in pomen naraščanja kategorij otrok s posebnimi potrebami, kamor spadajo tudi otroci s hiperkinetično motnjo (ADHD). Analizira slovenske rezultate evropske študije GOETE (2010-2013) o izobraževalnih prehodih, z vključevanjem perspektive otrok, staršev, pedagoških strokovnjakov in ekspertov. Naloga skuša osvetliti, zakaj diagnoze za otroke, predvsem ADHD v šolskem kontekstu, postanejo zaželene kot način spopadanja z izobraževalnimi in družbenimi zahtevami, ter kako se to navezuje na razpravo o protektivnosti, premeščanju odgovornosti in prikriti medicinski afirmaciji družbenih vrednot. V razpravo obenem vpelje razmislek o pedagoškem konceptu inkluzije, ki predstavlja alternativo medicinskemu modelu.

Naloga tako na teoretski in empirični ravni predstavlja prispevek k družbenim študijam otroštva, ki je hkrati v skladu z novejšimi kritikami teh študij, da naj se teoretsko proučevanje usmeri tudi v analize družbeno strukturnih razmer življenja otrok danes, predstavlja pa tudi pogled na družbeno vlogo in sodobne spremembe procesa medikalizacije. S tem pa ponuja tudi širši sociološki teoretski okvir za nadaljnja, tudi etnografsko usmerjena, proučevanja medikalizacije otrok in otrok s hiperkinetično motnjo (ADHD).

Ključne besede: *protektivno otroštvo; medikalizacija; hiperkinetična motnja; ADHD; pretirano odgovorno starševstvo; družbene študije otroštva; otroci s posebnimi potrebami; inkluzija v izobraževanju; človeške izboljšave.*

OVER-PROTECTIVENESS OF CHILDREN AND MEDICALIZATION:

THE CASE OF ADHD

Abstract

The dissertation falls within the Sociology of Everyday Life, and New Social Studies of Childhood. The main research focus of the thesis is the inter-relatedness between medicalization, one of the most transformative social processes after 1950s, and over-protectiveness of children along with over-responsible (also termed involved or intensive) parenting, which exist within the general framework of child-centeredness of modern societies. As case study, the dissertation analyses one of the most prevalent psychiatric diagnoses in children, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), and further examines how these social processes are mutually connected and inter-dependent. The theoretical discussion, which critically examines key concepts and theorizing in the areas of medicalization and social studies of childhood, is followed by a qualitative empirical analysis, with empirical data mostly focusing on the Slovenian context.

In the first chapter, the dissertation analyses theorizing of childhood in social sciences until 1980s, when childhood was studied predominantly within larger social phenomena and social structures. It also argues that this theorizing, in particular in history studies and anthropology, has often made unacknowledged value judgements on the conceptions and practices of childhood in the past, and on those existing in other cultures, judging them either favourably or negatively from the perspective of the modern constructs of child-centeredness and over-protectiveness.

The dissertation presents an overview of the shift in the social studies of childhood that took place in 1980s and 1990s, which proposed a 'new paradigm' (according to Jenks, 1996; James and Prout, 1997, and others). It details why this approach to childhood studies countered the previous theorizing of childhood, especially that based on developmental psychology. The 1990s and 2000s saw the emergence and flourishing of New Social Studies of Childhood (or Childhood Studies), a new multi-disciplinary field. These see childhood as a socially constructed phenomenon, understand children as social actors, and study their agency in their construction of social reality.

The dissertation follows by presenting current criticism aimed at the social studies of childhood. Among other, their concepts of children as agents and participants have been criticised as being less useful in underprivileged and global environments, and are seen as a reflection and normalization of a privileged and political construct of childhood. The reliance on the ethnographic method is also believed by some critics to have led to a neglect in analyzing the broader social context of children's lives and environments.

In the third chapter, the thesis focuses on the over-protectiveness of children as a modern social phenomenon, where practices and discourses are aimed at protecting and supervising children, but paradoxically, at the same time at promoting their autonomy. It links over-protectiveness of children to the processes of early biographization and life course changes. It also analyses

the correlation between over-protectiveness of children and the phenomenon of over-responsible parenting. In modern societies, the social burdens are individualized in the process of reflexive individualization. The thesis describes how the social norm of over-protectiveness of children places intensive and individualized demands on parenting, thereby forming an ideal normative, disciplinary mechanism within biopolitical governmentality, which in an individualized society serves to affirm the existing (neoliberal) capitalist social order through self-regulation.

Some policies, statistics and other concrete cases are then analyzed to this effect, revealing contradictions between the demands of over-recent past years. At the same time, the demands of parenting remain strongly gender-biased; for women changes have occurred mainly in terms of their expectations and values, while the actual practices in family and domestic life across Europe remain fairly traditionally allocated among genders. The ideological demands of over-protectiveness of children and over-responsible parenting, which are socially constructed as 'choice', thus have a stronger disciplinary effect on women. At the same time, they are elitist concepts; though normative for all, in practice they are unattainable for many social groups.

The fourth chapter focuses on medicalization as one of the most transformative social processes in the second half of 20th century. It contextualizes the rise of scientific medicine, reviews early theories of medicalization (Parsons, 1951; Illich, 1976; Conrad in Schneider 1980; Szasz, 1976; Zola, 1976), and analyzes the changes in the concepts of health, disease and fitness in late modern society. It analyses the mechanisms which have opened door to the medicalization of everyday life. The chapter follows by arguing that a key mechanism within medicalization is the process of the reallocation of responsibility; aided also by medical diagnoses, medicalization relieves the individual from responsibility (provides relief from social judgement), while, paradoxically, it simultaneously individualizes concealed structural social burdens (places responsibility for improving the undesired condition on the individual, and conceals the socially constructed demands and conditions). The reallocation of responsibility within medicalization is shown to be radically blurred today. The chapter also argues that moral judgement is inherent to medicalization, however concealed within its 'objective' scientific discourse.

The dissertation follows with a review and analysis of some of the new theorizing on medicalization and its late modern transformations, in particular biomedicalization, farmaceutization, and genetization. The idea of Human Enhancement is presented as useful in explaining the recent transformations of medicalization, as it entails the shift from the pathologization of deviance to the pathologization of normal and average. No longer is only a negative deviation from the norm construed as pathological; now not just the lack of improvement of the natural performance but even deviation from the ideal is seen as pathological, and therefore medicalized. This process is blurred in the positive rhetoric of human enhancement ('only better is good enough'). Scientific medicine, joined by new technologies and new scientific fields, become a tool for enhancing human capacity. With that, they also aid to legitimize the neoliberal capitalist ideologies of endless self-production and self-discipline in the consumer society, where the social burdens of late capitalism, of continued production and consumption, are individualized.

Bringing various benefits and alleviations in the highly competitive 'risk' society, diagnoses have become increasingly destigmatized. Today, the motivation and pressure not only to obtain a diagnosis but to medicalize a behaviour or condition frequently come from health consumers themselves. Diagnoses become a tool for helping the individual navigate the increasingly

uncertain world by employing a modernized version of the 'sick role' (Parsons). The process of the re-allocation of responsibility through medical diagnoses plays a key role in the process.

In the fifth chapter, the broader theoretical framework on the processes of medicalization and over-protectiveness of children is applied to the case of ADHD. The chapter presents a theoretical and qualitative analysis of ADHD diagnosis in Slovenia. As ADHD in children has mostly been diagnosed in the school context, while institutionalized education was also key in constructing the phenomena of child-centeredness and over-protectiveness of children, the dissertation analyses their inter-relatedness with medicalization in the school environment.

The chapter presents the findings of a three-fold qualitative empirical analysis, which aims to contextualize ADHD from the broader social perspective. 1. Through a focus group and interviews with key Slovenian experts from various disciplines (neurology, psychiatry, medicine, and pedagogy) who participated in introducing ADHD and its diagnostic precursors in 1970s and 1980s in Slovenia, it outlines the historic context and reasoning behind the medicalization of children's hyperactivity, impulsivity and inattention in Slovenia. 2. It interprets the Slovenian results of the EU GOETE Study on the governance of educational trajectories in Europe (Access, Coping and Relevance of Education for Young People in European Knowledge Societies in Comparative Perspective, 2010-2013). Here it focuses on the perspectives of the participating Slovenian children, parents, teachers and experts, defining the points of vulnerability for underprivileged school children. In Slovenia, the official and policy-regulated status of Children with Special Needs includes also children with ADHD, and provides various forms of extra help and alleviations in school. The chapter aims to offer some explanation for why medicalization of children, in particular with ADHD in school, has become a desired tool among both parents and the school for coping with the increasing educational and social demands. It analyzes how the process of medicalization creates a "blame-game" and passing of responsibility between the parents and school (and within school, between teachers, special educators and experts), and how this process is induced by social norms and discourses on over-protectiveness of children and parental over-responsibility. The chapter also offers a reflection on the concept of inclusive education, which the discipline of pedagogy proposes as an alternative to the medical model, and on the possibilities of its implementation.

The thesis presents a contribution in the field of social studies of childhood, which is in line with some recent criticism that theorizing childhood and children should include analyses of the broader social context in which children live today, especially for underprivileged and marginalized children. For Slovenia in particular, it presents a broader theoretical reflection and basis for further studies on the medicalization of children in general, and children with ADHD specifically, which could then employ a more ethnographic approach.

Key words: *childhood; over-protectiveness of children; medicalization; ADHD; over-responsible parenting; social studies of childhood; children with special needs; inclusive education; human enhancement.*

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	14
2	OTROŠTVO V DRUŽBOSLOVNI PERSPEKTIVI IN NOVE DRUŽBENE ŠTUDIJE OTROŠTVA	19
2.1	Otroštvo v družboslovju	19
2.2	Otroštvo v historiografski perspektivi	20
2.2.1	Evolucijske teze o razvoju otroštva v historiografiji: napredek ali propad?	23
2.2.1.1	Progresivne in romantizirane konceptualizacije otroštva v zgodovinopisju	24
2.3	Otroštvo v antropološki perspektivi	27
2.4	Sociološke in družbene teorije otroštva	30
2.4.1	Tradicionalne socializacijske teorije: kritike razvojne paradigme	31
2.4.2	Sociologija otroštva	35
2.5	Nove družbene študije otroštva: nova paradigma?	38
2.5.1	Kritike novih družbenih študij otroštva: naturalizacija ideologije in zanemarjanje teorije	40
3	PROTEKTIVNO (ZAŠČITENO) OTROŠTVO: OPREDELITEV, DRUŽBENI KONTEKST IN TEMELJNA NASPROTJA	47
3.1	Spremembe v življenjskih potekih v pozni moderni	47
3.1.1	Spremembe na prehodih iz otroštva v mladost in odraslost: mladi, toda odrasli	50
3.2	Novi koncepti starševstva v pozno moderni družbi in individualizacija odgovornosti	53
3.2.1	Opredelitev koncepta pretirano odgovornega starševstva	54
3.2.2	Neskladja med ideologijo pretirano odgovornega starševstva in prakso	62
3.2.3	Še vedno upočasnjena revolucija: analiza praks	65
3.2.4	Ideologija intenzivnega starševstva kot izbire	70
3.3	Protektivno otroštvo, družbeni kontekst in temeljna nasprotja	73
3.3.1	Utilitarnost otrok, njihove pravice in poblagovljenje otroštva	79
3.3.2	Protektivno otroštvo kot disciplinatorska norma	82
4	MEDIKALIZACIJA: GENEALOGIJA, IMPLIKACIJE, PRIHODNOST	87
4.1	Opredelitev procesa medikalizacije in formulacija problema	87
4.2	Vznik družbene moči znanstvene medicine	92
4.2.1	Zdravje in bolezen	96
4.2.2	Bolezen kot fizični simptom, družbeni simptom in bolezenska vloga	100
4.3	Arheologija proučevanja medikalizacije: zgodnje teorije medikalizacije	103
4.3.1	Bolezenska vloga (Talcott Parsons)	104
4.3.2	Medicina kot spodbujevalec bolne družbe (Ivan Illich)	105
4.3.3	Stigma in premeščanje odgovornosti: antipsihiatrična kritika medicinskega nadzora	111
4.3.3.1	Epistemološki premik pri obravnavi duševnih bolezni: od strukturne okvare k funkcionalni (Thomas Szasz)	112
4.3.3.2	Družbena vloga (duševnega) bolnika: premeščanje odgovornosti	115

4.3.3.3	Implikacije antipsihiatrije glede medikalizacije	117
4.3.4	Medicina kot družbeni nadzor (Irving Kenneth Zola)	119
4.3.5	Medikalizacija odklonskega vedenja (Peter Conrad, Joseph W. Schneider)	121
4.3.5.1	Individualizacija družbenih problemov in depolitizacija odklonskega vedenja	123
4.3.6	Medicina in družbena moč	124
4.4	Sodobni družbeni kontekst medikalizacije ter spremembe v konceptualizaciji zdravja in bolezni	126
4.4.1	Zdravje kot nova ideologija, telo kot ikona, režim totalnega zdravja, transcendenca zdravja	127
4.4.2	Telesna pripravljenost kot transcendenca zdravja	131
4.4.3	Razprava o destigmatizaciji in nozoloških spremembah	133
4.4.3.1	Destigmatizacija bolezni in »tekoča« odgovornost	133
4.4.3.2	Nozologija in medicinska moč	137
4.5	Preobrazba medikalizacije v sodobnosti	139
4.5.1	Nove »-izacije«: biomedikalizacija, farmacevtizacija, genetizacija in kiborgizacija	141
4.5.1.1	Vzpon farmacevtske industrije in farmacevtizacija	143
4.5.1.2	Biomedikalizacija	146
4.5.1.3	Nevrorevolucija, kibernetika, bionizacija; biopolitika preračunavanja družbenih ekonomskih bremen	148
4.5.1.4	Nevrodiverziteta (nevrolška raznolikost)	152
4.5.2	Človeške izboljšave in postčloveška doba	154
4.5.2.1	Bioetika	156
4.5.2.2	Človeške izboljšave kot utrjevanje družbenih neenakosti	158
5	ANALIZA HIPERKINETIČNE MOTNJE KOT VOZLIŠČA MEDIKALIZACIJE IN PROTEKTIVNEGA OTROŠTVA	167
5.1	Hiperkinetična motnja in medikalizacija otroškega vedenja	168
5.1.1	Globalizacija ADHD in vzroki zanjo	172
5.1.2	Biomedicinski in nevrolški pogled ter nozološke spremembe	177
5.1.3	Medikamentozna obravnava s psihostimulansi	183
5.1.4	ADHD pri odraslih: motnja uspešnosti in učinkovitosti	185
5.1.5	Druge obravnave ADHD v okviru medicinskega modela	188
5.2	Arheologija hiperkinetične motnje pri nas: od odklona do zaželeno diagnoze	190
5.2.1	Postopek zbiranja, opis, izbor in sestava vzorca	191
5.2.2	Uvedba koncepta hiperkinetičnosti na Slovenskem: »Mati ni kriva za vse«	195
5.2.3	Temperament – biološka raznolikost, a brez medicinskih prednosti	201
5.2.4	Minimalna cerebralna disfunkcija in hiperkinetičnost: patologizacija s prednostmi	202
5.2.5	Praktičnost medikamentozne rešitve, alternative	208
5.2.5.1	Diagnostični boj med strokami	211
5.2.6	Biografizacija: lastne izkušnje	212
5.3	Obravnava otrok s hiperkinetično motnjo v šoli	214
5.3.1	Kontekst sodobne šole, vključevanje staršev v izobraževanje otrok kot dejavnik družbene diferenciacije	216
5.3.2	Vzroki za zaželenost diagnoz v izobraževalnem kontekstu	224
5.3.3	Medicinski model, inkluzija in vzgoja: proces premeščanja odgovornosti	234
5.3.3.1	Obravnava otrok z odločbo v izobraževalnem sistemu in njene implikacije	240
6	RAZPRAVA IN SKLEPI	257
	VIRI IN LITERATURA	276
	STVARNO IN IMENSKO KAZALO	300

SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC

ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>	Motnja pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti
ADD	<i>Attention Hyperactivity Disorder</i>	Motnja pomanjkljive pozornosti
APA	<i>American Psychiatric Association</i>	Ameriško psihiatrično združenje (APZ)
APZ		Ameriško psihiatrično združenje
BCI	<i>Brain-computer interface</i>	možgansko-računalniški vmesnik (MRV)
BMI	<i>Brain-machine interface</i>	vmesnik med možgani in strojem (MRV)
CRPD		Konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov
DSM-APA	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Diseases-APA</i>	Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj – APZ
DSP		dodatna strokovna pomoč
DNI	<i>Direct neural interface</i>	direktni nevronske vmesnik
EEG		elektroencefalografija
HKM		hiperkinetična motnja
ICD-WHO	<i>International Classification of Diseases</i>	MKB-Mednarodna klasifikacija bolezni-SZO
MCD		minimalna cerebralna disfunkcija
MDR		motnje v duševnem razvoju
MIZŠ		Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport
MKB (SZO)		Mednarodna klasifikacija bolezni
MMI	<i>Mind-machine interface</i>	vmesnik med možgani in strojem
MRV		možgansko-računalniški vmesnik
OPP		otroci s posebnimi potrebami
PP		posebne potrebe
PPPU		primanjkljaji na posameznih področjih učenja
SURS		Statistični urad Republike Slovenije
SUT		specifične učne težave
STI	<i>Synthetic telepathy interface</i>	sintetični telepatički vmesnik
SZO		Svetovna zdravstvena organizacija
VIZ		vzgoja in izobraževanje
WFSB	<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry</i>	Svetovna federacija društev biološke psihiatrije
WHO	<i>World Health Organization</i>	Svetovna zdravstvena organizacija
ZUOPP		Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami

1 UVOD

Naloga preučuje medsebojno sovplivanje in soodvisnost dveh v sodobnih družbah osrednjih pojavov, ki ju kot taka razume in prepoznava tako splošna kot strokovna javnost.

Prvi je medikalizacija, proces, s katerim opisujemo, kako je znanstvena (biološka) medicina s svojimi diagnostičnimi oznakami, kategorizacijami in predpisanimi obravnavami pronicnila v vse pore vsakdanjega življenja. Vse več nekoč vsakdanjih človeških vedenj in stanj je predmet medicinske obravnave in diagnostike. Če je leta 1952 prvi Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj, ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje, imel 132 strani z opisi najrazličnejših bolezni in motenj, jih ima zadnja, peta izdaja, iz leta 2013, kar 947. Podobno velja za Mednarodno klasifikacijo bolezni Svetovne zdravstvene organizacije, ki je v rabi v našem prostoru. Pri tem pa ne gre le za povečano medicinsko obravnavo različnih vedenj in stanj, pač se ta, kot ugotavljajo številni raziskovalci,¹ naslanja na bistveno spremenjeno razumevanje bolezni in zdravja v sodobnih družbah. Od nas se v sodobnosti pričakuje ne le, da ohranjamo zdravje z nenehno skrbjo zanj, kar je predstavljeno kot hedonističen užitek, pač pa vse bolj, da delujemo preventivno in izboljšujemo ne le svoje zdravje, pač pa svoje sposobnosti nasploh. Obenem so se medicini v zadnjih desetletjih pridružile številne nove bio- in nevroznanosti, genetika, ter njihove tehnične oziroma tehnološke aplikacije, ki zopet radikalno spreminjajo naše razumevanje tega, kaj je normalno in zaželeno stanje in kaj patološko. Analitiki se strinjajo, da gre pri medikalizaciji brez dvoma za eno najpomembnejših in najbolj daljnosežnih družbenih preobrazb od 2. polovice 20. stoletja dalje.

Drugi pojav je protektivno, zaščiteno otroštvo. Z izrazom opisujemo specifične sodobne družbene norme, ki zahtevajo izjemno obsežne prakse zaščite, nadzora in varovanja otrok, vendar hkrati tudi omogočanja individualizacije otrok, kakršno terja sodobna družba. Te norme se pojavijo v sodobnih družbah, ki so otrokocentrične, torej so njihova pozornost, ekonomske investicije, politika, zakonodaja in zasebna sfera izrazito usmerjene v otroka in osrediščene nanj. Tako v splošni kot strokovni javnosti lahko zasledimo preobilje razprav o tem, kaj tolikšno zaščitništvo in pozornost do otrok pomeni ter kakšne posledice ima za družbo in posameznike.

¹ Dosedanje obravnave in refleksije področij, ki jih zajema naloga, podrobno obravnavam v posameznih poglavjih, zato v uvodu posameznih avtorjev ne navajam.

Te v enem skrajnem polu zaščitništvo pozdravljajo kot skrb do otrok, ki je bistveno boljša, kot naj bi bila v preteklosti (kjer je npr. govor o »sočutnem starševstvu«, otrokovih pravicah in potrebah ipd.), druge govorijo o uničevalni patologizaciji otroštva (prezaščitnosti, razvajanosti otrok, ki vodi k narcisizmu) in pozivajo k vračanju tradicionalnih, patriarhalnih obravnav otrok.

Ti pojavi so v samorefleksivni individualizirani družbi razdrobljeni in razumljeni kot problem posameznikov. Ali pretirano zaščitniških staršev, ki kot helikopterji krožijo nad svojimi razvajanimi otroki, ali pa nečimrnih obsedencev z zdravim načinom življenja. Ali pa, po drugi strani, neuspešnih, lenih in slabih očetov in mater, ki svojih otrok ne znajo ustrezno »povezovalno« negovati, vzgojiti, izobraziti, pravilno prehranjevati, naučiti več jezikov do petega leta starosti ..., ter šibkih posameznikov, »izgub«, ki zbolevalo ali pa niso »fit«, zgolj zato, ker ne znajo ali nočejo poskrbeti za svoje zdravje z vsem, kar bi si vendarle lahko zagotovili na trgu. V sodobnih družbah nadzora ne izvajajo več toliko velike, »totalne« institucije – država, zapori, šola, industrija, cerkev .. – pač pa najprej nadzorujemo sami sebe, nato pa še drug drugega, in sicer z nenehnim (samo)opazovanjem in primerjanjem, čemur družboslovci pravijo »biopolitični panoptikum«.

Temeljno raziskovalno vprašanje, ki si ga zastavlja naloga, je sociološko in zato skuša pojava zaobjeti in pojasniti kar najširše, na širši družbeni ravni, ter s tem problem z individualne (individualizirane) ravni zvrniti nazaj na družbeno: kakšno družbeno vlogo in učinek imata ta dva procesa – medikalizacija in protektivnost do otrok – ter če in kako sta med seboj povezana in sovplivajoča?

Ta vprašanja naloga preučuje na primeru hiperkinetične motnje oziroma ADHD². Gre za najbolj razširjeno nevrološko motnjo med otroki, s katero diagnosticirajo nemirno, nepozorno in impulzivno vedenje otrok, in je emblematična za medikalizacijo otroštva. Velja za eno najbolj

² V slovenskem prostoru je bil za motnje pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti doslej v rabi izraz »hiperkinetična motnja« (HKM). Uporablja ga 10. izdaja Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-10) Svetovne zdravstvene organizacije, ki pod vedenjskimi in čustvenimi motnjami opredeljuje hiperkinetične motnje, in ki je široko uporabljena v evropskem prostoru. Nova, revidirana klasifikacija bolezni SZO MKB-11, ki bo stopila v veljavo 1. januarja 2022, pa opredeljuje ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder oziroma motnjo pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti. Slednjo trenutno opredeljuje tudi diagnostična klasifikacija Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM-APA), zato je bil izraz ADHD v rabi pretežno v severni Ameriki in nekaterih drugih neevropskih državah (Kanada, Avstralija). Namesto izraza hiperkinetična motnja zato v nadaljevanju večinoma uporabljam angleško kratico ADHD, saj je pričakovati, da bo v bližnji prihodnosti izpodrinil izraz hiperkinetična motnja. Spremembe in razlike v nomenklaturi ter v diagnosticiranju (v ZDA in Evropi ter skozi zgodovino) podrobno pojasnujem v podpoglavju 5.1 (Medikalizacija otroškega vedenja in ADHD).

preučevanih, pa tudi najbolj kontroverznih, predvsem, ker je še vedno najpogosteje diagnosticirana v šoli, deloma pa tudi zaradi pretežno medikamentoznega zdravljenja. Različni raziskovalci že zdaj ugotavljajo »epidemijo« diagnosticiranja s to motnjo tudi v Evropi, obenem pa napovedujejo njeno pravo »globalizacijo«. Zato je vredna posebne pozornosti, in sicer kot vozlišče medikalizacije in protektivnosti, kjer se prelamljajo aktualni družbeni procesi.

Proučevanje obeh področij, medikalizacije in protektivnega otroštva v otrokocentrični družbi, ima v družboslovju bogato in obsežno zgodovino. Z otroštvom se od 1990. let posebej intenzivno ukvarja nova družboslovna veja, nove družbene študije otroštva, proces medikalizacije pa je že od 1970. let predmet bogatega korpusa kritičnih analiz. Naloga želi obe področji povezati.

Cilji naloge so naslednji. Naloga želi kritično ovrednotiti doprinos novih družbenih študij otroštva, predstaviti koncept protektivnega otroštva, analizirati medsebojne povezave s konceptom pretirano odgovornega starševstva ter obenem v razpravo vnesti analizo specifičnega družbenega konteksta visoko moderne družbe, v katerem se ta poraja. S kritičnim ovrednotenjem dosedanjih analiz medikalizacije želi proučiti vzroke in mehanizme razvoja medikalizacije v zahodnih družbah, ter predstaviti temeljne koncepte znotraj njihovih proučevanj. Nadalje želi proučiti transformacijo procesa medikalizacije v sodobni družbi (vlogo novih neuro- in bio- znanosti ter genetike v procesu medikalizacije) ter ugotoviti, s kakšnimi mehanizmi medikalizacija deluje v sodobnosti ter kakšne so družbene implikacije teh procesov. Njen cilj je analizirati soodnosnost in sovplivanje med medikalizacijo in protektivnim otroštvom ter z njim povezanim pojavom pretirano odgovornega starševstva, ter proučiti medikalizacijo otroštva na primeru hiperkinetične motnje. Obenem želi predstaviti in umestiti pedagoški diskurz in prakse o medikalizaciji, še zlasti pedagoški koncept inkluzije, ter nato z empirično analizo preveriti teoretska dognanja glede splošnih in specifičnih ciljev disertacije v slovenskem prostoru.

Posebna raziskovalna vprašanja so:

- Kaj pomeni prevlada sodobnih medicinskih diskurzov v sodobni družbi, kako se je proces preobrazil ter kakšne implikacije imajo ti pojavi?
- V kakšni navezavi sta koncept pretirano odgovornega starševstva in individualizacija odgovornosti v pozno moderni družbi z medikalizacijo otroštva?
- Kakšna je bila zgodovina uvajanja hiperkinetične motnje (ADHD) pri nas, kdaj in s kakšnimi nameni in razlogi se je uveljavila?

- Kakšno vlogo ima medicinsko opredeljevanje s posebnimi potrebami (kamor spadajo otroci, diagnosticirani z ADHD) v šolskem kontekstu? Kakšna je vloga diagnoz v šoli? Kdo jih spodbuja? Kako se s temi otroki ukvarja šola?
- Kako na otroke s posebnimi potrebami, na moteče vedenje otrok in na hiperkinetično motnjo gledajo učenci, starši, učitelji, ravnatelji, specialni pedagogi, svetovalni delavci in zunanji eksperti?
- Kako obravnava medikalizacijo pedagoška stroka ter kakšne rešitve ponuja?

Gre za temeljna vprašanja sodobnega življenja, ki ne smejo biti omejena na medicinske diskurze in do katerih mora sociologija zavzeti kritično držo, namreč do velike socialne moči sodobne medicine ter z njo povezanih novih znanstvenih področij in tehnologij, ki jih imajo zaradi svojega privilegiranega družbenega položaja.

Naloga je razdeljena v tri glavne tematske sklope: prvi teoretsko obravnava otroštvo, drugi medikalizacijo, tretji pa teoretsko in empirično analizira njun preplet na primeru hiperkinetične motnje (ADHD). Zadnji, sklepni del, odpira razpravo.

Prvi del (ki zajema 2. poglavje o otroštvu v družboslovni perspektivi in 3. poglavje o protektivnem otroštvu) se najprej posveti preteklim obravnavam otroštva v sociologiji, kjer je bilo do 1980. let večinoma proučevano v kontekstu drugih družbenih pojavov in s perspektive odraslih. Predstavi nekatere probleme zgodovinskih in antropoloških pristopov, ki so preteklost in otroštva zahodnih in drugih družb nezavedno vrednotili (pozitivno ali negativno) s perspektive sodobnega protektivnega otroštva. Naloga nato predstavi ključne pristope in koncepte novih družbenih študij otroštva, ki so se razvile v 1980. in 1990. letih ter aktualne kritike teh študij. Tretje poglavje oriše ključne družbene spremembe v pozni moderni ter opredeli koncept pretirano odgovornega starševstva. Predstavi konkretne primere neskladij med normami pretirano odgovornega starševstva in dejansko prakso trga dela, eskalacijo zahtev na trgu dela s hkratno eskalacijo sodobnih norm starševstva, prikaže pa tudi razlike v praksah skrbi med spoloma. Nato opredeli koncept protektivnega otroštva, njegovo povezanost z navedenim koncepti in praksami ter pojasni vzroke za njegovo pojavnost. Razpravlja o procesu premeščanja odgovornosti v sodobni družbi.

Drugi sklop o medikalizaciji (4. poglavje) proučuje proces družbene medikalizacije in ga zgodovinsko kontekstualizira s pomočjo analiz zgodnjih teorij medikalizacije. Naloga se nato

posveti analizi transformacije procesa medikalizacije v sodobnosti z razvojem novih bio- in nevroznanosti in tehnologij, ter ovrednoti doprinos in tudi šibkosti novih teoretskih konceptualizacij medikalizacije (biomedikalizacija, farmacevtizacija, genetizacija idr.). Razpravlja o tem, kakšno vlogo imajo ti procesi v sodobni družbi ter v čem se je medikalizacija v sodobnosti preobrazila ter ali je zato ta termin še ustrezen. Predstavi, na kakšen način v okviru medikalizacije potekata procesa premeščanja odgovornosti in moralnega vrednotenja, ter kakšno vlogo imajo diagnoze v sodobni družbi.

Tretji sklop (5. poglavje) širši teoretski okvir – teze in dognanja o konceptu protektivnega otroštva ter družbene medikalizacije – osredišča in preizkuša na temi medikalizacije otroštva, in sicer primeru hiperkinetične motnje (ADHD) v slovenskem prostoru. Predstavi zgodovino obravnave hiperkinetične motnje. Empirični pristop k problemu vključuje in prepleta dva dela. Prvi je analiza kvalitativne raziskave z eksperti, ki so v našem prostoru ključno sodelovali pri uveljavljanju hiperkinetične motnje v 1970. in 1980. letih, in ki proučuje vzroke medikalizacije nemirnega, nepozornega in impulzivnega vedenja otrok v našem prostoru. Drugi je analiza slovenskega dela mednarodne kvalitativne raziskave GOETE (2010-2013) – Upravljanje izobraževalnih potekov v Evropi, ki se je osredotočala na izobraževalno obdobje med zaključkom primarnega in prehodom v sekundarno stopnjo izobraževanja (pri nas na otroke v 9. razredu). Ta del analizira poglobljene intervjuje in fokusne skupine z učenci in starši, učitelji, svetovalnimi delavci in eksperti ter preučuje, kako ti opredeljujejo ranljive skupine otrok, med katerimi so otroci s HKM oz. ADHD, kakšne obravnave so deležni v šolskem kontekstu in kakšno vlogo imajo medicinske diagnoze pri otrocih v šoli.

Sklepni del – razprava – povzema in ovrednoti izsledke naloge in njene ključne ugotovitve, odgovarja na raziskovalna vprašanja ter odpira predloge za nadaljnja preučevanja na tem področju.

2 OTROŠTVO V DRUŽBOSLOVNI PERSPEKTIVI IN NOVE DRUŽBENE ŠTUDIJE OTROŠTVA

2.1 Otroštvo v družboslovju

Četudi različne družboslovne discipline različno vrednotijo koncept otroštva v predmoderni dobi (npr. socialni zgodovinarji (Ariès, 1991) ali psihozgodovinarji (deMause, 1974)), pa se proučevalci, ki se ukvarjajo z otroštvom, zanesljivo strinjajo v tem, da je moderna družba proizvedla »posebno verzijo otroštva, v nekaterih vidikih drugačno od prejšnje in tudi od tega, kar bo še sledilo« (Prout, 2005, str. 10). Za sodobne družbe velja, da so otrokocentrične, pri čemer je formalizacija specifično novih diskurzov o otroštvu zgodovinsko večinoma locirana približno med 15. in 17. stoletje.

Družbene vede so v svojem odzivu na pojav otrokocentričnosti pozno modernih družb v paradoksnem položaju: po eni strani jo poskušajo pojasniti in ji najti izvor, po drugi strani pa so same proizvajalke diskurzov, ki otroštvo in otroka venomer na novo opredeljujejo in s tem oba koncepta soustvarjajo. Otroštvo in otrok sta bila v družbenih vedah dolgo marginalizirana (Qvortrup, 1994) in sta bila obravnavana kvečjemu znotraj koncepta družine. Že v 80. letih so se v družbenih vedah sicer začeli pojavljati glasovi, ki so izražali nezadovoljstvo zaradi načina, na katerega se njihove discipline ukvarjale z otroštvom. V psihologiji se je ta kritika osredotočila na pojem »razvoja« zaradi njegovega pomanjkanja zgodovinskega in socialnega konteksta odraščanja. Sociologija in antropologija sta se poleg tega vprašanja ukvarjali tudi s svojim splošnim zanemarjanjem otroštva (Prout, 2005).

Kljub temu so bili v študijah otroštva tudi pred skoraj desetletjem družboslovni pojasnjevalni sistemi še vedno konstruirani v odnosu do tipičnega racionalnega »odraslega« člana družbe, o otrocih pa se je še vedno mislilo kot o »stopnjah patologije in nezadostnosti v odnosu do omenjenega modela«, vse sociologije pa so na otroštvo še vedno gledale pretežno skozi teorije socializacije (Jenks, 1996, str. 35), najsi je šlo za družino, vrstniške skupine ali šolo. Vseeno pa so kritike determinizma, zatem funkcionalizma iz 50. in 60. let (Parsons, 1951/1991), in pozneje tudi konstruktivizma (v psihologiji Piaget in Vygotsky), spodbudile vrsto raziskav, ki se z otroki niso več ukvarjale kot s pasivnimi objekti socializacije, temveč so raziskovale otroško vrstniško kulturo, njihove dejavnosti in interpretativno reprodukcijo kulture (Woodhead, Faulkner in

Littleton, 1999) ter zagovarjale »konceptualno avtonomnost otrok in otroštva« (Thorne, v Corsaro 1997, str. xiii). Prispevek socialnih zgodovinarjev (Ariès, Flandrin, Duby) in antropologov (Mead) k razumevanju modernega pojmovanja otroštva je bil skupaj s prevlado družbenega konstruktivizma in njegovim antiesencializmom v družbenih vedah (Burr, 1995) ključen za dokazovanje, da gre za koncept, ki je zgodovinsko in družbeno variabilen.

Interdisciplinarna prizadevanja antropologov, sociologov, psihologov in zgodovinarjev so rodila »nove družbene študije otroštva« (*new social studies of childhood*), sama sociologija pa je v začetku 90. let rodila svojo novo vejo, sociologijo otroštva (Corsaro, 1997), ki jo je sicer poimenoval in načrtoval že prej Jenks (1982). Za nove družbene študije otroštva, interdisciplinarno družboslovno vejo, ki je od vznika v 1980. letih in 1990. letih doživela izreden razmah (Corsaro, 1997; James 1993; James in James, 2004; James, Jenks in Prout, 1998; James in Prout, 1997; Qvortrup, 1994; idr.), je kazalo, da lahko ponudijo novo teoretsko in analitsko orodje in aparat za proučevanje sodobnega otroštva, s tem pa tudi problematike medikalizacije otroštva in koncepta protektivnega otroštva. Vendar pa, kot utemeljujem v nadaljevanju, je najprej potreben kritičen pristop do teh študij samih.

2.2 Otroštvo v historiografski perspektivi

Podobno kot v sociologiji so bili otroci tudi v historiografskih perspektivah do 1970. let del proučevanja predvsem znotraj družine (npr. Flandrin, 1986), z izjemo prelomnega dela Philippa Arièsa o otroku in družinskem življenju v starem režimu (1991), ki ostaja tudi danes kljub kasnejšim kritikam prva referenca pri proučevanju otroštva. Kot je opozoril zgodovinar Harry Hendrick (1992, 1997), so bili otroci iz zgodovinoписja namreč izključeni podobno kot ženske; ker otroci nimajo politične identitete, »se zgodovinarji navadno ne zanimajo preveč zanje kot zgodovinske subjekte, vsekakor pa ne kot ljudi same na sebi«, izključitev otrok iz zgodovinoписja pa je bila »ideološka: bila je posledica vrste odnosov in struktur moči« (Hendrick, 1997, str. 4). Otroci in otroštvo so bili tako predmet proučevanj predvsem v okviru drugih pojavov, kot so tovarniško delo, literatura, emigracija, zdravje, kazenske reforme in podobno, zgodovinske analize pa so bile zapisane s perspektive odraslih. Do začetka 1990. je to po oceni Hendricka pomenilo »manj kot trideset knjig« (1992, str. 1). Pri številnih temah so se obenem »slepe pege« ujemale s prelomi pri odraslih, npr. pri delu: ker je bilo kot delo pojmovano samo obrtniško, kmečko oziroma pozneje industrijsko delo zunaj doma, so se

zgodovinarji posledično ukvarjali z delom dečkov, ne pa tudi deklic in deklet, ki so opravljale gospodinjska dela doma, varovala otroke in podobno (Mills in Mills, 2000, str. 173).

Danes na temo otroštva v historiografski perspektivi najdemo pravo množico literature. Otroci so postali samostojen predmet proučevanja skupaj z obratom v zgodovinopisju, ki se je iz velikih, elitnih zgodb in oseb preusmeril na proučevanje zgodovinopisja »od spodaj«, življenje običajnih ljudi, ter z novejšimi smermi v historiografiji: »mikrozgodovini« (v italijanskem prostoru; »microstoria«, npr. Giovanni Levi), ki je bila sprva raziskovalna praksa in je razvila tudi nove pristope in metode dela, npr. biografsko metodo, oziroma novi kulturni zgodovini (»new cultural history«, v anglosaksonskem prostoru) ter zgodovinski antropologiji (»anthropologie historique«) (Luthar in drugi, 2006, str. 625-633).

Mikrozgodovina se ni ukvarjala zgolj z zgodovinskimi podrobnosti, pač pa je »kompleksnost realnosti« želela izraziti s proučevanjem v zgodovinopisju prej obrobnih tem, vsakdanjega življenja običajnih ljudi in tudi marginalnih družbenih skupin, kot so ženske in otroci, zgodovine pa ni več razumela kot urejenega družbenega napredka, ki poteka v zaporedju enovitih in predvidljivih faz. Mikrozgodovinske raziskave niso bile same sebi namen; cilj mikroskopskega opazovanja je bil »razkrili dejavnike, ki jih prej nismo opazovali«, ti pa »prevzamejo povsem nove pomene« in nam omogočajo »mного širše posplošitve, četudi so začetna opazovanja opravljena v okvirih ožjih razsežnosti in kot eksperimenti, namesto kot primeri« (Levi, v Brewer 2010, str. 97). Na drugačno zgodovinsko percepcijo otrok pa so vplivali tudi različni drugi širši intelektualni družbeni tokovi, med njima modernizem in feminizem (Mills in Mills, 2000, str. 167).

Kot opozarja Mitterauer (1996, str. 13) pa je bil kljub velikemu povečanemu zanimanju zgodovinarjev za vsakodnevno življenje v zgodovinopisju prej zanemarjenih družbenih skupin »ta novi fokus na otrocih popolnoma spregledan pri poučevanju zgodovine v državnem izobraževanju«, kar je pripeljalo do paradokсне situacije, da so otroci bili razumljeni kot primeren predmet akademskega proučevanja, toda ne predmet, ki bi ga bilo vredno poučevati v šolah pri urah zgodovine.

Vznik sprememb v naravi otroštva je kompleksen ter zajema ekonomske, družbene in politične dejavnike. Zgodovinarji (npr. Hendrick, 1992, 1997) med dejavnike, ki so prispevali k spreminjanju razumevanja otroštva ter ga konstruirali, umeščajo uvedbo zakonodaje, ki je

uveljavila obvezno šolanje, začetke gibanja za proučevanje otrok (ki je bilo povezano z drugimi mehanizmi, predvsem obveznim šolanjem, zaradi katerega so raziskovalci naenkrat lahko proučevali veliko število otrok iste starosti), zanimanje medicine in psihomedicine za različne vidike otrok (ki je bilo prav tako povezano z množičnim šolanjem), rekonceptualizacijo mladostniške delikventnosti, omejevanje in prepovedovanje otroškega dela ter dvigovanje starostne meje za poroko za dekleta. Ti dejavniki so se v različnih evropskih državah ter v ZDA oblikovali v različnih obdobjih, večinoma pa od 2. polovice 19. stoletja dalje, na prelomu stoletja in do 1930. let. V Veliki Britaniji se je obvezno izobraževanje denimo začelo uveljavljati šele po letu 1870, ko je bil sprejet zakon o osnovnem izobraževanju. Na Slovenskem so prve šole, ki nastanejo na pobudo države (habsburških oblasti), že leta 1765 ustanovljene predilske šole, Marija Terezija pa je Splošno šolsko naredbo, prvi državni osnovnošolski zakon, podpisala že leta 1774, vendar je trajalo še dobro stoletje, preden je pouk pri nas postal zares množičen.³

Ko se je delavski razred preoblikoval (v anglosaksonskem prostoru med 1880-1914), se je obenem pojavila sakralizacija otrok, ki je šla po Hendrickovo z roko v roki z izgubo njihove ekonomske vrednosti in je šla v smer pridobivanja emocionalne (otroci niso več prinašali domov zaslužka, so pa pridobili na čustveni vrednosti). Država je uvedla različne zakonodajne mehanizme in politike, ki so bili namenjeni delavski zaščiti otrok, ti pa so prišli pod nadzor mehanizmov in instrumentov socialnega skrbstva, medicine, izobraževanja, države blaginje, zakonodaje.

Kot opozarja Hendrick (1992), pa je novi buržoazni domačijski ideal prej različne konceptualizacije otroštva (pač glede na posamezne družbene skupine) uspel združiti v »enovito, pomirjujočo in vseobsegajočo otroško 'naravo'« (prav tam, str. 2). Kot piše Hendrick, so bili otroci razumljeni kot nedolžni, odvisni, ranljivi, na splošno brez kompetenc ter potrebni discipline in zaščite. Ne samo, da se je med letoma 1800 in 1914 trajanje otroštva podaljšalo, pač pa se je koncept otroštva univerzaliziral po vsem družbenih razredih in geografskih področjih. Te procese avtor povezuje z industrializacijo, spreminjanjem trga dela, urbanizacijo, spreminjanjem političnih razmerij in razrednih odnosov.

³ Podrobneje prelome in časovnico pri konstruiranju otroštva na Slovenskem na področju šole, znanstvenih diskurzov, zakonodaje in družine obravnavam v Zidar, 2002.

Foucault (1991) je po drugi strani pojasnjeval regulatorni, nadzorovalni učinek teh praks (izobraževanje, blaginja, zdravstvo, pravo), skozi katere otroke nadzorujemo in merimo. Otroci so podvrženi proučevanju, oblikujejo se nove oblike in sistemi vednosti, primarno v družbenih vedah, ki pa so potem nadalje uporabljene za reguliranje in nadzorovanje otrok in družin. To dosežejo s pomočjo izobraževalnih, socialno-varstvenih in zdravstvenih shem in institucij, namenjenih otrokom, sodišč. Nadzorovanje se torej ne izvaja na silo, pač pa s pomočjo posameznikov in institucij, ki posedujejo vednost (zdravniki, učitelji, psihiatri, socialnimi delavci ...), ki opredeljujejo, kaj je sprejemljivo in nesprejemljivo, spoštovanja vredno ali ne, predvsem pa, kaj je normalno in nenormalno, odklonsko. Otroci, ki ne spadajo v te okvire, niso nujno deležni kazni, s katero bi jih vrnili v normalnost, pač se njihova nenormalnost ureja z medicinsko, psihološko, socialno in pedagoško obravnavo (včasih skupaj s staršem/starši oziroma družino).

2.2.1 *Evolucijske teze o razvoju otroštva v historiografiji: napredek ali propad?*

Večina zgodnjih zgodovinopisnih proučevanj otroštva je bila diahroničnih; obravnavala so razvoj koncepta otroštva skozi čas. Videti je, da so zgodovinarji v prvih desetletjih, ko je otroštvo postalo predmet njihovega zanimanja, otroštvo v preteklosti (od antike, preko srednjega veka, renesanse, 19. stoletja in do današnjih dni) v odnosu do sodobnih konceptualizacij otroštva ne samo opisovali, pač pa tudi – ali celo predvsem – *vrednotili*.

Te perspektive lahko v grobem razdelim na dve glavni, ki bi ju poimenovala *zgodovinsko progresivno* in *zgodovinsko romantizirano*.⁴ Oba pogleda sta zahodnocentrična (fokus je na okcidentalnem, zahodnem otroštvu) in pretežno evolucionistična (gre za perspektive, ki analizirajo postopen razvoj konceptualizacij otroštva iz preteklosti do sodobnosti). Prvi, progresivni, je sodobni koncept in prakse otroštva razumel kot zgodovinski in razvojni vrhunec, drugi (zgodovinsko romantizirani) pa je pretekle konceptualizacije in prakse otroštva v različnih vidikih razumel kot vsaj enakovredne ali pa celo superiorne glede na sodobne (in

⁴ Uredniki domačega zgodovinskega zbornika *Zgodovina otroštva* so na podlagi tujih preglednih študij na področju družine in družinskih struktur iz zadnjega desetletja (Greyerz, 2010, v Škoro Babić, Jeraj, Košir in Balkovec, 2012, str. 8), povzeli drugačni poimenovanji dveh koncepcij otroštva v preteklosti, in ju označili kot tezi o »črni« in »beli« legendi o zgodovini otroštva v zgodovinopisju. »Bela« legenda v zgodovinopisju zajema avtorje, ki zagovarjajo stališče, da je otrok tudi v preteklosti imel pomembno emocionalno in ekonomsko vrednost (to zastopajo predvsem britanski in nemški zgodovinarji), »črna« pa govori o nezanimanju za otroštvo, odsotnosti skrbi za otroke, zanemarjanju, veliki umrljivosti otrok ipd. v preteklosti in tezi, da se je razumevanje otroštva kot posebne faze življenja začelo šele po 17. stoletju (Škoro Babić in drugi, 2012, str. 8-10).

včasih zato govoril o koncu, izginevanju ali zatonu otroštva v sodobnosti, glej npr. Postman, 1982).

2.2.1.1 Progresivne in romantizirane konceptualizacije otroštva v zgodovinopisju

Konvencionalni liberalni zgodovinarji so poudarjali napredek na področju blaginje in javnega zdravstva v marksistični ali patriarhalni perspektivi (Hendrick, 1997, str. 4). Veliko zgodovinskih tez in naričij o otroštvu je do 1960. in 1970. let govorilo o progresivnem napredku otroštva, ki je od zanemarjanja prehajalo k vse večji skrbi, se v 19. stoletju transformiralo, dokler ni doseglo sodobne faze, ki zavzema različne prakse skrbi v sodobni nuklearni družini (ki je tudi sama po sebi evolucionistični koncept, ki je bil zopet deležen kritik in analiz znotraj sociologije družine). Ti evolucionistični pogledi so bili odraz tedanjih občih družbenih (ideoloških, okcidentalnih oz. zahodnocentričnih) pogledov na zgodovinski razvoj, ki naj bi z industrijsko revolucijo dosegel svoj vrhunec, podoba o otroštvu, ki se počasi razvije v svojo najbolj izpopolnjeno obliko, pa je spadala v ta okvir. Kot bom pokazala kasneje, te teze nimajo znanstvene podkrepitve.

Po drugi strani pa so se pojavljale tej tezi nasprotne konceptualizacije, ki so različne sodobne fenomene, kot so transformacije družinskih oblik, zasebnosti in intime (ki so se kazale npr. v naraščanju ločitev, družinski pluralizaciji, povečanju enostarševskih, sestavljenih (po Švab, 2001, str. 60 – namesto: reorganiziranih) in alternativnih oblik družin, spremenjenih konceptualizacijah starševstva ipd.), percipirale negativno, in so zato sodobnim oblikam kot zgled postavljale idealizirana pojmovanja otroštva in družine iz preteklosti (najpogosteje 19. stoletja). Kot piše Arietta Papaconstantinou (Talbot in Papaconstantinou, 2009), so zgodovinarji pri proučevanju otroštva torej omejeni z dvema različnima motivacijama: »ena je pokazati, da je bilo tedaj prav tako dobro, kot je danes, in druga je pokazati, da danes ni slabše, kot je bilo tedaj« (prav tam, str. 3). Prva odslikava politično korektno pozno 20. stoletje, antievolucionistične poglede na preteklost, medtem ko druga odslikava skrbi s konca stoletja in zgodnjega 21. stoletja o »zlih hipermodernizacije« (prav tam, str. 4).

Ta dva pogleda, progresivno evolucionistični (sodobno otroštvo kot vrhunec zgodovinskega razvoja) in zgodovinsko romantični (otročstvo v preteklosti kot dobra ali celo idealna oblika otroštva, ki je sobivala z družinsko povezanostjo, povezanostjo z naravo, ožjim družbenim okoljem ...), sta vredna podrobnejše analize zato, ker se konceptualizacije otroštva in primerjalne analize na njuni osnovi vlečejo do danes. Ne le v zgodovinopisju, pač pa v vseh

sodobnih diskurzih o otroštvu, ki pa imajo danes pogosto politično legitimizacijsko vlogo (sklicevanje na otroka ima politično moč). In kot bom pokazala v nadaljevanju, je tudi sodobno sociološko proučevanje otroštva in proučevanje v okviru novih družbenih študij otroštva razvilo določeno slepo pego o tem, da kljub osnovni predpostavki o tem, da v drugih družbah in kulturah obstajajo drugačne konceptualizacije otroštva, izhaja in vrednoti iz lastnih normaliziranih razumevanj sodobnega otroštva, ki jih nevede vrednoti pozitivno.

Močen vpliv psihoanalize v 1970. letih se je najbolj odražal v hipotezi o psihogenetski teoriji evolucije, ki jo je razvil psihozgodovinar Lloyd deMause. Slednji je analiziral odnos do otroštva v antiki, ko so bili otroci zavrženi, zapuščeni ali predmet detomora, do indiferentnega odnosa do otrok v srednjem veku in vse do sodobne skrbi zanje. Kot navaja deMause (prav tam, str. 7), je njegova osrednja teza diametralno nasprotna Arièsovi; tradicionalni otrok naj bi bil, po Arièsovo, srečen in svoboden, saj je bil del vseh družbenih struktur, posebno občutje otroštva se po mnenju tega francoskega zgodovinarja razvije v zgodnjem modernem obdobju, družina pa postane tiranska institucija, ki z všolanjem otroka prikrajša svobode in uniči družbene vezi. DeMause je, nasprotno, oblikoval radikalen evolucionistični pogled, po katerem je zgodovina otroštva »nočna mora, iz katere se je človeštvo šele začelo zbudjati« (deMause, 1974, str. 1), in ki je govoril o izjemno slabem ravnanju z otroki v zgodovini, medtem ko naj bi se skrb zanje (čustvena in fizična) razvila šele v sodobnosti.

Podobno kot deMause, le na manj radikalen način, sta pisala denimo pisala tudi britanska zgodovinarja Lawrence Stone (1979) in Edward Shorter (1976); slednji je govoril o tem, da je »dobro materinstvo izum modernizacije« (1976, str. 170), matere in starši, nasploh v tradicionalnih družbah, naj se ne bi pretirano ukvarjali z dobrobitjo otrok, še zlasti zelo majhnih, kar pa v sodobnih družbah postane glavna prioriteta staršev. V tej perspektivi so v zgodnji moderni dobi otroci bili predmet skrajno krutih praks, od povezovanja, telesnih kazni, formalnih in nečustvenih odnosov, do nezanimanja za njihovo smrt in podobno.

Med dejavniki, ki so prispevali k takemu odnosu, naj bi bili koncept izvirnega greha, visoka smrtnost otrok, verske in moralne teorije o otrocih in razširjene družine. Vznik izobraževalnega sistema, spremembe v družinski strukturi, vzpon kapitalizma, naraščajoča zrelost staršev in obča tendenca k humanizmu pa naj bi prispevali k novim pojmovanjem otroštva. Podoben kritičen pogled na zgodovino otroštva je pri nas predlagala Alenka Puhar v svojem odmevnem delu Prvotno besedilo življenja: Zgodovina otroštva na Slovenskem v 19. stoletju, ki je prvič

izšlo leta 1982, in je bilo na Slovenskem dolgo edino delo, ki se je sistematično ukvarjalo z analizo otroštva v zgodovini, predvsem skozi analizo različnih literarnih virov, avtobiografij, pisem, pa tudi statistik, pedagoških dogem in medijskih zapisov.

Ti historično negativistični pogledi so bili predvsem v 1980. letih deležni številnih kritik. Različni zgodovinarji (npr. Linda Pollock, 1985; v novejšem času Nicholas Orme, v Shippey, 2007) sicer niso toliko dokazovali drugačnih *praks* v preteklosti, pač pa so jih drugače *interpretirali*; predvsem so skušali argumentirati, da je prikazovanje odnosa otrok do staršev izkrivljeno, saj tudi v pretekli dobi starši niso bili obče indiferentni, brez ljubezni, razumevanja vzgoje, skrbi ipd., pač pa da so bile matere povezane z otroki tudi v drugih zgodovinskih obdobjih, npr. v srednjem veku, predvsem pa je bil predmet kritik evolucionistični, linearni model razvoja skrbi za otroke skozi zgodovino (Mitterauer, 1996, str. 17). Ti kritiki »pesimističnih pogledov«, so, kot piše Hendrick (1992, str. 3), predvsem simpatizirali s starši in skušali opresivne prakse, kot so povezovanje dojenčkov, uporaba dojilj, avtoritarni odnosi ali ostre telesne kazni, utemeljevati, minimalizirati ali reinterpretirati, tudi s kakimi novimi dokazi (npr. iz antropologije ali primeri iz različnih plemen). Zanimivo je, da sta obe strani pri tem bili zelo čustveni in tudi »pravičniški«, tako stran, ki je dokazovala slabo ravnanje z otroki, kot stran, ki se je skušala postaviti na stran staršev.

Toda menim, da je poglede deMausa, Shorterja, Stona in drugih treba interpretirati v družbenem kontekstu in času, v katerem so jih pisali, in jih razumeti predvsem kot reaktivne in na nek način »uravnavaajoče« (ter s tem osvetljujejo), saj so v času rahljanja družbenih avtoritet in struktur prevladovala ideološke naracije, ki so preteklost (še zlasti pa 19. stoletje) idealizirale. Kritičnega dela Alenke Puhar Prvotno besedilo življenja (1982), ki ga je napisala po deMausovem zgledu, tako nikakor ne gre razumeti zgolj kot evolucionistični predlog o postopnem izboljšanju skrbi za otroke v sodobnosti, pač pa predvsem kot reakcijo na v času izida dela idealizirane in ideološke konceptualizacije o »dobri zlati preteklosti« – ki je za Slovence, po mnenju Alenke Puhar, dobila celo narodotvorne razsežnosti – in ko naj bi velike slovenske družine živele v slogi in razumevanju pod modro nadoblastjo avtoritativnega očeta. Avtorica je dokazovala (kar so pozneje pri nas v nedogled morali dokazovati tudi naši sociologi družine, oziroma sociologinje, npr. Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006), da so velike razširjene družine redko živele skupaj, saj so otroci iz ekonomskih razlogov morali zgodaj odhajati od hiše, analizirala je neenakopravne odnose med otroki in starši, izkoriščanje otrok, razširjenost spolnih zlorab otrok v preteklosti, seksizem, posledice alkoholizma ipd.

V 1970. letih so zgodovinarji pod vplivom ugotovitev družbenega zgodovinopisja in historične demografije, ki so razmišljanja o izboljšanju življenja otrok v 19. stoletju postavili pod vprašaj, otroštvo počasi nehali tematizirati izključno kot zgodbo o progresivnem napredku glede skrbi za otroke skozi stoletja, oziroma se niso več ukvarjali z zgodbo o »izboljšanju otroštva, pač pa z izkušnjami in pomeni« (Mills in Mills 2000, str. 165). Raziskovanja so se začela ukvarjati s spolno razliko, geografijo, razredom ipd. ter različnimi lokacijami, kjer je bilo mogoče najti otroštvo in otroka, ne le doma, tudi v drugih družbenih institucijah. V sodobnih študijah otroštva pomembno mesto zaseda tudi analiza medijskih in komunikacijskih kompetenc otrok ter njihovih državljanskih in potrošniških pravic, v zadnjih dveh desetletjih pa se je skupaj z razmahom procesov poblagovljenja otroštva kot prodajnega kulturnega koncepta povečal tudi analitski interes za te procese.

2.3 Otroštvo v antropološki perspektivi

Antropološka proučevanja so se od začetkov te discipline, podobno kot zgodovinska, sicer ukvarjala z otrokom, toda predvsem s perspektive pogledov odraslih na otroke ali s socializacijskega vidika. Med klasičnimi antropološkimi deli, ki se ukvarjajo tudi z otroki, je Odraščanje na Samoi antropologinje Margaret Mead, ki je razlike med družbami sicer razumela kot kulturno, ne biološko pogojene, vendar je dojenčke, otroke in najstnice opazovala z namenom, »da bi razumela, kako vsak od njih postane odrasel pripadnik plemena Manus« (Mead, 1930/1968, str. 16, v Haudrup Christensen, 1999, str. 16-17), torej da bi razumela, kako njihova vzgoja vpliva na njihovo *odraslo* osebnost in vedenje. Kot pojasnjuje avtorica, je Margaret Mead priznavala univerzalen vzorec, po katerem odrasli otroke razumejo kot šibke, nemočne in potrebne zaščite, usmerjanja in izobraževanja, njene metode pa so bile poenostavljena verzija Piagetovega pristopa, namenjenega Evropi in Severni Ameriki, ter včasih neprimerne za okolje.⁵

Vseeno pa so njena proučevanja otroke razumela kot pomembne informante in vire. Montgomery (2009, str. 41-45) avtorici pripisuje več »akterstva« in pravi, da se je Margaret Mead na Samoo odpravila z izrecnim ciljem, da bi ovrгла biološki determinizem psihologov,

⁵ Npr. ko je otrokom na Samoi naročila, naj rišejo, ti pa še nikoli prej niso uporabljali papirja in svinčnika (Haudrup Christensen, 1999, str. 17).

kot je bil Stanley Hall, ki je pisal o adolescenci kot prehodnem procesu v življenjskem ciklu med otroštvom in odraslostjo, adolescentna vedenja pa naj bi pogojevale močne biološke spremembe, ki so izven nadzora posameznika. Mead je s svojimi opazovanji Samojev od zgodnjega otroštva do adolescence ovrгла Hallove teze, da je adolescenca nujno stresno, moteče in uporniško obdobje, in dokazovala, da spremembe vedenja povzročata kulturno pogojevanje (drugačna kulturna pričakovanja glede ustreznosti vedenj), ne pa biološke spremembe. Metode in interpretacije Margaret Mead so bile deležne različnih kritik (glej Côté, 2000b), vendar James E. Côté vidi doprinos njene primerjalne študije mladine v ZDA in na Samoi v tem, da je opazila, da »večja svoboda izbire ne vodi nujno k sreči in zadovoljitvi«. Mead je trdila, da je prevelika možnost izbire lahko »vir konfliktov za mlade, še zlasti kadar je vodenje pri odločanju skromno ali kadar je izbiranje iluzorno« (Côté, 2000b, str. 530).

Še v začetku 1990. let so bila antropološka proučevanja, ki bi se ukvarjala izključno z otroki, redka, otroštvo pa ni bilo razumljeno kot »resna tema« (Montgomery, 2009). V začetku so antropološki proučevalci otroštva imeli težave celo s predpostavko, da naj to, kar počnejo, ne bi bila več antropologija, pač pa zgolj etnografska metoda.⁶ V zadnjem času pa se je antropološko zanimanje močno preusmerilo na proučevanje perspektiv in praks samih otrok. Ta so predvsem vplivala na razumevanje raznolikosti pojmovanj otroka in otroštva v različnih kulturnih okoljih in družbah, s tem pa pomagala osvetliti tudi sodobno zahodno pojmovanje otroštva. Ena pomembnih razlik, na katero so pokazale terenske antropološke raziskave, kot je bila Riesmanova v Burkini Faso (v Haudrup Christensen, 1999, str. 20-21), je bila denimo razlika med različnima družbenima pojmovanjema separacije (oziroma ločevanja od odraslih) in avtonomnosti pri otroku (ki je družba Furlani, ki jo je Riesman proučeval, ni poznala), ter ideologijo neodvisnega posameznika in separacije od drugih, ki jo goji zahodna družba, in ki se odraža v ločevalnih praksah v zgodnjem otroštvu.

Danes je dovolj etnografskih študij otrok, da lahko govorimo o posebni disciplini antropologije, ki se ukvarja z otroštvom znotraj novih interdisciplinarnih študij otroštva. Te postavljajo v ospredje otroke kot akterje, ne pasivne »prejemnike« družbenih vplivov in dejanj, prav tako pa

⁶ Primer so težave, ki jih je opisala Pia Haudrup Christensen (1999), danes znana antropologinja otroštva, ki jih je imela s svojo doktorsko disertacijo, v kateri je predstavila prvo etnografsko študijo na Danskem, ki se je usmerjala na perspektivo otrok, češ, da to ne spada v antropologijo, pa da obenem »vsi vemo, kakšni so otroci in kako se obnašajo« (prav tam, str. iii). Ali pa izkušnja antropologinje Heather Montgomery v poznih 1990., ki ji je starejši kolega rekel, da njeno delo z otroki na Tajskem razume kot »komparativno socialno delo«, ne pa pravo antropologijo (2009, str. 6).

kot popolne osebe, ne pa bodoče oziroma »še ne« odrasle, ki bi bili opredeljeni zgolj v smislu primanjkljajev. V okviru te perspektive je nastalo veliko medkulturnih in etnografskih študij, ki opisujejo prakse in ideje, povezane z otroki in otroštvom. Gre za proučevanje ključnih dogodkov, kot so rojstvo in smrt, pa tudi to, kako otroke oblikuje njihovo družbeno okolje, med njimi vrstniki in družina ter različne institucije, predvsem šola. Otroke proučujejo v kontekstu igre, dela, prostorov, mobilnosti ter izkušenj. Ob tem nekateri antropologi opozarjajo, da je treba proučevati ne le izkušnje in realnost otrok, kakršne ti živijo, pač pa tudi otroštvo kot politični in družbeni konstrukt (Stephens, 1995, v Montgomery, 2006, str. 13).

Antropologija otroštva je predvsem razvita v anglosaksonskem svetu. Kot navaja Turk Niskač (2015), razvoj slovenske etnologije in kulturne antropologije ni sledil sodobnim smernicam obravnave otrok. V vzhodni Evropi in tudi Sloveniji je antropologija otroštva zaenkrat v najboljšem primeru izbirni predmet. Domače etnološke in antropološke raziskave so se sicer tudi v preteklosti pogosto posvečale različnim vidikom otroštva, od otroške folklore in igrac, vendar pa so te potekale predvsem v okviru analiz družine in sorodstva, raziskovalce pa je pretežno zanimalo beleženje materialne kulture. Tudi danes, kot navaja Turk Niskač, jih bolj kot življenje otrok tu in zdaj zanimajo npr. spomini odraslih na minulo otroštvo, kljub uvajanju nekaterih novih, etnografsko usmerjenih pristopov.

Domači projekt, ki je na področju predšolske vzgoje uporabil etnografsko metodo, sicer s pedagoškega področja, je Kulturno žlahtenje najmlajših (Kroflič, Štirn Koren, Štirn Janota in Jug, 2010), katerega pobudnik je bil Robi Kroflič (redni profesor za področji obče pedagogike in teorije vzgoje na FF UL) in ki je potekal v ljubljanskih in koroških vrtcih. V projektu, pri katerem so otroci participirali v raznovrstnih umetniških dejavnostih ter med drugim ustvarjali skupaj s pedagogi in umetniki, so kot pomembno metodo uvedli predstavitev likovnih izdelkov otrok in fotozgodbe, ki opisujejo potek dejavnosti do končnega izdelka (glej tudi Pirc, 2011). Kroflič je na podlagi projekta razvil induktivni vzgojni pristop, ki spodbuja tudi otrokov moralni razvoj, povod za to pa mu bili, poleg kritičnega proučevanja različnih družboslovnih, humanističnih in pedagoških idej postmoderne pedagogike, tudi številni etnografski zapisi vzgojiteljic, ki so »kazali, da predšolski otrok nikakor ni tako egocentrično in v moralnem smislu nekompetentno bitje, kot je izhajalo iz takrat prevladujočih kognitivnih in psihoanalitičnih teorij moralnega razvoja« (Kroflič in drugi, 2011, str. 25). Ta iz otroka izhajajoči pogled torej poudarja, kaj otroci znajo in kakšne kompetence, veščine in znanje že premorejo (in ne, česa še ne zmorejo), še zlasti pa za moralno vedenje in empatijo.

Domače antropološke in etnografske reprezentacije otroštva so, kot poudarja Turk Niskač (2015), enako razcepljene oziroma »shizofrene«, kot to velja za druge obravnave (kot sem sama skušala pokazati pri zgodovinskih), saj ima raziskovalec do preteklosti, ter ekonomskih in življenjskih okoliščinah, ki jih sam ni živel, »bodisi idealiziran bodisi pokroviteljski odnos«; otroci se zato »vse preveč radi prikazujejo kot podrejeni, trpinčeni in zanemarjeni« (prav tam, str. 33). Raziskovanje otrok antropologija danes razume kot ključno področje za razumevanje družbe in analizo družbenih sprememb (Montgomery, 2009). Tudi sodobna antropologija pa, podobno kot sociologija otroštva, uporablja participatorne metode, ki raziskujejo, kako otroci sami ustvarjajo pomene, in kjer so ideje otrok razumljene kot enakovredne idejam odraslih, ki jih je razvila sociologija.

2.4 Sociološke in družbene teorije otroštva

Do poznih 1980. let se glavni tok sociologije tako rekoč ni ukvarjal s študijami, ki bi se osredotočale izključno na otroke. To ni pomenilo, da so bili otroci povsem izključeni iz raziskav, toda bili so marginalizirani, kar je odražalo njihovo podrejeno vlogo tako v družbi kot v teoretskih konceptualizacijah otroštva in socializacije, ali pa so se, po drugi strani, raziskovalci usmerjali v »potencial in grožnjo«, ki so jo otroci predstavljali aktualni družbi ali pa za prihodnost (Corsaro, 1997, str. 7).

Corsaro (1997) novo zanimanje za otroštvo v sociologiji, ki se je začelo v poznih 1980. letih, pojasnjuje z več različnimi tokovi. Prvič, s povečanjem družboslovnega fokusa za različne druge, prej marginalizirane teme in družbene skupine, med katerimi so vsekakor ženske. Družboslovci so ugotavljali, da je v različnih ideoloških konstrukcijah status ženske tesno povezan z otroki. Še zlasti je bilo tako v kontekstu enačenja ženske z materinstvom, kjer je ženska identiteta tako rekoč zlita z materinstvom na način, kakršnega pri moški identiteti ne zasledimo (moška identiteta ne vsebuje očetovstva). Tudi zaradi feminističnih prispevkov, ki so tematizirali enako vključitev moških in žensk v starševanje, so družboslovci sploh opazili marginalizacijo otrok v družboslovnem proučevanju. Nove konceptualizacije pa je spodbudila tudi teoretska usmeritev, ki je izhajala iz konstruktivističnih in interpretativnih teoretskih perspektiv v sociologiji (James in Prout, str. 1997). Te so postavile pod vprašaj številne vsakodnevne koncepte, ki so bili prej razumljeni kot »biološka danost ali očitna družbena

dejstva« (Corsaro, 1997, str. 8), med katerimi so družbeni spol, rasa, etnična pripadnost, razred ipd. Ko so raziskovalci te interpretativne in konstruktivistične perspektive uporabili v sociologiji otroštva, je to porodilo nove perspektive. V slednjih so tudi otroci, ne le odrasli, »aktivni udeleženci v družbeni konstrukciji otroštva ter interpretativni reprodukciji« kulture, v kateri živijo (prav tam), in ne več zgolj »potrošniki« kulture, ki so jo vzpostavili odrasli, kakor so otroke razumele tradicionalne teorije.

2.4.1 Tradicionalne socializacijske teorije: kritike razvojne paradigme

Večina sociološke misli je še pred nekaj desetletji otroke konceptualizirala v kontekstu socializacije kot procesu, s katerim se otroci prilagodijo družbeni realnosti in jo ponotranjijo. Ta pogled je otroka proučeval v kontekstu zgodnje socializacije v družini in razumel kot družbeni člen, ki ga zunanje družbene sile oblikujejo v polno delujočega člana družbe. V okviru socializacijske teorije sta se razvila dva modela: deterministični in konstruktivistični (Corsaro, 1997, str. 8-18).

Deterministični model socializacijskega procesa je bil rezultat teoretskih napetosti, saj so se teoretiki zgodnjih modelov socializacije po eni strani soočali s tem, da sta hkrati vse bolj naraščala teoretsko osrediščanje na posameznika ter priljubljenost raziskav odnosa med posameznikom in družbo, po drugi strani pa je bila družba še vedno razumljena kot močna determinanta vedenja posameznika. Rešitev so analitiki videli v teoretskem modelu, ki bi govoril o apropiaciji oziroma družbenem prevzemanju, po katerem otrok prevzame, ponotranji družbo, ta pa otroka sčasoma usposobi, da postane aktiven in produktiven družbeni član, kar pa pomeni, da je po tem modelu otrok predvsem pasiven.

Znotraj determinističnega modela sta se, kot opisuje Corsaro (prav tam), kasneje razvila dva nova pristopa oziroma podredna modela: funkcionalistični in reproduktivni model. Prvi model, katerega glavni predstavnik je Talcott Parsons, je bil priljubljen v 1950. in 1960. letih in ga ni zanimalo, kako in zakaj se otroci integrirajo v družbo, pač pa so ga zanimali predvsem površinski (oziroma funkcionalni) vidiki socializacije: kaj potrebuje otrok in kakšne strategije uporabljajo starši, da otrok družbo ponotranji ipd. Parsons je socializacijo enačil z razvojem otroka, v otroštvu pa so postavljeni temelji priučenih vidikov osebnosti, ki se pozneje ne spreminjajo bistveno, socializacija pa je bila ključna za normalno funkcioniranje družbenega sistema. Otroke so v funkcionalističnem modelu proučevali predvsem s perspektive, kaj mora otrok postati, da lahko družba še naprej funkcionira, zato so bili razumljeni hkrati kot potencial

in grožnja. Parsons je sredi 1950. let svoje poglede vezal na Freudovo teorijo psihoseksualnega razvoja, vendar sklenil, da se otrok nauči vesti v skladu z družbenimi normami in vrednotami namesto na podlagi nekih prirojnih spolnih ali agresivnih gonov. Jenks (1996), ki je začrtoval novo teoretsko polje proučevanja otroštva, je bil do Parsonsove perspektive še bolj kritičen, češ da otroka opredeljuje v smislu razlike in enači z divjakom, »arhetipom proto-odraslega« (prav tam, str. 20), še bolj problematična pa se mu je v tej perspektivi zdela patologizacija otroške seksualnosti.

Sčasoma družboslovna teorija ni bila več tako naklonjena funkcionalističnemu modelu, saj so se sredi 1970. let pojavile kritike, da ponotranjenje funkcionalističnih zahtev pomeni mehanizem družbenega nadzora, ki vzdržuje oziroma reproducira družbene in razredne neenakosti. Reproductivni model se je usmeril na analizo družbenih razlik in neenakosti, denimo pri dostopu do izobraževanja, neenakih obravnav v različnih družbenih institucijah in podobno.

Tako funkcionalistični kot reproductivni model sta se usmerjala predvsem na posledice in učinke socializacijskega procesa in sta mnenju kritikov podcenjevala aktivno vlogo vseh članov družbe v družbenem procesu, oziroma so bili ti pogledi preveč abstraktni in so »poenostavili skrajno kompleksne procese«, pri tem pa »spregledali pomen otrok in otroštva v družbi« (Corsaro, 1997, str. 10). Različne dejavnosti otrok niso bile proučevane, ker niso bile razumljene kot družbeno funkcionalne in s tem posebno pomembne. Otroci zgolj ne »ponotranjijo« družbe, so menili kritiki, pač pa sami tudi dejavno prispevajo k družbenim spremembam. Ta kritični pogled je bil vezan na Bordieoujev kompleksni koncept družbenega habitusa kot vrste družbenih predispozicij, ki so vključene v zgodnji socializaciji, ki niso niti posledica svobodne volje niti jih ne opredeljujejo strukture, pač pa so preplet obojega skozi čas. Habitus ustvarjamo in reproduciramo nezavedno, družbeni red pa se vpiše v posameznika prek kulturnih produktov in sistemov, med katerimi so izobraževanje, jezik, vrednote, dejavnosti vsakdanjega življenja in podobno, moč pa je pri tem pogledu simbolno ustvarjena. Habitus je tako način, na katerega se družba »naloži« v posameznika, da razmišlja, čuti in deluje na neke družbeno determinirane načine, pri čemer pa ima vsak habitus svoj družbeni in kulturni kapital.

Toda če je Bordieou razprl deterministični pogled, pa je konec 1990. let za številne družboslovce ta model še vedno bil preveč socializacijski, in je »spregledal načine, na katere otroci prispevajo h kulturnim spremembam« (Corsaro, 1997, str. 11). Ti so začeli iskati model,

ki bo zajemal »aktivnega otroka« (prav tam), kar je ponudil konstruktivistični model. Ker je zgodnje sociološko proučevanje otroške socializacije temeljilo na dominantnih teorijah razvojne psihologije, sta bila med najbolj vplivnimi avtorji na ta model psihologa Lev Vigotsky s svojim družbeno-kulturnim pogledom na človekov razvoj in Jean Piaget s svojo teorijo intelektualnega razvoja. Sicer se njuna pogleda na človekov razvoj razlikujeta (Piaget se je med drugim bolj usmerjal v kognitivne procese in strukture, Vigotsky pa na razvojne kontekste), vendar sta se oba, poenostavljeno rečeno, ukvarjala s strategijami, ki jih posamezniki uporabljamo za soočanje s spremembami, zaradi česar so interakcije in praktične dejavnosti otrok lahko vodile k novim veščinam in vednostim, ki niso le reprodukcija, pač pa transformacija starih.

Tudi razvojna perspektiva sama je bila predmet kritik, saj je poudarek na intelektualnem in senzomotoričnem razvoju, kakršnega je predlagal Piaget, preveč poudarjal naravne procese, ki so »presejali 'vrednost' realnega družbenega sveta« (Jenks, 1996, str. 25). Otrok je bil v tem pogledu za poznejše kritike preveč abstrahiran, generaliziran, zreduciran na logično-deduktivne, matematične in kognitivne procese. V Piagetovem pogledu je znanstvena racionalnost odrasle inteligence tisto, kar mora otrok doseči. Po Jenksovo je bil v tem pogledu »otrok znova teoretsko zapuščen. Resnični, v zgodovino umeščeni otroci, so predmet nasilja sodobne znanstvene racionalnosti, ki se reproducira na račun njihovih razlik« (prav tam). Razvojno psihologijo so omogočali vrtci, šole in medicinske institucije, kjer je bilo mogoče opazovati večje število otrok iste starosti. Jenks opozarja, da je ta pristop podal temelje za normalizacijo in standardizacijo, oziroma predpisal, kaj je za otroka določene starosti normalno. Pri otroku je proučeval, ali se je »ustrezno prilagodil na okolje« (prav tam, str. 26). Eden od pomembnejših Piagetovih pogledov, ki so ga poznejši sociologi otroštva pri Piagetu kritizirali ter sami nato proučevali v vrstniškem kontekstu, je njegov pogled na igro, ki jo je razumel kot trivialno, neresno dejavnost, ki »otroka odvrača od prave usode in logičnega smotra v racionalni shemi« (prav tam, str. 27). Jenks je po drugi strani igro predlagal kot ključno pri pridobivanju interakcijskih kompetenc, podobno pa je veljalo za jezik, ki za kritike ni bil le kognitivna funkcija, pač pa ga otroci rabijo za izražanje čustev, relacijsko ipd.

Vseeno pa sta ta pogleda, kot poudarja Corsaro, odprla pot tudi za manj deterministične poglede na otroka in njegovo družbeno vlogo. Konstruktivistični pogled je sicer bolj poudaril aktivnejšo vlogo otroka, vendar se še vedno usmerja na razvoj, torej na proces otrokovega »postajanja« odrasel, linearni razvoj skozi različne razvojne faze, ter na končni učinek (da se otrok iz

nezrelosti razvije v odraslega posameznika). Tudi če je ta pogled upošteval kontekst, torej otrokove starše, vrstnike, učitelje ipd., je to opazoval v smislu njihovih vplivov na razvoj otroka, ne pa glede na to, kako otroci sami, »skozi participacijo v komunikacijskih dogodkih postanejo del teh medosebnih odnosov in kulturnih vzorcev in jih kolektivno reproducirajo« (Corsaro, 1997, str. 17).

Številni analitiki so videli težavo v samem izrazu »socializacija« (ki je postal zastarel tudi pri proučevanju drugih vidikov in delov družbe, ne le otrok), zato je denimo Corsaro predlagal koncept »interpretativne reprodukcije« (prav tam, str. 18)⁷. Z njim je želel zajeti ustvarjalne in inventivne vidike otroške participacije v družbi. Otroci ustvarjajo in sodelujejo v lastnih vrstniških kulturah, v katerih dejavno prevzemajo informacije iz sveta odraslih, da bi razumeli lastne vrstniške probleme, stiske in preokupacije, in so bile po njegovem, v smislu interpretativne reprodukcije, enako pomembne kot vplivi odraslih (prav tam, str. 96). Otrok v tem pogledu torej zgolj ne »ponotranji« družbe in kulture, pač pa »dejavno prispeva k družbeni produkciji in spremembam« (prav tam, str. 18). Pri tem pa koncept interpretativne reprodukcije še vedno upošteva, da so otroci pri svoji udeležbi v družbi omejeni z obstoječo družbeno strukturo in družbeno reprodukcijo – družba nanje vpliva in jih omejuje, toda ti družbeni vplivi in omejitve se v različnih časovnih obdobjih spreminjajo.

Razvojna psihologija je, kot piše Virginia Morrow (2011), obenem poudarjala predvsem odnos med materjo in otrokom v kontekstu teorije navezovanja. Vodila je tudi h konceptualizaciji pojma adolescenca, ki ga je l. 1904 skoval ameriški psiholog Stanley Hall, kajti pred »izumom tega izraza so otroci prešli iz otroštva v odrasli svet brez vmesnega obdobja prehoda« (prav tam, str. 12). Razvojna psihologija se je poleg tega usmerjala predvsem na »zahodno, privilegirano kulturo« (prav tam, str. 13), kar je vodilo k številnim teoretskim omejitvam. Ker je bila to glavna disciplina oziroma pogled, skozi katerega so otroke in otroštvo

⁷ V ilustracijo: namesto linearne sheme skozi različne razvojne faze, ki jo je predlagal psihološko razvojni model, je Corsaro predlagal model »pajkove mreže« (1997, str. 24-27), ki se v koncentričnih krogih širi iz jedra skozi družinsko, predšolsko in adolescentno fazo do odraslega, skoznjo pa skozi jedro sekajo različne premice, ki ponazarjajo različna družbena polja – politično, versko, kulturno, poklicno, izobraževalno, družinsko, skupnostno in ekonomsko polje. Ta model pajkove mreže se je Corsaru zdel primerna metafora za to, kako različne oblike interakcije potekajo na različnih družbenih lokalitetah, npr. družinska interakcija (dom, soseska, javni prostori) ali izobraževalne dejavnosti (šola, knjižnice). Institucionalna polja, ki so radiji mreže, so stabilna, toda spremenljive kulturne informacije tečejo do vseh delov mreže vzdolž teh radijev. Model pajkove mreže je omogočal razmislek o tem, da otroci vedno sodelujejo v dveh vrstah kultur in so njihov del: kulturi odraslih in vrstniški (otroški) kulturi, obenem pa so del družbene skupine, ki spada v širše družbene strukture.

konceptualizirale in razumele številne druge stroke, je bil ta pogled dominanten. Dognanja klasične razvojne psihologije in še zlasti Piagetove ideje so bile pozneje predmet številnih kritik, ki so opozarjale, da ta pogled, ki poudarja, česa otroci ne znajo, spregleda njihove kompetence, veščine in znanje, še zlasti pa moralno vedenje in empatijo. Predvsem pa je razvojna psihologija izključevala druge kulture, katerih proučevanje (npr. zambijskih otrok konec 1970. let, ki ga je opravil Robert Serpell) je pogosto dajalo drugačne rezultate glede razvoja otrok (prav tam, str. 13) in dokazalo, da so sposobnosti in veščine otroka pod izjemno velikim vplivom njegovih izkušenj in okolja. Pojavile so se tudi številne kritike, ki so opozarjale, da je bil fokus psihološkega proučevanja otrok zgodovinsko usmerjen predvsem v proučevanje problemov otrok, razvoj različnih intervencij, s katerimi je treba otroke spraviti nazaj v »normalnost« in ki lahko vodi k »stereotipizaciji otrok« (prav tam). Prav tako je bilo v zadnjem obdobju pogosto problematizirano osrediščanje na proučevanje otrok predvsem v okviru nuklearne družine, ki izključuje druge družinske oblike (enostarševske družine, istospolne družine, združene družine ipd.) kot nenormalne, kot primanjkljaj.

Namesto socializacijske teorije so sociologi predlagali družbenokonstruktivistični pogled, ki se pri otrocih ni več usmerjal v proučevanje njihovega ponotranjenja veščin, znanj in vednosti odraslih, pač pa je po njem otroštvo prepoznano kot »strukturna oblika, otroci pa kot družbeni agenti, ki prispevajo k reprodukciji otroštva in družbe« (Corsaro 1997, str. 43), njihova vloga ni pasivna, pač pa pogajalska, kreativna produkcija poteka v kontekstu vrstniških kultur in z drugimi otroki. Družboslovci so želeli, da sociologija otroke »vzame resno« ter »ceni prispevek otrok k družbeni reprodukciji in spremembam« (prav tam, str. 44).

2.4.2 Sociologija otroštva

Sociologijo otroštva je začrtal Chris Jenks (1982). Ta se je želela premakniti od razumevanja otroštva kot obdobja socializacije, obdobja postajanja, in se začela zanimati za to, kako otroci doživljajo in izkušajo svoje življenje tukaj in zdaj. V Veliki Britaniji sta Allison James in Alan Prout začela z vrsto raziskav, ki so se ukvarjale z otroki kot družbenimi akterji, ki sooblikujejo strukture in procese, v katerih so udeleženi, vsaj na najmanjši ravni, zato so vredni proučevanja sami po sebi (James in Prout, 1997, str. 8).

V *Constructing and Reconstructing Childhood* (Konstrukcija in rekonstrukcija otroštva, ki je prvič izšla l. 1990) sta postavila temeljne dogme novega proučevanja ter predlagala teoretski okvir, ki je skušal ustvariti »novo paradigmo« v razvoju sociologije otroštva. Otroštvo je

razumel kot družbeno konstruirano v smislu, da se vloge in dejavnosti otrok v posameznih zgodovinskih obdobjih, družbah in kulturah razlikujejo. Kot ključne elemente nove paradigme sta opredelila naslednjih šest potez: 1. otroštvo je družbeni konstrukt, 2. je spremenljivka v družbenih analizah in je ni mogoče povsem ločevati od drugih spremenljivk, kot so razred, spol in etnična pripadnost, 3. družbeni odnosi in kulture otrok so vredni proučevanja sami po sebi, 4. otroke je treba razumeti kot aktivne v konstrukciji in opredeljevanju svojega življenja, 5. etnografija je posebej primerna metoda, saj omogoča neposredno izražanje otrok, 6. nova paradigma otroštva je odziv na procese rekonstrukcije otroštva.

James, Jenks in Prout – trije ključnih avtorjev v sociologiji in družbenih študijah otroštva – v *Theorizing Childhood* (1998) govorijo o »paradigmatskem premiku«, ki se je začel v začetku 1980. let, novo pa je bilo to, da so otroci sami postali osrednje zanimanje, ne pa torej več pripeti na proučevanje kake druge teme kot prej (npr. družina, izobraževanje, socialna politika). Zanimalo jih je razumevanje otroštva, ki bi bilo bolj družbeno-kulturno, in iskali so opredelitev, ki bi zamenjala biološki redukcionizem in determinizem na podlagi starostnih skupin ali življenjskih potekov, pri čemer je bil družbeni konstruktivizem glavno orodje. Najprej so se želeli oddaljiti od razumevanja otroštva kot prehodne faze ter otroke razumeti in proučevati kot osebe same po sebi, ne pa kot kategorijo.

Danski sociolog Jens Qvortrup (1985) je bil prvi, ki se je odmaknil od sociološke usmerjenosti na proučevanje družine in opozoril, da se sociologija ni ukvarjala z otroki kot ločeno družbeno skupino. Čeprav je razpravljala o problemih otrok in problematičnih otrocih, pa se ni ukvarjala z njihovimi dejanskimi izkušnjami v vsakodnevem življenju. Ena prvih večjih študij, ki so se usmerjale samo na otroštvo, je bila mednarodna primerjalna študija *Childhood as a Social Phenomenon* (Otroštvo kot družbeni pojav), ki je potekala med letoma 1987 in 1994 v 16 državah in ki jo je vodil Qvortrup. Ta študija je načrtovala proučevanje otroštva skozi tri predpostavke: 1. otroštvo konstituira posebno strukturno obliko, 2. otroštvo je izpostavljeno enakim družbenim silam kot odraslost, 3. otroci so sami soustvarjalci otroštva in družbe (povzeto po Corsaro, 1997, str. 30-40).

Prva predpostavka pomeni (prav tam), da medtem ko je za otroke otroštvo prehodno obdobje, pa je za družbo stalna strukturna kategorija, kar je pomenilo povsem drugačen analitski fokus kot proučevanje otroštva zgolj kot določenega obdobja v življenju. Te perspektive je Qvortrup razdelal v tri splošne kategorije. Prva je bila tipično psihološki pogled, ki je usmerjen v

posameznika in psihologijo, in po katerem je otroštvo »anticipatorno«, razumljeno z usmeritvijo v prihodnost, opredeljuje pa perspektiva odraslih. Druga je psihoanalitični pogled, ki je prav tako usmerjen v individualno in osebno, toda v retrospektivnem smislu – analizira izkušnje za nazaj. Tretja je perspektiva življenjskega poteka, ki je mešanica posameznih in neposameznih pristopov, in sledi posamezniku od otroštva do odraslosti ali nasprotno, pri čemer poudarja pomen zgodovinskih in družbenih dejavnikov. Po Qvortrupovo so te perspektive podobne socializacijskim, saj se še vedno ukvarjajo s pričakovanim izidom otroštva, otroštvo in odraslost pa razumeta kot »nujno pripadajoča različnim zgodovinskim obdobjem« (Corsaro, 1997, str. 31).

Druga predpostavka govori o družbenih vplivih na otroštvo. Qvortrupovo proučevanje je otroštvo razumelo kot »strukturni del družbe« (prav tam), zaradi česar je lahko otroke, tako kot odrasle, razumel kot akterje in udeležence v organiziranih dejavnostih (potrošnji, ekonomskih dejavnostih). To je omogočilo proučevanje tega, kako različne večje družbene spremembe (npr. nove tehnologije, ponovna organizacija družine, trg) vplivajo ne samo na družino kot družbeno enoto ali na (odraslega) posameznika, pač pa na otroštvo sodobnih otrok in otroke same.

Tretja predpostavka se usmerja na dejavnosti otrok in na njihov prispevek sami družbi. Tu je Qvortrup želel opozoriti, da strukturni pristop lahko podcenjuje, kako kolektivna dejanja posameznikov – kamor pa spadajo tudi otroci – vplivajo na družbo. Pri tem je opozoril, da so otroci za družbo bili vedno uporabni, spremenila se je sama narava te uporabnosti oziroma njihovega družbenega prispevka. Čeprav otroci v sodobnih pozno modernih družbah niso več vključeni v proces dela, pa Qvortrup opozarja, da imajo družbeno »vrednost« na različnih drugih področjih (šola, prosti čas, dom, afektivna vrednost ipd.).

Britanska sociologinja Berry Mayall (1994) je o novem sociološkem polju pisala, da poudarja, kako odrasli pogosto ne uspemo uresničevati otrokovih pravic, pa tudi to, koliko nam njihova perspektiva pove o odraslih. Berry Mayall in Leena Alanen (Alanen in Mayall, 2001; Mayall, 2002) sta, podobno kot Qvortrup, pisali, da je v okviru sociologije otroštva mogoče identificirati tri ključne perspektive, ki nam omogočajo bolj kritično razmišljati o otrocih in otroštvu: 1. otroci so akterji in aktivni udeleženci v konstrukciji vednosti, usmeriti se je treba na njihovo sedanje bivanje in obstoj, ne na »postajanje« oziroma na njihov bodoči obstoj; 2. pristop poudarja, da je otroštvo družbeno konstruirano ter da se predstave o njem spreminjajo skozi čas in prostor; 3. strukturna sociologija otroštva, po kateri je otroštvo treba razumeti kot stalno

družbeno kategorijo v neki družbi (otročstvo ostaja ključna komponenta družbenega reda). V ZDA je na pomanjkljivo proučevanje otroštva v sociologiji opozorila Barrie Thorne (1987, v Morrow 2011, str. 17), ki je podobno menila, da so otroci in otroštvo ali spregledani in razumljeni kot predmet odraslih (predvsem v domeni žensk) ali pa razumljeni le v kontekstu socializacije in razvoja.

2.5 Nove družbene študije otroštva: nova paradigma?

V poznih 1980. letih in v začetku 1990. let se je v družboslovju torej začelo novo proučevanje otrok in otroštva, zanimanje za otroštvo kot kulturni fenomen oziroma pojav pa je raslo v številnih evropskih državah, ne le v Veliki Britaniji in ZDA. Otroci so v teh proučevanjih še vedno razumljeni kot razvijajoča se bitja, toda s priznavanjem, da so lahko tudi *akterji* (James in drugi, 1998). Vsa ta prizadevanja različnih disciplin v smeri razumevanja otroka in otroštva so se združila pod imenom »nove družbene študije otroštva«. Ukvarjajo se z naravo in kakovostjo življenja otrok, jih razumejo kot aktivne, dejavne udeležence z možnostjo vpliva in oblikovanja življenja okrog sebe ter vplivanja na družbene okoliščine in zavračajo tradicionalne perspektive otrok kot pasivnih družbenih članov. Razumeti jih gre kot odziv na slabosti prejšnjih paradig, predvsem torej razvojne, saj ta nova perspektiva zagovarja stališče, da so otroci kompetentni akterji družbene realnosti. Študije so uvedle tudi razmeroma nov koncept državljanstva otrok (»citizenship«), saj do konca 1990. let otroci niso bili razumljeni kot državljani, pač pa odvisni od odraslih in brez političnih pravic. Sociolog T. H. Marshall je v svoji temeljni razpravi o državljanstvu pred skoraj 70 leti otroke tako opredelil kot »državljane na čakanju« oziroma v pripravah (Marshall, 1950, v Morrow, 2011, str. 20).

V zadnjem desetletju prejšnjega stoletja so se sociologiji otroštva, ki je pri tem orala ledino, pridružila raziskovanja otroštva skozi perspektivo otrok na številnih drugih poljih, od sociologije, zgodovinarstva, etnologije, antropologije, psihologije in prava do socialne politike in geografije. Študije otroštva so postale interdisciplinarno področje, ki združuje izsledke teoretskih in empiričnih raziskav o otrocih in otroštvih, s perspektive otroka.⁸

⁸ Med obiljem študij in monografij, ki samostojno proučujejo otroštvo in ki so izšle v zadnjih dobrih dveh desetletjih, jih z namenom ponazoritve navajam le nekaj, in sicer pretežno iz historiografske perspektive, ki je bila nekoč, kot sem že navedla, pri proučevanju otroštva precej »podhranjena« disciplina. V zadnjih dvajsetih letih so bili torej predmet proučevanja: bioarheološke raziskave (s kombinacijo arheoloških, etnografskih in historičnih pristopov) zgodnjega življenja otrok v starem veku (Thompson in drugi, 2014); arheološki pristop k srednjeveškemu otroštvu (Hadley in Hemer, 2014), ki raziskuje otroške igre, arheologijo in različne prakse (pokope); afektivne spremembe in kontinuitete v čustvenem odnosu med starši in otroci v zahodni družbi od leta 1500 dalje (Cunningham, 2014); podobe in metafore otroštva v različnih znanstvenih disciplinah (Hwang, 2014);

Ena od novih disciplin v okviru novih družbenih študij otroštva so recimo geografije otrok, ki se ukvarjajo s proučevanjem prostorov in lokacij vsakodnevnega življenja otrok oziroma vprašanjem, kako družba odraslih konceptualizira samo idejo otroštva, in kako to vpliva potem na življenje otrok (doživljanje, občutenje) (Philo, 2000)⁹. Raziskave v kontekstu geografij otrok so pokazale, kako na otroke vplivajo različne urbane oblike v mestih (Woolcock in drugi, 2010, v Morrow 2011, str. 17), zaradi česar bi najstniki in mladi po mnenju teh raziskovalcev morali biti vključeni v urbanistično načrtovanje. Spet druge raziskave geografij otroštva pa se usmerjajo tudi na koncepte, ki jih otroci ustvarjajo o lastnih prostorih.¹⁰ Povečano zanimanje za otroke in otroštvo v številnih disciplinah je leta 1993 med drugim vzpodbudilo tudi nastanek novega zbornika oz. revije *Childhood, A Journal of Global Child Research* (Otroštvo, revija za globalne raziskave o otrocih; prevod avtorice). Pozneje so se pojavile tudi druge specializirane

etnografska medkulturna analiza vloge otrok v družbi (Lancy, 2015); otroštvo v času bizantinskega imperija (Maffry Talbot, 2009); pregledna zgodovinska dela, npr. Heywood (2013) o otrocih in otroštvu na zahodu od srednjega veka do začetkov 20. stoletja; reprezentacije otroštva in mladosti v zgodnji Kitajski (Kinney, 2004); proučevanje otroštva v predzgodovinski dobi (Baxter, 2005); proučevanje političnih vprašanj, zakonodaje, družbe in politik, nanašajočih se na otroke, v času vlade Margaret Thatcher (Pilcher, Wagg, 1996); zgodovinske analize razmerij med državo, starši in otrokom od 1600 do 1960 (Hussey, Fletcher, 1999); tematizacije otroštva v drugih kulturah, npr. stereotipa japonske mame (koyoiku), ki se povsem posveča akademski karieri otrok (Uni, 1999); avstralsko otroštvo (Kociumbas, 1997); reformistično obdobje v ZDA med 1890 in 1920 (MacLeod, 1998); prva obsežna študija o otroštvu in življenju otrok v pozni imperialistični Kitajski (Hsiung 2007); otroško delo v ključnih industrijah v ZDA (Hindman, 2002); odraščanje v Franciji od Starega režima do Tretje republike (Heywood, 2007); otroštvo v jugovzhodni Evropi (Naumović in Jovanović, 2004); vloga javnega zdravstva in pediatrije pri konceptualizaciji otroštva (Turmel, 2008); kulturno-zgodovinski in razvojno-psihološki razmisleki o zgodovini otroštva od srednjega veka do danes ter od Amerike do Japonske (Koops in Zuckerman, 2003); otroško delo v evropskem kontekstu od 17. stoletja dalje (Rahikainen, 2004); evolucijsko-darvinistična perspektiva človeškega razvoja (Konner, 2010); številna specializirana dela, npr. o otroštvu v Havani in Miamiju (1959-1962) (Casavantes Bradford, 2014), ki tematizira Castrovo politiko otroštva, s katero je kubanski diktator nacionalistično in reformistično revolucijo želel usmeriti v socializem, in ki pojasnjuje vlogo otroštva v kubanski politiki in nacionalni identiteti; Otroci v latinski Ameriki v zgodovinskem in družbenem kontekstu (Hecht, 2002 in Green, 1998); razmerja med otrokom in državo v Indiji, ki ima največje število otrok, ki se ne šolajo in ki delajo (Weiner, 1991); konstrukcije otroštva v stari Grčiji in Italiji (Cohen in Rutter, 2007); avstralsko otroštvo od bele poselitve do danes (Kociumbas, 1997); kitajski pogledi na otroštvo, ki so tradicionalne poglede začeli zavračati z argumentom opresivnosti (Behnke Kinney, 1995); etnografske študije uličnih otrok v severovzhodni Braziliji (Hecht, 1998); otroštvo v Južni Aziji (Pattnaik, 2004); vprašanje otrok v bosanski vojni (Carpenter, 2010); vprašanja otroštva v tretjem svetu, med njimi otrok, ki živijo na ulici, otrok vojakov, otrok beguncev, otrok v sužnjiskih razmerjih ipd. (Ansell, 2005); globalna otroštva (Cregan in Cuthbert, 2014); afriška mladina v kontekstu sodobne literature in popularne kulture (Yenika-Agbaw in Mhando, 2014); otroštvo in migracije (Hunner-Kreisel in Bohne, 2016). Opomba: ker ta dela navajam ilustrativno, se ne nahajajo v seznamu literature oz. virov.

⁹ Philo (2000) te razdeli v domače geografije (geografije znotraj doma), ulične geografije (igrišča, ulice, polja, gozdovi ...) in institucionalne geografije (šola in verske institucije).

¹⁰ Danska raziskovalka Kim Rasmussen (2004) je na primer proučevala, kako otroci večinoma bivajo v treh prostorih: doma, v šolah in prostočasnih prostorih, vse te ustvarjajo odrasli in jih označujejo kot »otroški prostori« (angl. *children's places*). Njene raziskave (v eni je dala otrokom fotografske aparate, s katerimi so slikali prostore, ki so zanje imeli največji pomen) so pokazale, da si otroci kot svoje prisvojijo ne le uradne prostore, ki jih zanje določijo odrasli (npr. igralnice, igrišča ...), pač pa tudi številne druge neformalne ali uradne prostore, ki jih odrasli niti ne opazijo. Zato je predlagala razločevanje med izrazoma »otroški prostori« (angl. *children's places*) in »prostori za otroke« (angl. *places for children*).

interdisciplinarne znanstvene revije, namenjene proučevanju otrok, med njimi *Children's Geographies in Children, Youth and Environments*, ki odražajo posebna področja interdisciplinarnega zanimanja za proučevanje otrok v družbi.

2.5.1 Kritike novih družbenih študij otroštva: naturalizacija ideologije in zanemarjanje teorije

V novejšem času je zaslediti kritike novih družbenih študij otroštva, ki jih lahko razdelim v tri skupine: prva pravi, da ne gre za paradigmatični premik (kot so trdili Jenks, Prout in drugi), pač pa le novo (etnografsko) metodo in perspektivo, druga je kritična do problematičnega apliciranja v resnici političnega koncepta aktivnega in participatornega otroka na deprivilegirane družbe, družbene segmente in kulture, tretja pa se posveča pomanjkanju teoretizacij širšega družbenega konteksta, v katerem živijo otroci, saj so se študije posvečale predvsem njihovim perspektivam in mikroprostorom.

Ryan (2008) se strinja o tem, da je otroštvo osrednje tako v moderni misli kot v moderni državi, toda meni, da je paradigmatični premik, o katerem so pisali avtorji znotraj študij otroštva, le mit. Izrazi, kot so »premik«, »novi val«, razločen »epistemološki prelom«, ki so jih uporabljali Qvortrup, James, Jenks in Prout, naj bi proučevanje odmaknil od pred-sociološkega otroka, romantičnih diskurzov, tradicionalističnih in razvojnih teorij. Meni, da sodobni obrat v družboslovnem proučevanju otroštva želi zgolj oporekati ortodoksnim teorijam otroštva, kar je razlikovanje v mnenjih, stališčih in argumentih, ki pa ne pomeni paradigmatičnega premika (v kuhnovskem ali foucaultovskem smislu) (Ryan, 2008, str. 553). Kot glavni teoretski okvir novih družbenih študij otroštva opredeli tri »dogme« (prav tam, str. 555): temo je treba proučevati kot politični in družbeni konstrukt, ne pa naravni pojav; 2. otroci so aktivni subjekti, akterji, ne produkti dednosti in okolja, 3. konceptualna osvoboditev presega moderne dualizme (med akterstvom in strukturalnostjo).

Ryan vidi ključni problem v tretji »dogmi«. Po njegovem je sama ideja, da so otroci »kompetentni akterji« izšla iz modernih dualizmov – otrok-odrasli, politika-narava, subjekt-objekt –, ki uokvirjajo vsako razpravo o otroštvu. Ta razlikovanja so po njegovem »sestavni del moderne analitične misli« (prav tam, str. 556). Sodobne raziskave otroštva so po njegovem smer proučevanja, ki se ukvarja s *političnim otrokom*, in ki je zgolj drugačna od ostalih treh: proučevanja *avtentičnega otroka*, ki ga je gojil romantični razvojni pogled, *razvijajočega se otroka*, ki ga je gojila pozitivistično-znanstvena razvojna teorija, ali *pogojenega otroka*, ki ga

je gojila socializacijska teorija. Medtem ko se socializacijska teorija in pozitivno znanstvena razvojna teorija ukvarjata z otroki kot produkti, ki ji proučujemo pod nadzorovanimi pogoji, se teorija *družbenega akterja* (ki jo prevzemajo nove družbene študije otroštva) in romantični razvojni pogled (otročstvo kot naravni pojav, npr. perspektiva otrok kot »plemenitih divjakov«) ukvarjata z otroki kot subjekti, ki sodelujejo v lastnih reprezentacijah.¹¹ Toda kot najbolj lucidno bi opredelila naslednjo Ryanovo ugotovitev. Historiografske perspektive so se vprašale, kaj je moderno otroštvo, od kod izhaja, kaj je njegov pomen. Toda odgovori so, kot piše avtor, izhajali iz »same pokrajine modernega otroštva« (prav tam, str. 565) in konstruirali poznane podobe otroštva (razvojno, pogojevano, politično, avtentično ...). Razumevanje otrok kot družbenih akterjev, ki so soudeleženi v konstrukciji samih sebe terja »poglobitev (ne pa oddaljitev) od pokrajine modernega otroštva z vsemi svojimi komplikacijami in dualizmi« (prav tam, str. 572).

Antropologinja Anne Montgomery (2009) je kritična do druge »mante«, otrok kot aktivnih subjektov, participatornih akterjev. To opredeli kot »otrokocentrično« antropologijo, ki vztraja na tem, da so otroci prvi vir in informanti. Poudarja, da ta teoretizacija izhaja iz Mednarodne konvencije Združenih narodov o pravicah otroka (angl. UNCRC), ki je bila sprejeta 1989 (in ki je doslej niso ratificirale le ZDA), in ki otrokove pravice opredeljuje na področjih zdravstva, izobraževanja, družine, nacionalnosti. Po tej konvenciji je otroštvo zaščiteno, ločeno območje, kjer imajo otroci posebne pravice, zaščito, pravico do udeležbe ipd. Pravo mesto za otroka je po tej konvenciji doma, v družini in v šoli. Prednost daje potrošništvu pred produktivnostjo otroka. Otrok je po njej »avtonomno, neodvisno bitje, ki je podedovalo liberalne, humanistične ideale razsvetljenstva« (prav tam, str. 14). Montgomery to problematizira, saj pravi, da so mnoge antropologe, ki so proučevali otroke v nezahodnih kontekstih, privlačili ravno tisti otroci, ki so nekakšne »anomalije v globaliziranem pogledu otroštva« (prav tam, str. 17), to pa so otroci, ki živijo na ulici, otroci, ki delajo v tovarnah ali kje drugje v slabih pogojih, otroci, ki so prisiljeni v prostitucijo, otroci vojaki. Ob teh so imeli antropološki raziskovalci težave, ki jih Montgomery sicer opiše kot »globoko komplicirano razumevanje konceptov in kategorizacij, kot sta otroštvo in mladost« (prav tam, str. 18).

¹¹ To je po mnenju avtorja le drugačna perspektiva, ki se namesto z zunanjimi vplivi ukvarja z notranjimi, ne pa popolnoma nov pogled na sebstvo (prav tam, str. 558). Poleg tega te perspektive – ki so proizvedle nekaj najpomembnejših teoretskih perspektiv na intelektualni, moralni in čustveni razvoj – v sodobnosti soobstajajo. Piagetov kognitivni razvojni model je še vedno v vsakodnevni rabi, pojavlja se na igračkah z označbo starosti, za katere je ta primerna, za uokvirjanje družbene politike glede šolanja, javnih in političnih pravic ipd.

Podobno ugotavlja pri nas za področje antropologije Turk Niskač (2015), ki piše, da je izhajanje iz perspektiv in izkušenj otrok sicer dobrodošlo, saj uravnoteža pretekli pristop izključno s perspektive odraslih, toda tudi v antropologiji se pojavljajo številni glasovi, ki opozarjajo, da gre pri pretiranem poudarjanju dejavnega in participatornega otroka za »novo politično vizijo o otroštvu«, saj so otroci vedno vpeti v družbene odnose (prav tam, str. 36). Christina Toren v tem kontekstu prikaže, kako je »razlikovanje med naravo in kulturo vplivalo tudi na dojemanje otrok kot Drugih, ter s tem zameglilo teorije o razvoju« (Toren, 1993/2011, v Turk Niskač, 2015, str. 36).

Kot se je zgodilo s človekovimi pravicami na splošno, se je koncept »akterstva« mladih in otrok izkazal za slabo uporabnega pri deprivilegiranih področjih, kjer je deloval kot nadaljevanje kolonialističnega imperializma ali pa uvajal ideje, ki so bile v popolnem nasprotju s kulturo in tradicijo druge družbe, v nekaterih primerih pa skoraj groteskne. Predvsem so kritični teoretiki in raziskovalci, ki delujejo v »tretjem svetu« oziroma v nezahodnih okoljih in družbah.¹² Ti raziskovalci so dokazovali, da so koncepti, ki jih uporabljajo študije otroštva, očitno iz »manjšinskega« (zahodnega) sveta, saj so se ukvarjali z globalnimi okolji, kjer otroci doživljajo zelo konkretne probleme in ovire, in kjer so s težavo aplicirali koncept »otroka kot akterja«. V perspektivi »manjšinskega« (zahodnega) sveta otroci ne bi smeli delati za plačilo, pač pa bi morali biti v šolah in doma, kjer jim »odrasli odločevalci na specifične načine prisluhnejo« (Tisdall in Punch, 2012, str. 254). V resnici pa, kot opozarjata avtorici, še v »manjšinskem« svetu vsi otroci ne živijo tako zaščitenega življenja – obstajajo otroci, ki »delajo, ki ne živijo z biološkimi starši, ki so drugače izključeni (npr. zaradi etničnega porekla ali spolne usmerjenosti), ki so prostorsko izločeni (npr. otroci na ulici, migrantske družine, iskalci azila ali statusa begunca). Te norme manjšinskega sveta, kjer otroci in mladi morajo ustrezno participirati, niso univerzalne niti v njihovem lastnem kontekstu« (prav tam).

Izkušnje otrok, ki živijo na ulici, ki so migranti in begunci, ki so otroci vojaki, ki so prisiljeni v prostitucijo, so kompleksne in se jih po mnenju avtoric ne da zreducirati na »reševalske« intervencije »v interesu otroka« (s katerimi bi otroke jemali iz okolja, za te akcije pridobivali humanitarna sredstva ipd.), in ki vse poudarjajo, da je otrokom treba vrniti otroštvo in podobno (Wells, 2009, v Tisdall in Punch, 2012, str. 255). Še manj pa je otrokom vojakom, otrokom, ki

¹² Tisdall in Punch (2012) sicer uporabljata izraz »večinski« in »manjšinski« svet, kar se mi zdi pretirano politično korekten termin, ki prikriva razlike, ki jih po drugi strani želita vzpostaviti in razkriti.

so prisiljeni v prostitucijo, otrokom, ki živijo na ulici ipd. mogoče pripisati akterstvo, kar so nekateri raziskovalci vse preveč vneto počeli in celo razpravljali, ali bi ti otroci kot akterji morali biti odgovorni za svoja dejanja (za otroke vojake: Rosen, 2007; otroke, ki so prisiljeni v prostitucijo: Montgomery, 2009; otroke, ki živijo na ulici: Hecht, 1998, vse v Tisdall in Punch, 2012, str. 255).

Nekateri avtorji (npr. Klocker, 2007, prav tam) so se problemu skušali izogniti z nečim, kar bi sama poimenovala kot neko terminološko rafiniranje, in so začeli razpravljati o »zgoščenem« akterstvu (kadar otrok lahko izbira med več možnostmi) in »razredčenem« akterstvu (kadar ga strukture, konteksti in odnosi omejujejo). Hiba se hitro pokaže, če to prevedemo v običajni človeški jezik, kjer bi o zahodnih otrocih, ki ne izhajajo iz deprivilegiranih okolij, govorili kot o »zgoščenih« akterjih, npr. o otrocih beguncih pa kot »razredčenih«. O »nejasnem« in večplastnem akterstvu (npr. Bordonaro in Payne, 2012, prav tam), so govorili, kadar recimo otrok deluje proti srži moralnega ali družbenega reda, kakršna je zakoreninjena v manjšinskem svetu – na vsak način pa so to akterstvo želeli obdržati. Toda to so že tako nejasne interpretacije, da je očitno, da je bilo nejasno predvsem samim raziskovalcem, kako te otroke umestiti v lastno »konceptualno shemo« tega, kar so si predstavljali, da naj bi otroštvo bilo. Kot je ugotovil Holt (2011, str. 3, v prav tam): govor o otrocih kot akterjih je bil v sodobnih družbah, paradokсно, ključen za *marginalizacijo* otrok in mladih (in drugih, npr. hendikepiranih), »ki ne zmorejo uresničiti tega ideala neodvisnosti in avtonomnosti«. Campbell in drugi (2015) v zato v prispevku, ki govori o tem, kako otroci v Zimbabveju pišejo in rišejo o vrstnikih, ki so HIV-pozitivni, pozivajo k ponovnemu razmisleku o konceptu »akterstva« v skrajnih okoliščinah, v ilustracijo pa prilagajajo otroške risbe, kjer okuženi vrstniki ležijo na tleh, bruhamo, ali pa otroci odstranjujejo iztrebke ležeče matere, preden jo okopajo.

V zadnjem času so se znotraj študij otroštva začeli pojavljati številni kritični pogledi, ki govorijo tudi o tem, da se proučevanja predvsem perspektiv in pogledov otrok osredičajo zgolj na empirične vidike in zanemarjajo teorijo. Skratka, tehtnica se je nagnila v drugo smer. Preobilje empiričnih raziskav, toda brez konceptualnih okvirjev in ponavljanje »manter«, kot jih imenujeta Tisdall in Punch (2012, str. 251). Jens Qvortrup (1999) je zaradi prevladovanja etnografskih metod že pred časom predlagal vrnitev strukturnih pristopov, saj je predmet proučevanja otroštvo, in ne otrok, zato je pomembno razumeti posledice strukturnih sprememb na vse otroke. Njegova teza je bila, da se otroštvo razvije kot strukturna oblika bolj ali manj neodvisno od otrok samih. Qvortrup je opredelil paradoksn videz, da so na eni strani v

prejšnjem stoletju naraščale različne prakse skrbi ne samo s strani pomembnih odraslih, pač pa tudi psiholoških znanosti, po drugi strani pa je družba kot celota postajala do otrok kolektivno vse bolj indiferentna. Po Qvortrupovo to ni bila posledica načrta, pač pa je bil to samodejni proces, eden od strukturnih stranskih učinkov družbenega razvoja. »Profesionalizacija otroštva«, torej dejstvo, da je otroštvo postalo fokus specifičnih strok, in to, kako se strokovno znanje o otroštvu razvija v okviru psihiatričnih, psiholoških, pedagoških in drugih institucij, bi po Qvortrupovo moralo biti predmet družboslovnega zanimanja. (Qvortrup, 1987, str. 6).

*

Pionirji novega pristopa k proučevanju otroštva (danes novih družbenih študij otroštva) so se v začetku želeli otroku približati in mu dali besedo, da sam izrazi lastna občutja, doživljanje, pričakovanja, stiske ter razumevanje družbe, samih sebe in odraslih, kar sama razumem kot njihov poskus v proučevanje otroka pravzaprav vnesti tudi običajno človeško empatijo. Toda ta pristop se je vsaj v nekaterih pogledih izrodil. To se je verjetno zgodilo iz več razlogov, med katerimi bi izpostavila vidik »institucionalizacije« novih družbenih študij otroštva, ki je želela vzpostaviti »profesionalizacijo, organizacijo, javne raziskovalne in pedagoške programe ter kurikule na številnih univerzah in srednjih šolah, revije, knjižne izdaje« in podobno (Qvortrup, Corsaro in Honig, 2009, str. 3), kar je zahtevalo teoretsko, konceptualno in profesionalno uveljavitev ter jasno razločevanje od npr. razvojnih perspektiv. Raziskovalci in teoretiki so zato ponavljali »mantele«, obenem pa so razvili slepo pego za dejstvo, da sami izhajajo iz lastnih sodobnih pojmovanj, ideologij in zaznav otroštva. Nasprotje med idealiziranimi in ideološkimi diskurzi (v sedanjosti: o otrocih »akterjih«, ki participirajo in soustvarjajo svojo realnost) in realnimi praksami vsakdanjega življenja (marginalizacija, komodifikacija oz. poblehovljenje otrok, čustvena utilitarnost otrok, otroci predvsem kot potrošniki, globalna in deprivilegirana otroštva ipd.), sicer ni nič novega. Romantizirane in idealizirane predstave o otroštvu iz 19. stoletja in začetka 20. stoletja so se pojavile v času velikega izkoriščanja in zanemarjanja otrok, v času industrijske družbe, tovarniškega dela in množic otrok na ulicah ter in *hkrati* s temi pojavi. Koncept po sili individualiziranega otroka, ki sam izbira možnosti in je aktivni udeleženec, soodločevalec pri »konstruiranju družbene realnosti«, je zato predvsem ideologija sodobnih neoliberalnih družb poznega kapitalizma, ki ustreza procesom refleksivne individualizacije, je politični koncept in prisilna vloga otroka.

Glavni razlog za to, da so ti pristopi novih družbenih študij otroštva s svojim poudarjanjem participacije in akterstva otrok neuporabni za deprivilegirana, marginalizirana otroštva in ranljive otroke, še zlasti v globalnem kontekstu (čeprav so se tja, kot sem omenila, raziskovalci še izrazito radi podajali), pa so navedli ključni avtorji novih družbenih študij otroštva sami, in sicer v temeljnem zborniku teh študij, ki so ga uredili trije ključnih avtorjev študij otroštva, Qvortrup, Corsaro in Honig (2009), in v katerem se s prispevki pojavijo še drugi vidni avtorji teh študij, med njimi A. James, M. Woodhead, L. Alanen, B. Mayall in D. Buckingham.

Uredniki v uvodniku pojasnijo, da je bila glavna namera novih družbenih študij otroštva, oziroma »nove paradigme«, kot pravijo, »proučevanje 'normalnega' otroštva« (prav tam, str. 4) ter razumevanje »normalnih« otrok kot akterjev in agentov na različnih prizoriščih in kontekstih. Pred tem se je proučevanje po njihovem namreč preveč usmerjalo na otroke, ki so na tak ali drugačen način odstopali od normalnosti oziroma od tega, kar je bilo razumljeno kot zaželeno v družbenem, ekonomskem, vedenjskem ali kakem drugem smislu, in kjer so se otroci srečevali s težavami. Avtorji priznavajo, da družbeni problemi, ki zadevajo otroke, sicer niso odpravljeni, in da ne želijo zanikati potrebe po pomoči otrokom, ki so prikrajšani, imajo psihološke probleme, ki so revni ipd., toda »nova sociološka paradigma naj bi formulirala raziskovalna vprašanja v smislu družbeno-ekonomskega razvoja ugodnih in zdravih okolij za otroke« (prav tam, str. 5). Ta argumentacija ni razumljiva, saj so se tudi proučevanja otrok, ki so »odstopali od normalnosti«, v preteklosti srečevala z istimi omejitvami, ki so jih sociologija otroštva in nove družbene študije skušale spreveriti: »odklonski«, revni, marginalizirani ... otroci so bili proučevani kot del širših družbenih skupin, vplivov in struktur (družine, družbe, v ekonomskem smislu ipd.), in ne sami na sebi.

V svojih pristopih proučevanj »normalnega« otroštva in »normalnih« otrok v »zdravih in ugodnih« okoljih pa so ti avtorji novih družbenih študij otroštva obenem normalizirali in standardizirali v osnovi politični koncept otroštva. Njihova participatorna in akterska pričakovanja do otrok so bila posledično za številna druga okolja (otroci vojaki, otroci, ki živijo na ulici, revni otroci ipd.) skoraj povsem neuporabna, in sicer zato, ker novih družbenih študij otroštva ti otroci in njihova otroštva v resnici v izhodišču niso zanimala (čeprav so pozneje te koncepte tja poskušale »izvoziti«). In čeprav bi ravno tem ranljivim otrokom z nekaterimi svojimi specifičnimi metodološkimi pristopi k proučevanju otrok in njihovih otroštev, ki otroku »dajo glas« (a brez poudarjanja »akterstva«, »participacije«, »soustvarjanja« in »zmožnosti«), morda s tem najbolj koristili, saj bi ti ranljivi otroci lahko sami izrazili svoje stiske, zahteve in

doživljanja, in sicer ne le kot strukturna ali starostna skupina v okviru proučevanj drugih družbenih pojavov.¹³ Ta glas bi celo morali dobiti, oziroma, če se sklicujem na besede, ki jih je na podlagi več kot dvajsetletnega humanitarnega dela, ki vključuje otroke na kriznih žariščih, zapisala pediatriinja dr. Anica Mikuš Kos (2017, str. 47-48):

Poleg trpljenja, ki spremlja to, kar imenujemo »duševne motnje«, ... obstajata čustvena prizadetost in trpljenje mnogih otrok brez diagnostikabilnih motenj. Trpljenje kar tako. Trpljenje z veliko začetnico pri velikem številu otrok, ki so doživeli vojne, begunstvo, izgube, skrajno revščino, trpinčenje, zlorabo, ki so v šoli neuspešni ... Zdi se, kot bi razsežnost trpljenja obvisela nekje v prostoru med našo človečnostjo, strokovnostjo, otrokovimi pravicami, državno skrbjo za dobrobit otrok, v vsakogaršnjem prostoru, ki je hkrati nikogaršnji prostor.

¹³ Ni razumljivo, zakaj družbene študije otroštva ne bi mogle proučevati tudi marginaliziranih otroštev, pri čemer bi lahko ohranile fokus na samih otrocih in otroštvih ter na tem, kako otroci sami interpretirajo in soustvarjajo svojo družbeno realnost, a brez zahtevanja in normaliziranja »akterstva« kot »zdrave« oblike otroštva. Pri tem lahko navedem nekaj primerov iz dokumentarnega filma, kjer so v zadnjem desetletju – predvsem režiserke – uporabljale etnografsko metodo (ki jo torej uporabljajo tudi nove družbene študije otroštva) za proučevanje in vizualno avtorsko naracijo marginaliziranih otroštev, in ki so zgodbe teh otrok povedale izključno z njihove perspektive, z njihovim sodelovanjem ter z empatijo za specifične družbene situacije in doživljanje teh otrok. Med njimi naj omenim na primer dansko-poljski dokumentarni film Hanne Polak *Something Better to Come* (2014; približen prevod: *Nekaj boljšega na obzorju*), ki skozi obdobje štirinajstih let spremlja odraščanje ruske deklice Yule, ki skupaj z mamo, odvisno od alkohola, in drugimi posamezniki, ki jih je ruska družba izvrгла na obrobje, odrašča na prepovedanem območju Svalke, smetišča blizu Kremlja in Putinove Rusije, ter spremlja njen boj, da bi se temu okolju izvila. Ali pa poljski dokumentarni film Anne Zamecke *Communion/Komunia (Obhajilo)* (2016), ki spremlja zgodbo 14-letne Ole, ki je prisiljena v odsotnosti matere, ki je družino zapustila zaradi drugega moškega, skrbeti za svojega disfunkcionanega očeta, odvisnega od alkohola, in 13-letnega avtističnega brata, in ki se v poteku filma sooči in odpove svojim upom, da bo lahko s svojimi močmi združila svojo družino. Finski dokumentarni film Reette Huhtanen (*Gods of Molenbeek/Atos je Amin*, 2019; prevod: *Bogovi iz Molenbeeka*) govori o 6-letnem Aminu in njegovih prijateljih, ki odraščajo v bruseljskem predelu Molenbeek-Saint-Jean, ki je postal svetovno znano središče džihadizma, in izključno s perspektive teh otrok prikazuje, kako otroci v razumejo religijo in jo preinterpretirajo v svojih svetovih. Vse te zgodbe, ki torej uporabljajo etnografske pristope izključno s perspektive otrok, so družbeno pomembne, večinsko družbo seznanjajo in soočajo z realnostmi marginaliziranih otroštev, s političnimi in ekonomskimi vplivi na marginalizirane dele družbe ter s tem na otroke in otroštva teh delov družbe. Enako angažirano držo do marginaliziranih otroštev bi ne le lahko, pač pa morala zavzeti tudi družboslovna proučevanja.

3 PROTEKTIVNO (ZAŠČITENO) OTROŠTVO: OPREDELITEV, DRUŽBENI KONTEKST IN TEMELJNA NASPROTJA

3.1 Spremembe v življenjskih potekih v pozni moderni

Teoretiki individualizacije (Beck, Bauman, Giddens in drugi) že več desetletij opozarjajo, da proces individualizacije v sodobni družbi ne pomeni »hrabre nove svobode« in zgolj osvobajanja od različnih avtoritet in družbenih pritiskov. Nasprotno: individualizacija na posameznika posredno prelaga odgovornost za različne družbeno pogojene pojave, in sicer v obliki odgovornosti za lastno življenje in načrtovanje biografije. Individualizirani posamezniki so vsestransko odvisni od trga dela, izobraževalnih institucij, potrošnje, socialno-pravnih uredb in oskrbe, instrumentov popularne kulture, in poplave najrazličnejših »ekspertov« in njihovih nasvetov (zdravstvenih, psiholoških, pedagoških ipd.). Bauman (2002) kot glavne značilnosti »tekoče moderne« opredeljuje negotovost (prekernost, kratkotrajno načrtovanje zaposlitve, hitro spreminjanje družbenih in tržnih zahtev), nenehno in trajno tveganje (in ki ga ne moremo predvideti, čeprav to poskušamo), ter spremembe na področju zaupanja (ne moremo trajno zaupati v nič, saj se to lahko že jutri spremeni ali postane celo nevarno). Različni avtorji (Rifkin, 2000; Biggart in drugi, 2006, v Ule in Zidar, 2011, str. 1411; Bauman 2005) te procese povezujejo s tranzicijo od moderne, fordistične družbe, do postmoderne, postfordistične oziroma potrošniške družbe, kjer se država blaginje umakne fleksibilnemu produkcijskemu sistemu ter potrošniškemu življenjskemu stilu, socialne pravice pa so nadomeščene s pravicami dostopa.

Individualizacija zmanjšuje obseg »ligatur«, torej medosebnih povezav in zavezanosti posameznikov tem povezavam in skupnostim (Ule in Kuhar, 2003, str. 23), toda obenem se pojavlja prisila k drugačnim oblikam ligatur, ki jih najpogosteje ponujata potrošnja in trg. »Posledice – tako možnosti kot bremena – se prelagajo na posameznike, pri čemer so ti zaradi velike kompleksnosti družbe v tehtanju interesov, morale in posledic pogosto komajda sposobni za nujno potrebne odločitve« (Ule, 2003, str. 24). Kot poudarja Ule, se od državljanov vse bolj

pričakuje, da bodo sposobni sprejemati razumne in obveščene odločitve na vseh področjih svojega življenja, od izobraževanja, zdravstvenega varstva, ekonomskih investicij (npr. pokojninsko varčevanje) in podobno. Družbene institucije so organizirane na predpostavki kompetentnih subjektov, ki »obvladajo kompleksno družbeno situacijo« (prav tam). Toda zahteva po kompetentnosti sodobnega individuuma se kaže predvsem kot prelaganje sistemskih problemov in posledic na posameznika, računajoč na njegovo pretirano (samo)odgovornost. Proces individualizacije torej označujejo številna protislovja. Po Becku (2001) sodobni proces individualizacije človeka sicer odtegne in »osvobodi« od tradicionalnih spon in ligatur (nekdanjih kolektivnih identitet), toda to vodi do izgube ontološke varnosti in zaupanja, in ga prisili v »reintegracijo« – samo-kreacijo, nenehno konstrukcijo samega sebe, svojega sveta, vrednot, interesov, želj in svojega življenjskega poteka ter sloga. Življenjski poteki in prehodi ne sledijo več prepoznavnim vzorcem in modelom, po eni strani zaradi slabljenja tradicionalnih institucij in norm, po drugi zaradi naraščajoče strukturne kompleksnosti sodobnih družb. Individualizacija življenjskega poteka traja že več desetletij, in ga nekateri avtorji opredeljujejo kot posledico »drugega vala modernizacije« (Giddens, 1991a, 1991b).

Posamezniki se posledično vsak zase potegujejo za čim boljši življenjski prostor ter »kolektivne in politične probleme drobijo v pesek samodiscipliniranega delovanja.« (Ule, 2002, str. 30). Kar je danes zaželeno, predpisano, normirano, cenjeno, bo že jutri lahko neaktualno, nezaželeno ali celo škodljivo, zato je individualizacija ozaveščanje položajev in pričakovanj, pri oblikovanju odločitev in izbir pa se ne moremo naslanjati na norme in tradicije, pa tudi ne na lastne zgodnje izkušnje ali izkušnje preteklih generacij preprosto zato, ker gre za nove položaje in takšnih izkušenj ni. Številna od novih tveganj, s katerimi se soočajo mladi, so bila namreč prejšnjim generacijam, še zlasti v post-socialističnih državah, nepoznana, saj so se življenjske izkušnje in pogoji v vzhodni Evropi spreminjali še bolj kot v zahodni (Ule in Kuhar, 2008). Giddens (1991a, 1991b) je s konceptom »povezanih življenj« predlagal ugotovitev, da lahko svoj življenjski potek in načrte vežemo kvečjemu na pomembne druge – partnerje, starše, prijatelje (Ule in Zidar, 2011, str. 1411):

V teh zelo kompleksnih razmerah se torej od sodobnih posameznikov pričakuje in zahteva, da smo zmožni in pristojni načrtovati in voditi svoj življenjski potek. Naučiti se moramo postati svoj lastni 'načrtovalni urad' za svoj življenjski potek glede na svoje zmožnosti in priložnosti, glede na 'povezana življenja', trenutne družbene niše in stanja na trgu, glede na predvidevanje prihodnosti.

Pri tem tudi identiteta postane fleksibilna. Mirjana Ule (2000) opredeli bistvene spremembe identitet v pozni moderni kot pluralnost identitetnih ponudb (identiteta ni določena enkrat za vselej, pač pa je predmet sprememb, prilagajanja in razvijanja, menjav), stiliziranje identitete (prilagajanje identitete glede na trenutni na družbeni kontekst in okoliščine) in narativnost identitete (nuja nenehne reinterpretacije identitete ter njene rekonceptualizacije v različnih okoliščinah). Identiteta nikoli »ni končana in nikoli dokončna«, je obenem proces in praksa (prav tam, str. 3).

V minulih desetletjih smo tako priča velikim spremembam v biografskih izkušnjah in življenjskih načrtih, saj se spreminjajo življenjske poti in vzorci, predvsem na področju izobraževanja, dela, družinskega in partnerskega življenja, torej v ključnih institucijah življenjskega poteka. Ta označuje življenjsko posameznikovo pot skozi obstoječe družbene strukture in skozi ključne točke prehoda (kot so začetek šolanja, odselitev od doma, zaposlitev, začetek življenja s partnerjem, starševstvo, upokojitev ...), v katerih posameznik pridobi nove družbene vloge, dolžnosti in pravice, njegovo življenje pa se tako povezuje z različnimi družbenimi potrebami ter s širšo družbeno strukturo. Življenjski potek je »organiziranost celotnega prostora, v katerem poteka naše življenje« (Ule in Zidar, 2011, str. 1410). Proučevanje življenjskih potekov (Heinz, 1997), s katerim raziskovalci skušajo razumeti nove načine in institucije socializacije posameznikov, pa proučuje osebne biografije posameznikov multidisciplinarno, in vključuje raziskave, kako na življenjski potek posameznika vplivajo vse družbene ravni, strukturni kontekst, družbene spremembe, kulturni modeli ipd.

Življenjski potek, od otroštva prek mladosti do odraslosti, zato analitiki proučujejo več ravneh, od individualnega poteka, družbenih institucij do socialnih omrežij, ter od pomembnih mejnikov oziroma prelomov starostno urejenih potekov do kolektivnih prehodov (Ule in Zidar, 2011, str. 1411). Vinken (2007) zato govori o »refleksivni biografizaciji« kot »procesu soočanja z nenačrtovanimi, neobvladljivimi in nenamernimi dejavniki v življenju«, ki temelji bolj na tem, česar ne vemo, kot na tem kar vemo (prav tam, str. 44) ter o »dinamičnem modelu življenjskega poteka« (ki se ne ukvarja s progresivnim napredkom ali s samorazvojem (širjenjem kapacitet), pač pa s spremembami, raznolikostjo in nenehnimi izzivi (prav tam, str. 46-47).

3.1.1 Spremembe na prehodih iz otroštva v mladost in odraslost: mladi, toda odrasli

Ključne spremembe v življenjskih potekih in prehodih v zadnjih desetletjih raziskovalci opazajo predvsem v prehodu iz mladosti v odraslost, in sicer v smeri destandardizacije in deregulacije prehodov (odklona od tradicionalnih standardov in norm) ter v individualizaciji življenjskega poteka. Raziskovalci (Ule in Kuhar 2003, 2008) navajajo naslednje ključne ugotovitve o spremembah prehodov v odraslost: 1. prehodi so zakasneni, 2. so nejasni, 3. odstopajo od tradicionalnih norm in pričakovanj, 4. so pluralistični, 5. so nepredvidljivi, 6. so tvegani in negotovi. Načrtovanje prehodov med otroštvom in odraslostjo ter njihovo zaporedje se drobita, fragmentirata. Otroci danes po eni strani vstopajo v nekatere dejavnosti, ki so sicer značilne za odrasle, na primer potrošništvo, zgodaj prevzemajo odgovornost za lastno biografizacijo, po drugi strani pa se od odraslih pričakuje dejavnosti, ki so bile prej omejene na otroštvo in mladost, denimo vseživljenjsko izobraževanje. Nekateri raziskovalci (Walther in drugi, 2006, str. 23, v Ule in Zidar, 2011, str. 1423) so za prehode med otroštvom in mladostjo ter odraslostjo predlagali metaforo nihala, ki niha med različnimi izobraževalnimi statusi, zaposlitvijo ipd. Posamezniki nastopajo kot samostojni potrošniki že ob koncu otroštva, kar kažejo tudi domače raziskave mladih v zadnjem desetletju, načrtovanje življenjskega poteka je vse zgodnejše in se je premaknilo v otroštvo (zgodnja biografizacija), medtem ko se drugi prehodi, denimo ustvarjanje svoje družine, zamikajo globoko v odraslost (Ule in Kuhar, 2003).

Podaljšuje se tudi prehod otroštva v odraslost. Mirjana Ule in Metka Kuhar (2003) sta opredelili štiri ključne prehode: 1. stabilna zaposlitev za poln delovni čas, 2. odhod iz primarne družine, 3. stabilno partnerstvo, 4. starševstvo. Raziskava Mladina 2010, ki primerja rezultate z let 2000 in 2010 (Lavrič in drugi, 2011, str. 74), je pokazala, da se je povprečna starost, ko so mladi doživeli te prehode (odhod od doma, življenje s partnerjem, zaključek izobraževanja, poroka, starševstvo...) v samo enem desetletju dejansko zvišala za malo manj kot eno leto, oziroma da lahko govorimo o trendu zavlačevanja s prehodi. Predvsem izrazito je podaljševanje pri vidikih, ki so povezane z materialno neodvisnostjo, kar avtorja povezujeta »s precejšnjo gotovostjo z naraščanjem terciarnega izobraževanja, ki mlade dlje časa zadrži v procesu izobraževanja« (prav tam). V samo desetih letih, med 2000 in 2010, se je število študentov (rednih, izrednih brez zaposlitve in pavzerjev) v starostni skupini 19-24 let v Sloveniji povečalo za 15% (s 38,5 na 53,5%) Razmerje med zaposlenimi in samozaposlenimi mladimi (19-29 let) je med letoma 2000 in 2010 padlo iz 47,9 na 32,8% (str. 89). Povprečna starost mater ob rojstvu prvega otroka se še naprej zvišuje, in se je med letoma 2000 in 2009 dvignila za 2,3 leti (na 28.5 let; leta 1990

je bila še vedno 23.9 let) (podatki Statističnega urada RS, prav tam, str. 90). Ob tem upadanje števila mladih v Sloveniji za skoraj 12% presega projekcije Eurostata, statistične službe EU; leta 2020 bo Slovenija imela skoraj tretjino manj mladih kot leta 1990 (20,6%). Demografsko razmerje med mlado in starejšo populacijo bo nad povprečjem EU (prav tam, str. 78-78). Raziskovalci so tedaj ugotovili tudi, da večina mladih odnose med mladimi in starejšimi doživlja kot napete, obenem pa pri tem ne vidijo spremembe na bolje (Lavrič in drugi, 2011, str. 82).

Kljub zavlačevanim in oteženim prehodom v odraslost pa sodobni mladi¹⁴ sami sebe ne doživljajo, kot da so »dlje mladi«. Nasprotno: mladi danes doživljajo sami sebe kot občutno bolj odrasle oz. bližje odraslosti, kot so se v preteklosti. V slovenski raziskavi Mladina 2010 – Družbeni profil mladih v Sloveniji so intervjuvanci kot zgornjo mejo starosti, pri kateri človek še velja za mladega, potisnili bistveno nižje kot pred 25 leti, za skoraj 5 let: medtem ko so leta 1985 mladi kot najvišjo starost, ko človek še lahko velja za mladega, povprečno opredelili kot 26,4 let, pa so leta 2010 mladi med 15 in 24 letom kot najvišjo starost za mladost povprečno določili 21,6 let (Lavrič in drugi, 2011, str. 69). Kot »mladi odrasli« se torej začnejo identificirati že kmalu po 20. letu. Mladi danes se obenem ne identificirajo kot adolescenti, pač pa vidijo svoj status v družbi izrazito kot »prehod v odraslost« (prav tam, str. 71).

Raziskava Mladina 2010 (prav tam, str. 72) ta pojav pojasnjuje z dvema utemeljitvama. Prvič, kolektivne oblike identitete izgubljajo pomen, posamezniki so vse bolj prepuščeni sami sebi. Pri mladih starostno skupino pogojuje izobraževalni sistem, ki skupaj z različnimi oblikami izobraževanja mladim vse od osnovne šole dalje ponuja vse več izbir in s tem povečuje občutek, da je prihodnost odvisna prav od teh izbir in njihove uresničitve. Drugič, rastoča negotovost in težki prehodi v odraslost povečujejo občutke usodnosti lastnih odločitev, saj se zdi, da imajo slabe odločitve usodne in daljnosežne posledice pri prehodu v odraslost. Mladi morajo zato sprejemati ključne odločitve za prihodnost v negotovih okoliščinah, zato vidijo svoje življenje že zelo zgodaj kot projekt, za katerega so primarno odgovorni oni sami. Ker morajo ključne odločitve sprejemati zgodaj, se posledično pod pritiskom teh odgovornosti že zgodaj začnejo dojemati kot odrasle, sebe razumejo kot bolj odrasle, kot so bili enako stari ljudje v preteklosti. Mladi se torej vse bolj zgodaj opredeljujejo oziroma identificirajo kot odrasli, obenem pa se prehodi, ki dejansko vodijo v odraslost, starostno zamikajo. Avtorji neskladje med

¹⁴ Statistični urad RS med mladino umesti osebe med 15. in 29. letom, starostne meje pri opredeljevanju mladosti pa se po evropskih državah razlikujejo (Lavrič in drugi, 2010, str. 68).

samopercepcijo in stvarnostjo pojasnjujejo s strukturnimi razmerami, med katerimi so podaljševanje izobraževanja in nizke možnosti za zaposlovanje, kar premika mejnike odraslosti v poznejša leta. Odraslost je zato danes med mladimi drugače razumljena: razumljena je kot *sprejemanje odgovornosti za lastno usodo*. Zamiki pri odraščanju so torej povezani po eni strani s podaljšanjem izobraževanja (mladi, ki so še v izobraževalnem sistemu, so bolj optimistični glede svoje prihodnosti kot tisti, ki so izobraževanje zaključili in se soočajo s trgom dela), po drugi pa je osrednja razsežnost odraščanja ekonomsko osamosvajanje, ki pa je povsem odvisno od razmer na trgu dela.

Novejša raziskava Slovenska mladina 2018/19 (Naterer in drugi, 2019), ki je zajela starostno skupino od 14 do 29 let, kaže, da se je med mladimi od leta 2000 skoraj podvojil strah pred nezaposlenostjo ob manj varnih, prožnih in prekernih oblikah dela, pri tem pa je stopnja brezposelnosti, ki jo poročajo sami anketiranci, za dvesto odstotkov višja od raziskave o trgu dela Labor Force Survey (LFS) in ostaja nespremenjena zadnjih pet let. Ob tem se je pomembno povečal delež terciarno izobraženih mladih (25-34 let), in sicer z 31% v letu 2010 na skoraj 45% v letu 2017, kar je tudi precej nad povprečjem EU-28. Večina mladih ima tudi visoke izobraževalne aspiracije, kažejo pa željo po več praktično usmerjenih vsebinah, povezanih z bodočim delom. Slovenski mladi so v raziskavi izrazili tudi najnižjo stopnjo zadovoljstva s svojim življenjem v primerjavi z drugimi devetimi državami jugovzhodne Evrope.¹⁵ Na področju vrednot se nadaljuje trend zmanjšanja kolektivnih vrednot in poudarjanja zasebne sfere: pomembne vrednote so zadovoljstvo z življenjem v izvorni družini, oblikovanje lastne družine, prijateljstvo in zdravje. Okrepila se je odsotnost zanimanja mladih za domačo politiko, njihova politična orientacija in znanje, prav tako je nizko splošno zadovoljstvo z demokracijo med mladimi, podpirajo pa družbeno reformo v smeri demokratičnega socializma (enakost, družbena in gospodarska varnost). Raziskava obenem kaže tudi nadaljevanje trenda individualizacije na ravni vrednot med mladimi, pomembno se je povečal tudi delež mladih, ki dajejo izrazito prednost osebemu interesu ali celo medosebnemu izkoriščanju drugih. Soodločanje družin glede življenja mladih in otrok je pri nas veliko (družine v Sloveniji so sorazmerno avtoritativne), odgovornost za spremljanje in usmerjanje otrok pa je po raziskavi značilnost zlasti staršev z višjo izobrazbo.

¹⁵ Raziskovalni projekt je zajel deset držav jugovzhodne Evrope: Albanijo, Bosno in Hercegovino, Bolgarijo, Hrvaško, Makedonijo, Črno goro, Romunijo, Srbijo in Slovenijo. Največjo stopnjo zadovoljstva so izražali mladi na ekonomsko najmanj razvitem Kosovu, kar raziskovalci skušajo pojasniti z večjim optimizmom manj razvitih držav do EU in s tem do svoje prihodnosti, po drugi strani pa z večjo individualizacijo v razvitih državah, ki je povezana z manjšim občutkom skupnosti, pripadnosti in varnosti (Naterer in drugi, 2019).

Ker torej življenjski potek ni več standardiziran, temveč individualiziran, izbirnost tega poteka s seboj prinaša nova tveganja. Za nekatere mlade otrok posledično postaja »neuresničljiv projekt« (v Ule in Kuhar, 2003, str. 58), kajti poleg strahov, povezanih s trgom dela in izobraževanjem, številne dvome in ovire porajajo tudi nove razsežnosti in odgovornosti sodobnega starševstva. Za mlade porast najrazličnejših novih zahtev sodobnega starševstva (vzgojnih, časovnih, finančnih, psiholoških, socializacijskih ...) in kolizija med njimi postajata pomembna ovira za otroka. Po drugi strani pa vse te spremembe glede destandardizacije in individualizacije življenjskih potekov zahtevajo dodatne napore ne samo od mladih, pač pa, kot poudarja Ule (2015b, str. 32), tudi od njihovih bližnjih: predvsem staršev.

3.2 Novi koncepti starševstva v pozno moderni družbi in individualizacija odgovornosti

»... napornega urnika ni vedno mogoče uskladiti z nalogo filtriranja slabih in dobrih starševskih nasvetov na internetu ali prebijanjem skozi debelo knjigo. Zato se nam je zdelo, da bi vam bilo v pomoč, če bi ključne koncepte Celovitega vodnika o starševstvu dojenčkov in malih otrok strnili v manjši obseg.« (Paul C. Reisser: Busy Mom's Guide to Parenting Young Children, 2011, str. viii)

V sferi zasebnosti v zadnjih nekaj desetletjih raziskovalci in teoretiki (Beck 2001; Giddens 2000; Švab, 2001; Ule in Kuhar, 2003; Beck in Beck-Gernsheim, 2006; Renner in druge, 2006) beležijo številne premike: individualizacijo življenjskih izbir, pluralizacijo družinskih oblik in praks (»novo očetovstvo« ipd.) ter rekonceptualizacijo starševstva in partnerstva. Vloga družine se je obenem spremenila, saj predstavlja predvsem čustveno podporo in »varno zatočišče in pribežališče pred zahtevami širšega okolja, ki so v visoko kompetitivnih družbah vse višje« (Ule 2015a, str. 12). Odrasli zaradi družbenih pritiskov, ki jih silijo v individualizacijo, izolacijo in tekmovalnost, izgubljajo medosebno zaupanje in se vse bolj obračajo na svoje otroke, odnosi z otroki se jim zdijo manj ogrožajoči. Družina je zato socializacijska enota za vse člane, in ne primarno za otroke.

Spremembe v zasebnosti in družinskem življenju potrjuje tudi statistika (Renner in druge, 2006): upadanje stopnje rodnosti, naraščanje števila kohabitacij ter neporočenih ob hkratnem upadanju pomena formalne zakonske zveze, naraščanje števila razvez zakonskih zvez, naraščanje števila enostarševskih družin, naraščanje števila reorganiziranih družin, staranje populacije (večanje

deleža starejših ljudi). Družina je pogost predmet ideoloških bojev, še posebej v časih družbenih sprememb, pomen veljavnih družbenih opredelitev družine pa je izjemno velik, saj te omogočajo izvajanje družbenega nadzora skozi različne družbene mehanizme, institucije in politike (Švab, 2001). V sodobnosti se proces pluralizacije družinskih oblik (namesto zgolj nuklearne biološke družine kot »edino prave«) intenzivira (pojavljajo se družinske oblike, ki jih v moderni ni bilo (npr. družine istospolnih staršev), spremenijo se strukturni deleži (npr. več reorganiziranih/združenih in enostarševskih družin), in načini pluralizacije (ponovno oblikovane družine po ločitvi; prav tam, str. 42). V družboslovju se uveljavlja tudi koncept »socialnega starševstva« (Zaviršek, 2012), ki sicer zgodovinsko ni nič novega (starševsko vlogo, ki temelji na socialno-čustveni vezi, opravljajo osebe, ki niso otrokovi biološki starši, npr. posvojitve, transnacionalne družine ...), vendar v globalni družbi zaradi izgube drugih pomembnih ligatur postane vse pogostejše.

Številni raziskovalci posledično ugotavljajo tudi nove trende starševstva, pri katerih je otrok cilj najrazličnejših prizadevanj ter ki v starših povečujejo občutke odgovornosti in krivde. Medtem ko za ženske ostaja kot normativno »intenzivno materinjenje« (Hayden in O'Brien Hallstein, 2010) v povezavi z delom/kariero ali brez nje, na področju očetovstva v sodobnosti lahko zasledimo nasprotujoče si diskurze, ki po eni strani govorijo o krizi očetovstva in odsotnem očetu (zaradi zmanjšanja avtoritete in ekonomske vloge moških, neprisotnosti v družini), na drugi pa o »novem očetovstvu«, pri katerem je vloga očeta bistveno povečana (Rener, Švab, Žakelj in Humer, 2005, str. 8)¹⁶. Oba spola pa zadevajo nove zahteve sodobnega starševstva.

3.2.1 Opredelitev koncepta pretirano odgovornega starševstva

Zdi se, da je danes nemogoče biti brezskrben starš, otrok pa vse bolj postaja zahteven in nedosegljiv projekt (Ule in Kuhar, 2003; Beck, 2002; Beck-Gernsheim, 2002). Kot opozarja Frank Furedi v svojem predgovoru v novejšem zborniku o kulturnih študijah starševstva, se starševstvu v zahodnih družbah pripisuje tak pomen, da je predstavljeno kot vir »domala vseh

¹⁶ Vsaj delno pojasnilo za soobstoj dveh ideologij pri nas, naturaliziranega materinstva in novega očetovstva, lahko najdemo v prispevku avtorice Javornik (2014), ki meni, da imajo politike konceptualne korenine, zato gre njihovo logiko iskati v pravnih formulacijah. Pojav pojasnjuje na ravni socialne politike; pravi, da Slovenija eksplicitno investira v familializacijo (skrb za otroka doma), s katero pa obenem podpira aktivno očetovstvo. Nato investira v defamilializacijo (ob otrokovem enem letu, ko gre v vrtec), ta kombinacija politik pa po njenem sugerira, da država z namenom, da bi omogočila zaposlitev žensk, pragmatično preusmeri socialne investicije iz skrbi za otroka znotraj družine v javno skrbstvo (vrtce).

družbenih problemov«, kar Furedi opredeli kot »patologizacijo starševstva« (Lee in drugi, 2014, str. viii). Od 1970. let naprej pa je starševstvo postalo tudi osrednje vprašanje politik in ekspertov, ki temelji na predpostavki, da obstaja neposredna vzročno-posledična zveza med kvaliteto starševstva in družbenimi »rezultati«. Pri tem to ne nagovarja le majhne skupine neodgovornih staršev, pač pa so kot problem razumljeni vsi starši. Razumevanje starševstva kot vira disfunkcij pri otrocih (npr. na »razvoj možganov«) ali pa kot vira izboljševanja njihovih priložnosti (kar Furedi imenuje »starševski determinizem«) se ne usmerja le na otroka, pač pa na celotno družbo. Starševstvo namreč danes zajema naraščajoč obseg nalog, ki v zahodni zgodovini niso bile vedno razumljene kot izključno starševska odgovornost. Faircloth (2014) to pojasnjuje s spremembo v percepciji otrok, ki so danes razumljeni kot bolj ranljivi za različna fizična in čustvena tveganja kot kdajkoli prej. Posledično so starši razumljeni kot »skoraj božji« (prav tam, str. 26), kot da v celoti determinirajo otrokov razvoj in prihodnost, kar je prenapihnilo starševsko vlogo. Številni odrasli, še zlasti pa matere, iz tovrstnih intenzivnih starševskih stilov obenem črpajo svojo identiteto, oziroma »delo na identiteti, ki spominja na poklic« (Faircloth, 2013, v Faircloth, 2014, str. 26).

Elisabeth Beck Gernsheim (2002, str. 86-103) opisuje nekatere nove trende starševstva z vsemi njegovimi sodobnimi »nalogami«, ki v starših porajajo velike občutke odgovornosti in tudi krivde, kadar v svojem starševanju družbenih in osebnih pričakovanj ne morejo ustrezno uresničiti. Gersheim meni (prav tam, str. 93-94), da imajo sodobni starši odgovornost »najprej /.../ do družbe, nato /.../ do svoje družine, moža in drugih otrok (morebiti celo do staršev, ki upajo na zdravega, ljubkega in dostojnega vnuka). Niti ne smemo pozabiti na odgovornost do še nerojenega otroka«. Zahteva po »optimalni skrbi za otroka« pred starše polaga vse več zahtev, da »definirajo, skrbijo, svetujejo, upravljajo s sedanjimi in prihodnjimi duševnimi in telesnimi potrebami otroka« (Ule in Kuhar, 2003, str. 59), rastoča odgovornost pa danes deluje kot breme in ovira v odločanju za otroka (prav tam, str. 58).

Beck-Gernsheim (2002, str. 90-103) opozarja še na eno pomembno in zgodovinsko radikalno novo področje starševske odgovornosti: na prenatalno in genetsko področje. Če so kontracepcijske metode povečevale zahteve po odgovornem starševstvu le v smislu kvantitete (števila otrok), pa reproduktivna medicina in prenatalna diagnostika koncept odgovornosti vse bolj pomikata v smer kvalitativne izbire, ki se začne že pred rojstvom ali morda celo pred spočetjem. Ne le, da morajo starši skrbeti za otrokovo zdravje po njegovem rojstvu, pač pa so danes odgovorni za njegovo zdravstveno dobrobit celo pred rojstvom. Z razvojem medicine,

biologije in genetike na področju reprodukcije (izpopolnitev umetne oploditve – tehnike zamrzovanja, semenske banke, oploditev v epruveti, dekodiranje genoma in nove tehnike prenatalne diagnostike ipd.) je »načrtna 'konstrukcija' starševstva« (prav tam, str. 91) vse bolj mogoča.

Odločitev o tem, ali denimo roditi kakor koli prizadetega otroka, je sicer v koliziji s konvencionalnim pojmovanjem starševske ljubezni in spominja na mračne dni evgenike. Zaradi tabujev, povezanih s temi vprašanji, so tovrstne odločitve še vedno mnogokrat zavite v molk, olepšane ali pa se jih družba preprosto izogiba. Toda, kot ugotavlja avtorica, družba ženske, ki ne prestande prenatalnih testov, kljub temu vse pogosteje obravnava kot sebične, nevedne ali preprosto neumne. Očitno je torej, da bolj ko so možnosti testiranja razširjene, bolj narašča obseg starševske odgovornosti. Starši, ki se te igre ne gredo, pa tvegajo videz neodgovornosti, če v očeh družbe že niso kar naravnost »krivi« posledic. Zanimivo je, da starši kot ključni motiv za odločitev o testiranju navajajo dobro otroka (prav tam, str. 94), kar pomeni odločitev za splav iz »ljubezni do otroka«.

Zaradi vseh navedenih in podobnih razmer se je povečeval kulturni pritisk na starše, otroka pa je bilo vse manj mogoče jemati in sprejemati takšnega, kot je. Nasprotno: v sodobnosti je otrok cilj najrazličnejših prizadevanj: popraviti je treba vse mogoče družbeno opredeljene »defekte«, obenem pa krepiti njegove spretnosti in razvijati sposobnosti, tako kognitivne kot emocionalne (s pomočjo najrazličnejših krožkov, tečajev in šol), ki naj bi vse prinašale otroku konkurenčno prednost v tekmovalni družbi. Neznansko se je povečala tudi ponudba tako imenovanega »ekspertnega znanja«: od nasvetov o negi in vzgoji otrok, ki so dostopni v medijih, do nepregledne množice revij in knjig, namenjenih staršem – uspešnic, ki jih pogosto pišejo tako pedagogi, otroški psihologi in psihiatri kot laiki. Njihova vsebina se resda radikalno razlikuje, toda starši preko njih vseeno prejmejo »eno ključno sporočilo, namreč da je otrokov razvoj zasebna naloga in osebna odgovornost staršev/matere« (prav tam, str. 90).

Koncept delovanja v »otrokovih najboljših interesih« je torej odprt najrazličnejšim interpretacijam. Reproductivna medicina je izjemno dovezeta tudi za »potrošniško vedenje«: ni dovolj običajen otrok, mora biti poseben (npr. semenske banke ali prodaja jajčec lepih ali inteligentnih posameznikov, strogi selekcijski procesi za donatorje ipd.). Po Beck-Gernsheim (prav tam, str. 98) je takšno potrošniško vedenje že »vprogramirano« v te postopke in tehnologije, saj reproductivna medicina ne le omogoča takšne izbire, pač pa jih nemalokrat

napravi za nujne. V kulturnem kontekstu gledano, argumentira avtorica, bi morali tudi odločitev Indijk, Kitajk in Korejk za splavitev ženskega zarodka (po prenatalnem testiranju) videti ne kot barbarsko pomanjkanje odgovornosti, pač pa kvečjemu nasprotno. Zakaj ne bi bilo legitimno prihraniti mračne usode »napačnega« spola, če smo mu pripravljene prihraniti mračno usodo prizadetosti? Tovrstne dileme lahko priženemo še dlje: naj otroku prihranimo tudi »mračno usodo«, ki ga čaka v družbi, kjer obstaja diskriminacija, če je »napačne« rase ali barve? Aktualna vprašanja, ki jih Beck-Gernsheim izpostavlja (nanje skušam vsaj deloma odgovoriti v poglavju o medikalizaciji), so naslednja: Kako naj se starši v luči neznanske količine medicinskih informacij, avtoritete vednosti zdravnikov in anonimnosti moderne tehnologije sploh odločajo »svobodno«, »avtonomno« in »odgovorno«? Kakšne družbene spremembe bo prinesla vse večja tehnologizacija vprašanj zdravja, bolezni in različnih okvar? Bo »družba brez okvar« obrnila hrbet solidarnosti?

*

Čeprav je v razviti industrijski družbi telesna skrb za otroke na neki način postala lažja (zaradi vstopa tehnologije v domove in dostopnosti izdelkov, kot so plenice za enkratno uporabo), pa je sodobno »odkritje« otroštva za starše prineslo naraščajoče zahteve in naloge. Eno od večjih ameriških študij o družini so raziskovalci tako sklenili z mislijo, da »norma etične in družbene odgovornosti staršev dosega ravni, ki so zgodovinsko brez primere« (Kaufmann in drugi, v Beck-Gernsheim 2002, str. 90). Čeprav se zgodovinski prikazi v svoji oceni preteklih praks otroštva v primerjavi z današnjimi razlikujejo, kot sem pojasnjevala v drugem poglavju, pa velja, da takšne oblike nenehne in eskalirane skrbi za otroke, kakršno poznamo danes, dolgo ni bilo (prav tam, str. 87-89). Starši so morali zagotoviti, da so otroci prejeli moralno vzgojo in da so živeli v »božjem strahu«, ubogljivosti in delu, obenem pa so jim morali zagotoviti osnovne potrebe po hrani in oblekah. Obstajala je tudi določena raven nadzora (npr. varovanje otrok pred nesrečami), tudi telesna (najpogosteje v obliki telesnega kaznovanja). Od treh tipov družine, ki jih Sieder (1988) poleg meščanske opisuje kot najpogostejše v 18. in 19. stoletju, niti pri eni otroštvo ne obstaja kot posebna, zaščitena sfera, ločena od odraslosti. Tako v kmečkih družinah, v družinah podeželskih delavcev na domu kot v rokodelskih družinah sta se gospodarsko in družinsko življenje prepletala, neločljivost gospodinjstva in delovnega mesta pa je otroku nalagala, da se čim prej vključi v delovni proces.

Arendell (1997, str. 1-14) zato tudi koncept starševstva postavlja v družbenokonstruktivistično perspektivo, podobno kot v sodobnem družboslovju tudi koncepti otroštva, mladosti, odraslosti ipd. veljajo za družbene konstrukte, ki so zgodovinsko in kulturno variabilni. Starševstvo se namreč ne odvija v družbenem vakuumu, pač pa je neločljivo povezano z demografskimi spremembami, zgodovinskimi dogodki in vzorci, kulturnimi normami in vrednotami, sistemi družbene stratifikacije, družinskim razvojem in ureditvami ter spremembami v družbeni organizaciji in strukturi. Kulturni pomeni starševstva oz. starševanja temeljijo na družbeni tradiciji, praksah in ideologiji. To pomeni, da človeško starševstvo ni ne v celoti in tudi večinoma ne zgolj rezultat bioloških imperativov ali genetskega zapisa. Starševske dejavnosti po tej razlagi niso »naravno« vedenje, ki bi izhajalo iz reproduktivnih sposobnosti. Vzgoja in socializacija otrok sta družbena procesa, ki sta dinamična in spremenljiva, saj celo skrb za druge in empatijo, sicer bistveni človeški lastnosti, razvijemo v procesu socializacije. Odnos med staršem in otrokom se oblikuje v družbeni interakciji, te odnose in izkušnje pa interpretiramo in jim pripišemo pomen (prav tam, str. 3-4).

Beck-Gernsheim (2002, str. 88-89) nastanek sodobnega koncepta starševstva neločljivo povezuje s konceptom otroštva. Šele s prehodom v moderno družbo se je začelo »odkritje otroštva« in s tem nova doba v zgodovini starševstva. Bistvo tega novega odnosa je bilo v tem, da so starši s pravilno vzgojo in nego lahko prispevali k zdravemu razvoju svojih otrok in celo postavili temelje njihove celotne prihodnosti. Pri tem je igralo ključno vlogo razsvetljsko načelo vzgoje, kakršnega je izrazil denimo Kant, da človek lahko postane nekaj samo z vzgojo. To načelo je od staršev zahtevalo veliko več dela pri otrokovem jezikovnem in intelektualnem razvoju, morali in duhovni odrešitvi. Po Filtnerju (v Beck-Gernsheim 2002, str. 88) je bil po razsvetljski filozofiji vsak posameznik sposoben avtonomnega mišljenja in odločanja, zaradi česar so postali starši dolžni pomagati uresničevati te pravice svojim otrokom. Novo zanimanje za vzgojo v 18. in 19. stoletju so po Beck-Gernsheim sprožile daljnosežne spremembe v družbeni strukturi. Na prehodu v industrijsko družbo, ki so jo uravnavala tržna pravila, je posameznik v družbi veliko lažje spreminjal svoj položaj, izobraževanje pa je kot vir veščin in znanja pridobilo na veljavi. Izobraževanje in razvoj, ki sta otrokom zagotovila najvišjo možno stopnjo mobilnosti v družbi navzgor, sta postala vse pomembnejša – sprva zgolj pri meščanstvu, pozneje pa tudi pri drugih segmentih prebivalstva.

Vinovskis in Frank (1997) menita da je zaradi različnih oblik starševanja v različnih družbenih razredih težko posploševati o (v njenem primeru ameriškem) starševstvu v preteklosti, kljub

temu pa menita, da je njihova skupna značilnost to, da so bile v svojem bistvu že zelo »moderne«, kar je pripisati predvsem konsolidaciji predstav o zakonu, predvsem pa moderni ideji materinstva, ki se je pojavila v 19. stoletju. Primat matere je po njunem mnenju zaznati že zgodaj v ameriški zgodovini, toda šele družinska kultura 19. stoletja je oblikovala misel o tem, kdo naj vzgaja otroke in kako, ki so bile še do nedavnega relativno stabilne. Pritisk, da morajo starši otrokom zagotoviti materialno in čustveno podporo, se je še zlasti izrazito pojavil v srednjem razredu in je narasel v viktorijanski dobi. Skupaj z novim likom oziroma idealom matere se je pojavil tudi ideal moškega kot »družinskega človeka«, po mnenju obeh raziskovalcev pa je za obema pojavoma ležala skrb za negotovo usodo otrok v hitro spreminjajoči se družbi. Prav tako kot so industrializacija, urbanizacija, spreminjajoče se podobe otroštva in relativno avtonomne spremembe v življenju otrok (npr. pojav množičnega šolanja) v preteklosti redefinirale vloge mater in očetov, pa so sodobni ekonomski pritiski, demografski razvoj in feministični izzivi ponovno preoblikovali tradicionalne družinske vloge ter odnose med otroki in starši.

Nove starševske odgovornosti so se v 19. stoletju iz dolžnosti za materialno skrb in vzgojo otrok razširile še na vprašanje zdravja otrok, ki ga je sprožil razvoj medicine, z njim pa razumevanje o vzrokih otroških boleznih in motenj ter visoke smrtnosti (Beck-Gernsheim, 2002, str. 89). Pravila otroške higiene in prehrane, ki so tedaj postala pomembna, so najprej vzele resno ženske iz gornjih višjih slojev. V drugi polovici 19. stoletja se je proces »civiliziranja« o higienskih vprašanjih (od splošnih načel zdravja do pravil zdrave prehrane in spodbujanja dojenja) začel tudi med delavskimi družinami. Zaradi medicine, psihologije in pedagogike – ved, ki so pomagale konstruirati moderno pojmovanje otroštva – je bilo vse lažje posegati v življenje otrok. Če so bile nekoč različne bolezni in telesne prizadetosti usoda, ki jo je bilo treba prenašati, jih je zdaj bilo zdaj mogoče in zato potrebno zdraviti in popraviti. Zaradi psiholoških raziskav, ki so veliko bolj kot nekoč poudarjale otroštvo, je krivda za izgubljene razvojne priložnosti padla na premajhno starševsko podporo v tej dobi. Obenem je občutna rast v povprečnih prihodkih različne možnosti za vzgojo in razvoj otrok, ki so bile dotlej rezervirane za omejeno socialno skupino, razširila na večje dele populacije. Med novimi trendi, ki so prispevali k spremenjenemu pojmovanju starševstva, je treba omeniti tudi upad rojstev, ki je s seboj potegnil osredotočenje vseh starševskih pričakovanj, upanj, ambicij in investicij na enega ali dva otroke. Otroci so postali dragocenost, ki jo je treba dejavno varovati. Ti trendi so potekali tudi na politični ravni (razširjanje izobraževanja na dotlej deprivilegirane segmente prebivalstva, promocija javnega zdravja s pomočjo kampanj in mrež, centri za svetovanje ipd.).

Kot se je izrazil Frevert (v Beck-Gernsheim, 2002, str. 89), so se starši znašli v nekakšni »oblegi skrbi«.

*

V znanstvenih študijah se pojavljajo zelo različna poimenovanja sodobne spremenjene in povečane vloge, pomena in nalog starševstva. Furedi (2001) govori o »paranoidnem starševstvu«, Faircloth (2014) o »intenzivnem starševstvu«, Bernstein in Triger (2011) o »pretiranem starševstvu« (»over-parenting«, ki je po njunem še presežek intenzivnega starševstva), spet drugi avtorji pa pišejo o »invazivnem starševstvu« (Marano, 2008), »odgovornem starševstvu« (Ule in Kuhar, 2003), »odgovornem, senzibilnem starševstvu« (Humer, Švab in Žakelj, 2011) ter »vpetem« ali »vpletenem« (»involved«) starševstvu (Fosberg, 2009). V domači sociološki literaturi se namesto zgolj samostalnika starševstvo pogosto uporablja tudi izraz »starševanje« (kot dejanje, poslovenjeni angleški glagolnik »parenting«), ki poudarja dejavno razsežnost starševstva, z njim pa se pojavljata tudi izraza »materinjenje« in »očetovanje«, z različnimi pridevniki, npr. senzitivno materinjenje, intenzivno, vpleteno starševanje ipd.

V anglosaksonskem prostoru so predvsem v medijih in popularni kulturi izjemno razširjeni še številni drugi poljudno rabljeni izrazi, ki označujejo sodobne spremenjene starševske vloge in prakse, med njimi »helikoptersko« starševstvo, ki poudarja nenehno starševsko nadzorovanje in bdenje nad vsemi vidiki otrokovega življenja ter vpletanje vanje. Izraz »zadušljivo« starševstvo (in materinjenje) poudarja negativne vidike starševskega vpletanja v življenje otrok, po drugi strani pa zasledimo tudi »alfa starševstvo«, ki nasprotuje vzgojni otrokocentričnosti ter poudarja vidik postavljanja meja in discipliniranja otrok oz. tradicionalistično starševsko »alfa« vlogo nad otroki (ki pa še vedno zajema nekatere zahteve aktivnega starševstva). Tudi v našem prostoru pa se v laični javnosti pojavljajo tudi številni izrazi, ki označujejo predvsem različne zelene vzgojne stile (ki so jih oblikovali različni strokovnjaki vzgoje, terapevti, pedagogi pa tudi laiki), npr. sočutno starševstvo, rahločutno starševstvo, zavestno starševstvo ipd. Ker v sodobnosti poudarjena vloga starševstva še vedno zadeva bolj ženske kot moške (kar obravnavam v nadaljevanju), se pojavljajo tudi specifični izrazi za povečano materinsko vlogo, npr. Hayden in O'Brien Hallstein (2010, str. 9-15), razčlenjujeta izraze »mommy« (»mamica«, mati, ki dejavno »materini«), »soccer mom« (mamo, ki spremlja otroka na dejavnosti) in »mommy wars« (vojne mamic; podrobneje o teh izrazih v naslednjem podpoglavju).

Medtem ko so nekateri izrazi nevtralniji (npr. odgovorno starševstvo), pa jih večina, tudi v strokovni literaturi, poudarja negativne vidike ali posledice sodobne poudarjene starševske vloge, in sicer jih negativno ocenjuje ali s perspektive otrok ali pa staršev. Marano (ki je sicer urednica revije *Psychology Today*) v delu z naslovom »Narod mež« (Nation of Whimps, 2008) tako pod izrazom »invazivno starševstvo« (omenja pa tudi izraz »toplogredno starševstvo«) razume prakse pretiranega starševskega vpletanja, ki po njenem zavirajo družbeni, čustveni in tudi telesni (nevrolški) razvoj otrok, kajti ker otrokom starši s pretiranim vpletanjem preprečujejo lastno odkrivanje sveta in soočanje s težavami, naj bi ti postali preobčutljivi na stres (»mež«). Furedi (2001) se po drugi strani bolj usmerja na starševsko doživljanje lastne vloge pri vzgoji otrok in skrbi otrok: na starševsko tesnobo in strahove, ki jo povzroča širša družbena obsedenost z varnostjo, zaščito in skrbjo za otroke, ki se na starše prenaša v obliki pritiskov, pri čemer jih nasprotujoče si ekspertne rešitve in nasveti v popularni in strokovni literaturi begajo, jim odvzemajo starševsko avtoriteto in presojo, zato so nenehno »paranoidni«. Obenem pa ti izrazi torej pomensko zajemajo različne razsežnosti; v gornjih primerih prva (Morano) npr. presoja psihološko razsežnost (psihološke posledice invazivne vzgoje pri otrocih), druga (Furedi) pa bolj socialno (posledice širših družbenih pritiskov na starše) oz. psihološke posledice pri starših (paranoidnost). Vsem pa je skupna ocena, da se sodobno starševstvo preobraža in intenzivira.

Ker se sama v pričujočem delu ukvarjam z družbenim izvorom povečanega (prenapihnjenega, kot meni Furedi) pomena sodobne starševske vloge, in ne z njenim psihološkim ali pedagoškim vrednotenjem, v nadaljevanju večinoma uporabljam izraz »pretirano odgovorno starševstvo« (razen kadar navajam avtorje, ki sami uporabljajo lastne termine). Zgolj vrednotenje različnih starševskih stilov nam namreč ničesar ne pove o družbenem poreklu oz. izvoru sodobne povečane starševske vloge. Moja ključna misel, ki jo razvijam v nadaljevanju, namreč je, da gre pri prenapihovanju starševstva za prenos strukturnih družbenih bremen na ramena posameznika, v tem primeru staršev, torej prenos in individualizacijo družbene *odgovornosti*, ki posledično pretirano poudarja odgovornost staršev za družbeno prihodnost, ki jo pomenijo otroci, oziroma na starše prenaša skoraj izključno odgovornost zanje. Če se lahko strinjamo, da je vsako starševstvo po definiciji odgovorno, ker zajema skrb za odvisno bitje (pa če je ta odgovornost nato realizirana ali ne), »pretirano« potem označuje tisti presežek, ki ga v sodobnosti prenaša družba na posameznika. Čeprav izraz dopušča relativizacijo »presežnosti«, torej kaj naj bi bila »normalna« odgovornost in kaj je že »pretirana«, pa sem želela v svojem

poimenovanju sodobnega starševstva predvsem obdržati to razsežnost strukturnega prenosa družbene *odgovornosti*.

3.2.2 Neskladja med ideologijo pretirano odgovornega starševstva in prakso

Tovrstne zahteve sodobnega starševstva so v resničnosti praktično neuresničljive, oziroma kvečjemu za družbene skupine, ki premorejo ustrezni kulturni, socialni in materialni kapital, zato tovrstna starševska odgovornost predvsem prenaša strukturna bremena na ramena posameznikov in postaja nov vir družbenega razslojevanja. O ostri koliziji pri usklajevanju med trgom dela in družino (skrbstvenim delom za otroke) govori vrsta empiričnih raziskav. Eno od njih, končno poročilo raziskave Evropske komisije o spolu, starševstvu in spremembah na področju dela v EU pri mladih odraslih, ki usklajujejo delo in družino (Lewis in Smithson, 2006), je že tedaj poročalo o trendu povečanja zahtev na trga dela, ki je v koliziji s trendom povečanja zahtev na področju starševanja. Po vseh proučevanih državah EU se je tako v zasebnem kot v javnem sektorju obseg dela intenziviral, razširil in časovno podaljšal, kar je imelo posledice na starševsko usklajevanje družinskega življenja; fleksibilen delovni čas zaradi obsega dela postaja praktično nemogoč, in tudi v primerih, ko zakonodaja omogoča fleksibilnost, ta ni koriščen (ker delo v tem primeru ni opravljeno ali pa je prenešeno na preobremenjene kolege). Tudi v državah z močno egalitarno ideologijo na področju spola so izkušnje starševstva zelo spolno označene, obenem pa je »družbena neenakost vztrajen vidik evropske družbe« (prav tam, str. 14).

Ti trendi so v koliziji z intenzifikacijo starševstva (oz. starševanja, kot dejanja, Brannen in Moss 1998, v Lewis in Smithson, 2006, str. 14); mladi v raziskavah izražajo visoka pričakovanja glede tega, kaj mora »dober« starš delati, kar je navadno vključevalo bistveno povečanje skrbi in starševskih dejavnosti, pa tudi finančnih virov, kot so to lahko zagotovili njihovi starši (prav tam, str. 14). Ti pritiski po intenzifikaciji starševanja in visoka pričakovanja pa ne prihajajo samo s strani samih staršev, pač pa tudi širše družbe, medtem ko jo nekatere države spodbujajo z različnimi iniciativami.

Kot navaja poročilo, »na ravni politike ni velikega razmisleka o tem, kako to doseči v času, ko imajo starši daljše delovnike in delajo intenzivneje kot prej«, študija pa je osvetlila tudi povečanje materialnih pritiskov in pričakovanj glede skrbi za otroka, kar »lahko vpliva na strategije dela in starševstva« (prav tam). Kaj ti materialni pritiski zajemajo, se sicer po Evropi

razlikuje (študija navaja, da v severni Evropi ta pritisk tipično pomeni visoko materialno raven za družino in otroke, medtem ko na jugu, denimo na Portugalskem, to pomeni izobraževanje ter osnovne bivanjske in življenjske pogoje). Toda v vseh primerih, navaja študija, starši čutijo pritiske k višjemu materialnemu standardu in to primerjajo z nižjimi standardi v lastnem otroštvu.

Konceptualizacije pretirano odgovornega starševstva so predvsem ideološke, ideal, ki deluje kot pritisk in ob neuresničevanju vzbuja občutke krivde, neustreznosti, spodletelosti, s tem pa utrjuje obstoječe družbene ureditve (z logiko, da če bi se »bolj potrudil«, bi »tudi jaz lahko«). Ideal oziroma ideologija pretirano odgovornega starševstva ima svoje praktične omejitve. Kot je pojasnjevala Ann Oakley, sta si sferi doma in dela v modernih družbah inherentno oziroma strukturno v nasprotju; industrializacija zahteva angažma zunaj družine in je zato »primarni dejavnik v tem nasprotju med zasebnim, ekonomsko neproduktivnim življenjem doma in zunanjim svetom plačanega dela« (2000, str. 22), kar je po mnenju avtorice v nasprotju z življenjem v tradicionalnih družbah, kjer se družinsko življenje in delo prepletata. Še posebej pa omejitve v sodobni družbi veljajo za ženske, ki se v pozno moderni družbi, ki je družini in otroku inherentno nenaklonjena, pri tem še vedno srečujejo z večjimi omejitvami in obremenitvami kot moški, še zlasti, če so zaposlene oziroma na trgu dela.

Če smo rekli, da gre pri konceptu pretirano odgovornega starševstva za ideologijo pretirane skrbi za otroka, si velja pogledati, kako se prakse skrbi izvajajo (skrb za otroka, skrb za dom v povezavi z zaposlitvijo, prelomi na področju spolov in porazdelitve skrbi) ter kakšne so pri tem nekatere družbeno-strukturne omejitve. Selma Sevenhuijsen (2003) piše, da naj bi se v zadnjih nekaj desetletjih v sodobnih zahodnih družbah odvijal proces premika oziroma realokacije skrbi, pri čemer gre za »vsakdanje skrbi, skrb za telo, duha in medsebojne odnose, ki so bistveni za dobro človekovo delovanje« (prav tam, str. 15). Avtorica opredeli tri premike, in sicer skrb prehaja 1. z žensk na moške, 2. iz zasebne v javno sfero (institucionalizacija skrbi), na 3. področju medicine pa prihaja do premika od zdravljenja k skrbi in negi (prav tam, str. 14–16).

Toda ti procesi se v praksi odvijajo dosti počasneje. Izvajanje novih konceptualizacij materinstva in očetovstva (oziroma starševanja) močno zaostaja in ostaja izrazito spolno asimetrično (Rener in druge, 2006). Avtorji novejše primerjalne kvalitativne študije o starševstvu v Evropi (Grunow in Evertsson, 2016) so predstavili razmeroma presenetljivo ugotovitev, in sicer, da mladi pari, ki sicer živijo in razmišljajo egalitarno (imajo podobne

izkušnje na trgu dela, egalitarne predstave o odnosih, vstopajo v odnose na enakopravnejši način ipd.), pri prehodu v starševstvo sprejmejo tradicionalistično delitev dela in skrbi (plačanega in neplačanega). To se zgodi navkljub dejstvu, da se družbene razmere po vsej Evropi danes občutno razlikujejo od razmer, v katerih so si družine ustvarjali njihovi starši.

Čeprav različni drugi procesi, kot so dostop do izobrazbe, kohabitacija, vstop na trg dela, zgodnje kariere variirajo glede na družbeni razred in posamezno državo, pa se ta razlika med spoloma vse bolj zmanjšuje. Mladi moški in ženske imajo danes zelo podobne življenjske izkušnje in veščine (Blossfeld 2009, v Grunow in Evertsson, 2016, str. 7). Toda raziskave »konsistentno kažejo, da je bilo zmanjšanje tradicionalnih družinskih ureditev skromno« (prav tam, str. 8). To kaže na razhajanje med ideologijo (egalitarnosti) in prakso (tradicionalizma), pari pa bolj egalitarne, enakopravne ideologije in prakse v procesu oblikovanja družine spremenijo v manj egalitarne (Davies in Greenstein, 2009; Grunow, Schulz in Blossfeld, 2012, oboje v Grunow in Evertsson 2016, str. 8), kar so nekateri avtorji poimenovali kot »upočasnela revolucija« (England 2006, 2008, prav tam; Hochschild 1989).

Zaostajanje med vrednostnimi usmeritvami in prakso je problematično tudi zato, ker je praksa v popolnem neskladju s pričakovanji mladih žensk danes. Kot pišeta denimo avtorici Hayden in O'Brien Hallstein (2010), so ženske, ki so odraščale v poznem 20. stoletju, odraščale v dobi diskurzov o izbiri in političnih prepričanj drugega vala feminizma. Njihova pričakovanja so visoka in povsem drugačna od omejitev, s katerimi so se soočale ženske v 1950. in 1960. letih.¹⁷ Prepričane so, da so odločitve v njihovih rokah, da so svobodne, da postanejo poklicno uspešne, odvetnice, pravnice, profesorice – in obenem matere. Toda diskurz o izbirah je bil zavajajoč. Te izbire so determinirane s številnimi drugimi družbenimi dejavniki, na katere v resnici nimajo vpliva, oziroma, kot pišeta avtorici, gre za »javne izbire in zasebni nadzor« (2010, str. 5).

¹⁷ V svojem razmisleku o materinstvu v dobi izbire (2010), se Hayden in Hallstein najprej posvetita zgodbama svojih mater. Geraldine (mati Haydenove), rojena 1936, je bila bistra in sposobna, in je sanjala, da bo odvetnica, toda povedali so ji, da ženske ne študirajo prava. Zato je Geri postala medicinska sestra, kar sicer niso bile njene sanje, je pa to v 1950. letih veljalo za področje, primerno za ženske. Takoj, ko je diplomirala, se je poročila in bila v prvih sedmih letih zakona sedemkrat noseča, rodila je štiri otroke, ob tem je imela popoldansko delo. Ko so otroci odraščali, je začela delati s polnim delovnim časom. Sprijaznila se je, da je medicinska sestra, čeprav si včasih še želi, da bi lahko bila odvetnica, in danes živi družinsko življenje. Njena hči nima otrok. Nancy (mati O'Brien Hallsteinove) je bila rojena delavskim staršem, ki nista dokončala srednje šole. Tudi Nancy je ni; želela je postati fizioterapevtka, a ni mogla na ustrezno šolo. Pri 21. je rodila dvojčici, toda kdo bo doštudiral, ona ali njen partner, ni bilo nikoli vprašanje. Nancy je ostala doma, mož je skrbel za družino. Nancy je pozneje postala aktivistka in skozi to kanalizirala jezo, da je morala opustiti študij. Ko je bil najmlajši otrok v osnovni šoli, je spet začela ob delu študirati, in diplomirala v začetku 1980. Ko je končevala diplomu, se je ločila, vendar se je odločila, da želi doktorirati in se pozneje zopet poročila. Njena hči ima otroke.

»Izbira« prav tako ni edinstven dogodek, pač pa gre za serijo izbir skozi reproduktivno obdobje. Pri vprašanih materinstva in reprodukcije večina mladih žensk danes pogosto »ne dobi tistega, kar želi« (prav tam, str. xvii), zato njihove želje pa postajajo nejasne, ambivalentne in spreminjajoče se.

Obenem so podvržene vplivom ideologije intenzivnega materinjenja, ki edino velja za »dobro« materinjenje (Douglas in Michaels, 2004 in Hays, 1996, prav tam, str. 5). Četudi ga vse ženske ne prakticirajo, gre za ideologijo ustreznosti sodobnega materinjenja, s katero danes družba primerja vse ženske danes, ne glede na družbeni status, izobrazbo ipd. To intenzivno *materinjenje*¹⁸ ima tri postavke: 1. otroci rabijo nenehen nadzor in skrb s strani bioloških mater, ki so izključno odgovorne za uresničevanje teh potreb, 2. pri tem se morajo matere opirati na zunanje eksperte, 3. matere morajo svojim otrokom posvetiti izjemno veliko časa in energije. Ti koncepti trivializirajo težavnost usklajevanja dela in domačega življenja. Kot so tematizirale druge avtorice (npr. Williams, 2000, prav tam, str. xvii), ne gre le za »težavnost«, saj pravne in druge institucije v mnogočem ženske kot matere sankcionirajo oziroma eksplicitno ovirajo. Sodobna ideologija izbire tako govori o tem, da gre za racionalno odločitev med ustreznimi možnostmi in zgolj vprašanje načina doseganja cilja, kar ne drži, revolucija pa je vsekakor še vedno močno »upočasnjena« (Hochschild, 1989).

3.2.3 Še vedno upočasnjena revolucija: analiza praks

Toda zakaj se to zgodi, sociološke študije še niso zadostno pojasnile. Grunow in Veltkamp (2016, str. 3-33) na podlagi vrste virov pojav opredeljujeta s tremi procesi. Prvi je, da v primerjavi s starejšimi kohortami mlajši pari plačano in neplačano delo še vedno razdelijo bolj spolno enakomerno (enakopravno) v zgodnjih fazah življenjskega poteka. Drugi je, da v številnih državah tem egalitarnim razdelitvam v procesu oblikovanja družine sledi

¹⁸ Pri tem avtorici (2010, str. 9-15) analizirata tudi naraščajočo uporabo različnih (angleških) izrazov za mater v popularni rabi med odraslimi in v javnih diskurzih, npr. izraza »mom« (»mamica«) namesto »mother« (»mati«), ki so ga za mamo nekoč uporabljali samo otroci, zdaj pa ženske same zase, in ki označuje mater, ki *materini*, ki je dobra, aktivna mama (boljša kot »mother«), in ki je po mnenju avtoric enako paternalistična, kot je bil nekoč izraz »punca« (»girl«) namesto »ženska« (»woman«), ter označuje žensko subjektiviteto namesto samo del ženske. Izraz »soccer mom« (ki ga pri nas ne poznamo in ki označuje belo mater srednjega razreda iz predmestja, ki velik del svojega časa posveča razvažanju otok na različne dejavnosti, med njimi na nogomet) pa označuje izbris meje med domom in delom, kot da ta meja danes ne obstaja. »Mommy wars« (»vojne mamic«) pa so po njunem konflikt med ženskami, ki v vlogi mater ostajajo doma, in tistimi, ki hodijo na delo. Vsi ti termini pa strukturne probleme usklajevanja dela in doma pretvarjajo v osebni problem in načrtno izbiro žensk ter ga še bolj odpravljajo v zasebno sfero.

tradicionalizacija spolnih vlog, tretji, da se vzorci delitve dela med spoloma, ki se vzpostavijo v fazi oblikovanja družine, nato ohranijo skozi poznejše faze življenjskega poteka. Kot ugotavljajo raziskovalci, ima tradicionalna delitev negativne posledice na različne druge vidike partnerstva in družine, med drugim znižuje namero imeti naslednjega otroka oziroma imeti več otrok (Mills in drugi 2008, v Grunow in Veltkamp, 2016, str. 9) ter povečuje tveganje ločitve oz. razida (Cooke, 2004, prav tam).

Individualni procesi rekonstruiranja dela in starševskih identitet so vpeti v institucionalne kontekste, ki ostajajo močno tradicionalni (stopnje tradicionalizma se po Evropi razlikujejo). Pri politikah, ki odločilno vplivajo na spolno stratifikacijo in doseganje spolne enakosti v Evropi so pomembne podpiranje domačega skrbstvenega dela očetov (ki se uresničuje s plačano odsotnostjo, starševskim dopustom ipd.), podpiranje materinske dekomodifikacije (ne/odvisnosti od dela) s pomočjo politik, ki podpirajo varstvo otrok in zaposlitev žensk, in politike, ki materam omogočajo odsotnost z dela (Grunow in Veltkamp, str. 17-19).

Za slovenske razmere je podobne procese (realokacija skrbi z žensk na moške je počasna in zavlačevana) ugotavljala Živa Humer (2009); pri skrbstvenih praksah, povezanih z domom in gospodinjstvom še vedno obstajajo spolne neenakosti, spremembe pa se kažejo predvsem v pričakovanjih in vrednotah, ne pa v praksi, saj domačo skrb (domače delo, gospodinjstvo, domače potrošništvo) še vedno večinoma prevzemajo ženske, »kar moškim omogoča precej neoteženo usklajevanje s poklicno sfero, ženske pa vsakodnevno slalomiranje med plačanim delom in družino doživljajo kot stres in napor« (prav tam, str. 5), moška pomoč, kadar je, je razumljena kot »razbremenitev žensk«, moški pa so percipirani kot »domači pomočniki« (prav tam, str. 207). Podobno je na področju skrbstvenih praks za otroke, kjer se ohranja položaj materinstva in materinjenja kot primarna skrbstvena praksa, moški prevzemajo predvsem čustveni del skrbi za otroke (negovanje, tolažba, pestovanje), očetovska vloga je zato tudi tu še vedno sekundarna in podporna. Humer ugotavlja še, da tudi neformalno, plačano otroško varstvo ostaja delo, ki ga večinoma opravljajo ženske. Kot piše Alenka Švab (2000), so »premiki v očetovstvu oziroma atributi novega očetovstva, bolj kot v realni participaciji v alokaciji družinskih obveznosti locirani v spreminjanje ideologije (na sistemskem, družbenem nivoju) ter v spreminjanje moške identitete na individualnem nivoju« (str. 257-258).

Skupina avtoric, ki je pred petnajstimi leti za slovensko vlado pripravila poročilo o perspektivah novega očetovstva v Sloveniji (Reiner in druge 2005, str. 4-5) je prav tako navajala, da so bile

spremembe daleč najbolj opazne na ravni vrednot, stališč zaznavanj aktivnega očetovstva, materinstva, položaja žensk v družini in širše v družbi ter tudi sicer družinskega življenja. V skladu s tem navajajo podatke o spodbujanju in promociji aktivnega očetovanja v slovenski družbi na širši ravni, ki poteka tako v množičnih medijih kot v znanstvenih diskurzih. Očetje »v glavnem podpirajo idejo o aktivnejši vlogi moških v družini in imajo sodobne in suportivne poglede na delitev dela med spoloma ter vlogi žensk« (prav tam, str. 5), toda v praksi se to delo omejuje na prijetnejša opravila, druga družinska dela pa ostajajo na ramenih žensk.

Med »prijetnejša« skrbstvena opravila na področju skrbi za otroke lahko vključimo tudi nove prakse, za katere avtorice pri nas navajajo (Rener in druge, 2005), da so se pojavile v zadnjih letih in so povezane s starševsko pozornostjo do otrok že od spočetja dalje v okviru protektivnega otroštva in ki krepijo »ideološko mediacijo identitete očetovske vpletenosti« (prav tam, str. 7). Med temi navajajo spremljanje nosečnosti, pomoč pri skrbi za dojenčka in igro z otrokom. Avtorice sklenejo, da: »problem bolj aktivnega očetovanja ni toliko problem moških oziroma njihove pripravljenosti in sposobnosti za aktivno očetovanje, temveč tudi kulturnega imaginarija, ki materinstvo še vedno umešča v ontologijo družine kot ekskluzivno, nenadomestljivo vlogo« (prav tam).

Empirične podatke, ki potrjujejo te navedbe, prikazuje med drugim tudi Tretja evropska raziskava o kakovosti življenja (Eurofound, 2012), ki razkriva velike razlike med spoloma na področju neplačanega dela – skrbi in gospodinjskega dela. V EU dve tretjini otrok živi v nuklearnih družinah (samo s starši in sorojenci) z dvema odraslima osebama, pri parih, ki živijo skupaj z otroki, pa v približno 60% oba partnerja opravljata tudi plačano delo (prav tam, str. 48-69). Družina je glavni vir podpore na vseh področjih življenja, spolne razlike pri času, preživetem z družino in prijatelji, pa obstajajo še zlasti pri zaposlenih. Ženske z otroki, ki so zaposlene, pogosteje občutijo, da so prikrajšane v socialnem življenju, medtem ko je pri moških verjetneje, da ne preživijo dovolj časa z družino. Pri raziskavi usklajevanja dela z življenjem se je izkazalo, da imajo na splošno ženske v Evropi zunaj zaposlitve več obveznosti in so tudi bolj obremenjene (prav tam, str. 60). Veliko žensk, ki usklajuje zaposlitev in skrb za otroke, je preobremenjenih še z gospodinjskim delom. Doma živeči otroci pa na splošno pomenijo težave pri usklajevanju dela in družinskega življenja (prav tam, str. 63). Ženske zato poročajo, da so prikrajšane v socialnem življenju (prav tam, str. 71), pri čemer se v državah, kjer ženske poročajo, da preveč časa preživijo pri opravljanju gospodinjskega dela, moški ne poročajo, da ga preživijo premalo (prav tam).

Kot ugotavlja raziskava, se »ključne družbene vloge in odgovornosti opravljajo na neplačani osnovi«, za dom, otroke in bolne skrbijo večinoma družinski člani in prijatelji. »Ker to neplačano delo večinoma odpade na ženske, so to pomembne implikacije za spolno enakost in še zlasti za možnosti za plačano delo« (prav tam, str. 56). Razlike med spoloma so na tem področju zelo velike, še posebej glede gospodinjskega dela in le nekoliko manj pri skrbi za otroke, in sicer tako pri pogostosti opravljanja del kot tudi številu ur tovrstnega skrbstvenega dela tedensko. V Evropi ženske poleg plačanega dela povprečno opravijo 30 ur tedensko varstva in skrbi za otroke, zaposleni moški pa le 17 ur, gospodinjsko delo pa ženske ob delu opravljajo 16 ur tedensko, zaposleni moški pa 10 ur. Med osebami, ki opravljajo tudi plačano delo, gospodinjsko delo vsak dan opravlja 76% žensk in le 34% moških, med njimi pa 40% zaposlenih žensk in le 28% moških vsak dan skrbi za otroke (prav tam, str. 57). Za Slovenijo raziskava ugotavlja, da zaposlene ženske skrbijo za otroke 25 ur tedensko in 14 ur posvetijo gospodinjstvu, zaposleni moški pa skrbijo za otroke 15 ur tedensko in 10 ur posvetijo gospodinskemu delu (prav tam, 58). Obenem druge raziskave ugotavljajo, da se v Sloveniji delovna obremenitev žensk v obdobju, ko imajo majhne otroke, ne zmanjša (Vsem družinam prijazna družba, 2017, str. 9).

Že naslednja Evropska raziskava o kakovosti življenja (Eurofound, 2017) je opozorila še na bistveno poslabšanje usklajevanja plačanega dela in zasebnega (družinskega) življenja v nekaterih vidikih po letu 2011. Delež zaposlenih, ki poročajo o težavah pri usklajevanju plačanega dela in življenja, se je povečal v vseh dimenzijah ter pri vseh starostnih skupinah ter tako med moškimi kot med ženskami, vendar pri slednjih bistveno bolj. Raziskava meni, da je to poslabšanje presenetljivo, kajti številne države izvajajo politike s ciljem izboljševanja tovrstnega usklajevanja, obenem pa je to v nasprotju z nekaterimi preteklimi napovedmi o tehnološkem napredku, ki so predpostavljale, da se bo količina dela drastično zmanjšala in preprečevala pretirano delovno obremenitev (prav tam, str. 104-105).

Usklajevanje življenja in plačanega dela (prav tam, str. 39-47) se je torej poslabšalo za oba spola in vse starostne skupine, še zlasti pa za mlade ženske in ženske v srednji kategoriji (35-49 let). Ženske še vedno opravljajo večino skrbstvenega dela (dnevno dvakrat več žensk kot moških), pa najsi gre za skrb za svoje otroke in vnuke ali pa za starejše, nemočne ali invalidne sorodnike, prijatelje in sosede, pri čemer tudi veliko število starejših zaposlenih žensk opravlja skrbstveno delo. Število ur tedenskega varstva in skrbi za otroke se je samo v štirih letih

povečalo tako za moške kot za ženske, vendar bistveno bolj za slednje: moški so v zadnji raziskavi poročali, da opravijo povprečno 21 ur tovrstnega dela tedensko (torej 4 ure več kot štiri leta prej), ženskam, ki opravljajo tudi plačano delo, pa se je obremenitev s skrbjo za otroke povečala za kar 9 ur tedensko (s 30 na 39). Ženske posledično poročajo o večjih težavah pri usklajevanju plačanega in skrbstvenega dela ter o večji utrujenosti zaradi zaposlitve in gospodinjskega dela kot moški, še zlasti mlade ženske pod 34. letom, ženske pa poročajo tudi o večjih težavah pri usklajevanju družinskih obveznosti s plačanim delom, kar se je od leta 2007 prav tako na splošno pomembno povečalo (medtem ko je problematika usklajevanja družinskih obveznosti in dela najnižja v skupini 50-64 let, kjer tudi ni več bistvene razlike med moškimi in ženskami). Največje razlike med spoloma pri težavnosti usklajevanja družinskega življenja, skrbstvenega dela in plačanega dela raziskava ugotavlja za vzhodno Evropo in Balkan. Pri tem pa raziskava poudarja, da je za posameznike, ki opravljajo tudi skrbstveno delo (za otroke, starejše, ovirane ...), po drugi strani pomembno, da so opravljajo tudi plačano delo, kajti socialni in ekonomski položaj zaposlenih oseb, ki opravljajo skrbstveno delo, je boljši kot tistih, ki niso zaposleni; slednji imajo na splošno slabšo kakovost življenja, večje težave z zdravjem, nižje prihodke, poročajo o večji osamljenosti in necenjenosti. Toda ker ženske še naprej poleg plačanega dela opravljajo še večino neplačanega gospodinjskega in skrbstvenega dela, raziskava obenem ugotavlja, da nekatere med njimi za to usklajevanje plačajo še večjo ceno kot druge, med njimi so ženske z nižjimi prihodki, za katere raziskava ugotavlja večje tveganje težav v duševnem zdravju (prav tam, str. 103).

*

Podobno, kot je to pri konceptu otroštva in družine, se tudi sodobni diskurzi o spreminjanju vloge očeta in matere (če govorimo o tradicionalni družini) v sodobni družbi nanašajo na predstave o teh vlogah iz preteklosti. Te pa niso monolitne niti po mnenju socialnih zgodovinarjev ali sociologov. Interpretacije o tem, kakšna je bila vloga očeta »v preteklosti« se razlikujejo, iz podobnih razlogov, kot sem utemeljevala pri otroštvu. Družinske formacije so bile heterogene, družinske vloge so se razlikovale glede na status oziroma sloj, regijo oziroma geografsko področje, posamezni družbeni in kulturni kontekst, specifično obdobje ipd.

Novo očetovstvo, ki se je porajalo pred skoraj dvema desetletjema, je zato, kot je tedaj skušala pojasniti Alenka Švab (2000), bilo vse prej kot jasno opredeljen družbeni fenomen, pač pa je avtorica njegovo pojavno raznolikost ter ideološko in identitetno dvojnost pojasnjevala tudi s

kulturnim in zgodovinskim variiranjem njegovega referenta, očetovske vloge »v preteklosti«. Ker se sodobne konceptualizacije očetovstva nanašajo na odstopanje od neke idealizirane »očetovske vloge« v preteklosti, oziroma, je pojmovanje modernega očeta in očetovske vloge v družini povezano z zgodovinsko interpretacijo te vloge, ki ni enotno opredeljena, to posledično vnaša zmedo nazaj v sodobna pojmovanja očetovstva. Poleg tega je avtorica ugotavljala neskladje med ideološkimi zahtevami po vpletenosti očetov v skrb za otroke, po drugi strani pa pomanjkanjem analiz strukturnih sprememb fenomena novega očetovstva ter širših družbenih in družinskih sprememb oziroma pomanjkanjem znanja in praks. Kot ugotavljajo novejša razprave (Hrženjak, 2016), pa se tudi očetje soočajo z dodatnimi pritiski. Po eni strani se soočajo s povečanimi zahtevami očetovstva, po drugi pa z zahtevami sodobnega trga dela, saj se od njih pričakuje, da bodo hkrati vključeni očetje in idealni delavci brez skrbstvenih obveznosti, kar pomeni, da se prav tako srečujejo s strukturnimi ovirami. Vseeno pa porazdelitev skrbstvenega dela med spoloma ostaja neenaka.

3.2.4 Ideologija intenzivnega starševstva kot izbire

Sklenemo lahko, da se v praksi od sredi 1970. let, ko je Ann Oakley napisala odmevno delo *Gospodinja o spolni delitvi družinskega dela*, v praksi ni spremenilo veliko, pač pa spremembe lahko opazimo predvsem na področju pričakovanj, vrednot in ideologij na tem področju. Objektivno neuresničljiva ali vsaj težko uresničljiva pričakovanja, predstavljena kot objektivno dosegljive izbire, pa so zelo problematična. Če bi bil problem le kulturni imaginarij oziroma ideologija, bi »ideologija« novega, aktivnega, čustvenega očetovstva v zadnjih nekaj desetletjih verjetno že morala izpodriniti staro in se močneje odražati v spremembah praks, kar pa se ni zgodilo. Alenka Švab (2000) je odgovor za neskladje med novimi konceptualizacijami in empiričnimi podatki torej iskala v pomanjkanju praks, veščin in zgledov očetovanja oziroma odsotnosti »socializacije« v nove zahteve očetovstva (ki se jih mladi nimajo kje naučiti) ter ohranjanju materinske vloge kot družbeno konstitutivne za družino; moški bi se morali, kot predlaga avtorica, naučiti novih, spolno specifičnih praks starševanja, ne poskušati »materiniti«.

Toda mladi so družbena skupina, ki se na trgu dela in v ekonomskem smislu trenutno sooča z naraščajočim številom ovir, med njimi nezaposlenostjo in prekernim delom, ki bi tudi ob zagotavljanju ustreznih zgledov starševanja/očetovanja močno ovirale uresničevanje teh novih konceptov. Prav gotovo moškim ni mogoče naložiti odgovornosti za strukturna bremena in

transformacije družbe na področju intimnosti in družinskega življenja ter neugodnih korelacij s trgom dela in ekonomskimi vidiki. Toda podatki kažejo, da v danih okoliščinah, ideologiji navkljub, moški še vedno lažje izkoristijo številne strukturne prednosti in da se prostovoljno tem privilegijem ne odpovedujejo. Konceptualizacijo novega očetovstva lahko razumemo tudi kot strukturni pritisk na moške in paralelno ideologijo ženskemu materinjenju (ki je prav tako v praksi težko združljiva z ekonomskimi zahtevami trga dela), saj če ta zahtevnejša vloga oziroma nove vrednote niso realno izvedljive, lahko zgolj vzbujajo občutke krivde in zato deluje v smeri ohranjanja obstoječih razmerij. Gre za idealizirane in normativne konceptualizacije. V individualizirani sodobni družbi, ki strukturna bremena prelaga na ramena posameznikov, bodo v primeru pritiskov pretirano odgovornega starševstva te še vedno prevzemale predvsem ženske, ki ostajajo po Evropi in tudi pri nas primarne skrbnice otrok in doma tudi, kadar so zaposlene oziroma na trgu dela. Za visoko kvalificirane ženske pa je situacija še manj ugodna (Gatrell, 2004).

Starši so v tem procesu usklajevanja dela z družino po Evropi pasivni in razvijejo osebne strategije za razmejevanje dela od družinske sfere (Lewis in Smithson, 2006). V vseh primerih pa je izkušnja za zaposleno mater ali zaposlenega očeta povsem drugačna (prav tam, str. 16). Slovenija je sicer navedena med državami, katerih zakonodaja omogoča »enake možnosti«, toda fokus je na enakih možnostih za vključevanje v delo, ne pa za spolno enakost doma. Razlike v nacionalnih politikah (bolj ali manj pro-družinske) se odražajo predvsem na ravni pričakovanj (na Švedskem in Norveškem starši pričakujejo visoko podporo države pri usklajevanju plačljivega dela in družinskega življenja, medtem ko npr. na Portugalskem pričakujejo majhno podporo tako od države kot od delodajalca, in se bolj naslanjajo na socialne podporne mreže, npr. stare starše, obenem pa se ti vse bolj sami vključujejo na trg dela; prav tam, str. 17). Študija opozarja na še eno zanimivo ugotovitev in sicer, da je pri mladih odraslih težko razmejiti oziroma opredeliti dejavnike, ki imajo pozitiven ali negativen vpliv na usklajevanje dela in družine, kajti učinki zaradi različnih vidikov konteksta in pričakovanj večplastni, dobro počutje posameznika pa je kompleksen, fluiden in dinamičen pojem, ki ga ni mogoče ločiti od konteksta ter od pričakovanj in aspiracij (prav tam).

Slovenija sicer primerjalno zaenkrat dosega visoko raven kakovosti življenja otrok in družin (v raziskavi organizacije Save the Children je l. 2017 je Slovenija med 172 državami sveta zasedla prvo mesto pri kakovosti življenja otrok, Eurostat 2015 navaja, da je Slovenija med državami z najnižjo stopnjo tveganja revščine in socialne izključenosti otrok (na 4. mestu), podobno

visoka mesta pa Slovenija dosega pri dostopu do pravnega varstva otrok in na področju pravičnosti do otrok.¹⁹ V EU je bilo sicer že pred ekonomsko krizo 19 milijonov otrok podvrženih tveganju revščine (Eurofound, 2012, str. 68).

Med ukrepi, ki bi pripomogli k odpravi asimetrij med spoloma pri razporeditvi in usklajevanju poklicnih in družinskih obveznosti ter slabšemu položaju staršev na trgu dela avtorji Resolucije o družinski politiki 2018 – 2028 »Vsem družinam prijazna družba« (2017) predlagajo vrsto ukrepov, ki bi odpravile dejstvo, da »imamo na eni strani ženske, ki se srečujejo s kariernimi ovirami, in na drugi strani moške, ki se srečujejo z ovirami, če želijo biti dejavni očetje« (2017, str. 49). S njimi želijo odpraviti stereotipe glede očetovske vloge na trgu dela (da delodajalci moških praviloma ne vidijo kot očete, pač pa kot delavce), uveljaviti pravico do očetovstva, omogočiti ugodnejše razmere na trgu dela za starše, boljši položaj mladih na trgu dela in podobno. Toda tudi ob njihovem sprejetju je vprašljivo, kako dolgo bo ob spremenjenih in neugodnih demografskih razmerah po vsej Evropi celo obstoječe stanje sploh še mogoče ohranjati. Prav to doživljanje negotovosti in pomanjkanja perspektive ob hkratnih ideoloških pritiskih pa pri mladih danes prevladuje.

Javornik (2014) navaja, da se je na Švedskem od leta 1970, ko je država začela podpirati aktivno očetovstvo, povečala porazdelitev starševstva med spoloma; ker so moški koristili daljši starševski dopust, so se problemi, povezani z odsotnostjo, zmanjšali, zaradi česar Javornik sklepa, da vladne iniciative lahko preobrazijo spolne vloge. Toda druga poročila navajajo, da se tudi na Švedskem kot zgledni državi blaginje kljub institucionalni podpori ohranja spolna asimetrija; glavni vzorec je družina z dvema prihodkoma (oba starša ekonomsko prispevata), toda moški se vključijo na trg dela prej kot ženske, delajo za polni delovni čas pogosteje kot ženske in so manj zainteresirani za to, da bi imeli svojo družino oziroma otroka, mladi starši pa ohranjajo »lahkotnejšo« različico spolne enakosti, saj matere ostajajo primarne skrbnice otrok. (Nilsen, Brannen in Lewis, 2012, str. 69).

Kaže torej, da gre za globlje strukturne spremembe na področju trga dela in ekonomije, ki jim nacionalne države s svojimi politikami niso kos, pričakovanja od staršev (pretirano odgovorno starševstvo, ohranjanje naturalizirane materinske in skrbstvene vloge ženske, sem pa bi

¹⁹ Navedbe v predlogu za javno razpravo nove Resolucije o družinski politiki (2018-2028), ki ga je julija 2017 pripravilo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (pod naslovom Vsem družinam prijazna družba (2017, str. 4); resolucijo je Državni zbor sprejel februarja 2018.

vključila tudi novo očetovstvo) pa so ideološki mehanizmi, ki pomagajo ohranjati družbeni in ekonomski *status quo*. Kot zatrjujejo različni raziskovalci pri nas in v tujini, je povečanje egalitarnosti med spoloma pri usklajevanju dela in družine zaznati na aspiracijski, vrednostni ravni – vrednote torej niso problem. Toda med ideali, vrednotami in pričakovanji na eni strani ter realnimi možnostmi njihovega uresničevanja na drugi je zelo velika diskrepanca, ki se še povečuje. Ker so strategije za doseganje teh aspiracij individualizirane, je individualizirana tudi odgovornost za njihovo uresničevanje (četudi je njen izvor sistemski). Poleg tega se zdi, kot da različne konceptualizacije ali ideologije starševanja, ki so si v resnici v mnogočem vzajemno izključujoče, torej tradicionalno materinstvo in hkrati novo očetovstvo, brez težav soobstajajo »na trgu identitet«, saj delujejo kot nekakšna identitetna ponudba s svojim sklopom navodil (v medijskih in strokovnih diskurzih), iz katere lahko izberemo »naredi sam« lastno identiteto, če si to res želimo. Kar pa seveda v praksi ni mogoče.

3.3 Protektivno otroštvo, družbeni kontekst in temeljna nasprotja

Moderne družbe poznajo posebno osredičenost na otroka in svojstveno pojmovanje otroštva, ki so ga družboslovci opisali kot »protektivno otroštvo« (Švab, 2001). Protektivno otroštvo je termin, pod katerim so analitiki združili različne sodobne aktivnosti in prakse, ki v pozno modernih družbah izražajo naraščajočo skrb za otroke, njihovo blaginjo, varnost, izobraževanje in podobno (Švab, 2001, str. 7):

Otroštvo velja za najbolj nadzorovan del osebne eksistence, saj je otrok postal lokus številnih projektov, ki naj bi ga varovali pred fizičnimi, seksualnimi in moralnimi nevarnostmi in zagotovili normalen razvoj njegovih sposobnosti oziroma osebnostnih atributov, kot so inteligenca, izobraženost in emotivna stabilnost.

Kot piše Ryan (2008, str. 553), je aparat moderne države posvečen »nezaslišano velikemu obsegu storitev, regulacije, zaščite in segregacije na osnovi starosti posameznika in sodobnih idej o razvoju, pogojevanju, dejanskosti in nedolžnosti«. Otrok je v pozni moderni pomembno mesto »realokacije diskurzov, ki zadevajo stabilnost, integracijo in družbene vezi« (Jenks, 1996, str. 106) ter tako polje nenehnih političnih, ideoloških, medspolnih, medgeneracijskih in drugih bojev. Protektivno (zaščiteno) otroštvo obstaja v družbi tveganja (Beck, 2001), ki je visoko individualizirana (Giddens, 1991a, 1991b in 2000). Radikalno se spreminjajo življenjski poteki (Hockey in James, 2003), spreminja se narava zrelosti in identitete (Côté, 2000a), priča smo vse zgodnejši biografizaciji, zaporedje in načrtovanje prehodov med otroštvom in odraslostjo se fragmentirata (Ule in Kuhar, 2003). Raven starševske vključenosti v življenje

otrok, nenehna oziroma nepretrgana skrb za njihovo dobrobit, izobraževalni potek in prihodnosti vplivajo in spreminjajo na odnose med starši in otroki. Proces spreminjanja tega odnosa in njegova intenzifikacija sta označena z izrazom »protektivno otroštvo« (James, Jenks in Prout, 1998). Ta koncept zahteva zaščito avtonomnosti otrok, obenem pa vključuje temu nasprotno procese diferenciacije staršev od otrok ter povečan nadzor nad otroki in njihovo zaščito (prav tam, str. 6).

Novejše sociološke razprave opozarjajo, da je potrebno teoretsko razlikovati med konceptoma otrokocentričnosti in protektivnosti, kot opozarjajo avtorji v zborniku Generaciji navidezne svobode (Narat in Boljka, 2017). Otrokocentričnost je v javnem in znanstvenem diskurzu (predvsem psihološkem, pa tudi pedagoškem, sociološkem, socialnopolitičnem, antropološkem, ipd.) široko uporabljen pojem, ki ima »praviloma negativno konotacijo in se običajno povezuje s pretirano pozornostjo do otrok, pretiranim zaščitništvom ter z razvajanostjo in narcisizmom otrok kot posledico takšne vzgoje« (prav tam, str. vii). Obenem po mnenju avtorjev zbornika otrokocentričnost ne zajema le negativnih vidikov, pač pa tudi pozitivne prakse na ravni države, družine, ustanov ipd. ter zato vključuje tudi izrazito pozitivne konotacije v smislu pozornosti do razvojnih potreb otroka, spoštovanja otrok in podobno. Na pomensko preobloženost in notranja pomenska nasprotja koncepta otrokocentričnosti pa opozarjajo tudi drugi avtorji (npr. Fillion Wilson, 2017; Chung in Walsh, 2000).

Otokocentričnost kot usmerjenost na otroka se torej konceptualno pogosto enači in neutemeljeno povezuje s permisivno vzgojo.²⁰ Jeznik, Kroflič in Štirn-Janota (2017) se s pedagoške perspektive s takšnim enačenjem ne strinjajo. Menijo, da je kritike otrokocentričnosti mogoče pripisati kritiki negativnih vidikov permisivnega sloga vzgoje (s prikritim čustvenim pogojevanjem, ki ima dokazano slabe učinke), slednjega pa so nekateri avtorji mešali z vsedopuščajočo in celo demokratično-asertivno vzgojo, zato je pri kritikah permisivnosti in otrokocentričnosti po njihovem nemogoče vedeti, na kateri vzgojni slog se sploh nanašajo. Odpori zoper »permisivno otrokocentrično vzgojo« in kritike permisivnosti so privedle do (medijske) patologizacije staršev, obenem pa tudi do pozivov k vračanju h klasični

²⁰ Permisivno vzgojo je Kroflič (1997) podrobneje opredelil kot slog vzgoje, ki se je razvil kot odziv na represivne in avtoritarne modele vzgoje, pri katerih so se nasilne metode izkazale za slabo učinkovite. Permisivni slog je sicer meril na zavedanje otrokovih potreb, ki jih klasična patriarhalna vzgoja ni upoštevala, vendar je z zdravorazumskim prepričanjem, da represija zatira, svoboda pa osvobaja, in »toplogredno«, popustljivo vzgojo (npr. otrok naj sam ugotovi, kaj je zanj primerno ali kaj od njega pričakuje okolica), zameglil kompleksne razsežnosti moralne vzgoje, s čimer je dosegel prav tako ali še bolj konformistično pojmovanje morale kot pri avtoritarni osebnosti.

avtoritativnosti (represivni protestantski vzgoji), kar avtorji pripišejo »'hrbtni strani biopolitike' sodobnega časa, ki se kaže na makroravni v vzponu neokonservativizma, na mikroravni pa v zanikanju pomena otrokovih pravic do participacije pri odločanju in afirmaciji strožje protestantske vzgoje« (prav tam, str. 153).

Pozitivne vidike otrokocentričnih pedagoških pristopov zato ločujejo od upravičenih kritik permissije. Povojna paradigma otroka kot ranljivega bitja, ki ga je z ustrezno vzgojo potrebno zaščititi (protektivni vidik), obenem pa »ne preveč avtoritarno posegati v njegov razvoj« (prav tam, str. 166), je namreč poleg različic iz strahu izvirajoče permissivne vzgoje privedla tudi do druge tradicije, in sicer podobe bogatega, zmožnega otroka (Dahlberg, Moss in Pence, 2007). Slednji avtorji (2007, 43-61) pojasnjujejo, da s postmoderne perspektive ni enotnega bitja »otrok« ali stanja »otročstvo«, pač pa da obstajajo številni otroci in otroštva, ki jih v resnici konstruira naše razumevanje in tudi prakse o tem, kaj otrok in otroštvo sta ali bi morala biti. Nasproti nekaterim preteklim konstruktom otroštva (otrok kot reproducent vednosti, identitete in kulture, ki ga je razvijal funkcionalistični model; otrok kot nedolžno bitje v »zlato dobi življenja«, ki ga je razvijal romantični pogled; znanstveni in naravni otrok kot bitje biološko-razvojnih faz, ki se je razvil pod vplivom Piagetovih idej; ekonomski pogled na otroka kot dejavnika na trgu dela, kjer je otrok razumljen predvsem kot dejavnik, ki ga je treba upoštevati pri učinkoviti rabi človeških virov na trgu dela) postavijo otroka kot soustvarjalca vednosti, identitete in kulture. To razumevanje naslonijo na koncepte, ki so jih razvili avtorji v okviru novih družbenih študij otroštva (Qvortrup, Jenks, Prout, James, Mayall in drugi).²¹

Dahlberg, Moss in Pence tako na podlagi v otroka usmerjenega (otrokocentričnega) razmisleka razvijejo koncept »bogatega otroka«, pri katerem je učenje sodelovalna in komunikacijska dejavnost, otrok pa ni pasivni prejemnik ali »posoda«, ki bi znanje le reproduciral, prav tako pa ni zgolj del družine, pač pa širšega okolja. Pozitivni vidik takšnega pedagoškega razumevanja, ki ga je v kontekstu razprave o pretiranih zahtevah sodobnega starševstva vredno izpostaviti (in ki ga poudarjajo tudi avtorji), je, da otrok ne potrebuje izključne starševske ali celo zgolj materinske domače skrbi. Nasprotno, izključna starševska skrb ga oropa možnosti vključevanja v družbo. Razumevanje otroka kot soustvarjalca in aktivnega udeleženca, ki si *želi* biti del v širokega nabora odnosov, doma in zunaj doma, z drugimi otroki in odraslimi, za avtorje pomeni

²¹ Pasti pretiranega poudarjanja otrokove avtonomnosti, participacije, »akterstva«, soustvarjanja in sooblikovanja realnosti ipd., ki so ga razvile nove družbene študije otroštva, sem predstavila v okviru 2. poglavja (Kritike novih družbenih študij otroštva).

premik od razmišljanja v dualizmih: ali izključna materinska (starševska) skrb (kar je razumljeno kot »dobro«) ali pa nematerinska (nestarševska) skrb, kar je razumljeno kot »slabo« ali pa vsaj kot slab nadomestek materinske/starševske skrbi. Če povišane zahteve sodobnega pretirano odgovornega starševstva torej terjajo izključno starševsko skrb in odgovornost za otroka (ki pa je še vedno bolj breme žensk), omenjeni avtorji del odgovornosti za otroka »premeščajo« nazaj v širšo družbo in s tem (s pedagoške perspektive) zavračajo nekatere zahteve pretirano odgovornega starševstva. Avtorji svojo pedagoško razpravo naslonijo na širšo sociološko analizo sprememb sodobne družbe, pri čemer je v kontekstu pričujočega dela zlasti pomembna tudi njihova kritika ekonomskega pogleda na otroka, ki otroka razume in upošteva le kot dejavnik, ki lahko ali ovira ali omogoča učinkovito rabo človeških virov (staršev) na trgu dela.

Na sociološkem področju se zaradi nejasnih ločnic še zlasti izrazito pojavlja prekrivanje in prepletanje pojmov otrokocentričnosti, protektivnosti in različnih vidikov poudarjene vloge starševstva. Med pojmi so razlikovale tiste študije, kjer so otrokocentričnost skušali izmeriti (operacionalizirati), pogosteje v psiholoških in redkeje v socioloških analizah (Narat in Boljka, 2017, str. 7-8). Avtorji zbornika Generaciji navidezne svobode (prav tam) otrokocentričnost razumejo kot krovni koncept, ki najširše opiše različne vidike sodobnega odnosa do otrok (od protektivnosti do nadziranja), do praks na mikro- in makrodružbeni ravni skozi različne institucije in njihovo delovanje. Protektivno otroštvo po drugi strani razumejo kot ožji pojem, kot del otrokocentričnosti, ki vključuje številne aktivnosti in prakse, ki izražajo vse bolj intenzivno skrb za otroke in ki je kot taka posledica širše otrokocentričnosti (pozno)modernih družb (Švab, 2017, str. 53).

Narat in Boljka (2017) otrokocentričnost opredelita kot osredinjanje staršev okrog otrok s tremi poudarki: hierarhijo potreb na osi otroci-starši, ki je v korist otrok, pozornostjo do otrok in zaščito otrok. Nadzor in zaščita kot ključna elementa protektivnega otroštva sta tako po njunem »le eden od stebrov vzpostavljanja in ohranjanja družbenega reda v sodobni družbi« (prav tam, str. 8). Otrokocentričnost po drugi strani opredelita kot žrtvovanje in odpovedovanje staršev, »saj osredinjenje okrog otrok od staršev zahteva neomejene vložke, tako emocionalne, finančne kot časovne«, zato otrokocentričnost opredelita kot »požrtvovalno odpovedovanje lastnim potrebam in željam staršev (najpogosteje mater na račun otrokovih)« (prav tam, str. 4).

Težava je v tem, da v primeru staršev družbena zahteva po (povišanem) nadzoru in zaščiti otrok (ki po njunem torej opredeljuje ožji koncept protektivnosti) od staršev samodejno terja tudi ostala dva elementa oz. razsežnosti, s katerima navedena avtorja opredelita širši koncept otrokocentričnosti oz. ju umeščata vanj: torej spreminjanje hierarhije potreb (starši svoje potrebe nujno začnejo prilagajati otrokovim, kajti nadzor in zaščita sta percipirani kot otrokovi potrebi, na starše pa delujeta kot zahtevi po uresničevanju teh potreb) in povečano pozornost do otrok (kajti starši morajo nadzor in zaščito otrok nenehno uresničevati in spremljati, s tem pa svojo pozornost nenehno usmerjajo na otroka). V primeru staršev torej prav (družbena) zahteva po zaščiti in nadzoru otrok (družbeno premeščena odgovornost) s seboj privedeta »žrtvovanje in odpovedovanje staršev«. Posledično pa v primeru starševstva tolikšne povečane investicije na račun zahtev po zaščiti in nadzoru otrok privedejo še do nekaterih drugih pojavov (ki jih avtorja prav tako umestita v otrokocentričnost, ne protektivnost), npr. da uresničevanje zahtev »dobrega starševstva« (kar v sodobnosti pomeni predvsem zaščito in nadzor otrok, v številnih različicah praks) nujno oblikuje lastno identiteto staršev oz. postane del njihovega družbenega konstruiranja lastne identitete (kako postati dober in družbeno sprejet). Ker sodobne zahteve starševstva delujejo biopolitično (Foucault, 2015), pa posledično delujejo tudi kot način ohranjanja družbenega reda.

Sklenemo lahko, da tudi pri opisanem razločevanju, ki ga navedeni avtorji vzpostavljajo med otrokocentričnostjo in protektivnostjo, še vedno lahko pride do vsebinskega oz. pojmovnega prepletanja. Vsekakor pa se je z avtorji mogoče strinjati, da je otrokocentričnost širši koncept, ki se v najširšem smislu nanaša na vse družbene in individualne prakse, politike in konceptualizacije, ki se osredinjajo na otroka (ter da te zajemajo tako pozitivne kot negativne vidike), protektivnost pa ožji, ki se ukvarja predvsem s povečanim (starševskim) nadzorom in zaščito nad otroki.

Kakorkoli pa že opredelimo tako nove koncepte intenziviranja starševstva kot osrediščenosti na otroka ter z njimi povezanih zaščitniških in nadzorovalnih praks v sodobnih družbah (in videli smo, da se konceptualne opredelitve med avtorji zelo razlikujejo), je za pričujočo nalogo najpomembnejša ugotovitev, da so kritike izvajanja teh otrokocentričnih praks in tudi ocene njihovih vzgojnih učinkov večinoma usmerjene nazaj na starše, razumljene kot njihova skoraj izključna odgovornost (ali npr. otroke pretirano ščitijo in nadzorujejo ter s tem ustvarjajo razvajene in zahtevne »mevže«, ali pa jih ščitijo in nadzorujejo premalo, zaradi česar niso »dobri starši«), kar vsakokrat premešča odgovornost iz družbenih struktur nazaj na starše.

*

Pri protektivnem (zaščitenem) otroštvu gre torej za nadzorovanje in zaščito otrok, toda ob nadzorovanju protislovno hkrati poteka tudi *spodbujanje avtonomnosti* (James, Jenks in Prout, 1998). Otroci naj bi ob nadzoru in zaščiti (ali kljub njima) bili avtonomni posamezniki, sposobni odločanja, participacije, »akterji« (problem pretiranega poudarjanja te razsežnosti/norme sodobnega otroštva celo v teoretskih preučevanjih, in sicer v okviru novih družbenih študij otroštva, sem analizirala v prejšnjem poglavju). To protislovje med zahtevo po hkratni zaščiti/nadzorom in avtonomnostjo otrok lahko pojasnimo z nasprotujočima si sodobnima procesoma: po eni s (samorefleksivno) individualizacijo, ki zadeva tudi otroke in otroštvo (npr. z zgodnjo biografizacijo, kjer je otrokov življenjski potek treba zgodaj in strateško načrtovati), po drugi pa s familializacijo, torej razumevanjem, da so otroci predvsem skrb družine in staršev, ter s posledično spremenjeno vlogo družine. Po eni strani so otroci torej percipirani kot »individuumi z avtonomijo, ki jo je nujno varovati in ohranjati«, obenem pa teče temu nasprotni proces povečanega nadzora nad otroki (Švab, 2011. str. 136). Gre za včasih povsem nasprotujoče si, vendar hkrati delujoče prakse in pojmovanja v zvezi z otroštvom, ki pa imajo vsa isti skupni imenovalc: visoko povečano skrb za otroka ter normativne zahteve, ki jih morajo uresničevati skoraj izključno starši. Družbene zahteve po zaščitenem, nadzorovanem otroštvu, ki izhajajo iz širše otrokocentričnosti sodobne družbe, v tem delu razumem kot vzrok pretirano odgovornega starševstva.

Kot opozarja Ule (2015, str. 14-15), je pojav protektivnega otroštva posledica zahtev sodobnega sveta, predvsem pa zahtev individualiacije, refleksivne identitete in samoaktualizacije. V starših te zahteve utrjujejo nasprotujočo si mešanico želje po tem, da bi otroke povsem zaščitili pred vsemi vrstami nevarnosti in tveganj, in dvomov, ali bodo uspeli izpolniti svojo vlogo. Pomanjkanje zaupanja vase in v institucije, predvsem na področju izobraževanja (učitelje, pedagoške eksperte, svetovalce, odločevalce), je v sodobnih družbah ustvarilo posebno starševsko kulturo, ki niha med pretiranim zaščitništvom ter negotovostjo in občutki krivde, obenem pa vzpodbuja starše, da nenehno dvomijo v svoje starševske kompetence, starševske vloge pa, paradoksnost, ne morejo izpolnjevati brez pomoči različnih ekspertov, v katere kompetentnost sicer dvomijo. Hodgkinson (2010, str. 35, v Ule, 2015, str. 15) podobno opozarja, da prevladujoče sodobne ideje o starševstvu vključujejo pretirano vključenost v življenje otrok, ki jim onemogoča oblikovanje neodvisnosti in avtonomnosti. Ideja intenzivnega

starševanja je neposredno povezana z idejo o ranljivosti otrok v sodobnih družbah, ki omejuje razvijanje avtonomnih strategij otrok za soočanje z življenjskimi težavami in prehod v odraslost. Posledično so številna otroška vedenja, ki so bila včasih razumljena kot normalna, na primer nemirnost, prepiranje in sramežljivost, patologizirana kot psihološki problemi (Ule, 2015, str. 15).

3.3.1 Utilitarnost otrok, njihove pravice in poblagovljenje otroštva

V okviru protektivnega otroštva obstaja torej protislovje med hkratno nujno po zaščiti in spodbujanjem avtonomnosti, kajti slednjo tudi od otrok zahteva sodobna individualizirana družba. To protislovje se nato odraža na številnih področjih, ki so obsežno obravnavane v okviru novih družbenih študij otroštva, kjer je nastalo bogastvo analiz. Nekatera področja velja vsaj na kratko omeniti. Prvo je vprašanje dela otrok. Kaj konstituira otroško delo in kaj ne, ki je eno najbolj perečih vprašanj tako v študijah otroštva kot v medijskem in popularnem diskurzu. Kot zatrjuje Miller (2005), demografi, zgodovinarji otroštva in sociologija otroštva pogosto uporabljajo nekompatibilne koncepte produktivnosti otroškega časa in prizadevanj. Razprave o teh kategorijah soustvarjajo razliko med otroki in odraslimi, delom in učenjem, sedanjo in prihodnjo uporabnostjo, plačanim in neplačanim delom. Medtem ko je otroško delo, opravljeno v šoli, konstituirano kot pravica, pa protektivno otroštvo zajema različne načine varovanja otrok pred trgom dela z omejitvijo vrst in časovnega obsega dela, ki ga lahko opravljajo. Kot zatrjuje Miller, gre zato za nekompatibilne koncepte otroške produktivnosti, njihovega časa in prizadevanj (izobraževanje kot pravica, delo kot prepoved). Plačano otroško delo je v sodobnosti povezano z izkoriščanjem in revščino, razumljeno je kot kršitev otrokovih pravic, z njim se ukvarjata pravni sistem in socialne službe. Tudi te protektivne omejitve postanejo problematične v luči dejstva, da je realnost otroškega dela drugačna, saj tudi v industrijskih družbah znaten delež otrok sodeluje na trgu dela (Pole, Mizen in Bolton, 2001). Slabšalni pogled na nevidno in prikrito otroško delo lahko otroke, ki delajo, spravlja še v slabši položaj, jih marginalizira in izpostavlja neustreznim delovnim pogojem. Nekatere študije, ki upoštevajo stališča otrok do dela, zato predlagajo, da bi bilo ustreznejše opolnomočenje na trgu dela, in ne popolna izključitev z njega (Leonard, 2004).

Protektivno otroštvo torej spreminja »uporabnost«, utilitarnost otrok, pri čemer je nadalje problematična tudi že omenjena naraščajoča »psihološka utilitarnost v družini« (Švab, 2001, str. 137). Ameriška sociologinja Viviana Zelizer (1985) je opisala proces, ki ga poimenuje »sakralizacija« ameriških otrok med letoma 1870 in 1930, ko naj bi družba vanje začela

projicirati različne sentimentalne in verske pomene. V teh letih se je ekonomska in čustvena vrednost otrok preobrazila, otroci so postali za starše brez ekonomske vrednosti (četudi to ne velja širše za družbo, kjer je otrok »investicija v prihodnost«), toda obenem je otrok začel pridobivati na čustveni. Čustveno vrednost Zelizer razume kot ključno komponento ali pogoj sodobnega otroštva. Jenks (1996) pravi, da zaupanje, ki smo ga nekoč pričakovali od prijateljstva, poroke, razredne solidarnosti in podobno, zdaj pričakujemo od otroka. Otroka v sodobnosti razumemo kot »odvisnega od nas in stalnico na način, kot tega ne more doseči nobena druga oseba« (prav tam, str. 107). Različne nove družbenonadzorne mehanizme ter povečanje nadzora otrok Jenks povezuje s potrebami odraslih, nadzorujemo jih zato, ker so pomembni za *našo* čustveno stabilnost. Kot so ugotavljali tudi številni drugi avtorji (npr. Švab, 2001; Beck in Beck-Gernsheim, 2006), otroci tako za odrasle, ki v kontekstu družbe tveganj in tekmovalni družbi drug drugemu manj zaupajo, postanejo vir psihološke in čustvene stabilizacije.

V zadnjih desetletjih se je dramatično razširil tudi otroški trg, in sicer tako neposredno potrošništvo otrok kot njihov vpliv na potrošništvo staršev. Otroci so postali osrednja tarča tržnikov: gre za tako procese komodifikacije oz. poblagovljenja otroštva (kot kulturnega prodajnega koncepta) kot za otroke, ki postanejo objekt intenzivnih tržnih kampanj. Cook (2004) korenine otroške potrošniške kulture in poblagovljenja otroštva išče v rasti in segmentaciji industrije otroških oblačil v zgodnjem 20. stoletju, ki se je tržno preusmerila na otroka namesto mater, s čimer otrok postane legitimni, individualizirani potrošnik. Salecl (2013) meni, da oglaševalci otrokom in mladim potrošniške predmete v sodobnosti predstavljajo in oglašujejo s pomočjo ideje transgresije (prav tam, str. 105), torej ponujanja prepovedanega, ki prinaša poseben užitek ob preizkušanju, ali bo otrok ob prepovedanem zasačen ali ne. Salecl se sprašuje o tem, kako otroci in mladi sploh lahko uravnavajo čustva in aspiracije v potrošniškem svetu, v katerem verjamejo, da je vse mogoče. Ideologija izbire, svobode, samoodločanja in neskončnega napredka v postindustrijskem kapitalizmu poraja nove psihološke simptome, tesnobo, krivdo, občutke neustreznosti, predvsem pa agresijo do samega sebe, kajti namesto da bi posameznik spreminjal družbo, obsedeno spreminja sebe, tudi do samouničenja. Ker je zanikanje del sodobnega potrošništva, ljudje v razvitem svetu ne prepoznavajo več lastnih simptomov, kot so odvisnosti, deloholizem, prehranjevalne motnje, in sicer zaradi prepričanja v ideologijo neskončnih možnosti, užitka in uspeha – kar pa nato prenašajo tudi na otroke. To pa po njenem ne povečuje samo uničevalnosti do sebe, pač pa tudi do drugih.

V sodobnih študijah otroštva so obenem predmet številnih razprav medijske in komunikacijske kompetence otrok komunikacijski družbi, ki naj bi jim ponujale sfero avtonomnosti in celo primerjalno prednost pred odraslimi. Buckingham (2003) se je v času povečevanja teh kompetenc otrok spraševal, ali bo njihov vse večji dostop do medijev ukinil razlike med odraslostjo in otroštvom, ali pa bodo nove medijske tehnologije še poglobile razkol med generacijami. Razprave nihajo od poenostavljenih moralnih panik o negativnih medijskih učinkih do pretiranega optimizma o »elektronski generaciji«. Buckingham jo raje usmerja vprašanje privatizacije medijev in javnega prostora ter polarizacijo med »medijsko bogatimi« in »medijsko revnimi«. Otroci ne morejo biti izključeni iz sveta politike in komercializacije, zato je po njegovem potreben nov pogled na njihove državljanske in potrošniške pravice.

Norme povišanega varovanja in nadzora otrok so formalizirane v različnih politikah in zakonodaji, te pa uresničevanje teh norm utemeljujejo kot v korist otroka in otrokovo pravico. Korist otroka je tudi v konvencijah o otrokovih pravicah slabo opredeljen pojem in ga je zato zlahka mogoče polniti z različnimi pomeni. Slovenija je leta 2000 ratificirala Evropsko konvencijo o uresničevanju otrokovih pravic iz leta 1996, ki izhaja iz »koristi otroka«. Čeprav konvencija vse ostale koncepte izpelje iz teh koristi, pa jih ne opredeli jasno. Konvencija Združenih narodov o pravicah otrok iz leta 1989, ki je močno vplivala na in legitimirala zahodno pojmovanje otroštva, otroke (ki jih opredeljuje kot vse osebe do 18. leta starosti) obravnava kot državljane, ki lahko sodelujejo v odločitvah, ki jih zadevajo, torej na deklarativni ravni poudarja participatorno plat, zahtevo po spodbujanju avtonomnosti, ki jo del protektivnega otroštva. Kot piše Pavlovič (1995, str. 307), otrokom priznava status subjekta in razmeroma visoko raven političnih in državljanskih pravic (razen volilne pravice) – poleg ekonomskih, socialnih in kulturnih pravic.

Vse te pravice pa so pravice *de iure*, kajti v nasprotju s Evropsko konvencijo o človekovih pravicah otrokove pravice nimajo mednarodnega mehanizma za obravnavanje individualnih pritožb, kar pomeni, da so to »komajda 'iztožljive' pravice« (prav tam, str. 309). Naslednji problem pri konceptu otrokovih pravic je njihova konfliktnost (kolizija, antinomija) s pravicami staršev. Pod deklarativno formulacijo, da pravica pripada otroku, se skriva dejstvo, da gre pravzaprav za pravice starša in ne pravice otroka, kajti »še to, da otrok kot otrok te pravice ne more imeti, omogoča staršem, da jo imajo« (Kodelja, 1995, str. 52). Gre v bistvu dolžnost varuha oziroma »upravičenje njegove pravice nad otrokom«, in ne za pravico otroka (prav tam,

str. 53). Četudi konvencija te pravice predstavi kot za otroke participatorne, pa nato v resnici postanejo predmet nadziranja s strani odraslih.

Zahteva protektivnega otroštva po »spodbujanju avtonomnosti« je tako bolj zahteva po spodbujanju *individualizacije*, kajti nadzorovalni in zaščitniški vidik protektivnosti je večinoma bistveno bolj izražen. V javnosti (včasih tudi v različnih strokah) pogosto izražena pritožba, da imajo »otroci danes preveč pravic«, tako pravzaprav ne drži, kajti imajo jih njihovi starši oz. skrbniki. Ti pa so danes podvrženi številnim pritiskom in zahtevam sodobnega starševstva, po katerih te pravice, vključno z zakonsko formaliziranimi, *morajo* uresničevati, sicer (pod biopolitičnim drobnogledom) »niso dobri starši«, kar kljub diskurzu o participaciji otrok privede do zaščitništva.

3.3.2 *Protektivno otroštvo kot disciplinatorna norma*

Sama otrokocentričnost sodobnih družb deluje kot mehanizem za ohranjanje družbenega reda, kot utemeljujeta tudi Narat in Boljka (2017, str. 11-25). Ustvarja skupne družbene pomene, ki jih posamezniki ponotranjijo, kar je predpogoj za družbeno koordinacijo in ustvarjanje družbenega reda, otrokocentričnost pa deluje tudi kot »nadzor 'sebičnih' interesov« (prav tam, str. 13). Preko izobraževalnega sistema, potrošništva in sistemov vednosti, kot sta (razvojna) psihologija in pedagogika, ustvarja na starše pritiske. Otrokocentričnost je »sestavni element sodobnega kapitalističnega sistema oziroma njemu pripadajoče tehnike oblasti« (prav tam, str. 18) in se kaže tako na širši družbeni makroravni, v obliki izražanja skrbi za dobrobit in izobraževanje otrok, kot na mikroravni, v obliki zahtev tako do staršev (starši morajo zagotoviti kar najboljše pogoje) kot do otrok (ki ponotranjijo starševska pričakovanja in pritiske), pri čemer ni nujno, da se oboji teh pritiskov in zahtev sploh zavedajo.

Otokocentričnost in protektivno otroštvo postavljata zelo visoke zahteve, ki delujejo tako v obliki prave norme (disciplinatorne oblasti, npr. zakonski predpisi) kot biopolitično. Pod biopolitičnimi tehnologijami vladanja (Foucault, 2006) razumemo nadzorovanje in obvladovanje s pomočjo vednosti, moči in procesa subjektivizacije, kar ima vse prav tako za svoj cilj konformno vedenje, obenem pa se te tehnologije razširjajo na vse ključne procese samega življenja in jih zanima discipliniranje množstva, ne le posameznika. Biopolitika disciplinira z razvrščanjem, merjenjem, primerjanjem, ocenjevanjem, zato norme pretirano odgovornega starševstva delujejo prek nenehnega družbenega primerjanja in ocenjevanja, ker

pa so ta merila nasprotujoča si, ker se nenehno spreminjajo in ker so nejasna, so »ravno zaradi tega v svojih podreditvenih namenih tako močna« (Narat in Boljka, str. 22). Takšno delovanje biopolitične norme povečuje družbeni nadzor nad otrokom in posledično konformno vedenje otrok, obenem pa otrokocentrične norme naredi za vseprisotne, ki se jim je nemogoče izogniti (prav tam). Če sem v prejšnjih poglavjih navajala, da so povišane zahteve sodobnega starševstva v ostri koliziji z zahtevami na trgu dela, se otrokocentričnost in protektivnost kažeta kot ideološki mehanizem, ki s pretiranimi zahtevami in prenosom celotnega korpusa sistemskih družbenih odgovornosti do otrok skoraj izključno na starše omogoča vzdrževanje *statusa quo* v pozno moderni kapitalistični družbi, s tem pa ohranjanje natanko tistih družbenih struktur, ki otrokom in družini v resnici inherentno niso naklonjene.

Protektivni koncept otroštva v modernih družbah je evolucionističen in evropocentričen (oziroma »zahodnocentričen«). Ta koncept oz. konstrukt je postal norma, ki ga moderne družbe obenem vsiljujejo tudi »manj razvitim«. Predvsem pa podobno kot povišane zahteve (pretirano odgovornega) starševstva deluje normativno tudi za tiste družbene skupine, ki ga objektivno ne morejo uresničevati. Hegemonski diskurzi o dobrem starševstvu in dobrih starševskih praksah so namreč prilagojeni srednjemu razredu. Spregledajo družbene, ekonomske in politične ovire ter neenakosti, zaradi katerih so norme dobrega, odgovornega starševstva nedosegljivi družinam iz deprivilegiranih ozadij (Ule, Živoder in du Bois-Reymond, 2015). Za to, da vse družine niso zmožne otrokom nuditi podpore, kakršno zahteva koncept protektivnega otroštva, obstajajo številni razlogi, med njimi negotov trg dela, status migranta, zdravstveni problemi, ločitve idr. Starševska podpora otrokom je tako eden virov reprodukcije družbenih razlik in eden od mehanizmov družbenega izključevanja (prav tam, str. 330).

Zahtevam in idealom otrokocentričnega in zaščitniškega starševstva namreč skušajo slediti tudi družbene skupine, ki jih zaradi pomanjkanja kulturnega, družbenega in materialnega kapitala v resnici ne morejo uresničevati. Narat (2017) npr. prikazuje, da otrokocentrične prakse obstajajo tudi med materialno in dohodkovno prikrajšanimi starši (da je torej njihov »vrednostni profil« enak drugim družbenim skupinam), ter da normo pretirano odgovornega starševstva prepoznavajo, jo ponotranjijo in si jo prizadevajo uresničiti. Posameznike, ki živijo v revščini, reflektivna individualizacija ravno tako sili k premišljenim odločitvam in sprejemanju odgovornosti zanje (sicer jih drugi lahko vidijo kot neodgovorne starše), in sicer z vlaganjem denarja (v izobraževanje otrok), časa in energije, ker pa so pri tem v neenakem položaju z drugimi in te norme težje uresničujejo, to v njih zbuja občutke stresa, ponižanosti in nemoči.

Za revne starše poleg tega vlaganje v otroke, kot opozarja avtorica, obenem pomeni investicijo v prihodnost in s tem »dolgoročno preživetveno strategijo« (prav tam, str. 236) z upanjem, da bi vsaj njim uspelo v življenju, pri čemer je otrokocentričnost tudi na širši družbeni ravni v prihodnost usmerjeni družbeni konstrukt (investicijo v otroke družba razume kot vložek v lastno prihodnost). V eni redkih domačih raziskav, ki je raziskovala otrokocentrične prakse v družinah z nizkimi prihodki in ki jo navaja avtorica, se je izkazalo, da je otrokocentričnost celo varovalni dejavnik za otroke, saj se je izkazalo, da ti starši potrebe otrok dajejo na prvo mesto, za soočanje z neizpolnjevanjem prevladujočih norm pa uporabljajo različne strategije – potlačevanje občutka sramu, zanikanje stigme, izpostavljanje pozitivne podobe starša, obvladovanja in poudarjanja otrokovih področij, kjer se tega zaradi stigme družbeno od njih ne pričakuje (npr. otrokova odličnost in poslušnost v šoli ipd.). Navedeno ponovno dokazuje, da osrediščenost okrog otrok utruje in ohranja družbene razlike in neenakosti.

Načini sledenja otrokocentričnemu in protektivnemu idealu starševstva se sicer lahko pri deprivilegiranih skupinah tudi razlikujejo. Annette Lareau (2011) je proučevala uresničevanje idealiziranih podob otroštva in družinskega življenja v raziskavi, v katero je vključila polovico temnopoltih in polovico belih družin, med njimi pa srednji razred, deprivilegirane, delavske in revne družine. Za ameriške razmere je bilo pomembno tudi to, da imajo svetlopolti in temnopolti otroci srednjega razreda dosti več skupnega kot svetlopolti ali temnopolti med seboj, kar pomeni, da je status postal močnejši označevalec. Vsi starši so za svoje otroke želeli, da bi bili ti zadovoljni in uspešni, razlikovali pa so se načini, kako so to skušali dosežati. Ugotovila je, da starši srednjega razreda spodbujajo, kar je poimenovala kot »zaskrbljeno kultivacijo«, se torej aktivno ukvarjajo z otrokovimi talenti, mnenji in veščinami, otroke vpisujejo v organizirane dejavnosti, se z njimi intelektualno pogovarjajo (npr. odgovarjajo na vprašanja z vprašanji) in zelo nadzirajo otroke izkušnje v različnih institucijah, kot so šole, fokus je na njihovem razvoju. Zaradi vse te zaskrbljene kultivacije v otrocih posledično zraste občutek upravičenosti (torej da imajo do vsega pravico).

Te družine so skrajno zaposlene, in vzorec je veljal tako za svetlopolte kot temnopolte družine. Otroke kljub svojim polnim delovnim obveznostim nenehno vozijo na različne dejavnosti, pri čemer pa sami ne poročajo o takšnih dejavnostih v lastnem otroštvu, obenem pa skrbijo še za različne opravke vsakdanjega življenja (nakupovanje, priprava hrane, skrb za otroke), zaradi česar jih je poimenovala »mrzlične družine«. V delavskih in revnih družinah so po drugi strani bolj podpirali »naravno rast«; starši skrbijo za otroke, jih imajo radi, jih podpirajo, jim

postavljajo meje, znotraj teh mej pa jim dovoljujejo tudi spontano rast. Ti otroci nimajo organiziranih dejavnosti, starši z otroki ne razpravljajo, ampak jim dajejo navodila, in otroci so bolj avtonomni v različnih ustanovah. Te starše predvsem skrbi, da jim strokovne službe otroka ne bi odvzele. Namesto občutka upravičenosti ti otroci razvijejo občutek omejenosti. Kljub velikim ekonomskim omejitvam, ki zelo zakomplicirajo vsakodnevno življenje, pa te družine nimajo tako natrpanega in mrzličnega urnika.

Avtorica je sklenila, da imata oba pristopa tako omejitve kot prednosti. Otroci srednjega razreda so pogosto izčrpani, se prerekajo z brati in sestrami ipd, njihovo žarišče je družinski koledar dejavnosti, družinsko interakcijo pa zamenjajo dejavnosti. Revni in delavski otroci preživijo dosti več časa skupaj kot družina, prepiri med sorojenci pa so hujši in bolj odkrito sovražni kot v srednjem sloju. Toda bistvena prednost se je pokazala pri vstopu v šolo in tudi v zdravstveni sistem. Tedaj se izkaže, da so strategije otrok srednjega razreda dosti bolj v skladu s trenutnimi standardi strokovnjakov, kot je pristop »naravne rasti«. V prvem primeru imajo otroci številne prednosti, delavski in revni otroci pa ne.

Ta prikaz in predvsem zaključek navedene raziskave kažeta na to, da je protektivno otroštvo dejansko družbena, ne individualna norma, ki se ji starši morajo podvreči, če ne želijo, da bodo njihovi otroci (zdaj ali pozneje) družbeno izključeni. Tudi če izberejo drugačne starševske prakse, se te ne vklapljajo v širše družbene zahteve in za posameznika (otroka) kasneje pomenijo bistveno slabša izhodišča oziroma »neprilagojenost« na družbeni sistem.

*

Opredeljevanje, kdo in kaj je otrok, pa tudi, kako je potrebno s tem otrokom in njegovim otroštvom ravnati, ima torej globoke politične implikacije. Kot piše zgodovinarica Paula Fass, pa tudi »globoke zgodovinske posledice« (2013, str. 8). Do 20. stoletja je otroštvo v večini zahodnega sveta vključevalo ne le otroštvo in obdobje med 6 in 10 letom starosti, kot je bilo to v preteklosti, pač pa se je starostna meja vse bolj zviševala, najprej na obdobje med 10. in 14. letom, nato, v 2. polovici 20. stoletja, pa še na vse tiste, ki bi bili danes opredeljeni kot najstniki. Vse te starostne dobe so bile vključene, ker se je šolanje vse bolj podaljševalo, industrijska družba pa ni več potrebovala otrok in najstnikov za delovno silo. »Te spreminjajoče se opredelitve, kdo naseljuje obdobje otroštva, proučevanje otroštva delajo kompleksnejše in še mnogo pomembnejše« (prav tam, str. 8).

Zaradi teh sprememb opredelitev, opozarja Fass (2013, str. 8), privilegiji otroštva lahko postanejo »družbeni hendikep« (prav tam). Zaščiteno in nadzorovano otroštvo je zgodovinsko najprej postalo privilegirano obdobje za tiste, ki so si to lahko privoščili, obenem pa so ga vselej odrekli najbolj deprivilegiranim (revnim, izkoriščanim ...). V poznem 19. stoletju je otroštvo postalo »dosti bolj zaželen status za vse otroke« (prav tam), kajti univerzalne silnice k zaščitništvu do otrok, ki so se oblikovale v poznem 19. stoletju, so se do sredine 20. stoletja razširile na vse večje skupine »še ne povsem odraslih«. Ta širitev »privilegijev« je s sabo prinesla zmedo, meni Fass, kajti ti, ki so po novem postali varovani in nadzorovani, tega v resnici dostikrat niso bili prav veseli. Privilegiji otroštva so tako »vodili k novim vprašanjem, ali naj imajo otroci pravico do različnih oblik samoopredeljevanja, in kaj točno naj bi pravice otrok bile« (prav tam). Danes je otroštvo spet predmet novih idej in morebitnih transformacij.

4 MEDIKALIZACIJA: GENEALOGIJA, IMPLIKACIJE, PRIHODNOST

4.1 Opredelitev procesa medikalizacije in formulacija problema

»Za naš čas je značilno, da uporabljamo diagnoze za vse več stanj in različic čustvovanja, mišljenja, odzivanja, vedenja, ki smo jih poprej poimenovali s človeškim besednjakom. Razdražljivost ali hitra in močna jeza je danes emocionalna disfunkcija, ki najde svoje mesto v DSM-V (APA, 2013). Hudobnost, brezčutnost ali brezsrčnost je danes osebnostna motnja ali motnja brezčutnih/neobčutljivih potez. To, da »imaš v riti mevlje«, je danes hiperkinetični sindrom. In to, da »pišeš kot kura«, je disgrafija. Nerodnost, neiznajdljivost ali nepraktičnost je danes dispraksija. Vse več nas ima diagnoze. Te so postale del vsakdana. Stranski učinek današnje skrbi za duševno zdravje prebivalstva je tudi večanje števila tistih, ki jih označujemo kot osebe z duševnimi motnjami.« (Mikuš Kos, 2017, str. 383)

V zadnjih 60. letih se je družbena moč znanstvene medicine in medicinskih diskurzov izjemno razmahnila, obenem je medicina začela obravnavati področja, ki nekoč niso spadala v njeno domeno. Medicina si je s širjenjem svoje avtoritete sčasoma prisvojila široka polja človeškega življenja, dokler ni pronicnila v vse pore vsakdanjega življenja. Če je medicina najprej pod svoje okrilje zajela »odklonska« vedenja, ki so nekoč veljala za nemoralna in grešna, kot so alkoholizem, odvisnosti, spolne razlike, spolne disfunkcije, učne težave ..., pa so danes medikalizirani že domala vsi običajni človeški procesi, kot so porod, počutje, menstruacija, menopavza, staranje in smrt ter številni drugi vidiki vsakdanjega življenja. Obenem pa ne gre samo za naraščajočo patologizacijo človeških vedenj in stanj, kajti kot že od 1990. let dalje poudarjajo številni raziskovalci, se zdi, da živimo pod »režimom totalnega zdravja« (Armstrong, 1995).

Brez dvoma lahko govorimo o tem, da gre pri širjenju medicinske jurisdikcije za eno najpomembnejših in najbolj daljnosežnih družbenih preobrazb od 2. polovice 20. stoletja dalje. Ta proces so že v začetku 1970. let poimenovali kot medikalizacijo. Izraz je večplasten in zanj najdemo različne opredelitve; »medikalizirati«, če uporabimo eno najpogosteje rabljenih in citiranih opredelitev preučevalca tega procesa, Petra Conrada (1980/1992; 2007), dobesedno

pomeni »napraviti nekaj medicinsko«, opisati in opredeliti v medicinski terminologiji ter za to predpisati medicinske tehnike in obravnave.

Medikalizacija in njene implikacije so že desetletja predmet proučevanja družbenih ved (socioloških, antropoloških, zgodovinskih ved, bioetike idr.) pa tudi drugih, nedružboslovnih ved in medicine same, ki so se ukvarjale z izvorom, obsegom in posledicami tega procesa. V družboslovju se opredelitve medikalizacije razlikujejo. Večina proučevanja medikalizacije v preteklem obdobju je bila družbenokonstruktivistična, ta perspektiva pa medikalizacijo opisuje kot »proces, v katerem so nemedicinski problemi opredeljeni in obravnavani kot medicinski, običajno kot bolezni in motnje« (Conrad, 2007, str. 6). Kot bistvo medikalizacije razume opredeljevanje, definiranje, torej to, ali je problem definiran v medicinskem smislu, ali se zanj uporablja medicinski jezik, ali je razumljen s privzemanjem medicinskih referenčnih okvirjev in ali je »obravnavan« z medicinskimi intervencijami (Conrad, 2006, 2007). Ta opredelitev je danes predmet številnih sprememb.

V sodobnosti proces medikalizacije namreč ne zajema več samo strogo medicinskih diskurzov, sistemov vrednosti, praks in tehnologij, ki bi, kot pred pol stoletja, vertikalno, od zgoraj navzdol, z medicinsko avtoriteto institucionalno delovale na družbo. Medicini so se pridružile številne nove znanosti in tehnologije, med katerimi so v največjem porastu danes nevroznanosti ter njihove tehnične/tehnološke aplikacije, ter novi pristopi k proučevanju implikacij teh pojavov (farmaceutizacija, biomedikalizacija, genetizacija, nevroznanosti ...), medikalizacija vključuje tudi alternativne medicinske prakse, ki ne spadajo v polje uradne medicine, medtem ko procesu povišanega prepisovanja in porabe medikamentov pravimo medikamentalizacija (Slatnar, 2012). Ni pa se samo povečalo število diagnosticiranih bolezni. Ker je medicinski diskurz povsem koloniziral vsakdanje življenje, proces medikalizacije danes vključuje najrazličnejše vsakdanje življenjske prakse: skrb za »zdravo življenje« in prehrano, psihično in fizično čilost in pripravljenost, in večino tega, kar danes pojmuje kot »skrb zase«, ki pomeni laično uporabo medicinskih pristopov, kadar profesionalna medicinska obravnava ni na voljo – ali v kombinaciji z njo.

Kritiki poudarjajo predvsem, da medikalizacija vidike vsakdanjega življenja v celoti transformira v patologije, in s tem oži obseg tega, kar je še razumljeno kot sprejemljivo in normalno. Jezik fizičnih simptomov bolezni že vključuje tudi presojo o tem, kaj je zaželeno in kaj ni, kaj je kvalitetno življenje in kaj ni, medicina pa ima s tem ogromno institucionalno moč

in vzvode za določanje tega, kaj je normativno sprejemljivo (Turner, 1996, str. 200). Medikalizacija je zato radikalno spremenila razumevanje ne le tega, kaj je zdravje in kaj je bolezen, kaj je normalno in kaj patološko. V sodobnosti implicitno postavlja družbene normative o tem, kaj je »dobro življenje«, za kakršnega si je treba prizadevati. Zato je to danes ključni proces pri oblikovanju moralne presoje individualnih in družbenih vprašanj.

Medikalizacija v večini primerov vir problema umesti v posameznika namesto v njegovo družbeno okolje in zato namesto kolektivnih ali družbenih rešitev zahteva individualne medicinske intervencije. Z individualizacijo družbene odgovornosti oziroma premeščanjem odgovornosti za strukturne družbene probleme na posameznika ter hkratnim razbremenjevanjem odgovornosti s pomočjo številnih danes vse bolj destigmatiziranih in zaželenih diagnoz, ki posameznikom lahko prinašajo družbene »olajšave« in delno oprostitev individualiziranih družbenih bremen, proces medikalizacije odgovornost za strukturne družbene probleme vse bolj zabisuje.

Medikalizacija ni nujno totalni proces, saj lahko še vedno obstajajo konkurenčne interpretacije, prav tako pa ni enosmeren proces, saj obstaja tudi nasprotni proces de-medikalizacije²² (oziroma »razboleznjenja«²³), vendar je obče gledano v zadnjih desetletjih medicinska jurisdikcija brez dvoma skokovito naraščala. Čeprav so bili zdravniki in medicinska stroka nasploh zgodovinsko osrednjega pomena za medikalizacijo, je proces daleč od enoznačnega »medicinskega imperializma«, pač pa gre za obliko kolektivnega dejanja in kompleksno verigo vzročno-posledičnih in recipročnih družbenih procesov (Conrad, 2006, 2007).

V sodobnosti opazamo več radikalnih sprememb procesa medikalizacije. Večina tradicionalnega proučevanja se je ukvarjala z raziskovanjem načinov, kako se medicinske definicije in obravnave uporabljajo za vedenja ter duševne in telesne procese, ki prej niso bili predmet medicinske obravnave, pri čemer je bila posebna pozornost usmerjena na problematičnost samega procesa (pretirane) medikalizacije ali njenih posledic. Toda to je danes preozek okvir analiz. Prav tako je pomanjkljiva v javnosti najbolj znana kritika medikalizacije kot zgolj procesa »izmišljanja« ali »napihovanja« novih bolezni (angl. »disease mongering«,

²² Klasičen primer bi bil masturbacija, ki je bila v 19. stoletju razumljena kot bolezen, za katero je potrebna medicinska intervencija, medtem ko bi v trendu sodobnih »naravnih porodov« lahko govorili o poskusih demedikalizacije (Conrad, 2006, str. 7).

²³ Tako je izraz de-medikalizacija prevedel oziroma poslovenil Branko Gradišnik v svojem prevodu dela Thomasa Szasza *Kraja človeka. Eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja* (2013, Ljubljana: Umco).

npr. Payer, 1994), ki jo javnost včasih celo zamenjuje z medikalizacijo samo (v smislu: medikalizacija je izmišljanje, napihovanje bolezni). Opozarjanje zgolj na širjenje dometa medikalizacije v vsakdanje življenje nam ne pojasni vzrokov, vzvodov in posledic samega procesa.

Prva sprememba medikalizacije v sodobnosti je institucionalna in strukturna. Z upadanjem institucionalne moči sodobne znanstvene (bio)medicine, kar se je zgodilo zaradi različnih pozno modernih družbenih procesov, se spreminja smer medicinskega nadzora. Medtem ko je bil prej medicinski nadzor vertikalni, s strani medicine kot institucije navzdol, zdaj prihaja: prvič, s horizontalne ravni – s strani samih pacientov, ki sami zahtevajo patologizacijo, kar v zadnjem času opažajo različni raziskovalci (npr. Brinkmann, 2016), in drugič, tudi z različnih drugih »družbenih osi« oziroma smeri, saj danes medikalizacijo spodbujajo tudi druge družbene strukture in področja ter laična družba. Če so v »družbi proizvajalcev« (Bauman, 2007) »pacienti« bili predmet nadzorne oblasti medicine, se v »družbi potrošnikov« (po Baumanu) obnašajo kot potrošniki na »trgu zdravja«, kar je oslabilo institucionalno moč medicine, v vsakdanjem življenju pa v mnogočem tudi otežilo delovanje medicinske stroke (z različnimi pritiski pacientov). »Potrošniki zdravja« se danes obnašajo vse bolj preventivno, ne več le kurativno, izbirajo med najrazličnejšimi ponudniki napotkov za ohranjanje in povečevanje zdravja ter preprečevanje bolezni, kar je institucionalizirano medicino potisnilo v ozadje. Vseeno pa ta ohranja del svoje moči, saj ostaja »vratar«, ki ima nadzor in avtoriteto nad uradnim opredeljevanjem in klasificiranjem bolezni in motenj.

Druga radikalna sprememba so sami sistemi vednosti, tehnike in tehnologije medikalizacije. Ti so se, še zlasti izrazito v zadnjih dveh desetletjih, z eksponentnim razvojem novih bio- in nevroznanosti (biomedicina, nevroznanosti in biotehnologija pa tudi prevlada farmacevtske industrije), razširili izven tega, kar so družboslovci še pred dvema desetletjema razumeli kot medikalizacijo, torej širjenja vpliva znanstvene medicine in njene diagnostike na različne vidike vsakdanjega življenja. Po mnenju nekaterih teoretikov teoretski koncept medikalizacije zato naj ne bi več zajemal vseh teh novih procesov in posledičnih radikalnih družbenih sprememb. Medicina v klasičnem pomenu besede je zdaj le ena izmed tehnologij in sistemov vednosti, in o tem, kako poimenovati, kontekstualizirati in razložiti radikalne družbene procese, ki sta jih sprožila razvoj različnih novih bio- in nevroznanosti ter prevlada farmacevtske industrije, v študijah teh procesov še ni konsenza. Nekateri avtorji namesto medikalizacije zato predvsem vpeljujejo nove koncepte za njihovo obravnavo – biomedikalizacija,

nevrologizacija/nevror revolucija, farmacevtizacija, genetizacija, kiborgizacija, ipd. Čeprav gre za različna znanstvena polja, pa je moja teza, da vse te nova polja vednosti in tehnologije prevzemajo notranjo logiko in mehanizme delovanja ter tudi družbeno funkcijo, ki jo je imela in jo še vedno ima medikalizacija, in so zato njena transcendenca – prehajanje, preraščanje.

Tretja sprememba procesa medikalizacije – na kateri je v tej nalogi ključni poudarek – je, da če je medikalizacija še nedavno opredeljevala predvsem odklonskost od pričakovanih družbenih norm in standardov v negativno smer, se ta meja zdaj potiska na drugi pol; vse bolj so medikalizirana človeška vedenja in stanja, ki niso patološka v smislu, kakršnega smo razumeli prej (odklonska, odstopajoča od norme ali povprečja), pač pa so medikalizirana, ker odstopajo od *nadstandarda*; torej ne od minimalne družbene norme (minimalnega skupnega imenovalca), pač pa od *ideala* (maksime). Kot primer analiziram novo področje »človeških izboljšav«, ki jih razumem kot ponazoritev radikalizacije omenjenih procesov in spremembo normativov iz poprejšnjega odklona od družbenih norm v negativno smer (patologizacija odklona od povprečja ali minimalnega skupnega imenovalca) v patologizacijo odklona od *ideala*.

V tem poglavju naloge poskušam slediti tem procesom in jih najprej osmisлити historiografsko. Prikazati želim: vzroke nastanka medikalizacije, njene učinke in sodobne trende; zgodovino razvoja družboslovne misli o medikalizaciji ter kritično ovrednotiti njene izsledke ter jih aplicirati na sodobne procese; na koncu pa odpiram razpravo o perspektivah za prihodnost, predvsem o tem, kakšno obliko bo medikalizacija imela v prihodnosti in kako naj se do teh pojavov vede družboslovna kritika. V ta namen proučujem zgodnje teorije medikalizacije (ki so v sodobnih člankih zgolj shematično in pogosto površno, včasih pa celo napačno interpretirane), saj je vprašanje, ali gre v sodobnosti z novimi tehnologijami za proces, ki je dejansko radikalno nov, »nova paradigma«, transformacija, ali pa gre le za povečanje obsega, poviševanje meje in vprašanje eksponentnosti. Moja teza je namreč, da dve ključni tehniki medikalizacije, torej premeščanje odgovornosti in moralni normativizem, ki so ga obravnavali teoretiki že pred desetletji, ostajata ključni tudi danes v vseh omenjenih novih poljih vednosti in tehnologijah, ki pomenijo preraščanje samega procesa medikalizacije.

V zadnjem obdobju se je proces medikalizacije torej radikalno transformiral in je zato vreden osrednje družboslovne pozornosti.

4.2 Vznik družbene moči znanstvene medicine

Če želimo pojasniti implikacije družbene medikalizacije, je najprej potrebno pojasniti zgodovinski kontekst vznika moči in avtoritete sodobne medicine ter njene strukturne vzvode. Na spreminjajočo se družbeno vlogo medicine so analitiki opozarjali že pred desetletji, in sicer da »v javnosti odpravlja kolektivne strahove in zmanjšuje tesnobo« (Edelman, 1977, v Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 241). Kot piše Ule (2003), v moderni družbi sicer ne verjamemo več v mite in religijo, toda obstaja neka druga vera: vera v moč sodobne medicine. Družbena moč sodobne medicine ne gradi več na magično-simbolnem svetu tradicij in religij, temveč na demitologiziranem svetu znanosti. Moderna medicina temelji na znanju, preiskovanju in vednosti, ki je javnosti domala nedostopna. Odnos med bolnim in zdravnikom zato nujno temelji na »skoraj brezprizivnem zaupanju v legitimnost zdravnikove avtoritete« (prav tam, str. 204). Enoto »zdravnik-duhovnik-čarovnik-starš«, ki obstaja v podzavesti bolnikov, je skoraj nemogoče razbiti, saj se je medicina rodila iz religije (Katz, v Lupton, 1994, str. 106). Zaradi velikega preobrata v vrednostnih orientacijah ljudi v sodobnih družbah, ki jih zaznamuje umik v zasebnost, sebe, varnost, telo in zdravje, se posledično povečuje družbena moč oseb, ki so s temi pribežališči modernega sveta povezani (Ule, 2003).

Toda velika moč in avtoriteta sodobne znanstvene medicine sta se pojavili šele nedavno v zgodovini. Čeprav je sposobnost zdravljenja cenjena v večini družb, pa je, kot poudarja Lupton (1994, str. 83), zdravniški poklic dosegel svoj vzpon razmeroma nedavno.²⁴ Obdobje, ki ga štejemo za začetek vzpona medicine, je razsvetljenstvo s svojim poudarkom na racionalnosti, moči razuma in veri v razvoj znanosti in tehnologije ter veri v napredek družbe. Razsvetljenstvo je zavrnilo »vraževerje« religije in postavilo utilitarizem v ospredje kot etiko, ki je temeljna za delovanje družbe. Tedaj se je zdelo, da lahko na znanstvenih temeljih osnovana medicina ponudi rešitev za vse, kar je težilo človeštvo. Odkritja in izumi, kakršna sta mikroskop in penicilin, so poudarili tehnično vrednost medicine in telo postavili v središče proučevanja. Spreminjati se je začel tudi odnos nastajajoče države do zdravja, pojavili so se zakoni o zdravju. Študij medicine se je osamil od ostalih študijev, medicina kot stroka je utemeljila svojo poklicno zaprtost in elitizem.

²⁴ Kot piše Lupton, je pred razsvetljenstvom zdravnik veljal komaj kaj več kot za obrtnika. Ker so kirurgi poleg tega imeli stik s krvjo in se ukvarjali z bogokletnim razkosavanjem teles, so se zdeli za nameček še nečisti in okuženi. Še pred stoletjem je imel, navaja Lupton (1994, str. 83), medicinski poklic veliko manjši prestiž in vpliv (prinašal pa je tudi manjše dohodke) kot danes.

Pred pojavom moderne medicine sta bila telo in njegovo delovanje pogosto razumljena v smislu analogij, ki so poudarjale denimo rast in razpad telesa v mikrokozmosu večjega fizičnega vesolja (Radley, 1994, str. 24). Še vse do 18. stoletja so se ljudje zdravili sami ali pa so zaradi bolezni preprosto spremenili svoj življenjski slog. Niso pa, vsaj navadno ne, iskali pomoči zdravnikov, kajti zdelo se jim je neprimerno, da bi se zdravniki vmešavali v božjo previdnost ali pa kar čarovništvo (Lupton, 1994, str. 83). Tudi če so ljudje že iskali pomoč pri zdravnikih, vloga slednjih ni bila primerljiva sedanji. Vloga tedanjega zdravnika je bila namreč »interpretirati znake bolezni na temelju bolnikove razlage o svojem vzorcu dogajanj v telesu in subjektivno definiranih telesnih občutkov in občutij« (prav tam, str. 84). Tako zdravljenje kot zdravlilo sta bila torej odvisna od bolnikove pripovedi, medtem ko si je ta svojega zdravnika izbral na temelju osebne empatije med obema strankama.

Šele v poznem 18. stoletju so medicinske knjige javnost začele zalagati z zdravstvenimi nasveti in s podrobnostmi o tem, kako preprečevati bolezni. Ti nasveti so temeljili na samoobvladovanju ali pa izogibanju prekomernosti. Medtem ko se je zdravje zdelo odvisno od posameznika in njegove sposobnosti (samo)nadzora, pa je bolezen še vedno veljala za neizogibno zlo, ki ogroža tako posameznika kot njegovo skupnost. Medicina je tako dobila svojo vlogo: ponovno vzpostavitev zdravja. Kot poudarja Lupton (1994, str. 83) je množično razširjanje ortodoksne in konvencionalne medicine, ki se je razvila v 18. stoletju, zgolj povečalo, ne pa si tudi prisvojilo, laično medicinsko kulturo in samozdravljenje ter razširilo repertoar novih diskurzov in praks o bolezni. V skladu z ideali racionalnosti je obveljalo prepričanje, da bo medicina sčasoma našla rešitve za bolezni (prav tam, str. 83). Visoko vrednotenje racionalnosti v razsvetljenstvu je povečalo pozornost, namenjeno znanstvenim načelom. Uveljavil se je univerzitetni študij medicine, ki se je ločil od ostalih študijev in postal eliten. Pojavil se je tudi večji nadzor nad podeljevanjem licenc zdravnikom (prav tam, str. 84). Vse to je počasi pripomoglo k povečanju statusa medicine kot profesije, ki je tako »vzpostavila in politično utemeljila svojo 'poklicno zaprtost'« (Ule, 2003, str. 54).

Pomembno odkritje 19. stoletja, ki je novi status medicine še povečal, je bila iznajdba mikroskopa in s tem povezana ugotovitev, da bolezni povzročajo bakterije in virusi znotraj tkiv, ki so bili prej človeškemu očesu nevidni. Od leta 1800 dalje so sledila številna dramatična odkritja vzrokov tedaj strašnih in izjemno smrtnih bolezni, kakršni sta denimo kolera in tuberkuloza. Kot poudarja Lupton (1994, str. 84) odtlej medicine ne povezujemo več s

sposobnostjo empatije, ki jo je zdravnik kazal ob bolnikovi postelji, pač pa z znanstvenimi veččinami in laboratorijskim raziskovanjem. Slednje je medicini podelilo privilegiran položaj celo v primerjavi z nekaterimi drugimi avtoritativnimi institucijami, kot sta pravo in duhovščina. Do konca 19. stoletja so se medicinsko znanje, klinična praksa in profesionalna organizacija združili, kar je pomenilo, da so ljudje začeli »bolezen« enačiti z »biti v bolnišnici, kjer te zdravi zdravnik« (Radley, 1994, str. 27).

Šele biomedicinski model bolezni, temelječ na metodi znanstvenega opazovanja, je torej radikalno zmanjšal pomen bolnikove interpretacije in pojasnjevanja lastne bolezni. »Na človeka osrediščena kozmologija bolezni se je spremenila v na predmet osredotočeno kozmologijo« (Jewson; v Lupton, 1994, str. 84). Bolnik kot oseba se je umaknil v ozadje. Pomembnejša od njega je postala njegova bolezen (prav tam, str. 86). Moderna medicinska praksa je bila torej sposobna napraviti to, česar zgodnejši zdravniki niso niti mogli niti poskušali: ločila je bolno osebo od njene bolezni (Radley, 1994, str. 26). Še en pomemben dogodek, ki je odločilno prispeval k sodobnemu položaju medicine, je bil premik medicine od pacientove postelje v bolnišnice in zdravstvene domove, v katerih sta potekala diagnoza in zdravljenje. Ker je novo anatomsko znanje telo obravnavalo kot sistem sinhroniziranih organov, je postal izjemno pomemben študij patologije, kar je olajšalo organiziranost medicine znotraj bolnišnic (prav tam).

Obenem se je spreminjala tudi splošna družbena klima glede zdravja in bolezni. Skupaj z vzponom modernih evropskih držav v 17. in 18. stoletju je bilo v obdobju industrializacije in tržne ekonomije vse več pozornosti namenjene blagostanju prebivalstva in njegovi rasti. Družba je z večjim poudarjanjem zdravja okolja, epidemiologije ter skrbi za novorojenčke in matere postajala vse bolj medikalizirana. Odkritje penicilina in drugih antibiotikov je izjemno poudarilo tehnično učinkovitost medicine. Država je oblikovala programe javnega zdravja in higijene ter uveljavila sistem akreditacij za medicinsko stroko (Lupton, 1994, str. 85). Po mnenju Claudine Herzlich (v Ule, 2003, str. 53) lahko prav sprejetju zakonov o javnem zdravju z začetka 20. stoletja pripišemo odločilno vlogo pri tem, kar so kasneje poimenovali »medikalizacija družbe«.

*

Danes velja splošno prepričanje, da lahko prav medicini in njeni učinkovitosti pripišemo zasluge za zmago nad boleznimi in visoko smrtnostjo preteklega časa. Res je, da je medicini to uspelo pri boleznih, kakršne so kolera, škrlatinka in tifus. Toda kot opozarja Radley (1994, str. 27), študije, ki proučujejo upad smrtnosti v Veliki Britaniji v zadnjih dvesto letih, povsem jasno kažejo, da to ni ne vsa podoba dogajanja, še manj pa pravilna. Daleč od tega, namreč, da bi bilo cepljenje celotnega prebivalstva edini razlog za upad smrtnosti, pač pa se je slednja večinoma znižala pred tem obdobjem. Pripišemo jo lahko izboljšani prehrani in higieni, bivalnim pogojem ter drugim zunanjim vplivom, ki so vodili k boljšemu zdravju.

Podobno je pisal eden pionirjev proučevanja medikalizacije Ivan Illich (1976), ki je zahodni medicini sicer priznaval nekaj učinkovitih intervencij in izumov (kot npr. cepljenje), vendar pa ji je odrekel absolutni primat pri zgodovinskem izboljševanju telesnega zdravja prebivalstva ter slednjega bolj kot zaslugam (znanstvene) medicine prav tako pripisal izboljševanju higiene, prehrane in bivalnim oz. stanovanjskim pogojem. V sodobnosti, ob globalni ekološki ogroženosti, ki dobiva skrajne razsežnosti in ko številni deli človeštva, ponekod tudi v razvitem svetu, nimajo dostopa do čiste vode in zraka, obenem pa se je medikalizacija eksponentno povečala in zajela prakse vsakdanjega življenja, je relevanten Illichev zapis izpred štirih desetletij (prav tam, str. 17-20):

Medicinska geografija, zgodovinopisje bolezni, medicinska antropologija in socialna zgodovina odnosa do bolezni so pokazali, da hrana, voda in zrak, v korelaciji z ravnijo družbenopolitične enakosti ter kulturnimi mehanizmi, ki omogočajo ohranjanje stabilnosti populacije, igrajo odločilno vlogo pri določanju, kako se zdrave odrasle osebe počutijo in pri kateri starosti odrasli običajno umirajo.²⁵

Epidemiolog Sandro Galea (2019) pojasnjuje, da je v sodobnosti med razumevanjem koncepta zdravja in medicinsko prakso v sodobnosti potegnjena enačaja, sodobne razprave o javnem zdravju pa obvladuje prepričanje, da je medicinska obravnava oziroma zdravljenje bolezni lažje in boljše kot njihovo preprečevanje. Zdravje je razumljeno kot nekaj, kar zadeva posameznika, s čimer se morajo ukvarjati zavarovalnice, medicina, farmacija ..., ljudje pa so prepričani, da bodo živeli dlje in bolj zdravo, če se bodo ustrezno zdravili in ukvarjali z »zdravim življenjskim slogom«. Galea argumentira, da zdravja ne določajo obiski zdravnikov, jemanje zdravil ali »zdrav način življenja«. Američani porabijo za zdravstvene storitve in »zdrav« življenjski slog

²⁵ Citirani odstavek je v delu razdeljen na kar štiri strani, saj mu je Illich, v svojem značilnem eruditsko-faktografskem (in precej hermetičnem) slogu, dodal kar štirinajst opomb pod robom, s katerimi je dokazoval zapisano.

več kot številne druge zahodne države, obenem pa so po epidemioloških študijah manj zdravi in imajo krajšo življenjsko dobo. Na zdravje po raziskavah namreč vplivajo številni dejavniki, ki so pogosto povsem izven nadzora posameznikov, med katerimi so celo dostop do izobraževanja in varnost (eksistenčna in ekonomska) ter širok razpon življenjskih okoliščin: naše zdravje določa vse od tega, iz kakšnih družin izhajamo, do sosesk, v katerih živimo. Brez razumevanja vseh teh med seboj prepletenih zunanjih dejavnikov, ki jih razprave o zdravju običajno ne vključujejo, se zdravje nikoli ne bo izboljšalo, meni Galea.

Javne razprave o zdravju bi zato morale upoštevati različne povezane dejavnike, kot so finančni vplivi, politika in oblast. Avtor predlaga redistributivne ekonomske ukrepe, ki bi premostili rastočo vrzel med tistimi, ki imajo preoblije ekonomskih možnosti, in tistimi, ki nimajo nikakršnih. Predlaga finančno razbremenjevanje Američanov z nizkimi prihodki, povečevanje davkov za financiranje javnih dobrin in reformo zdravstvenega sistema. Ekonomska in socialna pravičnost sta po njegovem ključnega pomena za izboljševanje zdravja, zato bi se razumevanje zdravja moralo premakniti iz individualizacije odgovornosti za lastno zdravje do širših družbenih in ekonomskih ter tudi globalnih razprav in ukrepov.

4.2.1 Zdravje in bolezen

Mirjana Ule (2003, str. 18) opozarja, da se pojmovanja o zdravju in bolezni spreminjajo v skladu s spremembami »vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov, kulturnih tradicij«. Sodobna znanstvena medicina predpostavlja vrsto znanih esencialističnih binarnih nasprotij, ki niso nič manj ideološka: duh nasproti telesu, dejavno nasproti pasivnemu, oblika nasproti snovi, racionalno nasproti iracionalnemu, razum nasproti čustvom, svobodno nasproti določenemu, kultura nasproti naravi, odraslo nasproti otroškemu ipd. S tega vidika bolezen postane grožnja racionalnemu: ogroža družbeno življenje in samonadzor, zaradi česar je položaj racionalne medicine pri obravnavi bolezni privilegiran. Zahodna medicina je zato usmerjena k nadzorovanju telesa in njegovi obrambi pred kaosom in neredom, ki ju ustvarja bolezen (Lupton, 1994, str. 87).

Ker so diskurzi o zdravju in bolezni – tako znanstveni in medicinski kot laični in medijski – povsem kolonizirali vsakdanje življenje ter prodrli v vse njegove pore, se zdijo koncepti, kot so zdravje, bolezen, bolnik, zdravnik, zdravljenje in podobno povsem jasni in samoumevni. Toda navkljub temu teh temeljnih konceptov, ki se zdijo najbolj nesporni, samoumevni in najbolj

družbeno neobremenjeni, kot opozarja Radley (1994), nikakor ni lahko definirati: Kaj je bolezen? Kdo je bolnik? Kakšno vlogo imata bolnik in njegova bolezen v družbi? V kakšne družbene odnose se vpenjata?

Bolezen ni preprosto nasprotje zdravja, prav tako ne obstaja ena sama opredelitev obeh pojmov, pač pa pluralizem definicij. Na naše pojmovanje zdravja med drugim vplivajo družbeni položaj, starost (otroci so šele pri določeni starosti sposobni povedati, kaj pomeni biti zdrav, prav tako se njihove opredelitve razlikujejo od odraslih; Radley 1994, 3), osebne izkušnje z boleznimi (lastnimi ali boleznimi v neposrednem družbenem okolju posameznika), trenutno čustveno stanje, prav tako pa pojmovanje zdravja pomagajo oblikovati medijske reprezentacije le-tega (prav tam, 36-39). Večina ljudi oblikuje svoje predstave o zdravju na podlagi ljudskih modelov o bolezni, alternativnih oblik medicinske prakse, množičnih medijev in zdravorazumskih predstav, ki temeljijo na osebnih izkušnjah ali posvetovanjih s prijatelji in družini (Lupton 1994, 100-101).

Raziskovalka Claudine Herzlich (v Radley, 1994, str. 39-41) je pred nekaj desetletji v svoji raziskavi, ki je temeljila na domnevi, da so predstave o zdravju družbena reprezentacija, ugotovila, da zdravje in bolezen nista preprosti nasprotji. Večina ljudi se namreč ne nahaja strogo na enem ali drugem polju, pač pa na vmesnem, saj jih mučijo številne manjše težave: glavobol, slaba prebava, boleče koleno. Človek ni niti bolan in niti ne povsem zdrav. Herzlich je tako oblikovala tri koncepcije zdravja: »zdravje v vakuumu« (kot odsotnost nečesa, torej bolezni), »zdravje kot telesna 'zaloga« (kot prisotnost nečesa) in zdravje kot »uravnovešenost, ravnovesje« (v nasprotju s prvima dvema koncepcijama, pri katerih se lahko prisotnost bolezni ali telesne odpornosti stopnjuje, pa uravnovešeni smo ali pa pač nismo). Do podobnih konceptualizacij so prihajali tudi drugi raziskovalci (Williams, v Radley, 1994, str. 41). Raziskave so pokazale tudi na bistvene razlike v konceptualizacijah zdravja med različnimi družbenimi sloji: medtem ko srednji sloji na zdravje gledajo kot na vrednoto samo po sebi, pa nižji sloji (mestni in podeželski delavci) nanj gledajo bolj utilitarno (npr. kot sposobnost delati) (Radley, 1994, str. 48).

Zdravje torej ni preprosta, nespremenljiva entiteta, prav tako ga ne moremo proučevati kot preprostega nasprotja »biti bolan«. Claudine Herzlich (prav tam, str. 42) predlaga ugotovitev, da se bolezen povezuje z družbenim, zdravje pa z individualnim. Konflikt med zdravjem in boleznijo odslkava tistega med posameznikom in družbo. Z drugimi besedami: medtem ko

zdravje vselej nekako pripada posamezniku, pa gre za nekaj, kar posameznik uresničuje in »izvaja« s svojim dejavnim uveljavljanjem v družbi. S tem pa posameznikovo zdravje pridobi moralno komponento, saj ga lahko drugi berejo kot izraz njegovega splošnega družbenega odnosa.

Če je razkrivanje različnih opredelitev zdravja precej bolj zapleteno, kot se zdi na prvi pogled, pa je povsem enako z boleznijo. Biomedicinski model boleznih bolezen sicer prikazuje kot nevtrarno fizično dejstvo: tako »lažje« boleznih, kot so prehlad ali vročica, kot »težje«, kot sta rak ali aids, pa tudi kompleksnejše okvare, ki jih imenujemo motnje, naj bi »pripadale« zgolj telesu. Medicina obravnava telo kot stroj, bolezen pa kot njegovo funkcionalno okvaro. Toda kot pojasnjuje Susan Sontag (1983), so boleznih družbeno pogosto uporabljene kot »metafora«. Bolezen ima pomen, ki presega njen medicinski obseg; označuje odnos posameznika do družbenega reda (Ule, 2003, str. 68). Govori nam o odnosih med posameznikom in družbo.

Tudi boleznih, ki so povsem sprejete kot boleznih telesa, so družbena metafora, kot je pokazala Sontag v svoji analizi tuberkuloze in raka (1983). Boleznih so kot metaforo pogosto uporabljali v podporo obtožbam, da je družba pokvarjena. Simbolika boleznih se uporablja za izražanje zaskrbljenosti glede družbenih motenj. Toda medtem ko tradicionalne metafore običajno govorijo o družbeni nesreči, ki je zadela posameznika, sodobne metafore kažejo na vidno neravnotežje med posameznikom in družbo, pri čemer je družba prikazana kot človekov nasprotnik. Metafore, ki jih navdihuje bolezen, se uporabljajo za obtoževanje, da je družba represivna. Med boleznijo in družbenim neredom se oblikujejo analogije, iz katerih sledijo zahteve po ukrepanju, »zdravljenju« družbe. To še posebej velja za rak: rak kot metafora pomeni absolutno zlo, smrtonosno bolezen; »/o/pisati nek pojav kot rak pomeni izzivati nasilje« (prav tam, str. 81). Tudi tuberkuloza, ne le rak, naj bi bila boleznih strasti: čutnega in občutljivega tuberkuloznega bolnika golta notranji ogenj, pretirana strast; od romantike dalje so bolezen interpretirali celo kot različico neke druge boleznih: ljubezni. Za rak danes mnogi verjamejo, da je po drugi strani bolezen premajhne strasti, zatiranja čustev, zatrite seksualnosti. Raka zato še nikomur ni uspelo idealizirati, še manj se pojavlja v literaturi kot romantični simbol. Romantizacijo in modnost tuberkuloze avtorica po drugi strani razume kot prvi primer moderne dejavnosti, ki se imenuje »izpostavljanje sebe kot simbola«, v ženskem kultu vitkosti iz 20. stoletja pa vidi poslednjo postajo metafor, ki so konec 18. in v začetku 19. stoletja romantizirale

tuberkulozo²⁶ (prav tam, str. 36). Susan Sontag opozarja, da sta v 20. stoletju, potem ko je vzrok tuberkuloze znan, bolezen pa obvladana, njene metafore prevzeli dve drugi bolezni: duševna bolezen je nase prevzela predstave o bolniku kot grozavem, nerazumnem bitju, ki je preveč občutljivo za grozote vulgarnega vsakdanjika.

Analiza metafor tuberkuloze in raka, ki jo je opravila Susan Sontag (v svojem poznejšem eseju je analizirala tudi metafore aidsa), je navdihnila številne druge proučevalce. Lupton povzema nekatere najpogostejše (1994, str. 59-69); avtorica piše o »mehanicističnih metaforah telesa« (telo kot stroj), o »vojaških metaforah« (bolezen kot »napadalec«) ter o metaforah imunskega sistema (ki »brani telo«, »napada tujke« itd.). Jezik tehnologije pri opisovanju telesa lahko zasledimo že pri Rousseauju, ki piše o »telesu kot stroju«. Mehanicistična metafora (npr. »srce kot črpalka«) zajema misel, da se posamezni deli telesa lahko okvarijo ali prenehajo delovati podobno kot avtomobilski ali vodovodni deli. Posledica te metafore je, piše Lupton (prav tam, str. 59), »ločitev duha od telesa«, ki visoko vrednoti medicinske tehnike, ki umeščajo problem v določen dela telesa in zdravijo le njega, in razvrednoti zdravilne odnose, ki temeljijo na duhovnosti, osebni stiku, zaupanju in intimnosti. Tehnološko izrazoslovje je ključno v biomedicini: gre za uporabo mehanike, ki naj »popravi« neko drugo mehaniko.

V 20. stoletju obstajajo številne različne druge različice mehanicističnih metafor telesa. Obstaja denimo metafora telesa kot računalniškega sistema (npr. »možgani shranjujejo informacije«, »spominski trdi disk«, »omrežje spomina« ipd.), ki naj v naš pogled na telo ponovno vnese red, racionalnost in predvidljivost. Naslednja metafora telesa je bioinformacijska metafora, ki je povezana z odkritjem DNK (govorimo npr. o »mehanizmu samopodvajanja«, »procesu kopiranja« ipd.). V modernih medicinskih in javnih diskurzih o zdravju je izredno priljubljen tudi jezik vojskovanja. Govorimo o »napadu« bolezni, »obleganju« virusov, »invaziji tujka«, »obrambi telesa«, »uničenju napadalca« in podobno. Montgomery (v Lupton, 1994, str. 61) pravi, da sodobne podobe nasilja in vojskovanja »bolezen konotativno povezujejo z največjim

²⁶ Sontag najde vzrok za romantiziranje tuberkuloze (prav tam, str. 42-43) v dejstvu, da je šlo v nasprotju z večino boleznimi preteklosti, ki so napadale celo skupnost in se pojavljale v obliki epidemij (kuga, tifus, kolera), tu za bolezen posameznika. Medtem so nekoč verjeli, da tuberkuloza v človeku poudari plemenito, pa so te neobvladljive množične bolezni razgaljale kvečjemu vse, kar je bilo v človeku skorumpiranega in pokvarjenega, zaradi česar so jih ljudje pogosto interpretirali kot kazen. V sodobnosti pogosto govorimo o »epidemiji« raka, sodobna metafora zla je rak. Današnje neromantičnost raka Sontag pripiše dvema vzrokoma: nekdanji melanholični značaj, podvržen tuberkulozi, je zamenjal prav nič romantični koncept depresije. Raka danes ljudje vidijo tudi kot napadalca na bojnem pohodu, proti kateremu se je treba boriti s skrajno agresivnim zdravljenjem, saj danes smrt ni več naraven, pač pa sramoten dogodek; ljudje v njej vidijo »obsceno skrivnost, skrajno žalitev, nekaj, kar se izmika nadzoru« (prav tam, str. 57).

nasiljem in grozotami 20. stoletja: fašizmom, stalinizmom, celo holokavstom«. Zdravniki sami sebe pogosto vidijo kot »bojevnike«, ki morajo svoje delo zaključiti kot »zmagovalci«.

Verjetno najboljši primer bolezni, katere formulacija se danes spreminja, je po Radleyjevem mnenju (1994, str. 31-32) aids. V letih zatem, ko je bil virus HIV izoliran, aids pa opredeljen kot poseben sindrom, so bile razprave o aidsu neločljivo povezane s tem, kdo ga »dobi« in kako. Ker je aids nalezljiv in ker mu lahko pogosto sledi smrt, je ljudi v mnogočem spominjal na poprejšnje epidemije, zato so si ga razlagali kot kazen za grešno življenje. Pri iskanju izvora te bolezni so se oblikovali brezštevilni predsodki proti posameznim narodom, celim kontinentom, rasam in družbenim skupinam. Določanje, kaj aids in HIV sta, je klasifikatorno dejanje, na katerega še vedno vplivajo prepričanja o tem, kdo spada v rizično skupino in kako se virus v družbi prenaša.

4.2.2 Bolezen kot fizični simptom, družbeni simptom in bolezenska vloga

Nekateri družbeni analitiki (Lupton 1994; Radley 1994; Boorse, v Turner 1996, str. 199, idr.) so bolezen kot fizično dejstvo nasproti njeni osebni psihološki in družbeni izkušnji skušali razmejiti terminološko in konceptualno. Angleščina tako premore kar tri izraze za bolezen: »illness«, »disease« in »sickness« s temeljnimi semantičnimi razlikami med njimi.

»Illness« naj bi bila tako osebna izkušnja simptomov in trpljenja, ki je inherentno človeška. Vključuje zavest o tem, da so telesne funkcije v okvari in ukrepanje ob tem (npr. obisk zdravnika). »Illness« se torej nanaša na posameznika. Izraz »disease« pa se po drugi strani ne omejuje samo na ljudi, pač pa tudi na kaj drugega, denimo na rastline (npr. »diseased tree«, bolno drevo). Opredeljuje tehnično okvaro ali odklon od biološke norme, ki je »znanstveno« diagnosticirana (Lupton, 1994, str. 92-93). Oziroma z besedami Radleyja (1994, str. 3): »disease« je tisto, »kar zdravniki diagnosticirajo in zdravijo«. Kot primere Radley našteva gripo, raka in tuberkulozo, torej prav tiste bolezni, ki imajo, kot sem prikazala s pregledom dela Sontagove, močne družbene konotacije in metaforično vrednost. Kot dokazuje ena od raziskav med zdravniki in pacienti (Cassel, prav tam, str. 94), ljudje za bolezen (»disease«) in njene fizične simptome, še zlasti če je prizadeta za notranjost telesa, ne uporabljajo izrazov »jaz« ali moja«, pač pa »ono« ali »tisto«. Fizični simptom bolezni (»disease«) je tako konceptualiziran kot tujek, ki napada telo in njegovo integriteto (gre za metaforo vojskovanja, ki sem jo povzela zgoraj). »Sickness« je po drugi strani bolezenska vloga, ki odraža spremembo družbene vloge posameznika. (Lupton, 1994, str. 94). Ta sprememba je upravičena ali s sklicevanjem na

simptome bolezni (»disease«) ali pa na njeno doživljanje (»illness«) (Radley, 1994, str. 3). Radley (prav tam) meni, da ljudje v vsakodnevem življenju te izraze in koncepte, še zlasti prva dva, nenehno mešajo, kar pripisuje dejstvu, da ljudje menijo, da telesne simptome običajno hkrati tudi doživljamo. V resnici to ni vedno tako, saj lahko diagnoza predhaja občutenje bolezni (npr. okuženost z virusom HIV) ali obratno (ljudje imajo lahko dolgo simptome, preden se odločijo obiskati zdravnika).

Lupton opozarja, da tudi pri »disease«, fizičnem simptomu bolezni, tako na kategorizacijo bolezni kot na njeno definicijo vpliva družbeni, zgodovinski in politični kontekst. Zagovorniki tega stališča poudarjajo (Helman, v Lupton 1994, str. 93), da biomedicinski model bolezni ni »racionalna znanstvena realnost«, ki bi bila notranje konsistentna, pač pa je odprta različnim in celo nasprotujočim si interpretacijam. Definicije bolezni so odvisne od posameznega zdravnika (od njegovih osebnih lastnosti pa tudi njegovega položaja v poklicni hierarhiji), občinstva, vrste motnje, konteksta ipd. Tudi interpretacija bolezenskih znakov je močno odvisna od konteksta, v katerem se pojavijo (Radley, 1994, str. 71). Negotovost glede znakov je pogosto predmet družbenih pogajanj, ne pa nekaj, o čemer bi posamezniki razmišljali v osami. V primeru, ko za posameznika skrbi druga oseba, obstaja tudi moralna razsežnost vprašanja. Presoja o znakih bolezni na primer otroka ali ostarele osebe ima posledice tudi za starša oziroma skrbnika (prav tam, str. 78).

Za opredelitev, kaj je to bolezen, bijeta nerazrešen boj normativizem (ki poudarja kontekstualno, diskurzivno naravo koncepta bolezni) in funkcionalizem (stališče, da so bolezni biološke narave, družbene kontacije pa imajo le pogojno). Najbolj radikalno kritiko stališča, ki ostro razlikuje med »nevtralnim izrazom« za bolezen kot fizični izraz (»disease«) in osebnim doživljanjem bolezni (»illness«), zasledimo pri Turnerju (1996). Po Turnerjevo problematičnost koncepta bolezni odslikava problematičnost razdelitve med naravo in kulturo, četudi so že sami epistemološki temelji moderne biologije in medicine prepleteni s političnimi, ekonomskimi in tehnološkimi imperativi, o čemer je pisal Canguilhem (1987).

Misel, da smo človeška bitja hkrati del narave in kulture je sicer osrednja tema v sociologiji. Kultura je tista, ki naravo oblikuje in posreduje. Kar je »naravno« v eni kulturi, še zdaleč nima statusa naravnega v drugi, meje med obojim pa se nenehno spreminjajo. Večina družb je mejo med »človeškim« in »nečloveškim« opredelila z rituali vključevanja posameznika v družbo (npr. z rituali iniciacije, kot sta obrezovanje in krst) in izključevanja iz nje (pogrebne prakse).

S temi rituali se »naravno« telo spremeni v družbeno. »Naravno« telo posameznika, ki biva v družbi, je tako po njegovem vselej tudi »družbeno«, zato v kulturi telo, kar bi pripadalo izključno naravi, ne obstaja.

Turner navaja, da je bil eden prvih in najmočnejših zastopnikov kritiziranega razlikovanja med boleznijo kot telesnim simptomom, družbenim simptomom in bolezensko vlogo (torej med *disease*, *illness* in *sickness*) Christopher Boorse, ki je te tri različne vrste »nezdravja« definiral leta 1976. Boorse v svojem delu primerja normativizem in funkcionalizem. Medtem ko 'trdi' normativizem pravi, da so vse sodbe v medicinskih znanostih le ocene in nimajo nikakršne opisne vsebine, pa 'mehki' normativizem meni, da so sodbe o zdravju mešanica opisa in ocene. Funkcionalizem, ki ga zagovarja Boorse, in s tem to tripartitno razdelitev bolezni na telesni simptom, družbeni simptom in bolezensko vlogo, pa trdi, da lahko zdravje in bolezen definiramo deskriptivno. Svojo opredelitev deloma opira na razlikovanje med teoretičnimi in praktičnimi problemi (npr. diagnosticiranje bolezni v laboratorijskem kontekstu nasproti zdravljenju bolnika na kliniki) (Turner, 1996, str. 199).

Normativizem – stališče, da so medicinske sodbe zgolj vrednotenje – je bil po Turnerjevem mnenju prevladujoč v antipsihiatriji. Psihiatrične oznake so v antipsihiatriji razlagali kot uradno označevanje vedenja, ki so ga smatrali kot družbeno neprimerno, duševno bolezen pa so pojasnjevali kot stigmatizirano vedenje, ki ima za posledico družbeno izključitev. Kljub pomanjkljivostim, ki jih ima ta teorija (ne more pojasniti vzroke primarne odklonskosti, psihiatrične oznake so pogosto zgolj zadnji ukrep, ko so izčrpane vse druge razlage deviantnega vedenja), pa normativizem v psihiatriji vendarle poudarja, da imajo družbene oznake zelo različne posledice: ni enako, če nekoga označimo za »deviantnega«, odklonskega, kot če ga imenujemo za »bolnega«. V psihiatriji so tako diagnostične oznake kot terapevtski režimi kulturno relativni in se v zgodovini spreminjajo (Armstrong, v prav tam, str. 199).

Toda težava je v tem, da funkcionalist lahko zlahka sprejme vsa gornja stališča – toda obenem normativizem še vedno zagovarja, ko gre za bolezni telesa. Lahko reče, da je duševno bolezen morda res težko umestiti v organsko kategorijo, saj se psihološke/duševne motnje zdijo proizvod družbene situacije in strokovne kategorizacije, toda da pri telesnih boleznih ni tako. Lahko tudi predlaga, da moramo zgolj pozorno razlikovati med »disease« in »illness«, pri čemer sprejmemo, da je prvo stvar narave in ni podvrženo družbenim procesom. Toda Turner (prav tam, str. 200) meni, da je sporen tudi koncept fizičnega simptoma (»disease«). Vsi trije

koncepti namreč vselej vključujejo presojo, ki je odvisna od statistične pogostosti ali idealnega stanja. Ker pa »povprečni posameznik« ne ostaja, se biološke funkcije lahko realizirajo na zelo različne načine. Turner zato meni, da fizični simptom bolezni (»disease«) ni dejstvo, pač pa »odnos, in ta odnos je produkt klasifikatornih procesov«; gre za »vzorec, ki pade v določen razred ali nišo v neki shemi«, ki jo uporabljamo za spopadanje z vsakodnevnimi dogodki na kar najbolj zadovoljiv način (prav tam).

Odkritje nove bolezni (»disease«) tako po Turnerjevo ni enakovredno odkritju nove vrste metulja, saj gre za premik v shemi pojasnjevanja oziroma za določitev nove niše. Spremembe te sheme pa so povezane s spremembami institucionalne medicine in narave medicinske moči. »Disease« je »sistem znakov, ki jih lahko beremo in prevajamo na mnoge različne načine« (prav tam). Fizični simptom bolezni tako lahko obravnavamo kot jezik, telo kot reprezentacijo, medicino pa kot politično prakso. Turner zato zaključi, da je tudi bolezen kot fizični simptom le družbeni pojav (prav tam, str. 201). Še več, z umeščanjem fizičnih simptomov bolezni k naravi »nehote prikrijemo vpliv medicinske vednosti na vsakdanje življenje in povezanost medicinske vednosti s prevladujočimi družbenimi vrednotami na vseh stopnjah od mikro do makro nivojev socialnega življenja« (Ule, 2003, str. 62).

4.3 Arheologija proučevanja medikalizacije: zgodnje teorije medikalizacije

Izsledki zgodnjih analitikov medikalizacije so v sodobnih člankih, ki obravnavajo ta proces, navedeni predvsem s kratkimi povzetki, včasih tudi pavšalno ali netočno, ter pogosto z navedbo, da njihove ugotovitve ne ustrezajo več procesom pozno moderne družbe in radikalnim spremembam medikalizacije z novimi tehnologijami (na podlagi katerih se številni sodobni avtorji sprašujejo, ali ni sam koncept medikalizacije zastarel in neustrezen). Menim, nasprotno, da je s podrobnim branjem teh del mogoče pojasniti nekaj ključnih mehanizmov medikalizacije, ki so jih tematizirali ti avtorji, in ki jih je mogoče prilagoditi in aplicirati tudi na sodobne preobražene procese: 1. razmislek o družbeni vlogi medikaliziranega, 2. opozarjanje na proces premeščanja odgovornosti v okviru procesa medikalizacije, ter 3. moralno opredeljevanje in vrednotenje, ki ga inherentno vključuje medikalizacija.

4.3.1 Bolezenska vloga (Talcott Parsons)

Medicino je kot dejavnik družbenega nadzora ter pomen bolezní za družbeno življenje prvi tematiziral sociolog Talcott Parsons (1951/1991) v svojem temeljnem eseju o bolezenski vlogi bolnika (»sick role«), ki je po Parsonsovo eden najpomembnejših mehanizmov družbenega nadzora v kapitalističnih družbah. Parsons je zdravje definiral kot stanje optimalne sposobnosti za učinkovito opravljanje družbenih vlog in cenjenih družbenih nalog. Bolezen je tako splošen zlom te sposobnosti in motnje zavezanosti do obvez v specifičnih kontekstih, kot sta delovno mesto ali družina, kar vodi k spremenjenemu statusu posameznika v družbi: k vlogi bolnika. Parsonsova perspektiva je bila funkcionalistična; institucionalizirana medicina ima v družbi resocializacijsko vlogo, saj je njena naloga, da bolnika s svojimi obravnavami in postopki čim prej spremeni nazaj v zdravega, funkcionalnega in družbeno koristnega člana skupnosti. Ker je funkcionalnost družbe tako odvisna od medicine, medicina pa s tem stremi k družbeni blaginji, je Parsons s tem nekako legitimiral medicinsko dominanco oziroma hierarhični položaj zdravnika nad pacientom, je bil ta vidik Parsonsove interpretacije družbene vloge medicinske stroke pri proučevanju medikalizacije deležen kritik (Ule, 2003).

Toda njegova analiza zajema tudi proces premeščanja odgovornosti in moralnega vrednotenja znotraj bolezenske vloge. Parsons je opredelil štiri vidike institucionaliziranega pričakovanja, povezanega z bolezensko vlogo. Prvi je opravičenost/izključitev iz normalnih odgovornosti družbene vloge (npr. dela in drugih dolžnosti); drugi je, da se od bolnika ne pričakuje, da se bo »spravil k sebi« oziroma ozdravel z lastno voljo, zato je v tem smislu opravičen odgovornosti, ni odgovoren za lastno stanje; tretji je opredelitev bolezenskega stanja kot samega po sebi nezaželenega, vendar pa z obveznostjo, da mora bolnik ozdraveti, kar je »ključni most za sprejemanje 'pomoči'«; in zadnji, bolnik ima »obveznost – v sorazmerju z resnostjo stanja, seveda – da poišče tehnično kompetentno pomoč ... in da z njo sodeluje« (Parsons, 1951/1991, str. 294):

Prva dva elementa legitimacije bolezenske vloge sta tako pogojna na zelo pomemben način. Gre za relativno legitimacijo, ki obstaja le, dokler je bolnik v nezaželenem stanju, za katerega tako on kot njegov spreminjevalec upata, da bo iz njega izšel, kakor hitro bo to mogoče.

Bolezenska vloga torej omogoča pobeg od pritiskov vsakdanjega življenja v stanje, ki ga je Parsons poimenoval kot otroško odvisnost. Ker sistem potrebuje zaščito ne le od biološke »okužbe«, pač pa tudi »motivacijske«, je zaradi možnosti »socialne okužbe« zdravih bolnika

potrebno izolirati, odstraniti. Bolezenska vloga vključuje idealizirani koncept linearnega prehoda osebe iz sveta zdravih v svet bolezni.²⁷ Vloga bolnika, ki se zdravi (pacienta), ima dodatne dolžnosti (pacient mora sodelovati z zdravniki, upoštevati njihova navodila in podobno). Bolezenska vloga je tako le pogojno legitimna, saj pravice, ki iz nje izhajajo, lahko koristimo le, če sledimo tudi njenim dolžnostim.

V našem prostoru je Parsonsovo idejo bolezenske vloge razvijal Kecmanović (1978). Po Kecmanoviću ima medicina dve temeljni družbeni vlogi: prva je zbiranje, organiziranje in varovanje znanja o boleznih in njihovem zdravljenju, druga pa je zagotavljanje družbene vloge bolnika. Na podlagi Patersonove in Parsonsove kritike opredeli »eskulapovo avtoriteto« (po Eskulapu, starogrškem bogu zdravilstva), ki je nosilec modrostne, moralne in karizmatične avtoritete, obenem pa posamezniku podeli družbeno vlogo bolnika, kot ga opredeljuje Parsons. Kecmanović sicer poudarja, da se družbena vloga »običajnega« bolnika in duševnega bolnika razlikujeta ter da je tudi eskulapova avtoriteta drugačna, kadar njeni nosilci podeljujejo družbeno vlogo duševno bolne osebe. Za razliko od bolezni duševne motnje namreč ne ogrožajo organizma oziroma biološke osnove, temveč družbenost človeka.

4.3.2 *Medicina kot spodbujevalec bolne družbe (Ivan Illich)*

Ena najzgodnejših rab izraza medikalizacija se pojavi v delu Medicinska Nemeza (Medical Nemesis, 1976) filozofa in družbenega kritika (ter klerika) Ivana Illicha. Z njim je označeval proces, s katerim je institucionalizirana medicina kolonizirala vse vidike življenja ter preseгла resnične in etične meje medicinskega delovanja. Medikalizacijo vsakdanjega življenja je Illich opredelil kot družbeno iatrogenozo medicine – enega od treh tipov »iatrogeneze«, škodljivega vpliva same medicine (drugi dve sta bili klinična iatrogenoza – neposredna škoda, ki jo povzročajo različni medicinski tretmaji, in pa kulturna iatrogenoza – izguba tradicionalnih načinov in človeku lastnih potencialov preseganja trpljenja, ranljivosti in posebnosti). Medicina je s svojim radikalnim monopolom po Illichevo kot patološkega začela opredeljevati vsak pojav iz širokega spektra človeškega razvoja ter ga nato »obravnavala« medicinsko, kar je po Illichevo jasno dejanje medikalizacije (Illich, 1976, str. 6):

²⁷ Kot opozarja Radley (1994, str. 80), bolezenska vloga, torej diagnoza s strani zdravnika ali drugih ljudi, danes ni edina alternativa: oseba se lahko zdravi sama, ne da bi nujno sprejela bolezensko vlogo, lahko jo obsodimo kot simulanta; lahko se zdravi v okviru alternativne medicine, lahko ignorira bolezenske znake in se obnaša, kot da se nič ne dogaja, in podobno.

V zadnjih nekaj generacijah se je medicinski monopol nad zdravstveno oskrbo razširil brez nadzora in ogroža našo svobodo do razpolaganja z lastnim telesom. Družba je zdravnikom podelila ekskluzivno pravico do določanja, kaj je bolezen, kdo je ali lahko postane bolan in kaj je treba napraviti z bolnimi ljudmi.

Radikalni monopol (iatrogene) medicine in medicinska praksa po Illichevo v resnici spodbujata, razširjata in podpirata bolezen in bolno družbo, ne zdravita. Medicina namreč legitimira družbeno ureditev, v katero številni ljudje preprosto ne sodijo oziroma v njej ne morejo najti svojega mesta. Osebe z različnimi hendikepi in nezmožnostmi medicina označi kot neprimerne ter poraja vedno nove kategorije pacientov. Ljudje, ki so zaradi industrijskega dela jezni, ki so zboleli ali utrpeli poškodbe, lahko od tam pobegnejo izključno pod medicinski nadzor, kar pa jih zapelje in tudi diskvalificira iz političnega boja za bolj zdrav svet (Illich, 1976, str. 40). Medicinski družbeni nadzor prebivalstva postane temeljna ekonomska dejavnost, ljudje pa so spodbujani, da postanejo uporabniki preventivne, industrijske in okoljske medicine, kar postane povratna zanka bolne družbe. Če bi družba prepoznala, da diagnoza pogosto služi kot sredstvo za spreminjanje političnega upora v zahtevo po več terapije, bi industrijski sistem izgubil enega ključnih obrambnih mehanizmov, je menil Illich. Obenem se je uveljavila vseživljenjska medicinska supervizija, ki življenje spremeni v serijo tveganj, človek pa postane »kepa« v biomedicinski oskrbi; vsako življenjsko obdobje ima svoj starostno specifičen medicinski hendikep (Illich, 1976, str. 133):

Ko je družba enkrat organizirana tako, da medicina lahko ljudi spremeni v paciente samo zato, ker se še niso rodili, ker so novorojeni, v menopavzi ali kake druge 'rizične' starosti, prebivalstvo del svoje avtonomije neizogibno prepusti svojim zdravilcem. Ritualizacija življenjskih obdobj ni nič novega, kar je novo, je njihova intenzivna medikalizacija.

Medicina je obenem *moralni* projekt in zato neizogibno daje vsebino dobremu in slabemu, meni Illich. V vsaki družbi medicina, podobno kot pravo in religija, opredeli, kaj je normalno, pravilno ali zaželeno. Medicina ima avtoriteto, da človeško pritožbo označi kot legitimno bolezen, razglasi drugega človeka za bolnega, čeprav se ta sploh ne pritožuje, in tretjemu zavrne družbeno priznavanje njegove bolečine, invalidnosti ali celo smrti. Medicina pove, katera bolečina je »zgolj subjektivna«, kot sodnik določi, kdo je kriv in duhovnik, kdo je svet oziroma kdo je prekoračil tabu. Zdravnik določi, kaj je simptom in kdo je bolan, kar je moralno dejanje. Medicina z vsako novo diagnozo ustvarja nove skupine izločenih. Morala je pri boleznih torej po njegovem enako implicitna, kot je pri opredelitvi zločina ali greha. Ločitev medicine od

morale so po drugi strani utemeljevali na tem, da medicinske kategorije, v nasprotju s pravnimi ali religioznimi, temeljijo na znanstvenih temeljih, ki so zunaj moralnih razsodb.

Kadar diagnostična moč medicine bolne pretirano namnoži, je opozarjal Illich (prav tam) medicinska stroka presežke preda v oskrbo nemedicinskim poklicem in strokam – učiteljem, policistom, in drugim. Medicina ohrani neogroženo avtonomijo pri opredeljevanju, kaj predstavlja bolezen, drugim pa naloži zoprno nalogo njihove obravnave, piše Illich. Samo medicina ve, kaj je to odvisnost, toda policisti bi morali vedeti, kako jo je treba nadzorovati. Samo medicina lahko opredeli, kaj je to poškodba možganov, toda učiteljem dovoli, da stigmatizirajo in obravnavajo »pohabljenca zdravega videza«. Novorojene, umirajoče, seksualno neustrezne, nevrotične in še mnogo drugih nezanimivih posameznikov spremeni v kliente nemedicinskih terapevtov – socialnih delavcev, televizijskih programov, psihologov, uradnikov in seksualnih terapevtov. Ta njegova misel pojasnjuje številne sodobne spremembe procesa medikalizacije (nenehno razširjanje diagnostike, pri katerem ima še vedno primat medicina, povzroči presežek pacientov, ki pa jih nato medicina ne prevzame v »oskrbo« v celoti, ali pa sploh ne).

Vsaka družba potrebuje označitev odklonskosti, meni Illich (prav tam). Ljudje, ki so videti čudno ali se čudno vedejo, so subverzivni, dokler njihovih skupnih potez formalno ne imenujemo in označimo. V večini družb obstajajo tudi ljudje – pravniki, verske ali vojaške osebnosti – ki tem neobičajnim določajo vloge: odločijo, ali deviantneža obseda duh, bog, ali je zastrupljen, kaznovan za greh, ali žrtev kaznovanja ali čarovnice. S poimenovanjem tega, kar je za odklonskostjo, avtoriteta deviantneža postavi pod družbeni nadzor jezika in navad, in ga iz grožnje spremeni v podporo družbenemu sistemu. Etiologija je družbeno gledano sama sebi namen.

V sredini 20. stoletja bolezenska vloga po mnenju nekaterih analitikov ne opisuje več dobro tega, kaj se zgodi v medicinskem sistemu, ki svojo avtoriteto izvršuje nad tistimi, ki še niso bolni, od katerih ne gre pričakovati, da bodo ozdraveli, in tistimi, za katere zdravniki nimajo učinkovite obravnave. Medicinski eksperti so nekaj izbrancev določili za institucionalno razvajanje, kar je bil način uporabe medicine za stabilizacijo industrijske družbe. V zgodnjem 20. stoletju, ko je bilo to »razvajanje deviantnežev« še v nekih svojih okvirih, je služilo »krepitvi« kohezije industrijske družbe. Toda po kritični točki je družbeni nadzor, ki je bil izvajan skozi diagnozo neomejenih potreb, uničil lastne temelje. Državljan je obtožen za

bolnega, dokler ne dokaže, da je zdrav. V zmagoslavno terapevtski družbi, meni Illich, vsak samega sebe lahko označi za terapevta in drugega za svojega bolnika.

Čeprav Illicheva kritika medicine²⁸ ni bila primarno usmerjena samo v nepravilno porazdelitev (npr. ker nižji sloji nimajo dostopa do medicinskih storitev, ker se zahodna medicina usmerja samo v reševanje zahodnih medicinskih problemov, ne pa na zdravstvene probleme revnih ali tretjih družb ...), pa je s tem vseeno posredno opozoril na širše družbene in politične dejavnike, ki vplivajo na zdravje posameznikov in družbe (in ki jih zato ni mogoče preprosto »medikalizirati«). Illich sicer ne ponuja vzdržnih alternativ; predstavljal si je skupnost, ki bila samooskrbna, ter vključila uporabne vidike sodobne tehnologije, tudi medicinske, vendar pod demokratično presojo. Zamišljal si je neko novo medicino, ki bi temeljila na »skrbi zase«, na ravni pripravljenosti in sposobnosti za osebne dejavnosti, ki jih oblikuje in pogojuje kultura – vzorci dela in prostega časa, spanja, prehranjevanja, družinskih odnosov, politike. Njegov predlog »skrbi zase« je, kot bom prikazala kasneje, zahodna medicina že zdavnaj asimilirala vase in spada pod nekakšno razširjeno polje medicine v okviru ideologije zdravja.

*

Poznejši kritiki medikalizacije (Conrad, 2007) so poudarili, da je bilo usmerjanje zgodnjih kritikov medikalizacije na moč in pomen medicinske stroke oziroma samih zdravnikov – kar je Illich najbolj slikovito izrazil s svojo skovanko »medicinski imperializem«, ki v je novejših delih o medikalizaciji pogosto navajana kot njegova najbolj bistvena misel, nato pa z argumentom, da je medicinski imperializem danes erodiran, zmotno ovržene tudi druge –

²⁸ Illichevo delo je sicer nastalo v dobi, ki velja za »trideset veličastnih let« – od 1950. do 1970. let – ko je bila nezaposlenost v ZDA in Evropi večinoma nizka, delavska združenja razmeroma močna, zaposleni pa so večinoma lahko uživali zaposlitveno varnost, zdravstveno zavarovanje in pokojnine. Toda obenem je bila v tem obdobju izjemno močna tudi družbena kritika z avtorji, kot so Christopher Lasch, Herbert Marcuse in C. Wright Mills (Scialabba, 2017). Illich je poseben v tem, da ni zagovarjal samo anti-avtoritarnosti (ter ni kritiziral medicine zgolj kot institucijo), pač pa je bil nekakšen »proti-modernist«; ni govoril o tem, da so dobrine in storitve v družbi zgolj nepravilno kulturno in družbeno porazdeljene (ter posledično ni zagovarjal sloganov »več« ali »enakopravnejše«), pač pa je pod vprašaj postavil in analiziral vrednost samega obstoja in esence teh »dobrin« in storitev sodobne družbe, ki jih je razumel kot neke vrste »neužitno hrano« (in sicer vse od medicine do izobraževanja). Po njegovem torej rešitev ni v tem, da zagotovimo, da bodo do »hrane« vsi imeli enakopravnejši dostop, če je ta neužitna. Illichu samemu so očitali, da njegova načela niso vzdržna in da se jih ni držal niti sam. Govoril je sicer o svojem »preprostem okusu za jedačo in pijačo«, toda Illich naj bi vseeno, vsaj občasno, užival v dragi hrani in dobrih vinih. Udrihal je čez sodobna sredstva množičnega prevoza in posledic, ki ga imajo na okolje, toda sam je velikokrat prečkal Atlantik z letalom (O'Mahoney, 2016, str. 135). Toda Illich je radikalno držo pokazal tudi v lastnem življenju, saj je zavrnil zdravljenje raka, od katerega je na koncu umrl, bolečega tumorja na licu, ki mu je sprožal tudi epileptične napade, pa ni smatral kot bolezen, pač pa kot »zelo zapleten odnos« (Bunker, 2003, str. 927).

zavajajoče. Medikalizacija, so trdili kasnejši kritiki, je namreč dosti bolj zapleten proces kot le to, da »zdravniki in medicinska stroka dodajajo nove probleme« (prav tam, 6), in ne poteka le enosmerno, od medicine oziroma zdravnikov v družbo, pač pa tudi nasprotno, iz laične družbe nazaj v medicino. V primerih, kot je alkoholizem, je bila medikalizacija v resnici dosežek družbenega gibanja (anonimnih alkoholikov), medtem ko so zdravniki razumevanje alkoholizma kot bolezni sprejeli razmeroma pozno (Conrad in Schneider 1980/1992, str. 73-109) in so še danes razmeroma postransko vključeni v obvladovanje alkoholizma.

Toda ti primeri so bili tedaj bolj izjeme, saj je bila v času Illichevega pisanja medicina bistveno bolj institucionalizirana in je imela drugačno strukturno družbeno moč kot danes, medtem ko so se družbena gibanja in organizacije pacientov, ki so se sami aktivno zavzemali za medikalizacijo in uveljavitev posameznih bolezni, bistveno razširile šele kasneje. Družbene pobude k medikalizaciji so bile odziv na družbene prednosti medikalizacije. Čim je medicinska diagnoza za posameznika pomenila korist (destigmatizacijo, bolezensko vlogo ali privilegije), so pobude za medikalizacijo določenih stanj ali vedenj razumljivo začele prihajati tudi s strani različnih družbenih skupin in gibanj oz. laične družbe, ne le s strani medicinske stroke. Illichevo delo gre zato brati v kontekstu njegovega družbenega časa, ter skozenj brati predvsem genealogijo procesa same medikalizacije in porasta družbene moči medicine.

Illichev radikalni proti-modernistični pristop, ki je bil del njegove širše kritike industrijske družbe in njenih institucij, mu je po mojem omogočal, da je odprl temeljna vprašanja sodobne medicine in družbene medikalizacije na način, ki je še danes relevanten in ponuja uporaben konceptualni aparat. Nekaj Illichevih misli je bilo naravnost vizionarskih in ostajajo relevantne danes. Bil je med prvimi, ki je opozoril na posledice naraščajoče moči farmacevtske industrije, ki jo je medicinska profesija navdušeno (in nekritično) podpirala.²⁹ Problematiko in razširjenost klinične iatrogenoze danes priznava sama medicinska stroka. Socialna iatrogeneza – proliferacija vsakdanjih stanj kot bolezni in motenj, ki jih je treba zdraviti – je danes osrednja tema družbenih razprav medikalizacije, z njo povezana Illicheva kritika diagnoz, ki zavrača avtonomnost »samoopredelitve«, pa je bolj referenčna kot veliko današnjih. Genetski izbor

²⁹ Toda Illich za porast rabe in zlorabe prepisanih zdravil ni krivil farmacevtske industrije (kar se mu je zdelo enako zgrešeno kot kriviti mafijo za odvisnost od drog), pač pa družbeno ideologijo diktata zdravja, zahtevo »industrializiranega človeka« po spreminjanju vseh človeških stanj in njegovo pričakovanje, da lahko vse *kupi*. Po Illichevo je jemanje zdravil, iz kakršnega koli razloga že, za človeka vsaj neka možnost, da izvaja nadzor nad seboj in lastnim telesom, namesto da bi to dovolil drugim, toda s tem zmanjšuje lastno sposobnost, da bi obvladoval telo, za kakršnega bi še lahko skrbel (1976, str. 44-49).

posameznikov, ki ne spadajo v medicinsko-tehnološki stroj industrializacije (kapitalizma), je videl kot »logični naslednji korak medicinsko-družbenega nadzora« (Illich, 1976, str. 161), s čimer je zarisal temo biotehnoloških človeških izboljšav, ki je aktualna danes.

Humanistični vidik njegove kritike medikalizacije je prav tako aktualen. Menim, da je Illich v tej imanentni želji sodobne medicine, da bi ne samo pozdravila bolezni (ki jih po njegovem tako sama proizvaja), pač pa izbrisala vso bolečino in trpljenje (uničenje človeške sposobnosti za trpljenje pa je torej poimenoval kulturna iatrogeneza), nakazal na spremembe družbene medikalizacije, ki smo jim priča danes, od premika fokusa sodobne medicine iz bolezni na ideologijo »zdravja«, do sodobne ideje »človeških izboljšav«. Ta zajema ideal (le na videz) vsem dostopne človeške sreče in odsotnosti trpljenja, ki ga je Illich naznačeval kot ključno ambicijo sodobne medicine. Njegova ključna – in glede na sodobno ideologijo zdravja zelo sodobna – teza je, da tehnološki hubris družbo vodi k zanikovanju in zabrisovanju meja človeškosti, s tem pa prepričanju, da lahko izbrišemo vse človeško trpljenje ter zagotovimo trajno srečo, to nerazumno pričakovanje pa plačujemo z lastno avtonomnostjo in dostojanstvom. Opozoril je, da je sodobna medicina rezultat kapitalistične proizvodnje dobrin in ga zgolj legitimira; je birokratski program, v kateri pacient kot posameznik postane tehnološki produkt, ki se mu odreka potreba, da se sam smiselno sooča z bolečino, boleznijo in smrtjo. Illich je trdil, da si je moderna medicina za svoj cilj zadala, da te pojave izbriše, toda po Illichevo so del človeške resničnosti, s katerimi se moramo naučiti soočati. V ospredje je postavil človeško potrebo po osmišljenem življenju – ki ni nujno vselej tudi življenje brez bolečine, smrti in trpljenja. Prav v sposobnosti za soočanje s temi dejstvi je Illich videl zdravje. »Zdravje« je po Illichevo vsakdanja beseda, ki označuje, s kakšno intenzivnostjo (močjo in v kakšnem obsegu) so se posamezniki sposobni soočati s svojim notranjim stanjem in z okoljskimi razmerami: »Pri homo sapiensu je 'zdrav' pridevnik, ki označuje etična in politična dejanja« (Illich, 1976, str. 7). Enako pomembne so politične implikacije njegovih misli o družbeni vlogi medicine. Zaradi medicinske kolonizacije posameznik nima možnosti pobega iz (kapitalističnega) sistema nikamor drugam kot pod medicinski nadzor, s tam pa sta refleksija sistema in politični boj nemogoča, saj ima medicina ravno legitimizacijsko funkcijo tega sistema. V družbi tveganja oziroma tekoči moderni se sta se tako nadzor s pomočjo medikalizacije kot posledična izguba politične moči, kot bom prikazala kasneje, ne le radikalizirala, pač pa postala dosti težje opredeljiva – tekoča.

4.3.3 *Stigma in premeščanje odgovornosti: antipsihiatrična kritika medicinskega nadzora*

Od 1950. do 1970. let sta bila v družboslovju najbolj jasna in največkrat analizirana primera medicinskega nadzora družbe psihiatrija in javno zdravstvo, družbenonadzorno vlogo psihiatrije pri duševnih boleznih, še zlasti v kontekstu institucionalizacije, pa so tematizirali številni avtorji. O družbenem nadzoru medicine so govorili predvsem v antipsihiatriji, gibanju, ki je psihiatrijo pojasnjeval kot prisilni instrument zatiranja.³⁰ Antipsihiatrično gibanje lahko umestimo med kontrakulturna gibanja 1960. let ter ima več razsežnosti in ozadij (ključne zgodovinske elemente povzemam po Rissmiller in Rissmiller, 2006, str. 863-866; ter Berlim in drugi, 2003, str. 61–67).³¹

V 1960. so je nekaj prominentnih psihiatrov iz različnih držav, med katerimi so David Cooper, R.D. Laing, Theodore Lidz in Thomas Szasz³² (ki so vsi postali tudi razvpite, na neki način celo kultne javne osebnosti), vsak na svoj način začelo izpostavljati problematiko psihiatričnega nadzora oseb, ki odstopajo od družbenih norm (za družbo deviantnih, odklonskih oseb) ter kritiziralo totalne institucije. Antipsihiatričnemu gibanju, ki se je razmahnilo med različnimi skupinami, so teoretsko pot utrli številni drugi teoretiki, med njimi Jacques Lacan in Erich Fromm, ki sta psihiatrijo analizirala s sekularne, humanistične perspektive, ter Michel Foucault (Rojstvo klinike, Zgodovina norosti v času klasicizma), na gibanje pa je ključno vplivalo tudi delo sociologa Ervinga Goffmana, ki je v tistem obdobju izdal temeljni deli o totalnih institucijah in stigmati, Azili, ki je izšlo leta 1961, eseje o družbenem položaju duševnih bolnikov, in Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete (1963/2008).

³⁰ Izraz antipsihiatrija je kot krovni izraz za gibanje, ki je bilo v 1960. letih že dodobra razvejano, leta 1967 prvi zapisal južnoafriški psihiater in teoretik David Graham Cooper v delu *Psychiatry and Anti-psychiatry* (Psihiatrija in antipsihiatrija). Cooper je napisal tudi uvod v Foucaultovo delo *Norost in civilizacija*, ki se je začel z besedami »Norost je v našem času postala neke vrste resnica« (Narsallah, 2011, str. 4). Thomas Szasz je po drugi strani Cooperju očital, da samega izraza »antipsihiatrija« v svojem delu še definiral ni (Szasz, 2008, str. 316).

³¹ Korenine antipsihiatričnega gibanja gre iskati v psihiatričnem boju v zgodnjih 1950. letih, ko se je že vladal globok razkol freudovsko strujo psihoanalitičnih psihiatrov, ki so v tistem obdobju izgubljali svoj desetletja neogroženi primat, in psihiatri novega, danes dominantnega, biološko-fizičnega modela, ki so s kirurškimi in farmakološkimi metodami dosegali uspehe, ter psihoanalitičnim psihiatom očitali neučinkovitost, stroškovno neracionalnost, predvsem pa neznanstvenost.

³² Velja omeniti, da se sam Thomas Szasz ni smatral za avtorja antipsihiatrije, nasprotno, trdil je, da njegovo pisanje ne spada niti v psihiatrijo niti v antipsihiatrijo. Kot piše v svojem delu *Antipsychiatry – Quackery Squared* (*Antipsihiatrija – Mazaštvo na kvadrat*, op.p.): »V poznih 1960. letih je skupina psihiatrov, ki sta jo vodila David Cooper (1931-86) in Donald D. Laing (1927-89) začela kritizirati konvencionalno psihiatrijo, še zlasti somatske obravnave. Namesto, da bi zagovarjala ukinitvev institucionalne psihiatrije, sta jo želela zamenjati z lastno blagovno znamko, ki sta jo poimenovala 'anti-psihiatrija', in s tem nase pritegnila pozornost. /.../ V *Psychiatry. The Science of Lies /Psihiatrija. Znanost laži*, sem pokazal, da je psihiatrija – imitacija medicine – oblika mazaštva. V tej knjigi skušam pokazati, da je antipsihiatrija – alternativna oblika psihiatrije – mazaštvo na kvadrat. /.../« (Szasz, 2009, str. viii-ix).

Antipsihiatrično gibanje se je naslanjalo na širšo kritiko sodobne zahodne družbe kot opresivne in avtoritarne strukture, zato je bilo izjemno radikalno in obsežno, pri čemer je sama kritika psihiatrije in duševnih bolezni včasih začela zavzemati sekundarno mesto. Fokus psihiatrov in teoretikov, ki so kritizirali psihiatrijo in medikalizacijo, je bil različen, zato lahko govorimo zgolj o ohlapni koaliciji in krovnem terminu, ne o nekakšnem usmerjenem gibanju.³³ Kljub vsemu pa je bilo dovolj skupnih točk. Ključne, vsaj gledano s sodobne perspektive, so bile: 1. kritika institucionalizacije oz. represivnega značaja psihiatričnih institucij: pravnega privilegija psihiatrov, da zadržujejo in obravnavajo posameznike z duševnimi motnjami, kar je antipsihiatrično gibanje razumelo kot patologizacijo in medikalizacijo odklonskih posameznikov in skupin; 2. kritika biološkega psihiatričnega modela bolezni ter s tem naraščajoče obravnave in medikalizacije norosti, reaktivno antipsihiatrično opozarjanje na družbene vidike duševnih bolezni, 3. v skrajni obliki zanikanje samega biološkega obstoja duševnih bolezni.

4.3.3.1 Epistemološki premik pri obravnavi duševnih bolezni: od strukturne okvare k funkcionalni (Thomas Szasz)

Med psihiatri, ki jih prištevajo v okvir antipsihiatričnega gibanja, se je epistemoloških vprašanj duševne bolezni najbolj radikalno lotil Thomas Szasz.³⁴ Laing sicer ni zanikal biološkega obstoja duševne bolezni, je pa duševno bolezen (sam se je ukvarjal predvsem s shizofrenijo) razumel kot normalno prilagoditev na nori svet, shizofreniki pa naj bi se delali nore, da bi se izognili družbenim obveznostim (kasneje je to spremenil v trditev, da shizofrenijo povzroča motena družina, ki viktimizira svoje člane). Poudarjal je denimo, da je npr. shizofrenija

³³ Kot pišejo Berlin, Fleck in Shorter (2003, str. 62), »ne smemo precenjevati obsega organiziranosti antipsihiatričnega gibanja. V resničnosti je bilo komaj organizirano, predvsem zato, ker so bili tako imenovani antipsihiatri tako raznolika skupina posameznikov, ki niso imeli drug z drugim skupnega skoraj nič drugega kot to, da so bili vsi, iz različnih razlogov, globoko kritični do psihiatrije in njenih strokovnjakov«.

³⁴ Cooper in Laing sta bila manj teoretika duševne bolezni, sploh Laing, ki je pisal v načrtno poljudnem slogu in se je posvečal medosebnim in družbeno-relacijskim vprašanjem. Bolj naj bi ju zanimala praksa, kot jima je očital tudi Szasz, ki se je vso svojo kariero distanciral od gibanja antipsihiatrije. Szaszevo distanciranje od antipsihiatričnega gibanja in tudi osebno kritiko Lainga (katerega osebnost in delo je kritiziral v Quackery Squared, 2009) gre razumeti tudi v luči Laingovih ekscentričnih vedenj in dejanj, ter propadlih radikalnih dezinstitutionalizacijskih eksperimentov, kot je bila Laingova komuna, ki jo je ta ustanovil in poimenoval po skupnostnem centru Kingsley Hall v Londonu, in ki naj bi bil nekakšen model neomejujoče terapije brez zdravil za ljudi z resno shizofrenijo, vendar se je povsem izrodil (vsaj s sodobne perspektive gledano) in v petih letih propadel. »Laingova slava je tesno povezana s komuno, ki jo je ustanovil in poimenoval po skupnostnem centru Kingsley Hall, ki naj bi bil 'model neomejevalne terapije brez zdravil za ljudi z resno shizofrenijo ... V petih letih /.../ je bil zapuščen in v njem več ni bilo mogoče živeti. /.../ Ustvarjalci antipsihiatrije so bili bolj akterji kot misleci, bolj jih je zanimala praksa kot artikulacija antipsihiatrične teroije /.../ V mojih očeh je bila to arogantna in neumna politika /.../. Bila je znak, da Laing in njegova skupina želijo zamenjati obstoječe psihiatrične vladarje z novo antipsihiatrično gardo. Antipsihiatrov ne zanima pomoč 'duševnim bolnikom'/.../, zato je razmislek o pravnih, moralnih in ekonomskih vidikih psihiatrične in antipsihiatrične prakse povsem odsoten iz njihovega pisanja« (Szasz, 2009, str. 37-38).

»družbeno dejanje, to družbeno dejanje pa je politično dejanje« (Laing, 1967, str. 121).³⁵ Toda Laing ni razvil konsistentne teorije duševne bolezni ali konsistentne kritike biološkega modela in njegovih idej tudi zato tu ne analiziram.

Thomas Szasz se je po drugi strani kritike koncepta duševne bolezni lotil z več perspektiv, od semiotične do zgodovinske in družbene, pri čemer je vpeljal nekaj pomembnih kritik medikalizacije. Szasz je izhajal iz svojega nezadovoljstva nad poplavo tedanjih družbenih, še zlasti medijskih, diskurzov o naraščanju duševnih bolezni, ki naj bi tedaj v ZDA postajale »zdravstveni problem številka ena« (Szasz, 2009, str. xiv), vendar to, kaj je duševna bolezen, in niti, kaj psihiatri sploh počno, po njegovem ni bilo zadovoljivo opredeljeno. Njegovo stališče do duševne bolezni je sicer očitno iz že naslova njegovega ključnega dela *The Myth of Mental Illness*, ki ga je izdal leta 1961 (Mit o duševni bolezni, op.p., 1974), v kateri je trdil, da so duševne bolezni metafora za probleme človeškega življenja in niso resnične v enakem smislu, kot so lahko resnične nekatere druge telesne bolezni.³⁶ Telesne bolezni so torej »resnične in dobesečne«, duševne bolezni pa so »'pretihotapljene' ali metaforične bolezni« (Szasz, 1974, str. 34). Z argumentom, da danes ni več mogoče trditi, da tega, čemur rečemo duševne bolezni (danes je izraz bolezen večinoma zamenjal izraz motnja), ne spremljajo fiziološke oziroma nevrološke spremembe, je Szaszevo pisanje v sodobni medicini ali psihiatriji zreducirano kvečjemu v opombo pod robom, v družboslovju pa prevladuje poenostavljeno citiranje njegove naslovne misli o »duševni bolezni kot mitu«.

Zaradi citiranja Szaszeve »metafore o metafori« se je izgubila argumentacija njegovih analiz. Leta 1974 so bili Szaszevi podrobni argumenti o tem, zakaj duševna bolezen nima istega statusa kot fizična, identični, kot jih je v svoji argumentaciji za uvedbo koncepta motnje v zadnji izdaji svojega *Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj* uporabilo Ameriško psihiatrično združenje leta 2013 (APA, 2013): duševna bolezen je opredeljena funkcionalno, po okvari funkcije, ne strukturno, po okvari fizične strukture, kot je to pri fizičnih boleznih (strukturne/nevrološke/biološke povezave pa išče šele retrogradno). Ker je Szasz, prvič, opredelil epistemološki premik pri konceptualizaciji duševne bolezni, si velja ogledati njegove

³⁵ Pri nas je Laingova dela sprejela in vpeljevala Tanja Lamovec (npr. 1994), ki ji je bila blizu njegova relacijska teorija, iz katere je teoretsko razdeljevala empatični pristop do uporabnika psihiatrije.

³⁶ »Dolgo sem vztrajal, da so duševne bolezni pretihotapljene bolezni ('nebolezni'), in da so prisilni psihiatrični odnosi kot prisilno delo ('suženjstvo') ali prisilni spolni odnosi ('posilstvo'), in večino svojega dela kritiziral koncept duševne bolezni...« (Szasz, 2009, str. ix).

argumente, ne le končno izpeljavo. Drugič, za poznejše teoretske razprave o medikalizaciji je pomembna njegova analiza začetka prikritega procesa premeščanja odgovornosti za družbeno korelirana bolezenska stanja z družbe na posameznika (individualizacija bremen in odgovornosti), kar so pozneje podrobno tematizirali analitiki pozno moderne družbe (Beck, Bauman, Giddens). Tretjič, pomembna je njegova analiza sprememb razmerja med pacientom in zdravnikom.

Szasz (1974) pravi, da je do sredine 19. stoletja bolezen pomenila telesno okvaro, katere tipična manifestacija je bila sprememba telesne strukture, zdravniki pa so bolezen od »nebolezni« lahko prepoznali prav po teh nenormalnih fizičnih spremembah. Anatomija in metode patologije so postale ključne za identifikacijo teh sprememb psiho-kemične celovitosti telesa. Moderna psihiatrija, pravi Szasz,³⁷ pa novih psihiatričnih bolezni (npr. shizofrenije ali psihoze) ni najprej identificirala po uveljavljenih metodah patologije, pač pa z ustvarjanjem novih meril, kaj predstavlja bolezen. Merilu telesne *strukture* je zdaj bilo dodano novo merilo spremembe telesne *funkcije*, in če so prej opazovali predvsem pacientovo telo, so zdaj opazovali predvsem pacientovo obnašanje. Funkcionalne bolezni so zato pristale v istem košu kot strukturne. Psihiatrija in nevrologija tako po njegovem nista sestrski znanosti, ki bi obe pripadali nadredni vrsti, ki se ji reče medicina. Pač pa je psihiatrija v meta odnosu do nevrologije in drugih vej medicine. Nevrologijo zanimajo določeni deli človeškega telesa in njihova funkcija kot predmeti sami na sebi, ne kot znak drugih predmetov. Psihiatrijo pa izrazito zanimajo znaki kot znaki – ne samo znaki kot stvari, ki kažejo na objekte, ki so realnejši in zanimivejši kot oni sami (prav tam, 47). Spremenila so se torej merila, kaj predstavlja bolezen – od fiziološko-kemijske spremembe telesa v nezmožnost in trpljenje osebe. To je metaforični pomen bolezni³⁸ (prav tam, str. 40). Szasz sklene, da so prej bolezni odkrivali, v moderni psihiatriji pa jih izumljajo (prav tam, str. 11-13). Na ta način so najprej počasi in nato v vse hitrejšem tempu v razred, ki se mu reče bolezen, lahko dodajali vedno nove člane.

³⁷ Szasz se v svojem delu hkrati loteva protiargumentov proti biološki in freudovski psihoanalitični struji psihiatrije, ki sta v še 1950. bili bitko za primat (*Myth* je napisal na začetku 1960. let). Precejšen del svoje analize tako posveča historiografiji histerije kot duševne bolezni. Po Szaszevo Freud ni odkril histerije kot duševne bolezni. Zgolj trdil in razširjal je, da morajo tako imenovani histeriki biti *razglašeni za bolne* (prav tam 37). Preden je na prizorišče medicinske zgodovine stopil Charcot in nanjo postavil histerijo, je bil človek bolan le, če je bilo nekaj narobe z njegovim telesom. Histerijo in depresijo so pozneje dodali k telesnim boleznim in poškodbam, kot so rak, srčni infarkt ali zlom kosti, toda ne zato, ker bi *odkrili*, da so to telesne bolezni.

³⁸ Szasz na tem mestu uporabi oba izraza, *disease* in (oz. ali) *illness* (1974, str. 40).

Biološke osnove duševnih bolezni je sodobna medicina začela iskati potem, ko so bile te bolezni klasificirane kot take in umeščene med fiziološke bolezni, torej retrogradno, in ne obratno, da bi iz neke zaznale fiziološke poškodbe možganov (npr. pri avtopsiji) začeli sklepati na psihozo ali histerijo. To pa je ključna informacija o genezi o sodobne medicinske nozologije (klasifikacije bolezni in motenj) na področju duševnosti, saj tu bolezen, semantično gledano, vstopi iz družbe v telo, in ne iz telesa v družbo. Tudi danes je pogosto dokazovanje bioloških osnov neke duševne bolezni retrogradno, torej za že identificirane bolezni ali motnje iščemo biološke osnove.

Szaszova ugotovitev o razširitvi psihiatrije na funkcionalne vidike duševnosti je pomembna, saj je ta omogočala širitev medikalizacije na različna prej normalna fiziološka stanja, ki so bila nenormalna v specifičnem družbenem kontekstu po svoji funkciji (npr. vedenje nemirnih otrok je bilo problematizirano in diagnosticirano šele v šolskem kontekstu, ker nekateri otroci niso bili sposobni slediti pouku enako zbrano in pozorno kot drugi). Obenem je metodo diagnosticiranja po funkciji sprejela tudi medicina, ne le psihiatrija. Povešene dojke, ki so po porodu ali menopavzi normalen pojav, so na primer lahko »ptoza« in dobijo diagnostično kodo 2015 MKB-9-CM – 611.81 (v Mednarodni klasifikaciji bolezni Svetovne znanstvene organizacije; MKB SZO, angl. ICD WHO), kadar se spremeni družbeno sprejeta funkcionalnost (npr. dojke v pretežno seksualni funkciji).

4.3.3.2 Družbena vloga (duševnega) bolnika: premeščanje odgovornosti

Drugi Szaszov argument govori o semantični moči diagnostičnih oznak. Szasz je želel v razpravo o (duševnih) boleznih, kjer je zdaj začela dominirati biologistično usmerjena psihiatrija, vrniti razmislek o političnih in moralnih ter tudi filozofskih razsežnostih, ki jih proces medicinskega diagnosticiranja inherentno vsebuje, saj je psihiatrija po njegovem kot proučevanje človeškega vedenja »intimno povezana tako z etiko kot politiko« (1974, str. 212).

Szasz koncept družbene vloge bolnika, ki ga je razdelal Parsons, razširi na duševne bolezni in umesti v teorijo iger ter se sprašuje, kaj pacient s tem, da pridobi diagnozo, pridobi ali izgubi, ter kaj s tem pridobi ali izgubi družba. Ter ali je ta proces še vedno jasen ali pa je prikrit. Analiza vprašanja označevanja med dogodkom in dejanjem, torej razlike med tem, ali se človeku nekaj zgodi ali pa to sam povzroči, je v Szaszovem delu ključna. Ta meja v psihiatriji Szaszovega časa po njegovem mnenju ni bila jasna. Kot vemo, je Szasz sicer strogo ločeval telesno od duševnega, torej »psihokemične motnje telesa« (npr. rak črevesja, ki ga vidimo kot nekaj, kar

se človeku zgodi) od duševnih bolezni ali psihiatričnih motenj (npr. kompulzivnega umivanja rok, kar lahko vidimo kot nekaj, kar človek počne), kar je v času vzpona nevroznanosti postala neučinkovita konceptualna ločitev (vsakemu človeškemu vedenju ali doživljanju bo slej ko prej mogoče določiti vsaj nevrološko osnovo). Toda ob tem je opozoril tudi na družbeno dimenzijo pripisovanja pasivne ali aktivne vloge človeka pri bolezni in povedal, da ta meja označevanja med dogodkom in dejanjem včasih ni jasna. Ljudje so v resnici lahko žrtve okoliščin ali pa ne; ugodne okoliščine in življenjski stil oblikujejo usodo človeka – in temu vselej pripisujemo moralno oziroma etično vrednost (prav tam, str. 55). Vztrajanje na trpljenju kot bolezni, na primer, prikriva moralne in politične implikacije (prav tam, str. 24-25):

Pri tem, da vztrajamo, da je nesrečna ali trpeča oseba bolna, in da je bolna na povsem enak način, kot nekdo, ki ima raka, se na prvi pogled lahko zdi, da je to humano in dobronamerno, kajti osebi podeli neko dostojanstvo, saj trpi za resnično boleznijo, nad katero nima nadzora. /.../ Toda k temu je pripeta skrita utež, ki trpečega potegne v enak spor, iz katerega ga je ta semantična in družbena prekvalifikacija skušala rešiti. Posameznika, ki ima težave v življenju ali je ohromljen od njih, označevanje kot 'duševno bolnega' zgolj ovira in zavlačuje prepoznavanje v temelju moralne in politične narave pojava, s katerim se ukvarjajo psihiatri.

Pridevniki 'duševen', 'čustven' ali 'nevrotičen' so semantične kategorije, ki kodificirajo – in obenem prikrivajo – razlike med dvema razredoma nezmožnosti oziroma 'problemov' pri soočanju z življenjem. »Ločitev je postala bolezen, ker je označevala neuspeh zakona; samskost, ker je označevala nesposobnost poročiti se, biti brez otrok, ker je to označevalo neuspeh pri prevzemanju starševske vloge. Vse to so danes duševne bolezni ali simptomi teh bolezni.« (1974, str. 41). »Skušnjava, da bi vse medicinske intervencije sprejeli kot oblike terapije, ali pa jih zavrnilo kot oblike družbenega nadzora, se moramo čvrsto upreti« (2013, str. 69). Namesto tega, predlaga Szasz, je potrebno inteligentno in iskreno opisati, kaj zdravniki počno, da bi ozdravili bolne, in kaj, da nadzorujejo deviantne.

Kaj to pomeni? Po njegovem si tako imenovane duševne bolezni s telesnimi boleznimi delijo le eno ključno lastnost: trpeča oziroma »bolna« oseba je, ali pa to trdi, bolj ali manj nezmožna opravljati določene dejavnosti. Z analogijo primera sovjetske medicine (kjer je družbeno razvrednotena medicinska profesija delila diagnoze le še z namenom podeljevanja socialnih vlog) in ameriškega socialnega dela je opozoril, da, prvič, zdravnik s tem postaja »neke vrste 'socialni delavec'« (prav tam, str. 65). Drugič, in še pomembneje, pa to pomeni, da diagnoza posamezniku omogoča bolezensko vlogo – po Parsons, da je opravičen neopravljanja določenih nalog, brez moralnih ali kazenskih posledic, ki bi sicer sledile. Vendar je ta funkcija prikrita, toda »če posameznik ali skupina želi delovati v imenu in interesu revnih« (v smislu,

da jih ekskulpabilizira, oprosti družbenih vlog, čeprav si to sami želijo), »potem je zaželeno, da je to jasno« (prav tam, str. 66). Posledično so, kot je opozoril Szasz, »možnosti tako za nagrado kot za kaznovanje javno uveljavljenih diagnoz tako rekoč neomejene.« (Szasz, 1974, str. 52).

Skratka, psihiatrija je z biologizacijo duševnih bolezni diagnosticiranim začela podeljevati socialno vlogo bolnika, torej jih ekskulpabilizirati moralnih in vrednostnih posledic diagnoze, kar je bilo zanje lahko pozitivno, vendar pa sama diagnoza te moralne in vrednostne opredelitve še vedno inherentno vsebuje (vsebuje presojo zaželenosti, odklonskosti). A ker medicina oziroma psihiatrija ta proces prikazujeta izključno kot večji humanizem (kar je glede na družbeni kontekst dejansko bil!), in ker je ta zakrit z biologizacijo, je prikrit, ni jasen, in zato ne more biti več predmet družbene razprave in kritike (razprave, kaj družba ali posameznik s tem pridobita ali izgubita) – kar pa omogoča neomejene možnosti za povsem nejasno prikrivanje inherentnih etičnih in moralnih presoj ter premeščanje odgovornosti. Szasz je bil tudi med prvimi, ki je opozoril, da »oboleznjenje« oziroma medikalizacija ne prihaja samo od zgoraj (od zdravnikov navzdol do pacientov, s prisilo), pač pa tudi od spodaj, »po lastni izbiri« (2013, str. 15), kar je mogoče pojasniti tudi z bolezensko vlogo in prednostmi, ki jih ta prinaša.

Obenem se je lotil finančnega vidika medikalizacije. Preprosto rečeno, če medicina razširja svoj mandat in povečuje svoj asortiman bolezni, ki jih je treba zdraviti, 1. kdo je za zdravljenje odgovoren, in 2. kdo to plačuje? Pri slednjem vprašanju je opozoril, da si revni predpisanega zdravljenja lahko tako ne bodo mogli privoščiti, čim pa bo v odnos pacient – psihiater vstopil »zavarovalniški aranžma« (prav tam, str. 55), pa bo to skoraj povsem onemogočalo odnos zaupnosti med dvema osebama. Szasz (ki je bil kljub kritiki Freuda in psihiatrije zagovornik psihoterapije v klinični praksi) je s tem po mojem imel v mislih širše vprašanje transformacije odnosa iz humanističnega v birokratskega. Zdravnik in pacient ne bosta več v človeškem odnosu, pač pa birokratska izvajalca družbeno-strukturno sprejete nozologije. Obenem je opozoril tudi, da ker ljudje v modernih družbah pričakujejo, da bo država poravnavala del stroškov, če ne vseh, za tisto, kar velja za »zdravstveno storitev«, ločnico med tem, kar naj se zdravi, in tem, kar naj se ne, postavljajo predvsem ekonomski in politični dejavniki, ne pa medicinski oziroma znanstveni preudarki (2013, str. 15).

4.3.3.3 Implikacije antipsihiatrije glede medikalizacije

Delo Szasza in drugi avtorjev, ki jih umeščajo v gibanje antipsihiatrije, je sicer pustilo odmeve v družboslovju, še posebej v znanostih, ki so obravnavale tim. totalne institucije in psihiatrijo

v družbenem kontekstu, manj pa je danes znan v sami psihiatriji oziroma medicini. Sama psihiatrija se antipsihiatričnega gibanja danes nerada spominja drugače kot neke vrste »intelektualno halitozo« (slab zadah).³⁹ Antipsihiatrično gibanje se je deloma naslanjalo na moč protestov in gibanj proti političnim, spolnim, rasnim in drugim neenakostim 1960. in 1970. let, in je bilo usahnilo skupaj z njimi. Uspešno je bilo predvsem v smislu ustvarjanja pritiska v smeri deinstitutionalizacije.⁴⁰ V ZDA je bil tem smislu odločilen Goffmanov vpliv. Če sta bila Laing in Szasz brana in vsak po svoje kulturna lika (Szasz bolj razvpit kot teoretik, Laing pa zaradi spornega kliničnega dela), pa nista imela neposrednega vpliva na psihiatre ali uradno ameriško politiko na področju zdravstva.

Sociolog Erving Goffman je po drugi strani državi zagotovil prepričljive dokaze za zapiranje velikega števila dragih bolnišnic, ob čemer se je država »lahko prepričevala, da deluje v najboljšem interesu pacientov«, čeprav je deinstitutionalizacija po nekaterih analizah paradokсно povečala stigmatizacijo duševnih bolezni zaradi nenadne in velikega povečanja duševno dezorientiranih in brezdomnih posameznikov (Berlim in drugi, 2003, str. 62). Znotraj medicine in psihiatrije je bila ta antipsihiatrična kritična ost sicer pozneje povsem asimilirana v dominantni medicinski model. Toda antipsihiatrično gibanje je vseeno uspešno opozorilo na več vidikov transformacije medikalizacije, ki so se v poznejših desetletjih stopnjevali.

V 1990. letih so tudi družbena gibanja vse bolj podpirala biomedicinski model duševnega zdravja (kot bolezni možganov) in zahtevala večjo obravnavo duševno bolnih pacientov. Obenem so akutni mentalno-zdravstveni problemi postali še bolj »mainstreamovski« (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 281), kar se je med drugim kazalo v povečevanju števila psihiatričnih enot v splošnih bolnišnicah. Psihiatrija pa se je hkrati še bolj radikalno usmerila v biomedicinski model,⁴¹ k njegovi popularizaciji pa je z družbene perspektive nedvomno

³⁹ Tako je pred nekaj leti zapisal uvodnik spletne revije *Current Psychiatry*: »V 1950. letih je desničarsko antipsihiatrično gibanje psihiatrijo videlo kot 'subverzivno, levičarsko, proti-ameriško in komunistično, ker je posameznika oropalo njegovih pravic. /.../ V 1960. letih /... / so vsi ti prominentni psihiatri trdili, da je psihoza 'razumljiva' metoda kot soočanja z 'bolno družbo'.« Nasrallah na tem mestu dodaja še opazko o Szaszu: »Thomas Szasz je prominenten psihiater, ki je duševno bolezen razglasil za mit. Spomnim se, kako sem se stresel, ko je med mojo rezidenco predaval na univerzi v Rochestru ter shizofrenijo razglasil za mit, ravno ko sem sprejel tri paciente s hudo, ohromljujočo obliko psihoze« (Nasrallah, 2011, str. 4-5). V zadnjem času se sicer da zaslediti nekaj neo-Szaszovskih konceptualizacij duševnih bolezni, npr. poglavje Hanne Pickard *Mental illness is indeed a myth* (Duševna bolezen je zares mit, op.p.; Broome in Bortolotti, 2009), kot tudi njegove kritike biološkega modela.

⁴⁰ Eno najradikalnejših oblik je deinstitutionalizacija dosegla v Italiji z zdravnikom Francom Basaglio, ki je leta 1974 ustanovil narodno zvezo, prežeto s antiinstitucionalnim modelom, ki jo je poimenoval »Psichiatria Democratica«, dve leti pozneje pa je parlamentarni odbor začel z reformo psihiatrične prakse (Berlim in drugi, 2003, str. 65-66).

⁴¹ V Evropi je izjema denimo Francija, kjer je psihiatrija zgodovinsko izrazito psihoanalitično naravnana.

prispeval ekonomski vidik – cenovna dostopnost farmakoloških pripravkov ob naraščanju diagnosticiranja, rast in vpliv farmakološke industrije, nefarmakološke tretmaje pa je psihiatrija začela prepuščati drugim institucijam (klinična psihologija, socialne službe).

4.3.4 Medicina kot družbeni nadzor (Irving Kenneth Zola)

Med pionirje proučevanja družbene medikalizacije sodi Irving Kenneth Zola (1967a; 1967b; 1972; 1983), ki je že v zgodnjih 1970. letih pisal o tem, da medicina postaja ključna institucija družbenega nadzora, ki izpodriva, če že ne vikorporira vase, tradicionalnejše institucije nadzora, kot sta religija in pravo. Njegov komentar iz zgodnjih 1970. let o naraščajoči medikalizaciji vsakdanjega življenja je presenetljivo aktualen in bi lahko opisoval tudi sodobne razmere (Zola, 1972, str. 487):

/Medicina/ Postaja novi repozitorij resnice, mesto, kjer domnevno moralno nevtralni in objektivni eksperti izrekajo absolutne in pogosto končne sodbe. In te sodbe niso izrečene s plemenitim namenom ali z namenom legitimnosti, pač pa v imenu zdravja. Še več, to se ne dogaja skozi politično moč, ki jo imajo zdravniki ali nanjo lahko vplivajo, pač pa je to prikrit in pogosto nedramatičen pojav, posledica 'medikaliziranja' večine vsakdanjega življenja, in sicer tako, da medicina ter oznaki 'zdravo' in 'bolno' postaneta relevantni za vse večji del človeškega obstoja.

Zola je kritiko družbeno-nadzorne vloge medicine in procesa medikalizacije, ki je bila pred tem omejena predvsem na področje psihiatrije ter tudi javno zdravstvo, tako razširil na medicino na splošno. Kritika psihiatrije je bila po njegovem preprosto napačno usmerjena, saj psihiatrija nikakor ni le »zlorabila« mandata medicine, kot so trdili nekateri zagovorniki antipsihiatrije, pač pa je zgolj – čeprav v hitrejšem tempu kot druga specializirana medicinska področja – sledila nekaterim temeljnim zahtevam in usmeritvam te profesije. Menil je, da razširjanje medicine v družbo ni posledica »profesionalnega imperializma«, in da zato ne gre analizirati morebitnih »napačnih človeških prizadevanj in motivov«, pač je trdil, da se je pri procesu medikalizacije treba spraševati o vzroku. Pojav je zato pojasnil z naraščajočo kompleksnostjo in birokratizacijo družbenega sistema, kar nas vodi do zanašanja na razne eksperte (prav tam).

Zola je analiziral štiri procese družbene medikalizacije (prav tam, str. 493-497):

1. razširjanje dometa medicinske prakse (razširitev simptomov telesa na simptome vsakdanjega življenja, človeških navad in preokupacij, kar s seboj prinese predpisane načine življenja in sankcije za neupoštevanje predpisov),

2. popoln nadzor nad določenimi tehničnimi postopki (tu Zola opozarja na družbene posledice predvsem kirurgije in predpisovanja medikamentov, ki posegajo v procese staranja, ter spolne in reproduktivne funkcije),
3. ohranjanje skoraj absolutnega dostopa do nekaterih področij, ki veljajo za tabu (zdravnik kot prva izbira za osebne in družbene probleme),
4. razširjanje tega, kaj v medicini šteje kot relevantno za »dobro življenje«.

Zola kot najpomembnejši proces označi prav slednjega, uporabo medicinske retorike in argumentov za utemeljevanje določenih stališč, saj vsako stališče, če ga izrazimo v idiomu medicinske znanosti, po njegovem s tem vsaj veliko pridobi, če ni s tem že v celoti podprto. Zola je pri tem procesu opozoril še na dejstvo, da se na medicinsko retoriko ne sklicuje le sama medicinska stroka, pač pa iz nje črpajo tudi laiki, politika, mediji, ekonomija ipd. Posledica medicinskega nadzora je po Zolajevem naslednja (prav tam, str. 497):

Zdi se, da domala vse, od spolnosti do hrane, od aspirinov do oblačil, od tega, kako vozimo avto ali surfamo, v določenih okoliščinah ali v kombinaciji z določenimi drugimi substancami ali aktivnostmi, ali če počnemo tega preveč ali premalo, lahko vodi k medicinskim problemom.

Zola analizira argument, da je naraščajoča medikalizacija »dobra«, češ da destigmatizira številne človeške in družbene probleme. Ta argument po njegovem leži na dveh kulturno-zgodovinskih slepih pegah. Prva je, da je odsotnost fizičnih kazni in omejitev samo pozitivna, četudi je najučinkovitejše »pranje možganov« psihološko, kar pomeni, da zamenjava nehumanega postopka z medicinskim ne pomeni nujno, da bo ta nadomestek izključno pozitiven. Druga je vprašanje odgovornosti, saj je bil največji učinek medicinskega modela prav odstranitev moralnega obsojanja posameznika. Zola meni, da čeprav to verjetno drži, pa je bilo to obsojanje samo *premeščeno*. Človek ni več nemoralen, ker je bolan oziroma je zbolel, toda njegov moralni karakter se kaže v tem, kaj glede svoje bolezni potem *ukrene*. Če oznaka »bolezni« zdaj označuje zmanjšano odgovornost, pa Zola opozarja, da se je vprašanje »osebne odgovornosti« pojavilo znotraj same medicine, moralna presoja in individualna odgovornost torej nista odpravljeni, temveč samo premeščeni drugam (prav tam, str. 489-490).

Ko zdravje postane v družbi ključna vrednota in ko ima diagnosticiranje in obravnavo zdravja v svojih rokah le določena skupina, to pomeni, da ima ta skupina izjemno velik nadzor in vpliv nad tem, kako si mora družba prizadevati za to ključno vrednoto. Zola zato opozarja na inherentni politični boj, ki poteka v okviru medikalizacije, kajti oznaki bolezni in zdravja

depolitizirata problem: ko ga umestita v posameznika, o izvoru in načinu obravnave problema ni več mogoče razpravljati. Načelna ali moralna vprašanja o posameznikovi svobodi nad lastnim telesom so potisnjena na stran. Zola sklene, da pri njegovi kritiki ne gre za napad na medicino, pač pa za analizo konca 20. stoletja, kajti medicina je zanj »primer par excellence sodobne identitetne krize« – tega, kaj človek je in kaj postaja (prav tam, str. 502):

To je bojno polje, toda ne, ker bi obstajale vidne grožnje in zatiralci, pač pa ker so ti skoraj nevidni; ne zato, ker bi medicinski pogled, medicinska orodja ali izvajalci medicinskih praks in njim pomožne profesije bili zli, pač pa prav zato, ker niso. To je tako strašljivo ravno zato, ker vključuje neprijetne elemente banalnosti zla, o katerih je pisala Hannah Arendt. Toda tu je nevarnost še večja, kajti ne le, da je proces zamaskiran kot tehničen, znanstven, objektivni, pač pa, da poteka v naše dobro.

4.3.5 Medikalizacija odklonskega vedenja (Peter Conrad, Joseph W. Schneider)

Med najbolj poznane analitike in kritike družbene medikalizacije ter vloge medicine kot družbenega nadzora sodi Peter Conrad.⁴² V danes klasični študiji je skupaj z Josephom W. Schneiderjem leta 1980 predstavil zgodovinsko analizo odklonskosti in medikalizacije (Conrad in Schneider 1980/1992). V njej sta avtorja analizirala postopno družbeno preobrazbo oznak odklonskosti iz »zlega, slabega« (»badness«) v »bolezen« (»sickness«), torej iz moralnih (in/ali verskih) kategorij v medicinske, ter postavila tezo, da je medicina, še zlasti psihiatrija, zamenjala religijo kot najbolj vplivna zunaj-pravna institucija družbenega nadzora.

Medicinsko ideologijo Conrad in Schneider (1980/1992, str. 245) opredeljujeta kot obliko družbenega nadzora, ki različna vedenja in stanja definira kot bolezni prvenstveno zaradi družbenih in ideoloških prednosti oziroma koristi ali za posameznika ali za celotno družbo (ali oboje), ki jo s seboj prinese konceptualizacija v medicinskih terminih, ki lahko izpolni osebne ali individualne potrebe (npr skrb, pozornost), legitimira osebni neuspeh, ali pa odstrani krivdo ter prepreči obsojanje deviantnega obnašanja. Jesse Pitts, eden prvih sociologov, ki je leta konec 1960. let tematiziral medikalizacijo odklonskosti, je že tedaj napovedal, da bo medicina zaradi svoje izjemne učinkovitosti v vlogi družbenega nadzora nujno postala temeljna oblika formalnega družbenega nadzora (Pitts, 1968, str. 391, v Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 245). Družbene posledice medikalizacije odklonskosti – opredelitve določenih vedenj kot medicinskega problema – je po njunem mogoče analizirati ločeno od veljavnosti specifičnih medicinskih diagnoz, učinkovitosti režimov ali individualnih posledic.

⁴² Conrad se je posebej ukvarjal tudi z medikalizacijo otroštva, njegova doktorska disertacija pa je bila na temo medikalizacije hiperaktivnih otrok z observacijsko študijo (Conrad, 1976).

Conrad in Schneider sta delo napisala v času, ko je bil družbeni nadzor še razmeroma odkrito normativen in preskriptiven. Medicinski družbeni nadzor sta opredelila kot načine, s katerimi medicina (namerno ali ne) zagotavlja skladnost z družbenimi normami, konkretnije, uporabo medicinskih sredstev za minimalizacijo, odpravljanje ali normalizacijo odklonskega vedenja. Medicinski družbeni nadzor odklonskega vedenja ima navadno obliko medicinske intervencije, poskuse modificiranja odklonskega vedenja z medicinskimi sredstvi v imenu zdravja. V študiji sta poudarjala, da ne gre za spremembo samih vedenj in stanj, kot so norost, alkoholizem, odvisnost od drog, delikventnost, hiperaktivnost in, tudi, homoseksualnost, pač pa za spremembo *oznake* teh vedenj. Večina vedenj in stanj, ki jih obravnavata, je bila opredeljena kot deviantna, odklonska, že pred vznikom medicinskih definicij.

Medikalizacije ne opredeljujeta kot »to, kar zdravniki počno in nadzorujejo« na ravni interakcij med pacientom in zdravnikom, pač pa jo opredeljujeta v prvi vrsti kot definicijski pojav, torej gre pri medikalizaciji po njunem za to, kako je neki problem kolektivno opredeljen, kdo ga opredeljuje in s kakšnimi posledicami. Njuna teza o medikalizaciji govori o tem, da gre za pri medikalizaciji za »kulturo, ustvarjanje in uporabo kategorij ter analizo procesa gradnje, akumulacije ali razgradnje obstoječih konceptov realnosti za proizvodnjo definicij, njihovo uporabo in posledice te uporabe« (pri medikalizaciji pa seveda za temu nasprotno procese) (prav tam, str. 278).

Pri tem opozarjata, da opredelitev medikalizacije kot definicijskega pojava, ki poteka na različnih ravneh, pomeni, da pri medikalizaciji ne gre nujno za neposredno interakcijo med zdravniki in pacienti; včasih so medicinski strokovnjaki le vratarji (»gatekeeperji«), ki ustvarijo opredelitev, ki jo potem obravnavajo druga prizorišča in arene,⁴³ prav tako pa medikalizacija ni proces »ali-ali«, pač pa jo je treba razumeti v smislu stopnje (na kar vplivajo različni dejavniki, od podpore medicinski profesiji, dostopnosti do medicinskih oz. kliničnih intervencij in obravnav, konkurenčnih nemedicinskih definicij ipd.). Zato koncept medikalizacije tudi ne pomeni nujno dejanskega izvajanja oziroma zagotavljanja medicinskih storitev, tretmajev,

⁴³ Ker je medicina uradni označevalec bolezenske vloge, lahko določena vedenja označi kot bolezenska (ter s tem osebo odstrani iz zavezujočih družbenih vlog ali pa jo izvzame iz konvencionalnih družbenih norm) tudi v sodelovanju z drugimi vedami, kar Conrad in Schneider (1980/1992) označujeta kot »sodelovalno vlogo« medicine. V tem smislu ima vlogo »vratarja« (»gatekeeper«) na številnih drugih področjih: pravo/zakonodaja (medicinska izvedenska mnenja), socialno področje (dokazila o invalidnosti ipd.), zavarovalništvo, še posebej odločilno vlogo pa odigra v tim. totalnih institucijah, kot so šola, vojska, zapori.

tehnologij in podobnega populaciji, ki spada pod medicinsko definicijo oziroma je medikalizirana. Primer je deinstitutionalizacija pacientov s težjimi psihičnimi boleznimi, ki pa potem zaradi različnih dejavnikov (družbeno-političnih), npr. ekonomskih dejavnikov na državni ali tistih na osebni ravni, ne prejemajo druge medicinske podpore, niti medikamentozne. Deinstitutionalizacija torej ne pomeni nujno, da duševna bolezen ni več opredeljena kot taka.

Opredelila sta tri večje splošne oziroma »idealnotipske« oblike medicinskega družbenega nadzora odklonskosti, ki se sicer med seboj pogosto prepletajo oziroma kombinirajo. Na najabstraktnejši ravni gre za sprejemanje medicinske perspektive kot dominantne opredelitve določenih pojavov, na konkretniji pa kot 1. medicinsko tehnologijo (uporabo farmacevtskih ali kirurških tehnologij za nadzor odklonskosti), 2. medicinsko sodelovanje (preplet medicine in družbe, ki se pojavi, kadar so zdravniki za druge avtoritete vir informacij, institucionalni akterji ipd.) in 3. medicinsko ideologijo (ki različna vedenja in stanja opredeljuje kot bolezni, prvenstveno zaradi družbenih in ideoloških prednosti, ki jih prinese s seboj konceptualizacija v medicinskih terminih (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 241-260).

4.3.5.1 Individualizacija družbenih problemov in depolitizacija odklonskega vedenja

Conrad in Schneider (1980/1992, str. 250) sta opozarjala še na dva problematična vidika medikalizacije. Prvi je individualizacija družbenih problemov – iskanje individualnih odgovorov na kompleksna družbena vprašanja (kot del v širšega družbenega fenomena). Če medikalizacija s svojo bolezensko vlogo po eni strani s seboj prinese destigmatizacijo in dekulpabilizacijo nosilca bolezni, pa se mehanizem individualizacije družbenih problemov paradokсно sprevrže v proces kulpabilizacije, »krivljenja žrtve«, iskanja vzroka težave v posamezniku namesto kot endemične družbi. Medikalizacija želi spremeniti »žrtev« namesto družbe. Drugi je depolitizacija odklonskega vedenja. Ta je pogosto najbolj očitna z določene zgodovinske oddaljenosti – pri čemer kot primer navajata medikalizacijo političnih protestnikov in disidentov (v 1960. in 1970. letih v komunističnih državah, kot so bile Sovjetska zveza, Jugoslavija, Albanija ipd.), kjer sta diagnoza duševne bolezni in zapiranje v psihiatrične ustanove nevtralizirala politični protest. Po drugi strani pa, kadar medikalizacija odklonske prakse in vedenja dekriminalizira, to ne pomeni, da jih družba tudi ne sankcionira več, pač pa se lahko pojavijo zgolj drugačne, prikrite oblike sankcioniranja.

Conrad in Schneider zato menita, da kadar je neka odklonska praksa dekriminalizirana, a še vedno zanjo ni povračilnih ukrepov (ostaja opredeljena kot odklonska), to nujno pomeni, da bo nadzor nad to prakso prešel iz kazensko-pravnega sistema v medicinskega. (1980/1992, str. 254).⁴⁴ Proces dekarceracije (deinstitucionalizacije)⁴⁵ in dekriminalizacije sta po njunem potekala z roko v roki z medikalizacijo. Druga reakcija konservativnejših delov družbe na povečevanje medikalizacije (oziroma »liberalizacijo« in terapevtsko ideologijo pri obravnavi deviantnega vedenja), je reakcionarna zahteva po povečevanju kazenskih sankcij. Avtorja zato predlagata, da medikalizacijo gledamo kot družbeno politiko, saj je o teh temah nato možna javna razprava.

Conrad in Schneider (1980/1992, str. 275-76) sta v sklepni razpravi opredelila namige in hipoteze, ki so izhajale iz njune analize medikalizacije odklonskosti. Prva ugotovitev je bila, da se medikalizacija poveča, kadar je prejšnji sistem družbenega nadzora v krizi ali odpove. Drugič, kadar določena oblika odklonskosti postane prevladujoča v srednjem sloju⁴⁶, namesto le problem nižjega sloja, se možnost za medikalizacijo poveča. Zdi se, da je bila odklonskost zgodovinsko razumljena kot endemična za nižji sloj, toda kadar postane problem srednjega sloja, je verjetneje, da bo opredeljena kot bolezen.⁴⁷ In tretjič, medikalizacija se povečuje v neposrednem sorazmerju s svojo ekonomsko dobičkonosnostjo (z ustvarjanjem novih in dobičkonosnih trgov za vplivne medicinske industrije, profitabilnostjo za specializirane skupine medicinske stroke, in s posredno podporo korporativnih interesov celotnih sektorjev industrije).

4.3.6 Medicina in družbena moč

Na družbeno moč medicine je mogoče pogledati z različnih družboslovnih perspektiv. Parsonsov model bolezni in družbene vloge bolnika je pokazal, da medicinska diagnoza lahko legitimira širok diapazon človeških težav. Toda njegov model je funkcionalističen (Lupton,

⁴⁴ Kot zanimiv primer avtorja omenjata dekriminalizacijo splava, ki je vodila v popolno medikalizacijo. Predpostavljata, da bi dekriminalizacija hazarderstva ali prostitucije vodila v medikalizacijo, kar je za več evropskih držav držalo.

⁴⁵ Kot opozarja Flaker (1998, str. 157) pojem deinstitucionalizacija ne pomeni le odprave velikih represivnih ustanov, pač pa zajema družbeno gibanje, ki je prispevalo k premiku iz azila v skupnost, s tem pa zmanjšalo število hospitalizacij in tudi časa, ki ga posameznik preživi v ustanovi.

⁴⁶ Avtorja uporabljata izraza »middle class« in »lower class«, srednji in nižji razred, ki ga zaradi natančnega povzemanja puščam, čeprav ne ustreza več sodobnim opredelitvam družbenih struktur v postmoderni družbi.

⁴⁷ Avtorja na tem mestu kot primer dajeta alkoholizem, ki je začel biti obravnavan kot bolezen, ko je v 1960. postal izraziti problem srednjega sloja.

1994, str. 105-116), in za funkcionaliste je družbena moč (v tem primeru medicine) podeljena konsenzualno in tistim, ki so si jo s svojimi prispevki družbi zaslužili. Temelji na legitimni avtoriteti, in ne na prisili. Razlike v moči in družbena delitev so po tem pojmovanju nujni pojavi, so neproblematični in služijo družbenim interesom. Po tem modelu bolnik, razen tega, da mora poiskati pomoč, nima posebno aktivne vloge. Asimetrični odnos moči med bolnikom in pacientom je po Parsonsu nujen in zaželen.

Drugačen pogled na družbeno moč pa ponujajo družbenokritični pogledi, ki pravijo, da med zdravnikom in pacientom obstaja konflikt interesov. Tu je temelj medicinske moči poklicni nadzor, in ne inherentne ali družbeno cenjene veščine. Zdravniki imajo moč zaradi svojega profesionalnega statusa in avtonomije, ki jo ohranjajo z nadzorovanjem medicinske vednosti. Medicinska profesija je svojo moč deloma uspešno utemeljila na trditvah o znanstveni vrednosti svojega dela. Vstop v medicinsko prakso je strogo nadzorovan. Število kvalificiranih zdravnikov omejujejo stroga kvota vstopa na medicinske fakultete in strogi zakoni.

Foucaultovski koncept moči (Ule, 2003, str. 203; Lupton, 1994, str. 111-113) se sicer strinja s funkcionalizmom v tem, da je medicinska dominanca nujna, če naj zdravniki v odnosu z bolnikom izpolnijo pričakovanja obeh strani. Foucault meni, da je medicinska dominanca ali prevlada pravzaprav neustrezen termin, saj ni ne mogoče ne zaželeno govoriti o tem, kdo dominira koga oziroma kdo je podvržen. Moč je po tem modelu socialna organizacija, in ne represivna sila, ki bi težila k dominaciji. Kljub temu pa so implikacije tega modela zelo podobne tistim, ki so jih izpeljali družbenokritični analitiki. Čeprav torej disciplina ni rezultat kaznovanja ali represije, temveč se konformnost dosega na prostovoljen način, pa to še ne pomeni, da je odnos med zdravnikom in bolnikom kaj manj nadzorovalen ali pa da ima zato kaj manj spornih potez, ki so jih kritizirali družbenokritični analitiki.

Kot v svojem preglednem članku navajata avtorici Bell in Figert (2012), je bila večina družboslovnega proučevanja medikalizacije v ZDA v 1980. in 1990. letih pri proučevanju diagnostičnih kategorij, procesov stroke in družbenega nadzora odločno družbenokonstruktivistična, medtem ko so predvsem britanski sociologi medicine pogosto poudarjali tudi vidik strokovne dominance/prevlade in nadzora. Feministični pristopi v sociologiji medicine so v tem obdobju poudarjali edinstvene načine, na katere so ženska telesa bolj podvržena medikalizaciji kot moška, denimo pri rojevanju, predmenstrualnem sindromu in menopavzi, pozneje pa se je feministični fokus usmeril tudi onkraj polja reproduktivnosti.

Še kasneje pa so se pojavile analize, ki so se usmerjale tudi na medikalizacijo moških teles. V zadnjem času so se pojavile neofoucaultovske in postmoderne kritike medikalizacije, ki izpodrivajo standardne družbenokonstruktivistične poglede na medikalizacijo. Priznavanje ali sprejemanje »naravnega« ali »biofizičnega« dejstva bolezni je v foucaultovskih pogledih kritično ovrednoteno, če ne že ovrženo, medtem ko družbenokonstruktivistični možnost »biološkega dejstva« dopušča (Conrad, 2007, str. 13-14).

Čeprav je fokus obeh pogledov, družbenokonstruktivističnega in foucaultovskega, medicina kot dominantna institucija, ki je v zadnjega pol stoletja radikalno razširila svoj obseg in jurisdikcijo, pa se družbenokonstruktivistični pogled, kakršnega razvija denimo Conrad (2007), usmerja predvsem na ustvarjanje, razširjanje in uporabo medicinskih kategorij (ter tretmajev ali rešitev) pri človekovih problemih, foucaultovski pogled (ki ga razvijata Lupton, 1994, in Armstrong, 1995), bolj usmerja v analizo, kako so diskurzi medicine in zdravja postali osrednjega pomena za subjektivnost človeških življenj. Čeprav se tudi družbenokonstruktivistični pogled seveda zanima za družbeno-nadzorne vidike medikalizacije, pa slednje vidi kot nekaj, kar lahko vključuje, a načeloma sega onkraj diskurza in subjektivnosti. Medicinski pogled, diskurz in nadzorovanje so temeljni elementi tega procesa pri obeh pogledih, čeprav avtorji uporabljajo različen vokabular (Conrad, 2007).

4.4 Sodobni družbeni kontekst medikalizacije ter spremembe v konceptualizaciji zdravja in bolezni

Sodobne znanstvene (bio)medicine, njene avtoritete in dominantnega položaja ter njene vloge v sodobni družbi ne moremo razumeti zunaj specifičnega družbenega konteksta, na kar opozarja Mirjana Ule (2003): sodobne družbe negotovosti, ki jo je Beck leta 1986 označil kot družbo tveganja, Bauman pa leta 2000 kot tekočo moderno. Moderno zaznamujejo procesi »odčaranja« tradicionalnega sveta po Webbru oziroma družba tveganja po nemškem sociologu Ulrichu Becku (2001). Pod »odčaranjem« mislimo razpad tradicionalnih institucij, ki se odvija v procesu modernizacije, in ki jih zamenjujejo znanstveni, posvetni ter instrumentalni pogledi na svet in človeka. Gre za raztapljanje religioznih pogledov na svet in nastanek posvetne, profane kulture ter za vse spremembe, ki so jih ti procesi prinesli s seboj.

4.4.1 Zdravje kot nova ideologija, telo kot ikona, režim totalnega zdravja, transcendenca zdravja

V 19. stoletju je modernizacija izbrisala agrarni način življenja in odčarala religiozni pogled na svet in stanovske strukture ter obvladovala naravo in jo hkrati ignorirala, danes pa odčaranje meri na racionalistične in znanstvene procese, na življenjske oblike v mali družini in odnose med moškim in žensko (Beck, 2001, str. 9). Po Becku je za dobo modernizacije značilno, da tveganj, ki se pojavljajo v družbi, ni več mogoče omejiti lokalno in na specifične skupine. Proizvodnja bogastva je v pozni moderni močno povezana s proizvodnjo tveganj. Če v industrijski družbi proizvodnja bogastva še obvladuje proizvodnjo tveganj, pa se v razvitejši moderni to razmerje obrne. Ogroženosti živali, rastlin in ljudi v razviti moderni ni mogoče več spregledati, s tem pa se razvija tudi zavest o tem, da segajo preko nacionalnih meja in razredne delitve. Na mesto vprašanja razvoja in uporabe tehnologij vedno bolj stopa vprašanje političnega in znanstvenega ravnanja s tveganji tehnologij.

Tveganja sicer niso novost, vendar osebna tveganja, s katerimi so se ljudje srečevali poprej, niso dosegla globalne ogroženosti, ki sledi modernizaciji. Prav tako se spremeni sistem družbene neenakosti, saj nova tveganja prej ali slej prizadenejo tiste, ki so jih proizvedli. Pojavljajo se nove družbene neenakosti: na mednarodni ravni se tako razredni kot tvegani položaji prekrivajo (tvegane industrije se selijo v dežele z nizkimi mezdami, saj tu materialna beda predstavlja slepilo pred nevidnimi tveganji) (Beck, 2001, str. 27-28). Vsi ti procesi in pojavi v ljudeh zbujejo občutek velike negotovosti.

Negotovost pa povzroča tudi izjemno povečanje različnih življenjskih alternativ, ki je značilno za moderno in jo je s seboj prineslo »odčaranje« tradicionalnega sveta (po Weberu) oziroma razpad različnih vrst tradicij: rodovnih, fevdalnih, stanovskih, mitično-religioznih in drugih. Medtem ko se je dalo v tradicionalnih družbah življenjsko pot večine ljudi zlahka predvideti, pa moderna posamezniku, celo tistemu iz nižjih družbenih slojev, vsaj na videz ponuja številne možnosti, izbire in smeri delovanja. V moderni posameznik ali posameznica življenje zato doživljata »kot 'priložnost', ki se ponuja in ki jo mora izkoristiti« (Ule, 2003, str. 20). Moderna uvaja nove oblike življenja, ki od ljudi terjajo »sprotno in splošno refleksijo lastnega početja, doživljanja in razmišljanja« (prav tam, str. 19). Toda čeprav smo z moderno pridobili neodvisnost od družbenih pritiskov in tradicionalnih avtoritet, pa je bilo za to potrebno plačati davek: povečano število možnosti pri ustvarjanju lastne biografije namreč po drugi strani pomeni tudi večjo možnost napačne izbire in občutke velike negotovosti, ki se ljudem ob tem

porajajo. Obenem se ljudje ob odsotnosti nevprašljive tradicije, kakršna je obstaja poprej, v svetu počutijo oropane in zapuščene.

Raziskovalci v zadnjem obdobju zato ugotavljajo velik preobrat v vrednostnih orientacijah ljudi v sodobnih družbah, ki jih zaznamuje umik v zasebnost, sebe, varnost. Ogroženost in negotovost sodobnega sveta sta povzročila, da si sodobni človek za svoje ikone izbira telo, varnost, predvsem pa zdravje. Raziskave kažejo, da ljudje zdravje kot vrednoto postavljajo na prvo mesto ne le po svetu, pač pa tudi pri nas. Na to, da je zdravje v družbi postalo ključna vrednota, je opozarjal že Zola (1972). V sodobni družbi je zdravje postalo nova ideologija sodobnega sveta, ki »nadomešča religijo in vero v odrešenje« (Ule, 2003, str. 42). Zdi se, da so se ljudje, ki ne morejo obvladovati zunanjih družbenih tveganj, obrnili v obvladovanje telesa, v samonadzor, samodisciplino in samoobvladovanje. V vse bolj negotovem svetu, v katerem se povečuje številno možnih življenjskih alternativ in s tem tudi možnost napačne izbire, se ljudje torej umikajo v zasebnost in vase. Zaradi ogroženosti in negotovosti življenja v moderni pa si sodobni človek za svoje ikone izbira zdravje, telo in varnost. Posledično se povečuje družbena moč oseb, ki so s temi pribežališči modernega sveta povezani: »V težnji po varnosti največji zavezniki sodobnega sveta postajajo zdravniki in terapevti, in ne več duhovniki in spovedniki, pa tudi ne več karizmatični politični vodje« (Ule, 2003, str. 22).

Sodobno pojmovanje zdravja je normativno: nalaga nam, kaj je za njegovo ohranjanje treba napraviti: se ustrezno prehranjevati, ohranjati čilo in mlado telo, se izogibati slabim navadam, ki »vodijo« v bolezen in podobno. Nalaga nam nova in nova bremena, od katerih so številna domala neuresničljiva, predvsem za določene družbene sloje, ki ne premorejo ne ustreznega družbenega in materialnega kapitala in ne zadostnega časa, pa jih je veliko celo povsem neuresničljivih. Pravica do zdravja se je spremenila v *dolžnost* ostati zdrav. Zdravje je postalo cilj samo po sebi namesto zgolj sredstva za doseg drugih življenjskih ciljev. Ideologija zdravja in telesa tudi ne upošteva družbenih dejavnikov, ki ogrožajo ti ikoni in na katere posameznik nima vpliva. Prav tako je ta ideologija, opozarja Mirjana Ule (2003, str. 48), odsev in posploševanje vrednot, norm in pričakovanj družbeno dominantnega sloja. Toda ker se nižji sloji, denimo delavski, od dominantnega sloja statusno nočejo razlikovati, vzrokov za svoje bolezenske težave pogosto ne iščejo v slabih življenjskih razmerah, pač pa odgovornost zanje pripisujejo sebi in lastnim slabim razvadam. Ljudje se tako pogosto čutijo krive za svojo bolezen tudi tedaj, ko je slednja povsem izven njihovega nadzora, ali pa se delajo bolj zdravi, kot dejansko so (prav tam, str. 49).

Toda to asketsko pojmovanje zdravja se pogosto ujema s »hedonističnim«: režimi, povezani z naporno vadbo, dietami ter odstranjevanjem odvečnih kilogramov, povečanjem vzdržljivosti ipd., so namreč predstavljeni kot nekaj mikavnega, kot užitek – ali med potekom režima (npr. med telesno vadbo) ali pa gre za užitek ob »končnem izdelku« (denimo telesu, izklesanim po družbenih merilih). Predvsem v višjih in srednjih slojih je prosti čas postal namenjen ukvarjanju s svojim zdravjem in telesom. Rezultati, vidni na telesu in doseženi v tem prostem času, so postali novi statusni simbol, vidna statusna ločnica.

Dumit (2012) meni, da naraščajoča raba zdravil, proliferacija bolezni in motenj ter spremljajoča negotovost temeljijo na razmeroma novem razumevanju sodobnega človeka, in sicer, da je inherentno bolan. Za inherentno bolno telo je bolezen normalno stanje, zdravje pa je mogoče začasno doseči z dejavnim obvladovanjem ter medicinskimi pripomočki (med katerimi so medikamenti). Razmejitev med zdravjem in boleznijo je po novem opredeljena ne kot stanje ali bolezen ali slabega zdravja, pač pa kot stanje *tveganja* in obenem (medicinske) obravnave, ki to tveganje lahko zameji. Medtem ko je sociologija medicine pred tem bolezen razumela kot začasno motnjo sicer zdravega telesa, ki zahteva medicinsko intervencijo, pa nova paradigma inherentno bolnega telesa pomeni več kot le epidemiološki premik od akutnih do kroničnih bolezni, ki se je zgodil v 20. stoletju. Zdravje je zdaj opredeljeno kot »zmanjševanje tveganja«, medicinske obravnave pa so postale preventiva pred tveganjem. Zdravje tako postane relativna kategorija: lahko bi bili še bolj zdravi, če bi, na primer, jemali to ali ono zdravilo.

Zgodovinar Robert Aronowitz (v Dumit, 2012, str. 13), je ta premik pri opredelitvi zdravja kot zmanjševanja tveganj poimenoval »preventivna revolucija«. Hkrati ko se je zmanjševala moč medicinske stroke, se je povečeval pritisk k diagnosticiranju s strani samih potrošnikov, pacientov, ki svoje simptome prepoznajo v medijih ali popularni kulturi in vse bolj k zdravnikom prihajajo z zahtevami po diagnozi, in ne več z vprašanji. Zdravniki, po drugi strani, so soočeni z različnimi pritiski: omejenim časom za obravnavo pacientov, hitro napredujočim znanjem ter omejitvami zdravstvenih organizacij in zavarovalnic, ter so zato dovzetni za te pritiske s strani potrošnikov. Dumit novo pojmovanje zdravja imenuje »presežek zdravja«, za katerega si je nenehno treba prizadevati z zmanjševanjem najrazličnejših tveganj; presežek zdravja je sposobnost, da znižujemo tisto raven tveganja, ki nas bi umestila ali nas umešča v rizično skupino. Meje medicinskih obravnav se nenehno širijo v prej zdravo prebivalstvo, kar

razširja trg farmacevtskih podjetij (z obljubo, da gre za preprečevanje bolezni, ne glede na tveganja medikamentov).

V zadnjem času so zato v porastu tudi različne tehnologije,⁴⁸ ki se ne ukvarjajo več z odpravljanjem bolezni ali motenj, pač pa zavezanosti k zdravemu načinu življenja.⁴⁹ Danes prevladujočo industrijo »zdravega načina življenja« sta kot obliko medicinskega družbenega nadzora opredelila že Conrad in Schneider (1980/1992), kamor sta vključila različne zdravstvene oziroma medicinske nasvete, svetovanje in informacije, ki so del »splošne zakladnice znanja«, kot so, na primer, »da je pomembna uravnotežena prehrana, da kajenje cigaret povzroča raka, da prevelika telesna teža povečuje zdravstvena tveganja, da je redna telesna vadba zdrava, da si je zobe potrebno redno umivati« (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 242), saj jih opredeljujeta kot označevalce zaželenega vedenja. Na konkretniji ravni pa sta nadzor opredelila kot medicinsko intervencijo, zdravljenje (tudi če to vključuje samomedikacijo, skupine za samopomoč ipd.), ki stremi k temu, da bi bolne posameznike uskladilo z normami zdravega in z njihovimi konvencionalnimi družbenimi vlogami ali pa prilagodilo novim (npr. »okvarjena« vloga). Mandat javnega zdravstva pri odpravljanju in nadzoru bolezni, ki so razumljene kot grožnja zdravju skupnosti, je po njunem bolj razpršen in zato še težje opredeljiv. Kot dejavnik nadzora deluje s postavljanjem in uveljavljanjem določenih »standardov zdravja« na domu, delovnem mestu in v skupnosti. Sociolog Nicolas Rose (1996) utemeljuje, da od konca 18. stoletja medicina igra formativno vlogo pri proizvodnji vsakdanjih življenjskih izkušenj. Pod »režimom jaza«, ki ga proizvaja sodobna medicina, sami sebe razumemo v smislu zdravja ali normalnosti, kar je oblika medicinskega razmišljanja, ki je neodvisna od posamezne epizode bolezni ali diagnoze.

⁴⁸ Različni avtorji (npr. Miah in Rich, 2008) so že pred desetletjem pisali tudi o medikalizaciji kiberprostora, saj kulturo medicine spreminjajo tudi digitalna tehnologija, internet in mobilne naprave, kar spreminja pričakovanja in redefinira odnos do medicine. Splet je postal prostor, kjer ljudje iščejo različne medicinske nasvete in zdravila ter druge pripomočke za doseganje zdravja in telesne pripravljenosti, splet pa združuje tudi ogromno število virtualnih spletnih skupnosti. V ta družbeni in medicinski kontekst družbe, ki je obsedena z zdravim življenjem, se odlično umešča koncept različnih patologij, kot v svoji antropološki analizi alergij, ene od sodobnih patologij, ki jo ocenjuje za malone epidemijo, piše antropologinja Jana Šimenc (2014).

⁴⁹ Uveljavljajo se tudi različni novi izrazi in skovanke, kot so digitalna medicina (kibermedicina), eZdravje (ki ga Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje kot del zdravstvenih dejavnosti z e-komponentami); mZdravje (mobilno zdravje – zdravje, povezano z rabo prenosnih naprav in mobilnih aplikacij), telemedicina (zdravljenje na daljavo, pri katerem gre za uporabo informacijsko-tehnoloških rešitev v medicini) (Zajc, 2012).

4.4.2 Telesna pripravljenost kot transcendenca zdravja

Razprave o tem, kaj konstituira zdravje in kaj bolezen, ki so bile standardni del sociologije zdravja in bolezni ter javnega zdravstva, so se usmerjale na vprašanje, ali je odsotnost bolezni zadosten pogoj za obstoj zdravja in ali bi bilo treba ustvariti pozitivnejšo definicijo. Te razprave so po mnenju Zygmunta Baumana (1992, 1995, 2005, 2007; Bauman in Donskis, 2000), poleg Becka in Giddensa enega ključnih teoretikov sodobne družb, ujete v prejšnje družbeno razmerje tim. standardiziranega telesa, ki ga tipizira družba proizvajalcev.⁵⁰ Bauman po drugi strani analizira spremembe v koneptualizacijah zdravja v sodobni družbi potrošnikov.

Baumanova rekonfiguracija kaže na nov odnos med boleznijo, zdravjem in novim konceptom telesne pripravljenosti« (angl. »fitness«) v družbi potrošnikov. Ideja psihofizične pripravljenosti postavlja »normalno« in »nenormalno« pod vprašaj, s tem, da v enačbo o zdravju vpelje nerealne zahteve o psihofizični pripravljenosti. Učinek telesne pripravljenosti na zdravje pa se tu ne ustavi, kajti zahteve, kako jo uspešno doseči, so enako negotove. Če smo še tako »fit« oziroma fizično in psihično sposobni in pripravljeni, nikoli nismo toliko, da ne bi mogli biti še bolj – ali bolj v primerjavi z drugimi. Ker ta ideal ponuja samo neka okvirna navodila, ker o njem ni konsenza (čemu se izogibati, kaj početi) in ker se merila za to tudi nenehno spreminjajo, nikoli ne moremo počivati oziroma vsaj »nikoli ne smemo imeti občutka, da lahko počivamo čiste vesti« (Bauman, 2005, str. 94). Telesna pripravljenost je danes zamenjala koncept zdravja, kot meni Bauman (prav tam, str. 93):

Za družbo potrošnikov je 'telesna pripravljenost' to, kar je bilo 'zdravje' za družbo proizvajalcev. Je dokazilo o tem, da smo 'notri', da pripadamo, dokazilo vključenosti, pravice do prebivališča. 'Telesna pripravljenost' ne pozna nobene gornje meje, dejansko je opredeljena z odsotnostjo te meje ... V iskanju telesne pripravljenosti, v nasprotju z zdravjem, ni nobene točke, pri kateri bi lahko rekli: zdaj sem pa to dosegel, lahko se ustavim in uživam v tem, kar imam. Ni nobene 'norme' telesne pripravljenosti, ki bi bila lahko naš cilj in ki bi ga končno lahko dosegli.

⁵⁰ Po Baumanovo v moderni družbi proizvajalcev idejo standardiziranega telesa zahtevata tako industrija kot vojska. Standardizirano telo je tako posledica procesa modernizacije, s katero naj bi minimalizirali negotovosti predmodernega sveta in ga uredili v racionalni red, ki je postal vodilo javnega. Preobrazbo modernega sveta Bauman razume kot spremembo oblike nadzora, ki postane nadzor nad vsakodnevnimi dejavnostmi. Regimentacija družbe proizvajalcev povzroča pri državi in novih institucijah moderne družbe paniko glede fizičnega stanja telesa (delavskega razreda). Slabo zdravje (npr delavcev, vojakov) pomeni potencialno izgubo in ga je zato potrebno nadzirati, meriti, preusmerjati v reintegracijo. Pogoji za družbeno življenje se privatizirajo in izvzamejo iz »državne politike ter javnega odločanja« (Bauman, 1995, str. 113).

Moderni družbi proizvajalcev in vojakov je bilo pomembno, da je obvladovala njihova telesa za tovarniške prostore in bojišče, medtem ko se družba potrošnikov, kjer je namen sama potrošnja, ne izpolnitev želje, usmerja v obvladovanje duha – toda to družba prepusti posamezniku. Ta sam postane komoditeta, potrošno blago: na trgu ponuja, prodaja in promovira samega sebe; njegov naravni habitat so ulice, nakupovalni centri. Potrošnja je »investiranje v lastno družbeno članstvo, ki se v družbi potrošnikov prevede v 'prodajljivost'«, pri čemer je pomembno to, da se *narediš* (po načelu »naredi sam«), ni dovolj, da nekaj *postaneš* (prav tam, str. 56-57), kar postane dnevna obveza.

V tem kontekstu, piše Bauman, se razvije družbeni imperativ, da ljudje ne samo, da lahko, ampak celo *morajo* izboljšati lastno naravo. Telo postane nekaj, kar je treba preseči, česar se je treba sramovati, kajti če smo dosegli nekaj, bi vedno lahko še več, saj je telo »živ dokaz dnevne nesposobnosti izpolniti dolžnosti, morda zaradi nesposobnosti, nevednosti, nezmožnosti ali neiznajdljivosti 'jaza'« (prav tam, str. 60). Doseganje te obveze družba doseže z vzbujanjem občutkov sramu, ta nemogoča naloga pa postane priložnost za različne trge, ki tržijo orodja za »samoizdelavo«. Meja med zdravjem in telesno pripravljenostjo je tako postala zabrisana, pri čemer telesna pripravljenost ni podaljšek zdravja, ampak njegova transcendenca. Prav tako se je zabrisala meja pri opredeljevanju bolezni, kjer so bila pod prejšnjim režimom pravila vseeno videti jasnejša, in so, vsaj občasno, odražala interese vplivnih skupin in dominantnih diskurzov (Scambler, 2012).

Če je v preteklosti strah pred negotovostjo⁵¹ bilo treba regulirati z Benthamovim panoptikonom, sistemom nadzorovanj, ki je zagotovil sodelovanje in preprečil odklonskost, pa sodobna družba te strahove odpravlja s procesom »privatizacije«, pozasebljanja, ki je deinstitucionaliziran in zahteva pristop »naredi sam« in »samooblikovanje«; človek mora biti hkrati »voljna glina in uspešen kipar« (Bauman, 1995, str. 113). Idejo odklonskosti v sodobni družbi tako zamenja strah pred neustreznostjo, pri čemer ta »neustreznost« postane izmuzljiva, težko opredeljiva. Postmoderno telo je prejemnik občutkov, procesor izkušenj in orodje užitka. Ta sposobnost se

⁵¹ Bauman v svoji razpravi o smrtnosti in nesmrtnosti (1992) prizadevanje za zdravje in družbeno priznanje v moderni družbi poveže z globljim prizadevanjem po smislu življenja pa tudi smrti. Izogibanje smrti postavi kot temeljno dejstvo, okrog katerega je organizirana človeška kultura. Neovladljivo dejstvo smrti v moderni družbi postane le ena od bolezni, eksistenčno skrb pa zato lahko pozabimo v vsakodnevnem prizadevanju za zdravje. Toda cena za to, da smo nesmrtnost zamenjali za zdravje, je življenje v senci smrti, kajti odlagati smrt pomeni svoje življenje posvetiti temu, da se proti njej borimo. Postmoderna družba potrošnikov pa po drugi strani ubere še radikalnejšo strategijo, saj medicina s svojimi visoko-tehnološkimi rešitvami tolaži, da jo bo odpravila, in četudi so te rešitve namenjene le najbogatejšim, se zdijo na voljo vsem.

imenuje telesna pripravljenost, pri čemer stanje telesne nepripravljenosti zato dokazuje lenobo, apatijo, nezanimanje. Treba je dajati vtis, da si prizadevamo, da smo aktivni, kar vliva strah, da bi ostali na mestu, da ne bi »napredovali«. Tako se vzpostavi »režim samooblikovanja«, ki z navideznim osvobajanjem od odgovornosti intenzivira tesnobo negotovosti, ki jo je »režim nadzorovanja« skušal nadzorovati (prav tam, str. 114). Če si je družba proizvajalcev prizadevala za preživetje, si družba potrošnikov prizadeva za »kakovost življenja«. Nenehno prizadevanje za zdravje in dobro počutje v družbi potrošnikov ima visoko ceno: občutke izoliranosti. Bolj prizadevni ko smo pri uresničevanju strategij za doseganje zdravja, ki jih kolektivno predlaga družba, bolj ko si prizadevamo biti dobri državljani in iskati potrditev, bolj osamljeni smo, še zlasti v svojem izkustvu bolezni, invalidnosti, težavah v duševnem zdravju (Bauman in Donskis, 2000).

V sodobni družbi »slabša uspešnost« na najrazličnejših področjih telesnega in duševnega delovanja postaja medicinski problem. Medikalizacija tako zajema »nove vidike premika k družbi potrošnikov in pomene ideala telesne pripravljenosti« (Scambler, 2012, str. xx). Opredelitve, kaj je bolezen in kako je treba z njo ravnati, so zdaj še dosti bolj negotove, kot je bilo to v preteklosti. Bauman to opredeljuje v kontekstu naraščanja somatskega v sodobnem svetu, kjer »površina in odprtine telesa, vse ranljive točke v njeni meji/vmesniku, ki ločuje/povezuje telo od/z zunanjim svetom, postanejo prizorišča neizbrisljive ambivalentnosti. (Bauman, 2005, str. 95). Ta ambivalentnost povzroči, da telo postane prizorišče nepoznanih nevarnosti, ki ne le, da so grozeče, pač pa jih ni mogoče preprečiti, ne glede na to, kako nepopustljivi smo pri tem. Medtem ko Armstrongova »nadzorna medicina« (Armstrong, 1995) postaja šablona za »imperativ zdravja« (Lupton, 1995), strahovi pred tveganji sodobnega življenja postanejo vedno bolj podstat narave bolezni, ki ni razkrita, je pa prisotna.

4.4.3 Razprava o destigmatizaciji in nozoloških spremembah

4.4.3.1 Destigmatizacija bolezni in »tekoča« odgovornost

Danes so diagnoze z različnimi duševnimi motnjami vse manj stigmatizirane, četudi so številne še vedno obremenjene z družbeno stigmo. V vsakdanjem življenju ima destigmatizacija bolezni za ljudi resnične, realne in konkretne učinke. Za posameznika ali določene družbene skupine (ki so recimo bolj obremenjene s stigmo neke bolezni) je odprava čustvenega trpljenja, ki ga pomeni stigma, ali povrnitev »družbene vrednosti«, ki ga odprava stigme pomeni, pomembna

in velike vrednosti. Čustveno, duševno, psihično trpljenje posameznika, povezano s stigmo, ni »družbena konstrukcija«, je izkustvena resničnost. Trpljenje in omejitve, povezane s stigmo bolezni, lahko zaznamujejo vse vidike človekovega življenja. Posegajo v intimo, socialno življenje, delo. Stigmatizirana bolezen napade tudi človekovo duševno – duhovno, miselno in čustveno – »telo«. Toda prav zato, ker je trpljenje, povezano s stigmo, resnično, je destigmatizacija tako vpliven proces. In pomembno se je vprašati o vzrokih, kontekstu in namenih tega procesa.

Pred desetletji, v 1950., 1960. in 1970. letih, je bil glavni doprinos družboslovnih analiz medikalizacije ugotovitev o prikritem družbenem nadzoru, ki je inherenten medikalizaciji. Ta kritika je sovpadala oziroma reflektirala družbeno resničnost tedaj še razmeroma represivne moderne družbe. Že v 1980. letih se je družboslovna razprava o medikalizaciji premaknila od obravnave in analiz problematike prikritega družbenega nadzora v razpravo o individualizaciji odgovornosti kot ključni prikriti posledici medikalizacije. Ta je sovpadala z analizami pozno moderne družbe, družbe tveganj in tekoče moderne, kot so jo opredelili avtorji, kot so Beck, Giddens in Bauman, in ki so poudarjale individualizacijo odgovornosti sistemskih tveganj (čeprav so ugotovitve omenjenih avtorjev pustile manjšo sled v delih analitikov medikalizacije). Proces premeščanja in zabrisovanja odgovornosti je v globalni, korporativizirani družbi z zatonom držav radikaliziran. Že Conrad in Schneider (1980/1992) sta podrobno kritično obravnavala tudi razumevanje destigmatizacije kot pozitivnega učinka medikalizacije, kar je pred tem problematiziral že Zola. Alkoholizem, koncipiran kot bolezen, denimo ni bil več obravnavan kot moralna motnja, hiperaktivnost v šoli pri otrocih pa ne več kot moralni in vzgojni problem. Umeščanje tovrstnih vedenj v medicinsko in terapevtsko polje je bilo sprva, od 1970. let dalje, kmalu razumljeno kot trend k večji človečnosti oziroma kot bolj človeški in sočuten pristop, ki ni bil več kaznovalen ali povračilen.

Že v 1970. letih so številni avtorji opazili, da je medicinska opredelitev problema na splošno s seboj prinesla večjo toleranco za človeške težave, ki so zdaj bile »reinterpretirane kot skoraj v celoti zunaj-moralne« (Duster, 1970, str. 10, v Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 246). Ne le, da so postale bolj ali povsem sprejete, pač pa so zaradi družbenega ugleda, ki ga je tedaj že imela znanstveno utemeljena medicina, tudi njene opredelitve pridobile nekakšen »prestíž« (še zlasti pa, kadar se je kakšna medicinska tehnika ali tretma izkazal za učinkovitega). Zgodovinsko gledano sta se humanitarnost in medicina na splošno razvijala sočasno. Medicina je pridobila moč, da je bolezensko vlogo (po Parsons) lahko prenesla na vsa obnašanja, ki so

pred tem veljala za deviantna, s tem pa je posameznika, skupnost (ali celotno družbo), čigar odklonsko vedenje je opredelila ali kot bolezen ali kot posledico bolezni, lahko odrešila odgovornosti – zmanjšala ali povsem odstranila je krivdo za to vedenje, in ga postavila zunaj kriminalnih ali moralnih opredelitev. Medikalizacija sicer nikakor ni pomenila zmanjšanja stigmatizacije ali popolno destigmatizacijo vseh odklonskih vedenj. Nekatere nalezljive bolezni (gobavost), nevrološke bolezni (epilepsija) ali fizične bolezni (rak, kot je opisala Susan Sontag, 1978) so še dolgo časa obdržale družbeno stigmo, mednje pa so še posebej sodile duševne bolezni.

Različni avtorji so že od 1970. let opozarjali, da je to morda najpomembnejši element prevzemanja medicinskega modela pri odklonskem vedenju. Podelitev bolezenske vloge odklonskemu vedenju sicer ni bila brezpogojna, saj oseba z odklonskim vedenjem svoje bolezni ni smela sprejeti z odprtimi rokami ali se ji povsem prepuščati, pač pa si aktivno, skupaj z medicinskimi strokovnjaki, prizadevati izboljšati svoje stanje – takšno ravnanje je potem veljalo za nekaj občudovanja vrednega v neljubih okoliščinah, in sprejeto kot »legitimen odklon«. Predvsem pa destigmatizacija ni bila brez cene, na nas opozarja že Parsonsov koncept bolezenske vloge, saj je pomenila »priznavanje, da je bolezen nezaželeno stanje, od katerega je treba kar najhitreje okrevati« (Parsons, 1951/1991, str. 108). S tem je bila grožnja, ki jo odklonska oseba predstavlja družbeni strukturi, odpravljena, saj norme nič več ne izziva – s sprejemanjem odklonskosti kot bolezni samodejno sprejema in daje veljavo normi, ki jo je kršil.

Po zgodnji teoretiki medikalizacije, kot sta Conrad in Schneider (1980/1992), je bil eden od latentnih negativnih vidikov medikalizacije, da odgovornost za odklonsko vedenje s tem ni bila odstranjena, pač pa dislocirana, premeščena, kar je s seboj prineslo zmedo in dvoumnost, kam oziroma komu je odgovornost treba umestiti oziroma pripisati. Bolni posameznik je še vedno bil izraz odklonskosti, nezaželeno vedenje in posameznik sta še vedno bila povezana. Obenem se pojavi nekaj, kar avtorja opisujeta kot »dvojno državljanstvo«: družba se razdeli na »nebolne« in povsem odgovorne posameznike, in bolne in ne v celoti odgovorne posameznike, ki pa stopijo v podrejen položaj oziroma odvisnost od »nebolnih«.

Predpostavka moralne nevtralnosti medicine kot objektivne in proste vrednostnih opredelitev je po mnenju teh avtorjev tako napačna, saj medicinska praksa že po svoji naravi vrednoti, medicino pa sooblikuje moralni red družbe. Čim nekaj imenujemo za bolezen, to pomeni, da je to stanje nezaželeno, čeprav tehnološko-znanstveni besednjak lahko zakriva to dejstvo. Analiza

družbene medikalizacije deviantnosti je pomembna tudi zato, ker ne gre za formalizirano družbeno prakso; v kompleksnih družbah so socialne politike obenem redko rezultat načrtnih in preišljenih, procesov, bolj so preostanek, odvečni del političnega procesa. Zaradi načina, kako je medicinska stroka družbeno organizirana, imajo nad medicinskimi odločitvami in zdravljenjem skoraj izključno moč oziroma koncesijo medicinski strokovnjaki. Toda čim je nek problem opredeljen kot medicinski, je s tem odstranjen iz družbene sfere in javne razprave.

Prednosti medikalizacije kot bolj humane, nekaznovalne sankcije, razširjanje bolezenske vloge na odklonska vedenja, zmanjšanje osebne odgovornosti in krivde, destigmatizacija, optimistične terapevtske ideologije in zdravljenja ter bolj fleksibilne in pogosto učinkovitejše oblike družbenega nadzora so torej vključevale tudi temne plati. Kritiki so že konec 1960. let in v 1970. letih opozarjali na to, da prilagodljivost in učinkovitost nadzornega mehanizma medicine v primerjavi s pravnim nadzorom ne pomeni le družbenega pritiska (v smeri razširjanja opredeljevanja odklonskosti, ne da bi odklonsko osebo umeščala v ozki okvir kriminalnega). Ta mehanizem je s seboj prinesel predvsem naraščajočo patologizacijo vsakdanjega življenja (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 248).

V sodobni družbi diagnoza posameznika oprostí in razreši individualne krivde ali odgovornosti. Ni več kriv, če ni kompetitiven na trgu ali če njegove sposobnosti ne ustrezajo družbenim zahtevam. V pozno moderni »tekoči« družbi potrošnikov, kjer je, kot piše Bauman, posameznik sam postal tržno blago, ki ga mora nenehno sam ustvarjati, je nemogoče ustrezati spreminjajočim se zahtevam. Imeti diagnozo z neko motnjo je postalo celo zaželeno. Posamezniki vse pogosteje želijo pridobiti diagnozo, ki jih v skrajno kompetitivnem družbenem kontekstu v šoli, pri delu (disleksija, ADHD in različne druge motnje so vse bolj diagnosticirane pri odraslih) ali v zasebnem življenju opraviči, vendar ne več toliko le specifičnih negativnih vedenj ali vedenj, pač pa vse bolj tudi glede na družbena merila »slabših«, suboptimalnih zmognosti in kapacitet glede na odstopanje od ideala. Diagnoza danes pomeni nekakšen »družbeni alibi« ali pa pravico do posebne obravnave, na primer z odločbami v šoli otroci lahko dobijo poseben status in drugačno obravnavo. Posameznik ima dokazilo, da mu »možgani delajo drugače«, da je nevrološko/biološko drugačen. Medicinska diagnoza tako postaja zadnje pribežališče pred družbenimi pritiski in strukturnimi družbenimi problemi, odgovornost za katere je danes premeščena na raven posameznika in individualizirana.

4.4.3.2 Nozologija in medicinska moč

Medicina nenehno prilagaja svojo nozologijo, klasifikacijske sheme bolezni, in je konsistentno uvajala vedno nove izraze za bolezni. Bistvo teh sprememb je, da so ti izrazi vsakič pomensko nevtralniji in manj obremenjeni, in so imajo zato vsakokrat večji učinek destigmatizacije. Na to, da ima vsaka družba svojo prepoznavno »nozologijo« – klasifikacijo bolezni –, ter kakšne družbene posledice ima ta nozologija, je opozoril že Illich (1976). Obseg stanj, ki so klasificirana kot bolezen, ter število in vrsta teh bolezni se s časom oz. v zgodovini spreminjata. Kar je bolezen v eni družbi, je lahko v drugi kromosomska nepravilnost, zločin, svetost, greh ali kaj tretjega. Vsaka kultura ustvari tudi svoj odziv na bolezen. Sodobno pripisovanje bolezenske vloge je edinstveno, in se je pojavilo komaj kako generacijo, preden jo je analiziral Parsons. Pri pripisovanju te vloge zdravnik deluje komaj kaj drugače kot mag ali starešina. Uradna medicinska nozologija lahko precej odstopa od percepcije bolezni, ki prevladuje v enem od družbenih razredov.

Zadnji primer spremembe nozologije je široko uporabljeni koncept motnje, ki označuje deviacije tako fizičnih kot duševnih atributov, in je zamenjal poprejšnje izraze duševna bolezen ali psihiatrično obolenje. Shizofreniki ali psihotiki so bili npr. preimenovani v osebe s shizofrenijo ali psihotično motnjo, s čimer jih bolezen ne opredeljuje več celostno, pač pa je nekakšen nevtralniji biološki »dodatek«. Mikuš Kos (2017, str. 458-459) piše, da je psihiatrija nove izraze z namenom zmanjšanja stigmatizacije, saj ima izraz »duševni bolnik« še vedno slabšalen pomen in predstavlja socialno stigmo. Pri otrocih pa je tudi ta izraz pretežek in so ga razen pri najtežjih obolenjih (shizofrenija, depresivna motnja, bipolarna motnja) nadomestili z izrazom »psihosocialne motnje«.

Vodnik k zadnji, peti izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-5 iz leta 2013),⁵² ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje, v poglavju Disorders instead of Illnesses or Diseases (Motnje namesto obolenj ali bolezni) natančneje pojasnjuje, zakaj priročnik uvaja to terminologijo, saj »vsi trije izrazi opisujejo okvare normalnega funkcioniranja« (Nussbaum 2013, str. 6). Najprej si pogledjmo definicijo motnje. DSM-5 motnjo opredeli kot »motenost« (angl. »disturbance«, op.p.) fizičnega ali psihološkega delovanja« (prav tam, str. 7). »Definicija in meje motnje ostajajo široke. Segajo od nedovoljenih vedenj do

⁵² Arabska številka namesto rimske pri zadnji izdaji DSM-5 namesto pomeni pričakovanje oz. napoved sprememb priročnika.

specifičnih patoloških procesov z dobro označeno etiologijo, genetiko in razširjenostjo. Zatorej dvoumje o tem, kaj natančno je motnja, ostaja« (prav tam, str. 8). DSM torej eksplicitno govori o motnjah, ki so opredeljene kot takšne oziroma diagnosticirane izključno zato, ker jih družba ne odobrava. Pri tem vodnik kasneje sam poudari, da pri tem: »ni opredeljeno niti, kaj konstituira posamezno kulturo, niti kaj predstavlja njeno odobravanje« (prav tam, str. 10).

Avtorji pišejo, da oznako motnja uvajajo iz dveh razlogov. Prvi je namen destigmatizacije. Najprej podrobno opišejo koncept Parsonsove bolezenske vloge (zdravnik legitimira bolezen in pacientu podeli bolezensko vlogo) in usmerjajo psihiatre, da morajo pri diagnosticiranju »vedno imeti v mislih to kulturno funkcijo, saj se o boleznih mnenja razhajajo«. Nadalje pojasni, da so različna stanja družbeno konstruirana oziroma prepoznana kot bolezen (v angl. izvirniku »disease« in »illness«, torej družbeni in fizični pomen bolezni; prav tam, 2013, str. 6). Opiše, da genetske in metabolne motnje poznajo tudi drugje v medicini ter fizične bolezni razloči od duševnih (prav tam, str. 7-8):

Toda večina diagnoz v medicini se imenuje bolezen, in ne motnja, kar lahko vidimo pri tem, da medtem kot psihiater diagnosticira osebo z 'duševno motnjo', pa internist ne diagnosticira osebe s 'fizično boleznijo'. Internist diagnosticira osebo z 'boleznijo', kar ponazarja, kako naša uporaba pridevnika 'duševen' pred 'motnja' implicitno podpira razdelitev med telesom in duševnostjo.

Po drugi strani pa želijo z terminom motnja v DSM »usmeriti pozornost na to, da duševna stiska okvari človekovo funkcioniranje, in sugerirati kompleksno soigro vplivov« (prav tam, str. 8). Pri tem so psihiatrične ugotovitve razdeljene »v simptome, ki so subjektivno poročilo posameznika o abnormalnosti, in znake, ki so objektivne ugotovitve abnormalnosti« (prav tam, str. 3). Toda »diagnoza mora biti klinično uporabna«, kar pomeni, da »če oseba odobrava vse simptome določene motnje, ta ni uporabna ... za diagnozo te osebe« (prav tam, str. 10).

V naši družbi je nozologija skoraj povsem medikalizirana. Tehnična intervencija v fizično in biokemično stanje pacienta ali njegovega okolja po Illichevo (1976) ni in nikoli ni bila edina funkcija medicinskih institucij. Odstranitev patogenov ali aplikacija zdravila (učinkovitega ali ne) nikakor ni edini način posredovanja med človekom in njegovo boleznijo. Celó v teh okoliščinah, v katerih je zdravnik tehnično opremljen, da odigra tehnično vlogo, neizogibno izpolnjuje tudi religiozne, magične, etične in politične funkcije. V teh pa je sodobni zdravnik po bolj patogen kot zdravilec.

4.5 Preobrazba medikalizacije v sodobnosti

Čeprav so nekateri zgodnji analitiki medikalizacije predpostavljali, da bo zaradi razpada socialne države ter omejenega dostopa do medicinskih storitev in tehnologij zaradi njihovega stroškovnega naraščanja medikalizacija počasi v zatonu (v Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 287), se to ne le ni zgodilo, pač pa se je medikalizacija s serijo dramatičnih sprememb tako medicinske organiziranosti kot medicinskih praks v povezavi z novimi tehnologijami ne le intenzivirala, pač pa preobrazila. Sodobni teoretiki medikalizacije opozarjajo na številne spremembe medicine v zadnjih desetletjih. Kaže, da so bile te bolj temeljite tam, kjer je socialna država prej ali bolj temeljito razpadla in kjer se je zato hitreje in bolj uveljavil komercialni, korporativni oziroma tržni model medicine (prav tam). Vsekakor je bilo tako v ZDA, kjer je bila medikalizacija najbolj proučevana.⁵³ Ameriški sociolog Peter Conrad (2007) povzema različne avtorje, ki opisujejo globoke procese preobrazbe, ki se začno v 1980. letih.⁵⁴

Do konca 1980. let je medicinska avtoriteta erodirala, zdravstvena politika se je iz vprašanj dostopa usmerila na stroškovno nadzorovanje, boj moči med kupci, ponudniki medicinskih storitev in plačniki je spremenil ravnovesje med strokami in drugimi družbenimi institucijami, medicina se je korporativizirala, avtoriteta samih zdravnikov je upadla in »zlata dobra zdravnikovanja« (McKinlay in Marceau, 2002, v Conrad, 2007, str. 14) se je končala. Čeprav so zdravniki še vedno ohranili del svoje neodvisnosti in prevlade, se je pojavil in uveljavil potrošniški sistem, ki je pacienta spremenil v »kupca«, ki sam išče in izbira medicinske storitve in tehnologije. Če je bil v preteklosti zdravnik nezmotljiva avtoriteta, je danes »vse bolj nekakšen informator, ki predstavi možnosti terapije« (Salecl, 2017, str. 185), odločitev o posegu ali obravnavi pa vse bolj sprejema posameznik. Porabniki zdravstvenih storitev se obnašajo kot kupci, konfliktne informacije na »trgu zdravja«, kot opozarja Salecl, pa povzročajo tesnobo tako pacientom kot zdravnikom. Slednji se pritožujejo nad strahom pred tožbami, slabo komunikacijo s pacienti, preobremenitvami, stresom in nezadovoljstvom (po

⁵³ Še leta 1992 sta Conrad in Schneider v komentarju k novi izdaji dela *Deviance and Medicalization* (Odklonskost in medikalizacija, op.p.), ki je sicer nastalo leta 1980, zapisala, da ni jasno, zakaj je medikalizacija bolj proučevana v ZDA in s strani Američanov, in se vprašala, ali je to posledica dejstva, da je medikalizacija v ameriški družbi bolj prevladujoča ali pa ker je druge družbe preprosto niso ustrezno proučevale, obenem pa sta pozvala k več primerjalnim in mednarodnim študijam medikalizacije, npr. kako so anoreksija, hiperaktivnost, staranje, PMS ipd. razumljeni in obravnavani v drugih kulturah (Conrad in Schneider 1980/1992, str. 288). Vsekakor so se takšne mednarodne študije pojavile kmalu zatem.

⁵⁴ Peter Conrad je v smislu pregleda zgodovine proučevanja medikalizacije zanimiv tudi zato, ker se je z medikalizacijo ukvarjal od 1970. do zgodnjih 1990. let in se je k proučevanju te teme ponovno vrnil po četrto stoletje, po letu 2005, zaradi česar je lahko primerjal tako spremembe same medikalizacije kot njenega družbenega konteksta.

ameriških raziskavah je največ odvisnosti med pravniki in zdravniki) (prav tam, str. 179). Zmanjševanje javnega zdravstva skupaj z ideologijo izbire, ki posameznika prepričuje, da so odločitve v njegovih rokah, številne ljudi napeljuje k samozdravljenju.

Farmacevtska industrija je svoj fokus iz medicinske stroke preusmerila na paciente, ki jih razume kot kupce oziroma potencialni trg. Psihijatrija se je v štirih desetletjih iz psihoterapevtskih pristopov preusmerila pretežno v psihofarmakologijo. Medicina ter njeni produkti in storitve so se poblagovili, postali tržno blago za specifične trge, kar je vsaj v ZDA omogočala tudi zakonodaja, ki so jo za biotehnoška in farmacevtska podjetja omilili. V ZDA in Novi Zelandiji se je konec 1990. let⁵⁵ kot v edinih industrializiranih državah eksponentno povečalo tudi neposredno oglaševanje farmacevtske industrije kupcem (angl. »direct-to-consumer«), kar je tam dodatno preoblikovalo odnos med medicinsko stroko in posameznikom ter javnim zdravstvom ter povečalo medikalizacijo, saj ni oglaševalo le specifičnega medikamenta, pač pa samo bolezen ali motnjo. Nenehni razvoj novih tehnologij, obravnava in medikamentov pa vzbuja tudi interes porabnikov, ki želijo dostop do njih (Gellad in Lyles, 2007). Že do 1990. let so se torej zgodile velike spremembe v organizaciji zdravstvene oskrbe, medicinski vednosti in trženju, ki so pomenile drugačno podobo medicine.

Analize medikalizacije se v sodobnosti zaradi preobrazbe družbenih procesov niso več mogle ukvarjati zgolj z »medicinskim imperializmom«, kot je pisal Illich. V ospredje so stopili, meni Conrad (2007): 1. potrošniki (kot piše Turner (2004), se pojavljajo nove družbene reprezentacije zdravja in bolezni, zdravje pa torej postaja tržno blago), 2. (bio)tehnologija in druge nove znanosti in 3. medicinska oskrba. Med porastom raziskav in teoretskih refleksij medikalizacije so se pojavili različni paralelni poskusi rekonceptualizacij medikalizacije z uvedbo različnih drugih »-izacij«, kot so »farmaceutizacija«, »genetizacija« in »biomedikalizacija« (Maturu, 2012) ter nevroznanosti, ki naj bi opisali znanstveni razvoj in ekspanzijo na druga področja.

Sodobne teorije medikalizacije se manj ukvarjajo z močjo medicinske stroke kot predhodni modeli ter vključujejo vlogo farmacevtskih in biotehnoških korporacij, zavarovalnic, družbenih gibanj in »potrošnikov zdravja« pri oblikovanju »medicinskega trga«, pri čemer ima medicinska stroka vse bolj le sekundarno vlogo v obliki »vratarja« oziroma varuha dostopa.

⁵⁵ Tedaj je FDA, ameriška Uprava za hrano in zdravila, izdala nove smernice za neposredno oglaševanje kupcem ter dovolila »izobraževalno oglaševanje«, pred tem je bilo to razmeroma redko (Gellad in Lyles, 2007).

Pred desetletjem so se sociološke analize sprememb medikalizacije začele ukvarjati z vprašanji novih tehnologij, pri čemer so se večinoma usmerjale na severnoameriški prostor. Conrad in Bergey (2014) zato opozarjata na pomanjkanje sociološke literature, ki bi pojasnjevala selitev medicinskih diagnoz iz ZDA v druge države, predvsem v nezahodna okolja, oziroma globalizacijo procesa medikalizacije.

V drugi večji sklop sprememb medikalizacije lahko umestimo vrsto novih pojavov, ki segajo predvsem izrazito v zadnji dve desetletji. Če je bila v zgodnji dobi proučevanja medikalizacije v ospredju farmacija in potrošnja različnih zdravil, psihofarmakov ipd., kar je po letu 2000 postala večmilijardna industrija, so se v zadnjem času pojavila številna nova prizorišča medicinske vednosti. Ko je leta 2001 mednarodna skupina znanstvenikov, ki sta jo sestavljala ameriški vladni projekt Človeški genom in zasebno podjetje Celera Genomics določila celoten genom, se je odprl plaz javnih diskurzov in teoretskih razprav na temo genskega inženiringa kot nove in vplivne oblike biomedicinskih izboljšav in biotehnologije.⁵⁶ Humana genetika in gensko svetovanje sta bila v porastu že pred desetletji, ko so genske vzroke začeli pripisovati vrsti človeških težav, od alkoholizma, hiperaktivnosti, učnih motenj, shizofrenije, do manično-depresivne psihoze. Od sredine 1970. let so začeli ugotavljati korelacijo med deviantnim vedenjem in genskimi anomalijami ter pozneje celo vzročno-posledično razlago teh vedenj. V zadnjem času najhitreje rastoča polja pa so različne nevroznanosti, v industriji pa aplikacije različnih bio-nevro-tehnoloških znanosti.

4.5.1 Nove »-izacije«: biomedikalizacija, farmacevtizacija, genetizacija in kiborgizacija

Med raziskovalci s področja sociologije, antropologije, zgodovine, študijev znanosti in tehnologije so v zadnjem obdobju potekale številne razprave o tem, ali koncept medikalizacije sploh še ustreza novim procesom v sodobnosti ali pa je zastarel. Nekateri avtorji menijo, da ta koncept v sodobnosti ni zadosten in zmožen pojasnjevanja kompleksnih in kontradiktornih interakcij med medicino, farmacevtsko industrijo ter poljema znanosti in tehnologije.

Namesto zgolj medikalizacije se v novejši literaturi pojavljajo novi koncepti različnih »-izacij«, med katerimi sta po mnenju Bell in Figert (2015b, str. 2) najvidnejše tri »-izacije«: farmacevtizacija, genetizacija in biomedikalizacija, med njimi pa so tudi nekateri manj

⁵⁶ Biotehnologija je vsaka tehnološka aplikacija, ki uporablja biološke sisteme, žive organizme ali njihove derivate za pripravo ali spremembo produktov ali procesov, ki so namenjeni specifični uporabi (Konvencija o biološki raznovrstnosti – MKBR, 1992, 2. člen).

razširjeni, kot je denimo kiborgizacija, ali pa še bolj »nišna« KAT-izacija (angl. *CAT-ization*, uporaba alternativnih in komplementarnih terapij). Z njimi avtorji skušajo opisati nekatere radikalno nove in naraščajoče procese, oziroma »kompleksne in pogosto kontradiktorne globalne interakcije med medicino, farmacevtsko industrijo ter novimi proizvodi znanosti in tehnologije« (prav tam, str. 4). Ti novi pristopi razširjajo analizo globlje na področja raziskovanja, ki vključujejo medicinsko tehnologijo, znanstvene raziskave, humano genetiko, farmacevtsko industrijo, nove »-izacije« pa naj bi bile nujna konceptualna orodja, kajti zajemajo procese, ki presegajo obseg medikalizacije:

Z nenehnim razširjanjem koncepta medikalizacije tvegamo, da bo ta izgubil svojo zmožnost zaobjeti procese in posledice opredeljevanja problemov v medicinski terminologiji in z uporabo medicinskih intervencij za njihovo obravnavo. Obenem pa brez odtenkov, ki jih nudijo koncepti, kot so biomedikalizacija, farmaceutizacija in genetizacija, tvegamo, da bomo izgubili sposobnost zaobjemanja teh zelo realnih procesov (Bell in Figert, 2010, str. 119, v Bell in Figert, 2015b, str. 3).

Bell in Figert (2012) sta v svojem preglednem članku medikalizacijo zato označili za moderni koncept, ki da postaja številnim analitikom nezanimiv, saj naj ne bi več ustrezal postmoderni družbi, ki jo označuje brisanje mej med javnim in zasebnim, državo in korporacijo, strokovnim in laičnim, človeškim in živalskim ter človekom in strojem. V svojem poznejšem poskusu rekonceptualizacije (bio)medikalizacije, farmaceutizacije in genetike sta avtorici sklenili, da niti biomedikalizacija niti medikalizacija »ne zajemata dovolj globalne dinamike genetike/genomike« (2015, str. 32).

Razprava na teh poljih se usmerja v tematiziranje možnosti, da se raba biomedicinskih, genetskih, farmacevtskih tehnologij, biotehnologije in podobno ne bo ukvarjala le z zdravljenjem oziroma obnavljanjem poprejšnjih funkcij, pač pa s *človeškim izboljševanjem* (angl. »human enhancement«) – izboljševanjem sposobnosti človeških bitij, ki ne potrebujejo zdravil ali zdravljenja, pač pa zgolj povečanje in izboljšanje svojih zmožnosti. Sodobna biomedicina ter nove znanosti in tehnologije so se iz obravnave patologij zato premaknile v »optimizacijo in možnost prehoda onkraj normalnosti: bolje kot dobro« (Maturu, 2012). S tem se je meja med medikalizacijo patološkega (oziroma »odklonskega«, kot so to opredeljevali zgodnji teoretiki medikalizacije) in izboljševanjem normalnega zbrisala, obenem pa je več kot verjetno, da bo »to, kar je možno danes izboljšati, jutri patološko« (prav tam), kar pomeni še večje razširjanje biomedicinskih intervencij. Spet drugi avtorji (Rose, 2007, v Clarke, Mamo, Fosket, Fishman in Shim, 2010) pa namesto izraza izboljšave predlagajo izraz »optimizacija«.

Izboljšani človek ni izboljššan le telesno, po svojih fizičnih sposobnostih, pač pa naj bi po mnenju zagovornikov (Holub, 2016, str. 173):

... živel dlje ter bil bolj zdrav in bolj napreden v svojih mentalnih in osebnostnih značilnostih. Zlahka si predstavljamo, na primer, nekoga, ki živi dlje in je boljšega zdravja, saj smo že za časa naših življenj lahko spremljali nenehni medicinski napredek. Težje pa si predstavljamo nekoga, ki je dosti bolj napreden ... v svojih osebnostnih značilnostih.

Te nove znanstvene sisteme vednosti in njihove aplikacije ter razpravo o maksimiranju človeških potencialov za delovanje v družbi tveganja kot človeško »izboljšavo« ali »optimizacijo« lahko razumemo kot normalizacijo individualizacije družbenih pritiskov in bremen. Predstavljajo novo nadgradnjo, nov potisk norme človeških psihofizičnih sposobnosti navzgor v primerjavi z ideologijo psihofizične čilosti in pripravljenosti kot transcendence zdravja (Bauman) ali ideologije preventivnosti, po kateri je človeško telo inherentno bolno in po kateri ni področja, ki ga ne bi bilo mogoče še izboljšati (Rose). Zato konceptu človeških izboljšav v nadaljevanju namenjam posebno obravnavo.

Conrad (2005) se z nujnostjo uvajanja novih konceptov (»-izacij«) ni strinjal in je argumentiral, da definicijsko jedro medikalizacije ostaja konstantno, spreminjajo se le »stroji«, ki jo poganjajo: biotehnologija (še zlasti farmacevtska industrija in genetika), potrošniki in regulirano zdravstveno varstvo. Če sprejmemo Baumanov koncept psihične in telesne pripravljenosti (»fitness«), ki jo je opredelil kot *transcendenco* prejšnjih konceptov zdravja, in če upoštevamo spremenjene koncepte bolezni in zdravja v sodobni družbi, kjer je kot bolezensko razumljeno odstopanje od ideala, to odstopanje pa je treba čim bolj zgodaj preprečiti s preventivnimi ukrepi, potem bi za sodobne procese lahko rekli, da so še vedno medikalizacija, toda njena »transcendenco«. Kar imajo vse te »-izacije« skupnega, je nekaj, kar je bilo opredeljeno v proučevanju učinkov medikalizacije, in to je premeščanje odgovornosti, umeščanje družbenih vprašanj v posameznika ter inherentna moralna presoja, kaj velja kot vredno in dobro življenje. To ostaja v vseh »-izacijah«.

4.5.1.1 Vzpon farmacevtske industrije in farmaceutizacija

Po začetkih uporabe fenotiazina, organske spojine, ki se pojavlja v različnih antipsihotikih, za nadzor duševnih bolezni v 1950. letih, je že v naslednjih tridesetih letih sledila prava eksplozija razvoja in uporabe psihoaktivnih zdravil za nadzor vedenja: pomirjevala (klordiazepoksid in diazepam za tesnobna stanja in splošno slabo počutje), stimulantni za hiperaktivne otroke,

amfetamini proti prenehanju, disulfiram za alkoholizem, metadon za odvisnost od heroina.⁵⁷ Ta farmacevtska odkritja, ki jih je agresivno promovirala vplivna in dobičkonosna farmacevtska industrija (Goddard, 1973, v Conrad in Schneider 1980/1992, str. 243) so postala glavni način obravnave odklonskih obnašanj. Poleg vplivov farmacevtske industrije ni dvoma, da je pri njihovi razširitvi in uveljavitvi igrala ključno vlogo finančna dostopnost oziroma nizki družbeni strošek tovrstne medikalizacije. Pod zdravniškim nadzorom jih je bilo namreč lahko uporabljati, bila so učinkovita v smislu nadzora ali modifikacije vedenja ter navadno dosti cenejša kot ostala sredstva medicinske obravnave in nadzora, kot so hospitalizacija, sprememba okolja, dolgotrajna psihoterapija.

Priljubljenost psihofarmakov je šla z roko v roki z odpravo oziroma naraščajočo nepriljubljenostjo drugih oblik »medicinske tehnologije«, kot to opredeljujeta Conrad in Schneider (prav tam), in sicer psihokirurgijo (predfrontalno lobotomijo) ali kirurškimi postopki, katerih cilj je bil popraviti določene »možganske disfunkcije«, ki so domnevno povzročale deviantno obnašanje. Ti so bili razviti v zgodnjih 1930. letih, njihova priljubljenost pa je do 1950. leta že upadla, pri čemer so za odpravo navajali neželene stranske učinke in trajno hospitalizacijo navkljub tem postopkom.

V okviru proučevanj farmaceutizacije⁵⁸ so se nekateri družboslovci lotili podrobnejše obravnave vloge farmacevtske industrije in farmacevtskih pripravkov. Želeli so opisati »proces, pri katerem zdravniki, pacienti ali oboji družbena, vedenjska ali telesna stanja obravnavajo ali menijo, da naj bi jih bilo potrebno obravnavati, s pomočjo farmacevtskih pripravkov« (Abraham, 2010, str. 290, v Maturo, 2012). S tem so želeli določene družbeno-kulturne vidike uporabe farmacevtskih pripravkov (npr. jemanje anksiolitikov ali antidepresivov za počutje, obravnavo ADHD z ritalinom ali podobno) ločiti od koncepta medikalizacije, češ da jih v okviru slednje ni mogoče pravilno ali ustrezno analizirati.

Abraham (2007) pojasnjuje, da so se sociologi sredi 1980. let oklevaje lotili podrobnih raziskav

⁵⁷ Na tem mestu velja omeniti še eno farmacevtsko odkritje, kontracepcijsko tabletko. Kemik Carl Djerassi le 1. 1951 odkril sintetični hormon progesteron, ki je postal prvo oralno kontracepcijsko sredstvo; »tabletko« prav tako delovala kot medicinski nadzor, nadzor nad reprodukcijo, in odigrala ključno vlogo v seksualni revoluciji 1960. let, s tem pa tudi redefiniranju spolne odklonskosti. Carl Djerassi je v intervjuju za Sobotno prilogo že leta 2005 (Zidar, 2005) napovedal »neizbežno ločitev spolnosti od reprodukcije«, katere uresničitev je napovedal za 10-15 let kasneje, zaradi razvoja postopka zamrznitve jajčec, ki ga je napovedal v tem obdobju (tedaj tehnika zamrznitve jajčec, ki bi omogočala poznejšo oploditev, še ni bila razvita); njegova napoved se je kasneje uresničila.

⁵⁸ Angl. »pharmaceuticalization«, *pharmaceutic* je farmacevtik, medicinski pripravek (op. p.).

farmacevtske industrije in tudi, zakaj. Sama industrija in postopek testiranja zdravil pred odobritvijo trženja sta izjemno tajna, pravni dostop do informacij je omejen, pri akademskem proučevanju se raziskovalci soočajo s pravnimi omejitvami, morebitne kritike in razkritja pa so lahko predmet tožb farmacevtskih korporacij, zaradi česar ni nujen le akademski pregled prispevkov, pač pa tudi pravni. Obenem morajo za pojasnjevanje farmacevtskega sektorja pridobiti tehnična znanja s področja. Vse to izjemno otežuje poglobljeno empirično sociološko raziskavo te industrije, ki bi bila »več kot le komentar« (prav tam, str. 727). Predmet proučevanj v okviru farmaceutizacije je bila denimo farmacevtska regulacija, načini, kako farmacevtska podjetja testirajo zdravila glede učinkovitosti, kako pridobijo dovoljenje za trženje in kako varnost regulirajo nadzorne agencije, proizvajalci in medicinska stroka. Ukvarjajo se s tehničnimi neskladji pri testiranjih in regulaciji (npr. med sprejetimi znanstvenimi standardi za testiranje in med tem, kako je farmacevtsko podjetje testiranje opravilo v praksi). Abraham (prav tam, str. 730) pojasnjuje, da so sociologi razkrivali konsistenten trend tovrstnih neskladij, ki so bila v interesu farmacevtskih podjetij, pisanje znanstvenih člankov v okviru kliničnega testiranja farmacevtikov (pri čemer so podjetja uporabljala vrsto taktik, da bi bili prispevki bolj v prid farmacevtikom, kot je bila ocena kliničnih znanstvenikov), ter vse to povezovali z interesi in drugimi makro-strukturnimi pojavi. Številne teh raziskav pa so imele tudi konkretne praktične učinke (v smislu spreminjanja regulacije/zakonodaje in podobno).

Medikalizacija tudi po mnenju zagovornikov koncepta farmaceutizacije nezadostno in neustrezno zajema pojave, ki jih želi pojasniti, obenem pa je zaradi svojih poskusov zajemanja tako pozitivnih in negativnih vidikov postal preohlapen. Z izrazom farmaceutikalizacija so se avtorji želeli izogniti tudi pred tem prevladujoči negativni kritiki porasta moči farmacevtske industrije, ki je govorila predvsem o tem, da farmacija napihuje oziroma si včasih že kar izmišljuje bolezni (angl. »disease-mongering«), pri čemer zagovornikom koncepta farmaceutizacije ni bil vseč prvenstveno normativni element tega pristopa k analizi vloge farmacevtske industrije in njenih proizvodov, ki naj bi omejeval analitično rabo.

Sociološki doprinos v okviru proučevanja farmaceutizacije je sicer dragocen, saj se ne ukvarja le s proučevanjem njenega obstoja in vpletenosti v druge procese ali celo le opisom, pač pa s podrobno vsebino farmacevtske »črne skrinjice«, ki je bila, kot je opisal Abraham, težko dostopna, ti izsledki pa imajo pogosto konkretne učinke na regulacijo industrije. Vendar gre pri proučevanju farmaceutizacije torej predvsem za podrobno analizo rabe farmacevtikov in specifičnih načinov, kako farmacevtska industrija zaobide ali vpliva na regulacijo, pri čemer ne

gre zanemariti številnih drugih pomembnih socioloških in političnih implikacij farmacevtizacije ter vpliva farmacevtske industrije, ki so bile že doslej proučevane v okviru socioloških študij medikalizacije in ki so vidne tudi izven »črne skrinjice«. S procesom farmacevtizacije, kot ga opredeljuje Abraham, in vlogo farmacevtske industrije, četudi ne z vsemi specifikami, ki jih navaja, so se vseskozi ukvarjali tudi proučevalci v okviru procesa medikalizacije – analizirali so, kako finančni interesi farmacevtske industrije spodbujajo raziskave na določenih področjih in drugih ne,⁵⁹ vlogo agresivnega oglaševanja, vpliv farmacevtske industrije na razširjanje diagnoz in njihove spremembe in podobno. Vsekakor pa je farmacevtizacija del medikalizacije od začetka, zato ni razloga, da podrobne analize farmacevtske industrije ne bi mogle ostale v okviru proučevanj medikalizacije kot njen podreden koncept.

4.5.1.2 Biomedikalizacija

Biomedikalizacija je naslednja od konceptualnih razširitev medikalizacije, in naj bi zajela znanstvene in tehnološke inovacije, ki so se v 1980. letih začele z molekularno biologijo, biotehnologijo, genomizacijo in transplantacijsko medicino. Koncept biomedikalizacije, ki so ga leta 2003 uvedle avtorice Clark, Mamo, Fosket, Fishman in Shim (Clarke in druge, 2010), pa opisuje »vse bolj kompleksen, večplasten in večsmeren proces medikalizacije, ki se razširja in rekonstituira skozi nove družbene oblike tehnoznanstvene medicine« (prav tam, str. xx). Avtorice skušajo opisati »dramatične in še zlasti tehnoznanstvene spremembe v konstituciji, organizaciji in praksah sodobne biomedicine, ki so se združile v biomedikalizaciji«, kar opredeljujejo kot »drugo veliko preobrazbo ameriške medicine« (prav tam, str. 1). Analize biomedikalizacije se navdihujejo v foucaultovskih konceptih biomoči in biopolitike (Foucault, 2015). Foucault (2009) je pisal o tem, da se je z modernizacijo in industrializacijo zahodnih družb v 18. in 19. stoletju zgodil premik od starih vladajočih formacij k rojstvu klinike in medicinskemu pogledu, kar želijo »zamenjati za nove teorije bioekonomije in vitalne politike« (Clarke in druge, 2010, str. 4). Premik iz medikalizacije v biomedikalizacijo naj bi pomenil epistemološki premik od kliničnega pogleda, ki se je začel 18. stoletju in ki ga je opisoval Foucault (2009), do »sodobnega molekularnega pogleda« (Rose, 2007, v Clarke in druge, 2010, str. 4).

⁵⁹ Razvoj farmacevtske industrije v zahodnem svetu, ki je zainteresirana le za bogata tržišča, se osredotoča predvsem na specifične bolezni zahodnega sveta, npr. staranja (zdravilo za Alzheimerjevo bolezen) ali raka, ne pa na cepljenja otrok v tretjem svetu ali zdravila za tropske bolezni. Kemik Carl Djerassi (»oče« kontracepcijske tabletko, ki je svojo kariero začel v farmacevtski industriji), zato meni, da farmacevtska industrija loči svet na geriatričnega (Evropa, Japonska in severna Amerika) in pediatričnega (tako imenovani »tretji svet«) (Zidar, 2005).

Koncept biomedikalizacije je opozoril na nekatere pomembne spremembe procesov medikalizacije. Naprej na vidike, povezane z globalizacijo, ter tudi komercializacijo in poblagovljenje živih organizmov in njihovih delov, za kar je uvajal dodatne koncepte, kot so bioekonomija in biokapital, ki govorijo o tem, da imajo organi, tkiva ali celice lahko dodano vrednost v transnacionalnem prometu. Avtorji govorijo tudi o bioetiki, biomedicinskih virih, biopiratsvu (krajci teh virov), spet drugi tudi o patentiranju življenja samega – korporativnih poskusih patentiranja biodiverzitete ter o biobankah (v Clarke in druge, 2010, str. 8-10). Če teorije medikalizacije tipično poudarjajo nadzorni vidik, pa biomedikalizacija po mnenju navajanih avtoric poudarja preobrazbo takšnih medicinskih pojavov in teles, ne samo za obravnavo oziroma zdravljenje, pač pa predvsem za izboljšave, kar je, kot bom pokazala, danes ključno področje.

Clarke in druge (2010) uvajajo tudi koncept »stratificirane biomedikalizacije«, s katerim želijo poudariti »selektivnost in strateško naravo biomedikalizacije ter njene neenake (in včasih nenačrtne) učinke v različnih populacijah« (prav tam, str. 29). Z drugimi besedami, avtorice so s tem konceptom želele opozoriti, da strukture in procesi biomedikalizacije inherentno vključujejo neenakosti in izključevanje po rasi, razredu, spolu in drugih prizoriščih neenakosti, zaradi česar biomedikalizacija sama v sebi nosi ideološke, družbene, kulturne infrastrukture, ki podpirajo in ohranjajo razredne neenakosti (prav tam). Takšna kritika je sicer zajeta tudi v konceptualizacijah medikalizacije, toda koncept biomedikalizacije jo na neki način globalizira in ne omeji samo na zahodne pozno moderne družbe, saj je problematika patentiranja življenja in biomedicinskih tehnologij posredno ali neposredno zajela vse družbe, ne le naše.

Gre omeniti tudi biomedicinsko kritiko koncepta medikalizacije, ki jo razvijata in povzemata Bell in Figert (2012, 2015a, 2015b), ki govori o tem, da je to tipično moderni koncept, ki je bil ali so-konstituiven pri procesu modernizacije ali pa je bil njegov proizvod (kot produkt družbene vere v medicinsko znanje in prakse), ter se je ukvarjal predvsem s preobrazbo medicine v ZDA, Veliki Britaniji in modernih industrializiranih družbah. Moderne teorije sociologije pa so svoj »navdih in logiko črpale iz naravoslovnih ved: ločevanja subjekta od objekta, razuma od čustev, dejstva od vrednosti, resnice od mnenja, in narave od kulture« (Bell in Figert, 2012, str. xx), ter temeljile na liku nevtralnega in nevpletenega opazovalca, ki je zunaj vsakega posebnega položaja v družbi in ki zato lahko razvije objektivno vednost o svetu, znanost pa naj bi nadvladovala svet narave. Takšen modernistični okvir naj bi bil preveč

kategoričen in dualističen. Največji problem je v ponujenih rešitvah. Clark in druge (2010) sklenejo, da biomedikalizacija »od pacientov, potrošnikov in skupin bolnikov zahteva, da postanemo bolj obveščeni in odgovorni, v resnici bolj 'znanstveni' v odnosu do biomedicine« (prav tam, 16). Torej, odgovornost je umeščena nazaj tja, kamor je v pozno moderni družbi oziroma družbi tveganja že tako ali tako (prikrito) umeščena: na posameznika in na njegovo dolžnost pridobivanja medicinske in znanstvene vednosti (ki ni monolitna) za orientacijo v sodobni družbi.

4.5.1.3 Nevroevolucija, kibernetika, bionizacija; biopolitika preračunavanja družbenih ekonomskih bremen

V vzponu je industrija različnih nevronaprav, ki naj bi jih v prihodnosti kombinirali tudi z nanotehnologijami. Nevroprotetika, področje nevroznanosti, ki se ukvarja z živčnimi protezami, razvija umetne naprave, ki nadomeščajo ali izboljšajo sposobnosti poškodovanega živčnega sistema. Gre za vmesnike med možgani in računalnikom (MRV – možgansko-računalniški vmesniki; nevroprotetika povezuje živčni sistem na napravo, MRV pa povezuje možgane ali živčni sistem z računalniškimi; angl. BCI →»brain-computer interface«, z angleškimi okrajšavami poznani tudi kot DNI – direktni nevrnski vmesnik, STI – sintetični telepatski vmesnik, ali BMI – vmesnik med možgani in strojem). Ti vmesniki skušajo s podobnimi metodami in tehnikami doseči enake učinke, kot so na primer obnova sluha, sposobnosti za gibanje in komuniciranje. Prve nevroprotetične naprave, ki so bile vsajene v ljudi, so se pojavile sredi 1990. let, marca 2017 pa je bil objavljen prvi primer tetraplegika, ki je s pomočjo nevroprotetike sposoben z mislimi nadzorovati premikanje roke. Vmesniki MRV (angl. BCI) se že uporabljajo za osebe z motnjami pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti oz. ADHD (Bard in Singh, 2015), motnjami avtističnega spektra (Fan in drugi, 2015), razvijajo pa se tudi za komunikacijske in številne druge motnje (Kübler in Mattia, 2016).

»Srečanje s kiborgom⁶⁰ je živce parajoča izkušnja,« je zapisal novinar Newsweeka (Caroll, 2014), ko se je srečal z barvno slepim Neilom Harbissonom, prvim človekom, ki ima v lobanji

⁶⁰ Ironično je, da je bil prvi kiborg, opisan v literaturi, ne nadčlovek, ki bi se dvignil nad povprečneži, pač pa subverziven lik proti družbi. Prvi sodobni – fikijski – kiborg, Vojak 241, ki je pol človek, pol stroj z izboljšanimi telesnimi sposobnostmi (umetnimi telesnimi deli, skrajno močnimi rokami in teleskopskimi očmi ter sestavljen iz »milijona pohabljenecv«, se pojavi v drami Kri in jeklo (Blood and Iron, avtorjev Davisa in Sheehana), ki jo je oktobra 1917 objavila revija Strand. Podobno kot tri leta pozneje prvi fikijski robot (v Čapkovi drami R.U.R.) je bil tudi kiborg proizvod modernega vojskovanja. Revija Strand z Vojakom 241 je izšla v vojnem času, ko je britanska zakonodaja izjemno natančno nadzirala vse publikacije ter cenzurirala vse, kar bi lahko ogrozilo moralo, in Vojak 241 je bil ena redkih protivojnih drž. Kot piše Macdonald (2016, str. 32), je bil »morasta vizija, kako je ranjene vojake mogoče obnoviti nazaj v popolno bojno pripravljenost«. Kiborg v tej viziji ni bil robot, mehanični lik, pač pa človek, ki je bil izboljšan z umetnimi mehanizmi ter zato hitrejši in močnejši – toda še vedno podrejen

vsajeno kibernetško anteno, ki zaznava barve. Operacijo je opravil kirurg, ki je želel ohraniti anonimnost, čeprav medicinska stroke operacije ni sankcionirala. Harbisson je postal prvi »uradno« priznani kiborg – kibernetški organizem, ki ima tako organske kot biomehatronske dele – ko je britanski urad za izdajanje potnih listov priznal njegovo fotografijo za potni list, na kateri je bil slikan z antenskim vsadkom. Različne bionske proteze in ekoskeleti za paralizirane ljudi in ljudi z manjkajočimi telesnimi deli, so v zadnjih nekaj letih za javnost postali razmeroma običajni v vseh pogledih, razen finančnem (bionska roka trenutno stane vsaj okrog 30.000 dolarjev, zato je trenutno neke vrste statusni simbol), za omenjeni proces pa so nekateri avtorji predlagali spet nov izraz, in sicer »bionizacija« (Maturò, 2012). Pri »kiborgih«, kot je Harbisson,⁶¹ pa je razlika v tem, da mu elektronski telesni »dodatek« ne nadomešča manjkajočega dela ali telesne funkcije, pač pa predstavlja njuno *izboljšavo*, dodatek ali nadgradnjo, saj zaznava ne le barve, pač pa tudi ultravijolično in infrardečo svetlobo ter signale različnih aparatov (v prihodnosti tudi satelitskih).⁶² Harbisson sam svojo operacijo primerja z ljudmi, ki so v viktorijanskih časih na skrivaj opravljali splav ali pa operacije za spremembo spola, preden so bile te legalizirane.

Največjo in eksponentno rast so v zadnjem obdobju doživele različne nevro-znanosti in njihove tehnološke aplikacije. Rose (2013) meni, da če je v prvi polovici 20. stoletja je predpona psih-pri številnih področjih proučevanja človeškega vedenja povezovala strokovno znanje in avtoriteto o človeških bitjih, se zdaj na enak način uporablja predpona nevro- (npr.

vojaškimi ukazom. Ironija je bila, da je bil Vojak 241 nasprotje »grozljivim podobam industrijske dehumanizacije« (prav tam). Kot piše Macdonald (prav tam, str. 33), je Vojak 241 »inteligenten, razumen posameznik, ki uporablja svetopisemsko izrazje, da bi cesarja opozoril na nemoralnost vojne«. Grozljivega občutka dehumanizacije v drami Kri in jeklo ni zbujal sam »izboljšani« kiborg, pač pa znanstvenik, ki ga je ustvaril in ki je v kliničnem, hladnem jeziku opisoval »kose mrtvih vojakov« ter »obnavljanje« vojaških korpusov, ki so bili imobilizirani zaradi manjkajočih rog, nog, oglušelih ušes in oslepljeni (prav tam).

⁶¹ Harbisson ni edini kiborg. Američan Tim Cannon ima npr. v roki vsajen čip, ki bo nadzoroval njegove biološke funkcije. Finec Jerry Jalava je prst zamenjal za 2-gigabajta velik USB »naprstni ključek«. Harbisson vidi gibanje kiborgov kot del »širšega gibanja k razširjeni zavesti..., ki želi človeško zavest ohranjati v okviru tehnologije tudi onkraj biološke smrti« (Caroll, 2014). Med kiborgi so tudi dr. Kevin Warwick, ki predava kibernetiko na Univerzi v Readingu in je ustanovil Projekt Kiborg, ter od leta 1998 eksperimentira z različnimi elektronskimi vsadki. Med njimi je mikročip v roki, s katerim lahko od daleč upravlja z lučmi, grelnimi napravami in računalniki, vsadek pa je dal tudi svoji ženi (če je kdo prijel njeno roko, je lahko začutil iste občutke v svoji). Britanec Nigel Ackland ima bionsko roko, s katero upravlja s pomočjo mišičnih gibov v nadlakti, ter lahko premika prste in prijema občutljive predmete. Ameriški atlet Cameron Clapp ima namesto nog protezi, s katerima upravlja s pomočjo mikroprocesorja. Američanka Claudia Mitchell je prva ženska z bionsko roko. Ciprški performativni umetnik Stelios Arcadiou ali Stelarc je opravil več bionskih eksperimentov (»The world's most famous real-life cyborgs«, 2017).

⁶² Leta 2013 je Harbisson anteni dodal bluetooth, kar ji omogoča, da prejema signale iz mobilnega telefona (Caroll, 2014).

nevropsihiatrija, nevroekonomija, neurofilozofija, nevroteologija, nevrotčenje, nevropsihoanaliza, nevropravo). Ta po mnenju Rosa ponuja nov pojasnjevalni okvir za to, kar je bilo prej razumljeno v psihološkem, filozofskem, družbenem ali celo duhovnem smislu. Sposobnost za etično in moralno razsojanje je zdaj razumljena kot stvar možganov; to so »nove tehnologije za intervencijo v človeška bitja – vladanje vedenju prek možganov in v imenu možganov« (prav tam, str. 8). Duševni procesi – spoznavanje, volja, čustva – so v okviru novih nevro-znanosti zdaj pojasnjeni na povsem materialne načine, kot rezultat bioloških procesov v možganih (prav tam, str. 10).

Nevromolekularni pristop je bil povezan z razvojem psihofarmakologije in naraščajočo rabo psihofarmakov pri obravnavi ljudi z duševnimi motnjami. Pri raziskavah načina delovanja teh psihofarmakov, so bili skoraj vedno uporabljeni živalski modeli, ki so bili po Rosovo epistemološko, ontološko in tehnološko ključni pri vzniku nevroznanosti. Raziskave so se osredotočale na molekularne lastnosti psihofarmakov, za katere se je zdelo, da delujejo na duševna stanja in vedenje, kar je neizogibno vodilo k prepričanju, da je anomalije teh duševnih stanj potrebno in nujno razumeti v smislu motenj, prekinitev ali neustreznega delovanja molekularnih procesov. To je vodilo k »zmagoslavju« kemijskega pogleda in prepričanju, da so napake v delovanju nevrottransmiterjev podlaga za večino, če ne vse duševne motnje. (Rose 2013, str. 10). Čeprav sta se dve ključni hipotezi, glede depresije (monoaminska hipoteza) in shizofrenije (dopaminska hipoteza), izkazali za napačni, je ta psihofarmakološki imaginarij omogočil nove povezave med farmacevtskimi podjetji, nevrobiološkimi raziskavami in psihiatrijo ter prispeval k rutinizaciji rabe psihoaktivnih zdravil.

Proti koncu 20. stoletja se je genetika, kot piše Rose (2013), preusmerila na drugo raven: raven DNK sekvenc, in proučevanje, kako majhne variacije v sekvenci lahko vplivajo na sintentizacijo proteina ali delovanje encima in kaj to pomeni za dovzetnost za določene bolezni ali odziv na določena zdravila. Molekularna vizija genomske kompleksnosti se je zato povezala z vizijo nevromolekularnih možganov. To je omogočilo premik od proučevanja dednosti k iskanju specifičnih genomskih variant in anomalij, ki naj bi imele za posledico določene bolezni ali patološka stanja (kot na primer impulzivno vedenje). Zdaj proučujejo variacije, ki povečujejo ali zmanjšujejo dejavnost encima, občutljivost receptorja, ki so v končni fazi podlaga za vse človeško duševno delovanje, ne samo to, kar je razumljeno kot patološko. Fokus proučevanja (bio)medicine se je iz telesa najprej zožal na možgane, nato pa na raven nevrona.

Poleg psihofarmakologije in psihiatrične genomike Rose (prav tam) opozarja na tretje (in vse bolj razširjeno) prepričanje, in sicer koncept možganske plastičnosti. Ker niti struktura niti funkcija nista vpisani v gene ali določeni ob rojstvu, koncept plastičnosti pravzaprav pojasnjuje vse možganske spremembe skozi potek človeškega življenja, argument, ki je bil komercializiran pri razvoju številnih terapevtskih metod (ki so jih pogosto patentirali nevroznanstveniki). Epigenetika je nato pojasnjevala, kako zgodnje izkušnje po rojstvu modificirajo gene in kako poteka prenos okoljsko pridobljenih značilnosti na naslednje generacije. Nevrogeneza (ustvarjanje novih nevronov) je mogoča skozi vse človeško življenje, kar okoljski dejavniki lahko spodbujajo ali zavirajo.

Možgani so se zdaj zdeli organ, ki je dovzeten na okoljske vplive na ravni molekularnih procesov genoma, ki oblikujejo njegovo nevronske arhitekturo in funkcionalno organizacijo, s posledicami, ki se lahko prenesejo na naslednje generacije. Implikacije so bile jasne: tisti, ki jih skrbi prihodnost otrok ter njihovo vedenje in dobrobit v odraslosti, morajo to prepoznati ter obvladovati te procese oblikovanja in ponovnega oblikovanja naših plastičnih možganov (Rose, 2013, str. 12).

Rose opozarja, da nevrogenomika »dovzetnosti« in »odpornosti« (na nekaj, kar predstavlja grožnjo zdravju ali optimalnemu funkcioniranju) odpira možnosti za intervencije v vsakdanjem življenju, ali preko zgodnje intervencije in obravnave duševnih motenj, ali nevrodegenerativnih bolezni, ali v obliki preventivnih intervencij (npr. pri odvrčanju otrok od antisocialnega ali kriminalnega vedenja).

Biopolitika je usmerjena v prihodnost; ukvarja se s »časovnimi bombami« različnih motenj bolezni, npr. depresijo, tesnobo in demenco, in utemeljuje, da je prenizko diagnosticiranje teh bolezni, in posledična neproduktivnost prebivalstva, velik strošek za gospodarstvo. Cilj se zdi jasn: znižanje ekonomskega bremena duševnih (in drugih) bolezni (saj motnje možganov vse bolj povezujejo z drugimi boleznimi, od tesnobe do debelosti, ki naj bi vse imele izvor v možganih), s ciljem znižanjem bremena na zdravstvene blagajne in povečanja produktivnosti. Pri tem zdaj cilj ni več zdravljenje ali odkrivanje zdravil, pač pa preventiva, ki pomeni zgodnjo intervencijo: »v dobro možganov in države«.

Wahlberg in Rose (2015) opozarjata, da se je globalna zdravstvena politika v zadnjih desetletjih 20. stoletja iz proučevanja in označevanja razširjanja različnih bolezni preusmerila v ekonomsko preračunavanje družbenega »bremena« bolezni. Ta novi epidemiološki način razmišljanja je s seboj prinesel »povludenje« (governmentalizacijo) življenja; družbene in

osebne posledice življenja z boleznijo postanejo politična skrb, mogoče naj bi jih bilo izmeriti in preračunati, s tem pa naj bi jih bilo mogoče tudi obvladovati z različnimi intervencijskimi strategijami. Argumenti o ekonomskem in družbenem »bremenu« ter prednostih strategij predvidevanja in preprečevanja so bili pomemben dejavnik pri javnem vlaganju in investicijah industrije tudi v nevroznanstvene raziskave. Finančna vlaganja temeljijo na argumentih o odpiranju globalnih trgov za zdravila, diagnostičnih metodah in drugih tehnologijah. Številni kritiki so v preteklosti poudarjali poslovne strategije farmacevtskih korporacij kot ključni dejavnik pri preoblikovanju psihiatrije v nevropsihiatrijo, pa tudi pri vplivih na (bio)medicino na splošno.

Ena tovrstnih ocen ekonomskega bremena (Oullier, 2017), ki naj bi ga globalna ekonomija utrpela zaradi nevroloških in duševnih motenj, kot sta demenca in Alzheimerjeva bolezen, ki ocenjuje stroške zdravstvenega varstva, zmanjšanje ali izgubo produktivnosti na delovnem mestu ter posledice za družino, jo v letu 2010 ocenjuje na 2,5 bilijona ameriških dolarjev, pri čemer bi lahko dosegla do leta 2030 kar šest bilijonov. »Ekonomske breme zdravja možganov« bo tedaj po tej oceni večje od stroškov raka, diabetesa in bolezni dihal skupaj. Nevrotehnologija je obenem velik posel, ki naj bi po enem od poročil v letu 2016 (Neurotech, prav tam) samo za naprave dosegla 7,6 milijard ameriških dolarjev, do leta 2020 pa 12 milijard. Skupaj z medicinskim trgom za nevrotehnološke naprave ter področja, kjer so lahko v uporabi z možgani povezane tehnologije, gre za polje, ki letno proizvaja 150 milijard dolarjev.

Rose opozarja, da v dobi »plastičnih možganov« intervencija, namenjena otrokom, poteka preko staršev, kar pomembno spreminja načine, kako se starši ukvarjajo z ranljivimi otroki. To trdno premeščanje najrazličnejših družbenih problemov in nezaželenih oblik vedenja v nevrobiologijo (ki jo to okolje celo sooblikuje), Rose vidi kot »ponavljanje strategije, ki smo jo nešteto krat videli od 19. stoletja dalje: »preprečevanje družbenih tegob z delovanjem na otroka preko družine« (Rose, 2013, str. 16). To je nevrobiološka razlaga za družbeno izključevanje, ki za začarani krog krivi neustrezno starševstvo družbeno deprivilegiranih.

4.5.1.4 Nevrodiverziteta (nevrolška raznolikost)

Nevrodiverziteta oziroma nevrološka raznolikost je ena novih konceptualizacij s specifičnim poreklom, saj se je razvila kot civilno gibanje »od spodaj navzgor« v 1990. letih, in ne s strani medicinske/psihiatrične stroke. Med najmočnejšimi izmed teh civilnih gibanj znotraj nevrodiverzitete je bilo gibanje za motnje avtističnega spektra, pridružila pa so se mu še civilna

gibanja za disleksijo, neverbalne učne motnje idr. (Armstrong, 2010, str. 7), v zadnjem času pa tudi ADHD/ADD.

Kot piše Armstrong (2010, str. 5), je gibanje menilo, da je medikalizacija tudi finančno motivirana, saj danes nihče ne bo financiral raziskav, ki bi služile zgolj proučevanju človeške raznolikosti, javnost ne bo plačevala stroškov za posebno pomoč otrokom, če ti nimajo diagnosticirane motnje. Zato se je povečal pritisk k poudarjanju defektov, nezmožnosti, disfunkcij – in, nasprotno, zmanjševanju specifik (spretnosti in posebnih nagnjenj) teh istih skupin (prav tam, 5), proliferacijo diagnoz pa je gibanje ironiziralo tako, da so v nekaterih definicijah nevrodiveziteti opredelili kot drugačnost od »nevrotipičnega sindroma« (prav tam, 8). Gibanje je uvedlo osem načel, med njimi, da možgani delujejo kot ekosistem, ne stroj, da delujejo na kontinuumu kompetenc, te pa so odvisne od družbenih vrednot in kulturno pogojene, da je uspeh opredeljen kot zmožnost prilagoditve sebe okolju in obratno (prav tam, str. 9-21). Koncept je bil deležen tudi kritik, saj je v skrajni obliki te konceptualizacije mogoče kot legitimno nevrorazličnost označiti vse motnje in bolezni, tudi antisocialno osebnostno motnjo (za katero sta se prej uporabljala termina psihopatija/sociopatija) ali shizofrenijo, obenem pa bi osebam, ki zaradi različnih diagnosticiranih motenj trpijo, lahko znižali podporne sisteme.

Gre za družbeni odziv in gibanje, ki ga lahko razumemo tudi kot odziv proti biologizaciji duševnih motenj. Upira se konceptom medikalizacije in patologizacije tega, kar vidi kot normalno nevrološko oziroma biološko raznolikost v naravi, ki je ni treba zdraviti, pač pa zanjo zagotoviti podporne sisteme. Po drugi strani pa svoje argumente utemeljuje na isti ravni kot ostale nevroznanosti: na nevro- in mikrobiološki ravni. Gibanje, ki se je torej začelo kot civilnodružbeno gibanje, je kasneje prodrlo v psihiatrijo in medicino. V zadnjih nekaj letih je najti vrsto psihiatričnih člankov, ki tematizirajo nevrorazličnost. Junija 2017 je vplivni psihiatrični zbornik *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ki je bil posvečen nevrodiveziteti pri obravnavi avtizma in psihiatrije, v uvodniku zapisal, da gre za nič več in nič manj kot »revolucionaren koncept« (Baron-Cohen, 2017).

Lahko rečemo, da so bili številni vidiki in poudarki gibanja o nevrološki raznolikosti, ki je želelo opozoriti na pretirano medikalizacijo vsakdanjega življenja in običajnih človeških raznolikosti ter se ji upreti, »asimilirani« v sam proces medikalizacije. Bio(medicina) je njegova opozorila o človeški raznolikosti vkorporirala v svojo nozologijo, klasifikacijo in diagnostiko

bolezni in motenj, in sicer tako, da je v številne motnje, kot sta na primer avtistična motnja in ADHD (v MKB-11⁶³ pa bo to veljalo tudi za osebne motnje), ki so bile prej opredeljene bolj v smislu absolutnih kategorij (motnjo imaš ali je nimaš glede na diagnostična merila), dodala razsežnost »spektra«⁶⁴. Te motnje so zdaj opredeljene na spektru od zelo blagih, blagih, srednjih, do izrazite in najbolj izrazite oblike. To je medikalizacijo pravzaprav še razširilo, saj je omogočilo zajetje in medikalizacijo tudi tistih delov populacije, ki v prejšnje, bolj absolutne kategorije in diagnostične kriterije, prej ne bi bili zajeti, in ki so lahko so zdaj – na spektru bolezni – diagnosticirani z blažjo obliko. Asimilacija poudarkov nevrodivezitet v proces medikalizacije kaže na absolutno naravo slednjega.

4.5.2 Človeške izboljšave in postčloveška doba

»Pred nedavnim sem na avtobusu poslušal nekoga, ki je prijatelju razlagal, da se z nečim želi ukvarjati, nekaj drugega bi mu prineslo spodoben zaslužek, v nečem tretjem pa da je dober. V svetu, v katerem ima ta posameznik na voljo možnost za vse tri kariere, bi bilo življenje lažje, bil bi manj frustriran in zato srečnejši.« (Tännsjö, 2012, str. 179)

Eden novejših konceptov v okviru sodobne biomedicine in njenih razširitev z novimi znanostmi in tehnologijami ter njihovimi aplikacijami, ki je vreden posebne obravnave, je koncept »človeških izboljšav«. V bioetiki se izraz človeške izboljšave (»human enhancement«; angleški izraz »enhance« sicer pomeni povečati ali izboljšati v kakovosti, vrednosti ali obsegu) nanaša na »kakršne koli genetske, biomedicinske ali farmacevtske intervencije, ki imajo cilj izboljšati človeške dispozicije, sposobnosti ali dobrobit, četudi pri tem ne obstaja patologija, ki bi jo bilo potrebno zdraviti« (Giubilini in Sanyal, v Clarke in druge, 2016, str. 1). Med njimi so izbor zarodkov pred implantacijo pri umetni oploditvi, vstavljanje ali izbris genskih zaporedij oz. sekvenc, jemanje farmacevtskih pripravkov za izboljševanje telesnih ali mentalnih funkcij in povečevanje uspešnosti, podaljševanje življenja z aplikacijo matičnih celic in regenerativne medicine – vsi ti postopki so ali pa bodo kmalu tehnično možni. Genetika je z zaključkom projekta Človeški genom ponudila dovolj znanj o človeški DNA ter korelacijah med določenimi genskimi sekvencami in fenotipskimi potezami, da bodo tudi genske človeške izboljšave »ne le možne, pač pa prirojene specifičnim človeškim potrebam in željam« (prav tam).

⁶³ Enajsta revidirana izdaja Mednarodne klasifikacije bolezni Svetovne zdravstvene organizacije, MKB-11 SZO (ang. International Classification of Diseases, ICD-11, WHO), bo stopila v veljavo 1. januarja 2022.

⁶⁴ Po DSM-5 ima ADHD (motnja pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti) lahko blažjo obliko (šest znakov, vpliv motnje na socialno in šolsko funkcioniranje je majhen), zmerno obliko (izraženost znakov in motnje je zmerna) in v izraziti obliki (potrjena prisotnost večine znakov, ki so izraziti, vpliv motnje na socialno in šolsko funkcioniranje je izrazit) (Mikuš Kos, 2017, str. 129).

Človeške izboljšave naj bi bilo torej mogoče doseči na več ravneh: (nevro)protetični, farmakološki ter z genskim inženiringom in aplikacijami nevroznanosti. Logika za človeškimi izboljšavami naj bi bila konceptualni premik od »dobre« oblike človeškega obstoja k »boljši«. Tehnologije bi ljudem lahko omogočale, da so *boljši kot le dobri* z uporabo možganskih modifikacij za izboljševanje spomina ali mišljenja, spreminjali bi lahko biokemijo za izboljševanje odpornosti na okolje ali ustvarjanje novih kapacitet, dlje živeli ali bili estetsko privlačnejši ali izjemnejši. To avtorji opredeljujejo kot nadaljevanje premika od »slabega« k »dobremu«, in če je odpravljanje slabega bilo vodilo medikalizacije v prejšnjem (modernem) obdobju, pa ideja človeških izboljšav zajema tako izboljšanje kot tudi prejšnjo stopnjo odpravljanja nezaželenega. Po mnenju zagovornikov človeške izboljšave pomenijo tako odstranjevanje nezaželenih in patoloških zdravstvenih stanj oziroma aplikacijo drugih negativnih intervencij, ki so bile namenjene zdravljenju bolezni, odpravljanju hendikepov ter različnih nezmožnosti kot tudi izboljševalnih intervencij, ki so usmerjene v izboljševanje posameznika onkraj normalnega delovanja organizma (Tännsjö, 2009, str. 316; Holub, 2016, str. 172). Negativne in pozitivne intervencije se po mnenju teh avtorjev prepletajo. Kot piše Holub, te intervencije pomenijo, da bi, na primer, »tako imenovani 'slabi' gen zamenjali z 'dobrim', ali 'dobrega' s 'še boljšim'«, ali pa govorijo o »zaželenih (nadgrajenih) reproduktivnih celicah«. Cilj je ustvariti najboljši možni kromosom, ki bo zagotovil zaželeni fenotip« (2016, str. 172), večina izboljšav pa naj bi bila celo »moralno hvalevrednih« (prav tam, str. 177).

Čeprav je trenutno na voljo razmeroma malo človeških izboljšav, pa je tema zbudila izjemno veliko odzivov v različnih strokah, zaradi česar razprava lahko deluje kot neke vrste »futuresologija« (prav tam, str. 171). Ena od idej, ki so jo predlagali analitiki, je podaljševanje in spreminjanje človeškega življenja do te mere, da se lahko vprašamo, ali je bitje, ki je rezultat teh procesov, še vedno človek oziroma človeška oseba. Transhumanisti, med katerimi je bil leta 1990 prvi britanski filozof Max Moore, zagovarjajo post-človeško stanje, kjer bo človeškost zamenjala naslednja stopnja evolucije: hibrid človeka in stroja. Nekateri avtorji zato predlagajo celo dve vrsti sebstva, personalističnega (izboljšanega) in naturalističnega (naravnega) (prav tam), pri čemer je personalistično sebstvo zelo sporen pojem.

Italijanska filozofinja Rosi Braidotti posthumanizem definira kot »zgodovinski trenutek, ki označuje konec opozicije med humanizmom in antihumanizmom ter zarisuje drugačen diskurzivni okvir, ki pritrjevalno išče nove alternative« (2013, str. 37). Odraz povpraševanja po

kritični refleksiji teme je novi zbornik *Journal of Posthuman Studies*, katerega prvo številko je v letu 2017 izdala založba univerze Penn State. Zbornik s pomočjo širokega nabora disciplin, med njimi bioetike, sociologije, antropologije, medijskih študij, filozofije, okoljskih študij ipd. analizira, »kaj pomeni biti človek v dobi hitre tehnološke, znanstvene, kulturne in družbene evolucije. Ko meje med človekom in 'drugim', tehnološkim, biološkim in okoljskim, erodirajo, ko so zaznave normalnega pod vprašajem, kar poraja vrsto etičnih, filozofskih, umetniških, kulturnih in umetniških vprašanj« (*Journal of Posthuman Studies*, 2017).

Pogledi s področja človeških izboljšav se sklicujejo na »ustvarjanje boljšega človeka« (Holub 2016, 174), kar vključuje neko na videz samoumevno in nereflektirano »dobro« in »slabo«, zaželeno in nezaželeno, normalno in patološko, pozitivno in negativno, naravno in nenaravno (v tem primeru »izboljšano«). To govori o tem, da pri teh diskurzih ne gre za kak paradigmatični premik, pač pa zgolj za nadaljevanje (razširitev) medicinskega diskurza, ki je vrednostne in normativne sodbe o tem, kaj je dobro in zaželeno, zdravo in bolno, normalno in odklonsko, prevedel v nevtralni jezik znanosti, utemeljen na biologiji in naravi, in ga s tem naturaliziral. O samem družbenem kontekstu, političnem in ekonomskem, pa ti pogledi niti ne govorijo, razen pri vprašanjih dostopnosti izboljšav širši populaciji. Ker avtorji omenjajo morebitne nezaželene stranske učinke pri poskusih spreminjanja (»izboljšanja«) človeške duševnosti ali telesa (lahko npr. pričakujemo, da bo zamenjevanje genov imelo za stranski učinek spreminjanje duševnosti), to med drugim pomeni tudi širjenje biomedicinske »iatrogeneze« (po Illichu, torej negativnih stanj, ki jih povzroča sama (bio)medikalizacija).

4.5.2.1 Bioetika

Temeljna vprašanja konceptualizacije človeških izboljšav v okviru bioetike, vede, ki se ukvarja z etičnimi vprašanji napredka biologije in medicine, povzemam po enem aktualnih virov, zborniku o etiki človeških izboljšav (Clarke, Savulescu, Coady, Giubilini, Sanyal, 2016), v katerem vrsta trenutno vodilnih filozofov in bioetikov skuša osvetliti sodobne razprave o bioetiki ter predstaviti ključna vprašanja te znanosti.

Bioetika trenutno zavzema dve ključni smeri konceptualizacije človeških izboljšav glede na obseg in cilje medicine. Prvi, ki nasprotuje človeškim izboljšavam, govori o tem, da ker te segajo onkraj tega, kar je trenutno razumljeno kot normalno zdravje, to pomeni, da so onkraj pravih ciljev medicine (prav tam). Drugi medicino razume kot zagotovilo blaginje in izboljšave zagovarja z argumentom, da imajo tako zdravljenje kot človeške izboljšave skupen cilj, in sicer

povečanje »možnosti dobrega življenja v relevantnem sklopu okoliščin« (Savulescu in drugi, 2011, str. 7, v prav tam, str. 1), kar naj bi bil cilj medicine, kot je ta širše razumljena. Razlika je, kot pojasnjujeta Giubilini in Sanyal (2016), utemeljena v različnih stališčih glede moralne vrednosti razlike med zdravljenjem in izboljšavo. Za nemedicinski pristop je ta razlika dejstveno in moralno pomembna, medtem ko pristop medicine kot orodja za doseganje blaginje govori o tem, da je stanje normalnosti, ki jo medicina skuša obnoviti, zgolj »statistični pojem, ki je zgodovinsko predmet sprememb in nima nobenega moralnega pomena« (Bostrom in Roache, 2008, v prav tam, str. 1).

Trenutno prevladujoče bioetične pozicije glede moralnosti človeških izboljšav povzameta in razdelita v tri glavne kategorije. Prva so »bioliberalci«, avtorji, ki predstavljajo pozitivne vidike izboljšav in verjamejo, da bi ljudje morali imeti svobodo pri presoji, ali želijo izboljšave (kar po nekaterih pogledih velja tudi za odločanje glede njihovih potomcev), zato predlagajo zgolj ukrepe za omejevanje potencialnih negativnih vidikov. Druga so avtorji, ki zagovarjajo zmerni pristop; čeprav načeloma ne oporekajo izboljšavam, pa poudarjajo razlikovanje med njihovimi spornimi in nespornimi oblikami ter opozarjajo na vprašanja distribucije in dostopnosti (bogati, ki do teh izboljšav imajo dostop, in revni, ki ga nimajo), in na vidike varnosti teh izboljšav. Tretji načeloma oporekajo človeškim izboljšavam, ali zato, ker izboljšave na določenih področjih dejavno kršijo pravila, ki opredeljujejo določeno dejanje (npr. doping v športu), ali pa ker naj bi človeška narava imela poseben status, ki bi ga izboljšave kršile, še posebej, kadar so te radikalne, npr. genetsko spreminjanje potomcev. Ti avtorji, še dodajata Giubilini in Sanyal, pogosto uporabljajo konservativni jezik z izrazi, kot so »svetost«, »igranje boga«, »človeško dostojanstvo« ali pa »nova evgenika« (prav tam, str. 17). Omenjena avtorja poudarjata, da so tako v restriktivnih kot permisivnih pozicijah trenutno številne notranje razlike in nesoglasja, ki so odvisna od različnih dejavnikov, npr. nekateri oporekajo samo določenim izboljšavam (nekatero metode se jim zdijo spornejše kot druge, npr. genska manipulacija zarodkov se jim zdi bolj problematična kot izbira specifičnih zarodkov pri umetni oploditvi, saj le v prvem primeru spremenimo gensko identiteto posameznika) ali pa stopnji izboljšave (prav tam, str. 3).

Zanimivo je, da nekateri avtorji restriktivno pozicijo pogosto ovržejo prav z biološkim oziroma nevrološkim argumentom. Tu denimo najdemo navedbo, da nevrološke raziskave prinašajo ugotovitev, da ljudje moralne sodbe oblikujemo na podlagi intuicije in čustev (posebno vlogo pa ima pri tem tudi čustvo gnusa), kar pomeni, da jih ne oblikujemo na podlagi »razuma«.

Dodatno implicirata, da je restriktivna pozicija nekako inferiorna (razum je nad čustvi). Pri tem gresta tako daleč, da navajata študije, ki njuno lastno pozicijo povzdignejo z argumentom, da je pri »liberalcih zaznati večjo možgansko aktivnost v anteriornem cingulatnem korteksu – področju možganov, ki se aktivira, ko določene situacije zahtevajo odziv, ki odstopa od običajne nagnjenosti k specifičnemu odzivu« (prav tam, str. 20). V kliničnem (na videz objektiviziranem) nevrološkem jeziku tako vrednostno povzdigneta lastno vrednostno sodbo (njuni možgani so, torej, »bolj liberalni«). Ne samo to, če zagovornike konservativnih pogledov na človeške izboljšave skrbi, da bi izboljšava lahko pomenila izgubo ali manko ponižnosti, dostojanstva in/ali modrosti, je »možno, da bi tudi vse te lastnosti lahko izboljšali, zato je težko razumeti, kako bi se ti konservativci, ki jih skrbi izguba teh kvalitete, lahko pritoževali nad lastno izboljšavo« (May, 2016, str. 32). Ter da lahko sprejmemo, da bi se morali odpovedati npr. izboljšavam mišičja, toda »to, da bi se morali odpovedati priložnostim izboljšave moralnega vedenja, če se ta prilika pojavi, je težje sprejeti. Kajti nemoralno vedenje peščice močno škodi mnogim« (prav tam, str. 33).⁶⁵ To kaže na krožnost diskurzov, npr. nevrološki ali biotehnološki diskurz postane diskurz za refleksijo nevroloških ali biotehnoloških argumentov, konceptov in pozicij.

4.5.2.2 Človeške izboljšave kot utrjevanje družbenih neenakosti

Če se je Fukuyama, ki je obstoj nečesa, čemur bi lahko rekli »človeška narava«, priznaval, še leta 2002 v svojem odmevnem delu o postčloveški prihodnosti spraševal, ali je morda najpomembnejša grožnja, ki jo predstavlja sodobna biotehnologija, možnost spremembe človeške narave, kar nas bo popeljalo v »postčloveško« dobo, pa številni avtorji skoraj dvajset let pozneje nič več ne dvomijo ne le o tem, na smo na njenem pragu, pač pa predlagajo različne konkretne afirmativne politike za uporabo novih tehnologij. Fukuyama je tedaj kritično razmišljal o scenariju, v katerem bi bile, denimo, biotehnološke rešitve v smislu genskega inženiringa otrok dovolj dostopne, bi morda to pomenilo neke druge vrste pozitivno evgeniko,

⁶⁵ »Lahko bi trdili, da obstaja tudi nekaj takega, kot je preveč ponižnosti, dostojanstva, modrosti, ali pa gre za faktor x. Toda ta vrsta argumenta ne more govoriti proti vsem primerom izboljšave ponižnosti, dostojanstva, modrosti ali faktorja x. Lahko govori samo proti izboljšavam ravni ponižnosti, dostojanstva, modrosti ali faktorja x nad optimalnimi ravnmi. Nemara bi lahko predpostavljali, da smo mi vsi že na optimalni ravni ponižnosti, dostojanstva, modrosti in/ali faktorja x. Toda to se zdijo pobožne želje« (prav tam, str. 32). Tu se May naslanja na Fukuyamovo (2002) argumentacijo o faktorju x; če svoje »naravne« lastnosti, ki smo jih pridobili na podlagi sreče, postanejo predmet reguliranja, potem izgubimo to, kar je onkraj njih, faktor x.

pri kateri na primer demokratična vlada ne bi preprečila ljudem z nizkim IQ reprodukcije, pač pa bi pomagala deprivilegiranim, da izboljšajo svoj IQ in IQ svojih otrok (2002, str. 81).

Filozof Torbjörn Tännsjö, eden vidnejših bioetikov in zagovornikov človeškega izboljševanja, afirmativno razvija koncept »biološkega egalitarizma«. Po njegovem obstaja možnost, da ljudi izboljšamo, a še vedno »ohranimo v okviru normalnega človeškega razpona«, kar bi pomenilo »izenačevanje številnih razlik med nami« (2012, str. 172), torej ne postčloveškega ali transcčloveškega posameznika, pač pa »bolj enakega« – še vedno znotraj tipičnega obsega vrste. Potemtakem, pravi Tännsjö, »se ni potrebno poglobljati v vprašanje, ali bi bilo to problematično ali ne, glede na to, da so vsa človeška bitja posebna« (prav tam, str. 173). Podobno predlaga za to, kar se šteje kot patologija, npr. trpljenje ljudi z duševnimi boleznimi, tesnobo, psihozami, kjer bi lahko zaobšli potrebo po tem, da jih zdravimo, in sicer tako, da bi te bolezni povsem odstranili. Na ta način bi lahko odpravili še kup drugih negativnih korelacij, na primer med nizko inteligenco in zločinom, kajti (prav tam, str. 180):

... ljudje z nizko inteligenco so slabše obravnavani v šoli, zato jim pogosto spodleti v zgodnjem izobraževanju, zato so nagnjeni h kriminalnemu vedenju ... Zaradi pomanjkanja kognitivnih veščin, še zlasti jezikovnih, so njihove socialne veščine slabše, zaradi česar so zopet bolj nagnjeni h kriminalnemu vedenju.

Če bi jim lahko povečali IQ, bi te težave rešili, meni avtor. V tekmovalni družbi ljudje, ki zaostajajo glede na svoje kognitivne sposobnosti, »povzročajo težave in stroške (v smislu dobrobiti) sebi in drugim« (na upravičevanje medikalizacije s preračunavanjem finančnega družbenega »bremena« bolnih sta nas opozorila že Wahlberg in Rose, 2015), zato Tännsjö sklene, da je politika, po kateri bi bilo možno ustvariti »biološko in kognitivno egalitarnost, nekaj, kar moramo sprejeti«⁶⁶ (2012, str. 180).

Ta argumentacija sicer ni nova in se je uporabljala že prej v kontekstu medikalizacije (npr. pri uporabi ritalina za motnje pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti oz. ADHD). Zagovorniki človeških izboljšav, med katerimi je Tännsjö, problematični družbeni kontekst, ki ustvarja te naturalizirane vrednostne sodbe (npr. da je nižji IQ slabši od višjega), in sicer »zelo tekmovalno družbo, v kateri živimo« (prav tam), omenjajo samo mimogrede – zanje je nevprašljiva danost.

⁶⁶ Torbjörn Tännsjö je med teoretiki, ki na te spremembe politik lahko vplivajo, saj je član Nacionalnega odbora za zdravstvo in socialno oskrbo švedske vladne agencije, ki je odgovorna za nadzor, evalvacijo in monitoring socialnih služb, zdravstvene oskrbe medicinskih storitev ipd.

Razprave o človeških izboljšavah niso omejene samo na teoretsko polje, kjer so pogosto predstavljene še nekoliko futuristično – ali upajoče in navdušeno ali pa paranoidno – pač pa že nekaj časa potekajo razprave o konkretnih politikah. Kot primer tega, kako bodo človeške izboljšave v prihodnosti še poglobljale družbene neenakosti, analiziram 70-stransko poročilo posveta na temo človeških izboljšav in prihodnosti na trgu dela, ki so ga leta 2012 v Veliki Britaniji imele Akademija za medicinske vede, Britanska akademija, Kraljeva akademija za inženiring in Kraljeva družba. Tudi zato, ker so projekcije za prihodnost tu predstavljene v neolepšanih terminih ekonomije in utilitarnosti ter primernejše za analizo.

Človeške izboljšave so v poročilu (Academy ... 2012, str. 5-7)⁶⁷ opredelili kot nove pristope in tehnike s področja vrste disciplin, med katerimi so biotehnologija, inženiring, nevroznanosti ali računalništvo, in katerih namen je izboljševanje človeških funkcij (npr. spomin, sluh, mobilnost), in sicer ali za obnavljanje okvarjene funkcije na prejšnjo ali povprečno raven, ali za dvigovanje funkcije na raven, ki je razumljena kot 'onkraj norme' za ljudi. Gre za povečevanje udeležbe pri delu tistih, ki bi bili sicer iz trga dela izključeni (torej povečanje produktivnosti), ter izboljševanje *učinkovitosti vseh zaposlenih* onkraj trenutnih omejitev človeških zmožnosti.

To je po navedbah poročila mogoče doseči s tremi vrstami tehnoloških sredstev. 1. Z uporabo kognitivnih izboljševalnih zdravil za izboljševanje spomina in koncentracije za povečevanje, vzdrževanje, usposabljanje, stimulacijo, skupnostno kognicijo (sodelovanje pri delu), ki so: nefarmakološko kognitivno izboljševanje (možganska stimulacija, kognitivni trening, kolektivne izboljšave). Pri tem se že med drugim že uporabljajo: metilfenidat (ritalin) za izboljševanje koncentracije, atomiksetin in modafinil (netipični stimulant). 2. Z uporabo slušnih aparatov in retinalnih vsadkov za izboljšanje senzornih zaznav, ki so: slušni aparati, ki pa bi bili primerni tudi za ljudi z normalnim sluhom (v vojski, npr. z genskim transferjem), retinalni vsadki, menjava fotoreceptorjev v očeh. Z uporabo bionskih udov za obnovo mobilnosti, ki so: tehnologije za mobilnost in funkcijo udov.⁶⁸ Slednje bi lahko uporabili pri zdravih

⁶⁷ V opombo dodajam, da razen kjer tega ne označim posebej kot lastno misel ali dodatek, gre povsod v nadaljevanju za prevode in navedke besedila, ki so lahko okrajšani (dele sem lahko izvzela), vendar niso povzeti na način prebesedenja ali reinterpretiranja. Ves poševni tisk in poudarki so moji.

⁶⁸ Poročilo v okviru tega seznama dodatno navaja, da bi bile »kozmetične operacije lahko primerne za nekatere člane starajoče se delovne sile, pri katerih bi mlajši vitez lahko imel implikacije na možnosti zaposlovanja« (prav tam, str. 7).

posameznikih, katerih delo vključuje fizično delo. Zasnova naprav naj natančno oponaša ali prekaša funkcionalnost človeških udov (prav tam, str. 3-7).

Glede implikacij poročilo pravi, da bodo te bodo kompleksne in bodo *povzročale številne politične in družbene napetosti*, da bo med izboljšavo in obnovo funkcije *težko razlikovati* (izboljšati posameznika onkraj norme je težko, saj bodo restavrativne oz. obnovitvene tehnologije omogočale zabrisovanje meje med oviranimi oz. hendikepiranimi; angl. »disabled«, op. p.) in neoviranimi (nehendikepiranimi), da bo bila uporaba odvisna od konteksta, ključni bodo stroški in dostopnost teh tehnologij, finančne zmožnosti, mednarodni vidik izboljševanja je neizogiben, razvoj teh tehnologij pa ponuja *ekonomske priložnosti* (prav tam, str. 5-7).

Med potencialnimi implikacijami za trg dela so (prav tam, str. 37) med drugim: izboljšave bodo zaposlenim prinesle povečano učinkovitost, toda možno je da bodo razumljene kot rešitev za čedalje zahtevnejše delovne razmere, kar ima po mnenju avtorjev poročila lahko posledice na dobro počutje zaposlenih; uporabnost izboljševalnih tehnologij bo odvisna od konteksta, zato bo pozornost usmerjena na vsakega uporabnika posebej; uporaba izboljšav bi lahko pomenila dostop do določenih poklicev, toda dostop do izboljšav sam je lahko stroškovno omejen, kar pomeni vprašanja o tem, kdo bo zagotavljal sredstva; obnovitvene tehnologije lahko *zabrišejo mejo* med posamezniki, ki so opredeljeni kot ovirani oz. hendikepirani in tistimi, ki niso. To bi pomenilo obsežne posledice za posameznike, ki bi te tehnologije želeli uporabiti, in za vsakršne odločitve o financiranju glede na to, kakšna tehnologija bo opredeljena kot izboljšava ali obnovitev.

V poglavju, namenjenem prihodnosti dela, poročilo navaja, da bodo izboljšave: vplivale na posameznikovo sposobnost, da se nauči nalog, ki so zahtevane za delo; na njegovo sposobnost za opravljanje teh nalog; na njegovo sposobnost za vstop v določen poklic; na njegovo raven motivacije pri opravljanju nalog; zmanjševale bodo z delom povezane poškodbe ali stres – fizični in kognitivni; ter podpirale posameznike, da se bodo po bolezni vrnili na delo (prav tam, str. 38). Trg človeških izboljšav za avtorje poročila pomeni *»dobičkonosno novo industrijo«* (prav tam, 32), čeprav *»bodo nekatere tehnologije izboljšav dostopne le nekaterim«* (prav tam, str. 7). Na trgu zdravstva so tehnologije navadno namenjene odpravljanju neke vrste 'primanjkljaja', pri čemer so medicinske naprave tradicionalno manj podvržene nadzoru kot zdravila (prav tam, str. 33). Drugačno investicijsko dinamiko vidijo (prav tam, str. 34):

... na trgu zunaj zdravstvenega trga, ki lahko predstavlja velike komercialne in investicijske priložnosti, saj ni podvržen enakim omejitvam kot zdravstveni. Nekatere nefarmakološke izboljšave bi bile lahko zanimive za investitorje. Orodja za izboljšave na voljo na spletu, na primer, prinašajo neverjeten potencialni domet pri razmeroma nizkih investicijah ... Cenovna struktura trga ima izjemen vpliv na tržne priložnosti ... Posledično brez znižanja stroškov visoka tehnologija ... verjetno v bližnji prihodnosti ne bo široko dostopna zaposlovalcem in zdravstvenim sistemom, čeprav lahko pritegne samoplačniške stranke, ki so v boljšem položaju.

Uspešna integracija tehnologije v delo ali življenjski slog ni odvisna od posameznika, pač pa od tega, koliko bo tehnologijo sprejela njegova neposredna družbena ali delovna mreža. Na primer, če študenti vidijo uporabnost kognitivnih izboljšav pri izpitnem uspehu, bo to vplivalo na njihove vrstnike, za katere te prakse niso sprejemljive (prav tam, str. 41). Na področju družbenih vrednot poročilo vidi le eno posledico (prav tam, str. 47): pri uporabi izboljšave so možni vplivi na posameznikovo identiteto in doživljanje samega sebe, kar bi pri delu pomenilo, da se ne bomo počutili zaslužne za lastne dosežke ali priznavali uspehov drugih posameznikov, kar bi vplivalo na *družbeno oceno vrednot, kot sta motivacija in delo*. V poročilu najdemo tudi zapis, da je »/z/drav življenjski slog, vključno z zdravo prehrano, očitno temeljnega pomena za ohranjanje zdravja in dobrega počutja« (prav tam, str. 29). Poročilo navaja tudi, da ker bodo izboljšave uporabljali posamezniki, te bodo prilagojene njim, pri čemer bodo povratne informacije igrale ključno vlogo, vendar glede *monitoringa napredka* (prav tam, str. 40).

Iz tega ekonomsko motiviranega poročila torej lahko razberemo nekaj ključnih napovedi. Bistvena motivacija človeških izboljšav je ekonomska, ne humanitarna, kakor se predstavlja: človeške izboljšave bodo industrija ter na splošno namenjene povečanju ekonomske učinkovitosti in produktivnosti posameznikov. Izboljšave bodo drage, ne bodo na voljo v okviru zdravstvenih sistemov ali zaposlovalcev, in dostopne bodo dostopne le nekaterim (samoplačništvu), kar pomeni dodatno ekonomsko (ter družbeno in kulturno) stratifikacijo. Šlo bo za izjemno obsežno industrijo, ki bo zaradi elitizacije in interesnih pritiskov najverjetneje slabo regulirana (v nasprotju s področjem zdravil v medicini, npr.). Ker bo med izboljšavo (retinalnim vsadkom, ki bo omogočal npr. nadstandardni vid) in obnovo funkcije (npr. bionično roko za osebo z amputiranim udom) težko razlikovati, to pomeni še večjo prikritost družbenega normativizma, kot ga je s seboj prinesla medikalizacija. Ker bodo izboljšave prilagojene posamezniku, gre za eskaliranje premeščanja odgovornosti (izboljšava je predstavljena kot nekaj, kar je za posameznika dobro, saj mu v specifični okoliščini, ki je sicer družbeno pogojena, nekaj olajša ali omogoči, zaradi česar je odgovornost za specifične družbene okoliščine, ki te zahteve ali težave ustvarjajo, prenešana nanj ter povsem zabrisana).

Problematična posledica za družbene vrednote naj bi bila izključno ogroženost tistih vrednot, ki prizadevajo *trg dela* (posameznik bi utegnil biti manj motiviran za delo, torej manj učinkovit).

*

Človeške izboljšave na enak način legitimirajo družbene vrednote in ideologijo, kot so jih prej koncept odklonskosti ali bolezenska vloga, le da so same nekakšna razširitev ali, če hočemo, izboljšava te vloge. Če je medicina z bolezensko vlogo, po Parsons, posameznika razrešila krivde za svojo »nezmožnost«, hendikep oziroma bolezen, a pod pogojem, da se je vrnil v družbo kot produktiven posameznik (prehod vračanja pa je potekal pod okriljem medicine), bodo človeške izboljšave v prihodnosti omogočale ne le, da se vrnemo na trg dela, pač pa da smo pred tem in za tem *še boljši* (Tännsjö, 2012). Zahteva po izboljševanju »človeškega kapitala« je eden ključnih imperativov neoliberalnega diskurza o posameznikih, po Foucaultu (2008), kot »podjetnikov samih sebe«. To so veščine, ki naj bi bile temeljne pri uspešni participaciji v tekmovalnosti, ki je ključno regulatorno načelo neoliberalne »umetnosti vladanja« (Ule, Živoder in du Bois-Reymond, 2015, str. 329).

Diskurz in argumenti zagovornikov izboljšav delujejo človekoljubno, humanitarno, saj govorijo o »egalitarnosti«, in ne o strah zbujujočem »transčloveku«. Izboljšani posameznik – za lastne razmere – je še vedno »tipični predstavnik znotraj vrste«, kot pravi temu denimo Tännsjö (2012, str. 173), vendar se zaradi svojih psihofizičnih naravnih danosti ne srečuje več z omejitvami in težavami, s kakršnimi se je prej, in zato lahko »enakopravno tekmuje« v družbi. Toda to pomeni, da ne biti izvrsten ali pa najmanj optimalen predstavnik lastne vrste v določeni značilnosti (ali pa njihovem skupku) predstavlja novi hendikep, novo bolezen, novo motnjo, toda predstavljeno v pozitivnem, človekoljubnem diskurzu, zaradi česar je »oboleznjenje« prikrito. Za opredelitev bolezenskega stanja ali motnje je v zgodnjem obdobju medikalizacije veljala nekakšna povprečna vrednost trenutno zaželenih družbenih vrednot ali karakteristik, od katere je posameznik moral odstopati, da je spadal v okvir odklonskosti in prešel v polje medicine – po duševnih ali fizičnih lastnostih.

V naslednji fazi je medicina začela zbrisovati to mejo prej družbeno razmeroma jasno opredeljenega patološkega in zdravega, odklonskega in normalnega, zaželenega in nezaželenega, ter medikalizirati vse več običajnih (»povprečnih«) človeških vedenj in stanj. Ob tem sta paralelno potekala dva procesa. Prvi je bil medicinsko odstranjevanje in zbrisovanje

odgovornosti; medicina je posameznika z diagnozo sicer destigmatizirala in ekskulpabilizirala, razbremenila občutkov krivde za svoj položaj, toda ni bilo več jasno, kam je bila odgovornost premeščena. Drugi je bil protislovni družbeni proces obremenjevanja posameznika z novo in izključno odgovornostjo – toda ne za svoje bolezensko stanje, pač pa za svojo psihofizično pripravljenost in zdravje, ki je postalo ena osrednjih družbenih vrednot oziroma ideologij.

Posameznik morda ni bil več odgovoren za svojo bolezen, toda bil je odgovoren za svoje zdravje. Zdravje je v sodobni družbi postajalo vse bolj predstavljeno in razumljeno kot nekaj, kar lahko vsak pridobi in ohrani, če si le dovolj prizadeva: če zdravo živi, če se zdravo prehranjuje, če uživa primerne prehranske dodatke in če svoje telo ohranja in izboljšuje s športnimi dejavnostmi. Ne biti zdrav je zdaj pomenilo biti slabega, šibkega karakterja – kot je v preteklosti pomenilo biti slabega, šibkega značaja npr. biti alkoholik (kar je pozneje pod svoje okrilje prevzela medicina). To je namreč pomenilo, da si nisi dovolj prizadeval – pri prehrani, športu, zdravem življenju. Da je treba »zdravo živeti«, vemo danes vsi, toda kaj točno pomeni ta izmuzljivi koncept v poplavi nasprotujočih si opredelitev in zahtev, je postalo iskanje svetega grala. Pri tem, kaj je »zdravo« (življenje, prehrana, telesna aktivnost...) namreč obstaja pluralizem (tudi znanstveno podprtih) odgovorov, odgovornost posameznika za to zdravje pa je zato toliko večja. Za sveti gral zdravja si je treba vsaj prizadevati. Nastala je paradokсна situacija, da četudi medicina ni bila več polje stigmatiziranosti (diagnoza je vse manj pomenila stigma, za kar si je medicina dodatno prizadevala z vedno novim spreminjanjem in prilagajanjem – »benignizacijo« – svoje nomenklature, od bolezni npr. k motnjam), pa je stigma, povezana z zdravjem posameznika, prešla v polje zasebnosti. Posameznik velja za karakterno slabega, šibkega, če njegovo zdravje ne ustreza idealnemu pojmovanju.

Posledično je vse več iniciativ in zagovorništva medicinskih oznak in prizadevanja za razširjanje medicinskega dometa in nomenklature na vse večje število vedenj in stanj prihajalo s strani »uporabnikov«, ne več medicine same (ki bi jo denimo pri tem spodbujali komercialni interesi farmacevtskih korporacij). S padanjem statusne vrednosti medicine kot profesije je upadel »medicinski imperializem«, toda medicina je ohranila primat nad nomenklaturjo, upravljanjem nozologije, lahko bi rekli, da se je v tem smislu »zbirokratizirala« na vratarja, ki popisuje in beleži ter družbene zahteve pretvarja v medicinske diagnoze.

Nisi kriv, če imaš motnjo, toda kriv si, če nisi zdrav. Pri tem koncept zdravja seveda ne vključuje le telesnega zdravja (v smislu odsotnosti bolezni, kot so bile te tradicionalno

razumljene), pač pa funkcionalnega zdravja na vseh področjih življenja: na delu, v socialnih stikih, v javnem in zasebnem življenju (pri čemer se je v pozni moderni družbi meja med javnim in zasebnim podobno kot številne druge meje tako ali tako zbrisala). Zdravje je postalo performativnost, sposobnost: fizična, psihična, mentalna, emocionalna in tudi duhovna. Ideal zdravja se je nenehno dvigal, pri tem pa mora v družbi, ki poudarja vizualno, ta performativnost zdravosti posameznika biti *vidna*, treba jo je ne le imeti, pač pa nenehno izkazovati in vidno dokazovati.

V fazi »postmedicine« se konceptualizacija »zdravosti« (kot nečesa, kar človek *je*, ne kar *ima*) zgoj dviguje, uravnovilka se je postavila na višjo raven. Če je bilo biti zdrav nekaj, kar je pomenilo »optimalno inačico samega sebe« (glede na posameznikove psihofizične naravne danosti, ki so le deloma ali le v manjšem obsegu lahko bile izboljšane), pa bo biti zdrav zdaj pomenilo biti »najboljši predstavnik vrste« v neki specifični lastnosti. »Človeške izboljšave« so na videz benigni izraz, ki zaobjema nadgrajeno in preobraženo inačico koncepta zdravosti (biti najboljša inačica »naravnega« sebe): zdaj bo posameznik lahko »izboljšan« glede na svoj »naravni« jaz ali glede na druge posameznike.

Kaže, da se bosta koncepta zdravja (za katerega v sodobni družbi odgovornost pripada posamezniku) in bolezni/motnje (ki pripada medicini, ki vse bolj izbrusuje iz svojega besednjaka klasično patološko razumevanje in vse bolj kot bolezensko opredeljuje motnjo funkcije) umaknila eni sami uravnovilki: izboljšanju. Če že ni bilo več jasno, kaj, kdaj in pod kakšnimi pogoji je nekaj zdravo in kdaj patološko (oziroma motnja), ker je toliko vedenj in stanj postalo medikaliziranih, bo toliko manj jasno, v primerjavi s čim naj bi bili izboljšani. Izboljšave bodo individualne, prilagojene posamezniku in vsakokratni situaciji. S tem je vprašanje odgovornosti, zakaj in s kakšnim namenom naj bi bili izboljšani, še bolj premeščeno na posameznika, saj če smo morali biti zdravi v lastno dobro, bomo morali biti izboljšani v lastno dobro toliko bolj. Sama tekmovalnost družbenega konteksta, stopnjevanje, nerealne zahteve tako na trgu dela kot v zasebni sferi ob hkratnem umankanju strukturnih in družbenih priložnosti v teh formulacijah nikoli niso postavljene pod vprašaj. Ob možnostih človeških izboljšav bodo še toliko manj.

Nekaj argumentov, ki človeške izboljšave predstavljajo izključno kot to, izboljšave (za človeštvo, v vseh pogledih), govorijo o tem, da ker bomo lahko v prihodnosti najverjetneje človeka izboljšali na vseh možnih področjih, tudi npr. v empatiji, bi to lahko pomenilo dobrobit

za vse človeštvo, v tem primeru: empatični posamezniki pomagajo drugim (Tännsjö 2012). V času rasti vpliva farmacevtske industrije so se pojavili podobni diskurzi o »tabletki sreče« (prozacu), in o tem, kaj pomeni, če bomo v prihodnosti za vsako počutje lahko vzeli tabletko oziroma psihofarmak. Če bo človeka prevevala nenehna sreča, vedno na doseg roke, ali bo to še vedno človek? Razmišljanja o tem so segala (podobno kot pri izboljšavah) od pozdravljajočih, zmernih do paranoidnih. Četudi imajo teoretske refleksije o teh vprašanjih svojo legitimnost, pa želim opomniti, da se to tudi pri »tabletki sreče« ni zgodilo. Ni se zgodilo, da bi celotna družba postala srečna na doseg roke, osvobojena vsakršnih tesnob, depresij, frustracij, negotovosti, in sploh vsakršnih negativnih čustvenih in miselnih stanj. Še manj se je zgodilo, da bi s tabletko osrečeni posamezniki nato začeli družbo razvijati v smer osrečevanja drugih. Kar se *je* zgodilo s farmaceutizacijo družbe, je bilo tole: »Če tvegamo malce dramatičnosti, potem lahko rečemo, da se sodobne družbe držijo 'nad vodo' le še z množico psihofarmakov« (Ule 2003, 228). Družba se je »držala nad vodo«, kar pomeni, da so farmakološki pripravki postali pomagali *vzdržati*, ne pa osrečevati. Kot nam govori množica literature, je farmaceutizacija najbolj zaobjela najbolj depriviligirane dele družbe; množično zdravljeni s psihofarmaki so bili revni, ženske, slabše kompetitivni in podobno, kot so pojasnjevale feministične analize medikalizacije.

Tudi od človeških izboljšav ne gre pričakovati, da bodo ustvarile družbo izboljšanih posameznikov, ki bodo izboljšali družbo. Nasprotno, ker prikrite in individualizirane družbene zahteve v vsestransko skrajno kompetitivni družbi zgolj eskalirajo, pogoji za doseganje teh zahtev pa se slabšajo, »izboljšave« (najboljše od njih bodo tako dostopne najbolj elitnemu krogu) napovedujejo zgolj eskalacijo družbene stratifikacije, obstoječega stanja, eskalacijo »držanja nad vodo«, in ne paradigmatskih premikov v egalitarno družbo nad-posameznikov. Zagovornišvo človeških izboljšav na podlagi kvantificiranja in določanja zmernosti (v smislu: če te pretirano ne presegajo, kar je trenutno možno pri ljudeh, potem niso problematične), kakršnega ponujajo nekateri avtorji (npr. Agar, 2013), ter na podlagi upravičevanja z domnevno večjo egalitarnostjo (Tännsjö, 2012), je torej zgrešeno.

5 ANALIZA HIPERKINETIČNE MOTNJE KOT VOZLIŠČA MEDIKALIZACIJE IN PROTEKTIVNEGA OTROŠTVA

Hiperkinetično motnjo (za katero bo tudi v evropskem prostoru po novem bolj v rabi angleška kratica ADHD – motnje pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti),⁶⁹ razumem in pojasnujem kot temeljno vozlišče družbene medikalizacije in protektivnega otroštva, kjer se prelamljajo aktualni družbeni procesi individualizacije družbenih problemov, prenosa strukturnih problemov na posameznika ter medicinskega normativizma. ADHD velja za emblematično motnjo medikalizacije otroškega vedenja (Harwood, Jones, Bonney in McMahan, 2017). Gre za najpogostejšo nevrolško vedenjsko motnjo v otroštvu, na podlagi te motnje so otroci najpogosteje napoteni v diagnostično ocenjevanje, pri tem pa je vedenjska slika težav pri vsakem posamezniku specifična (Rotvejn Pajič in Pulec Lah, 2011, str. 161-162). ADHD velja za eno najbolj proučevanih pediatričnih duševnih motenj in tudi za eno najbolj kontroverznih, deloma tudi zato, ker je najpogosteje diagnosticirana med mladoletnimi otroci (Mayes, Bagwell in Erkulwater 2009, 1). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Nacionalni ..., 2017b; dalje NIJZ) se za osnovnošolsko populacijo pojavnost giblje med 2,4 % in 19,8 % (analiza epidemiološke meta študije), povprečno pa je 7,2 %, pri čemer so dečki diagnosticirani okrog trikrat pogosteje. Medikalizacija z ADHD pri otrocih je trenutno največja v ZDA (deloma tudi zaradi drugačnih, širših diagnostičnih meril Ameriškega psihiatričnega združenja, ki so se razlikovala od bolj restriktivnih meril Svetovne znanstvene organizacije, kar pojasnujem v nadaljevanju).

⁶⁹ V slovenskem prostoru se je za potrebe diagnosticiranja in statističnega dokumentiranja motnje v ustanovah za duševno zdravje za motnje pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti doslej uporabljal pojem »hiperkinetična motnja« (HKM). Izraz je bil tudi široko uporabljen v evropskem prostoru in ga uporablja tudi 10. izdaja Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov MKB-10 Svetovne zdravstvene organizacije. Po sprejetju nove, revidirane klasifikacije bolezni MKB-11, ki bo stopila v veljavo 1. januarja 2022, pa bo predvidoma bolj v rabi angleška kratica ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder oziroma motnja pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti, ki izhaja iz diagnostične klasifikacije Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM-APA); slednja je bila prej v rabi pretežno v severni Ameriki in nekaterih drugih neevropskih državah (Kanada, Avstralija). Namesto izraza hiperkinetična motnja zato v nadaljevanju uporabljam angleško kratico ADHD, saj je pričakovati, da bo v kratkem izpodrinil izraz hiperkinetična motnja. Spremembe in razlike v nomenklaturi in v diagnosticiranju (v ZDA in Evropi ter skozi zgodovino) podrobno pojasnujem v nadaljevanju.

5.1 Hiperkinetična motnja in medikalizacija otroškega vedenja

Motnja ADHD je bila od 1970. let dalje predmet številnih kritik: da gre za družbeni konstrukt, produkt biološkega pogleda na duševno zdravje, odziv na nemedicinske probleme, kot so šole, ki ne dosegajo rezultatov, povečane šolske in akademske zahteve in pričakovanja ter drugi družbeni dejavniki (npr. povečanje revščine). Razprava je tako »prav toliko politična in filozofska po svoji naravi, kot je klinična in znanstvena« (Mayes, Bagwell in Erkulwater, 2009, str. 5). Kritike ADHD v družboslovju in deloma medicini – pa tudi v medijih in popularni kulturi – se ukvarjajo s tremi glavnimi problematikami te diagnoze: 1. veljavnostjo diagnoz (odsotnostjo jasne biološke povezave in testov, diagnostiko po simptomih), 2. pretirano diagnostiko (»epidemijo« ADHD): predvsem pri obravnavi in zdravljenju otrok, v zadnjem času pa tudi odraslih; 3. problemi farmakološke obravnave (pretiranega medikaliziranja, stranskih učinkov medikalizacije). Ena od študij (Hill in Turner, 2016) je za Veliko Britanijo pri diagnosticiranju z ADHD opredelila naslednje sporne vidike: konceptualizacija vedenja (nizka toleranca za razlike, vzroki za vedenjske problemi so umeščeni v medicinsko oziroma biološko), označevanje in medikalizacija (pri osmišljanju kompleksnih vedenj se starši in učitelji obračajo na diagnoze), neupoštevanje in zanikanje konteksta (niso upoštevani dejavniki v otrokovem življenju, ki bi lahko nudili drugačno pojasnilo otrokovega vedenja, npr. problemi pri navezovanju, travma), medikalizacija kot glavna rešitev (iskanje hitrih in lahkih rešitev vodi v medikalizacijo oz. medikamentozno obravnavo ter pomanjkanje alternativ), pritiski v otrokovem okolju in sistemih (pritiski na šole pri uresničevanju akademskih ciljev) ter neupoštevanje perspektiv otrok pri diagnosticiranju.

Naraščanje diagnosticiranja odraža biološki model duševnega zdravja (ki poudarja nevroznanost, možgansko kemijo in psihotropna zdravila), ki se je začel razvijati v 1970. letih in je počasi zasenčil pred tem desetletja dominantni psihodinamski ali psihosocialni pogled. Toda čeprav zdravniki in psihiatri/pediatri priporočajo kombinacijo psihosocialnega in biološkega pristopa, pa za zdravstvene zavarovalnice, javne zdravstvene načrte in delodajalce ni vseeno, kateri od obeh pristopov je uporabljen (Mayes in drugi, 2009). Zato je »ključnega političnega in kliničnega pomena, kateri pristop prevlada, kajti ima obsežne posledice na zdravstveno zavarovanje, izobraževalno politiko in upravičenost za invalidnost« (prav tam, str. 4).

Skozi zgodovino so obstajali različni opisi otrok zelo aktivnih otrok z visoko ravniyo impulzivnosti in/ali nepozornosti.⁷⁰ Vedenje nemirnih in nepozornih otrok, ki je danes diagnosticirano kot ADHD, so od zgodnjih 1930. let dalje opredeljevali z več različnimi diagnostičnimi oznakami: minimalna možganska poškodba, hiperkinetična impulzivna motnja, minimalna možganska poškodba, hiperkinetična impulzivna motnja, hiperkineza, sindrom otroške hiperaktivnosti in motnja pomanjkanja pozornosti (spremembe nozologije obravnavam v nadaljevanju). To, kar danes imenujemo ADHD, pa se je prvič pojavilo leta 1968 v drugi izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj Ameriškega psihiatričnega združenja, DSM-II, APA.⁷¹ Izraz ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) je uvedla revidirana tretja izdaja leta 1987. Zadnja posodobitev nozologije in diagnostične klasifikacije je bila leta 2013 v peti izdaji DSM-5 (APA 2013), ki odstopanja na navedenih področjih opredeljuje kot nevrorazvojno motnjo, za katero velja prevladujoč vzorec nepozornosti in/ali hiperaktivnosti in impulzivnosti, in ki naj bi ovirala funkcioniranje ali razvoj.

V ZDA je zaradi negativne medijske pozornosti in navala tožb v 1970. letih število diagnoz do konca 1980. let upadlo, nato pa znova poraslo v 1990. letih, kljub temu, da je metilfenidat tam v uporabi za nemirne otroke že od leta 1961. Od leta 2000 je medikamentozna obravnava nemirnega in nepozornega vedenja otrok in odraslih letno naraščala za 12% (Mayes in drugi, 2009, str. 2). NSCH, Ameriška nacionalna raziskava zdravja otrok iz leta 2016, je ugotovila, da je bilo v ZDA doslej diagnosticirane 9,4% vse populacije otrok med 2. in 17. letom starosti (6,1 milijona), pri čemer je najvišje število diagnoz v starostni skupini od 12. do 17. leta (13,6% vse populacije v tej starostni skupini), medtem ko je aktualno diagnozo ADHD leta 2016 imelo 8,4% populacije med 2. in 17. letom oz. 5,4 milijona. Od otrok s trenutno diagnozo ADHD jih skoraj dve tretjini jemlje medikamente, malo manj kot polovica je bila v zadnjem letu deležna vedenjske terapije, manj kot tretjina kombinirane terapije (kombinacije medikamentov in vedenjske obravnave), skoraj četrtina pa ni bila deležna nobene obravnave (Danielson in drugi, 2018).

⁷⁰ To je nevtralen, nemedicinski opis otrok, ki po svojih značilnostih glede aktivnosti in/ali pozornosti odstopajo. Kadar v nadaljevanju opisujem otroke, ki so že *uradno diagnosticirani* s hiperkinetično motnjo oziroma ADHD, uporabljam izraz »otroci z ADHD«.

⁷¹ V DSM-II je bila motnja opredeljena kot »hiperkinetična reakcija otroštva«, ki se je primarno ukvarjala s pretirano motorično dejavnostjo. Leta 1980 je izšla tretja izdaja, kjer je bila motnja opredeljena s poudarkom na pozornosti, impulzivnosti in hiperaktivnosti, in poimenovana »motnja pomanjkanja pozornosti« (Attention Deficit Disorder), s hiperaktivnostjo ali brez nje.

Po ameriški klasifikaciji DSM-5 (APA, 2013) morajo za diagnosticiranje otroci do 16. leta imeti šest ali več simptomov nepozornosti,⁷² adolescenti od 17. leta dalje pet ali več, ti simptomi nepozornosti pa morajo biti prisotni vsaj šest mesecev, in morajo biti neprimerni za razvojno stopnjo osebe.⁷³ Iz primerjalne analize starejših izdaj priročnika DSM je razvidno, da je peta izdaja iz leta 2013 v primerjavi s četrto in prejšnjimi ponovno še razširila obseg otrok, ki so potencialno lahko diagnosticirani s to motnjo, in sicer s širjenjem in nižanjem kriterijev. Pri diagnosticiranju otrok se je zvišala starostna meja, ko se »simptomi in ovire« prvič pojavijo (kriterij B)⁷⁴, in sicer se je s sedmega leta pomaknila na dvanajsto leto (kar posledično lahko zajame dosti večje število otrok). Prav tako se je razširil kriterij prevladovanja simptomov (kriterij C), in sicer od *dokaza o oviri* do *dokaza o simptomih* v dveh ali več okoljih. Spremenil se je tudi kriterij ovire (kriterij D), ki zdaj zahteva, da ovira (otrokovega) delovanja zgolj »zmanjša kakovost družbenega, akademskega ali poklicnega delovanja«, medtem ko je prej ta ovira morala biti »klinično pomembna« (Epstein in Loren, 2013). Vse te spremembe torej vodijo k povečevanju števila otrok, ki so z motnjo lahko diagnosticirani, saj se je spremenil tako način diagnosticiranja (simptomi lahko obstajajo brez oviranosti, medtem ko oviranost brez simptomov ni verjetna) kot povišala starostna meja.

⁷² Ti simptomi so: 1. Pogosto ne zmore posvetiti pozornosti podrobnostim ali dela nepredvidne napake pri šolskem delu, pri delu ali pri drugih dejavnostih. 2. Pogosto ima težave z obdržanjem pozornosti pri nalogah ali igri. 3. Zdi se, da pogosto ne posluša, kadar je nagovorjen neposredno. 4. Pogosto ne izvrši vseh navodil in ne konča šolskega dela, nalog ali obvez pri delu (npr. izgublja osrediščenost, zastranjuje). 5. Pogosto ima težave pri organiziranju nalog in dejavnosti. 6. Pogosto se izogiba nalogam, ki zahtevajo miselni napor v daljšem obdobju (kot so šolske ali domače naloge), mu te niso všeč ali pa se vanje vključuje oklevanje. 7. Pogosto izgublja stvari, ki so potrebne za naloge ali dejavnosti. 8. Pogosto njegovo pozornost zlahka motijo zunanji dražljaji. 9. Pogosto je pri vsakodnevnih dejavnostih pozabljiv. Za diagnosticiranje hiperaktivnosti in impulzivnosti morajo otroci do 16. leta imeti vsaj šest simptomov, adolescenti od 17. leta dalje (in odrasli) pa vsaj pet simptomov, ki morajo biti prisotni vsaj šest mesecev v obsegu, ki je moteč in neprimeren za razvojno stopnjo osebe. Ti simptomi so: 1. Pogosto je nemiren, giba z rokami ali nogami, z njimi tapka ali se zvija na sedežu. 2. Pogosto zapuša sedež v situacijah, kjer se od njega pričakuje, da obsedi. 3. Pogosto teka naokoli ali pleza v situacijah, kjer to ni primerno (adolescent in odrasli so pri tem kriteriju omejeni na »občutek nemira«). 4. Pogosto se ne zmore tiho udeleževati igre ali prostočasnih aktivnosti. 5. Pogosto je »v gibanju«, obnaša se, »kot bi ga poganjal motor«. 6. Pogosto pretirano govori (npr. odgovori, še predno sliši celotno vprašanje, ne zmore počakati, da bi v pogovoru prišel na vrsto). 7. Pogosto ima težave s čakanjem, da pride na vrsto (npr. v vrsti). 8. Pogosto prekinja druge (npr. vpada v pogovore ali igre, uporablja predmete drugih brez dovoljenja ipd.). Ob teh simptomih DSM-5 nalaga še izpolnjevanje naslednjih meril: več simptomov nepozornosti ali hiperaktivnosti-impulzivnosti mora biti prisotnih pred 12. letom; več simptomov mora biti prisotnih v dveh ali več okoljih (npr. doma, v šoli ali pri delu, s prijatelji ali sorodniki, pri drugih dejavnostih); obstajati morajo jasni dokazi, da simptomi ovirajo ali zmanjšujejo kakovost delovanja v družbi, šoli ali pri delu; teh simptomov ni mogoče bolje pojasniti z drugo duševno motnjo (npr. osebnostno motnjo, anksioznostjo, disociativno motnjo ipd.), ti simptomi se ne pojavijo v okviru shizofrenije ali katere druge psihotične motnje (APA, 2013, str. 31-24).

⁷⁴ To povišanje starostne meje je bilo utemeljeno s tem, da naj ne bi obstajala nobena pomenljiva razlika v delovanju, odzivu na zdravljenje ali kasnejšem delovanju pri otrocih, ki simptome ADHD kažejo že pred sedmim letom in tistimi, ki jih kažejo pozneje. Prav tako se npr. visoko inteligentni otroci, ki imajo večinoma simptome nepozornosti, z ovirami večinoma srečajo šele konec osnovne šole ali v srednji šoli, ko so soočeni s povečanimi zahtevami po samonadzoru (Epstein in Loren, 2013).

Najpogostejša medicinska obravnava ADHD je medikamentozna, in sicer s psihostimulansi (metilfenidatom, pri nas sta v rabi s to učinkovino Ritalin in Concerta), pri čemer se niža starostna meja otrok, ki jim predpišejo to zdravilo. V ZDA, kjer je medikalizacija z ADHD največja, je ameriški Center za nadzor in preprečevanje bolezni pred nekaj leti poročal o svoji oceni, da je več kot 10.000 otrok v starosti komaj dveh in treh let medikaliziranih (z metilfenidatom – Ritalinom in Adderallom) zaradi domnevne ADHD, kljub temu, da standardne klinične smernice Ameriške pediatrične akademije ne govorijo o možnosti diagnoze otroka v starosti tri leta ali manj, še manj pa o uporabi stimulansov za to starostno skupino (odobrena je za 4- in 5-letnike), pri kateri varnost in učinkovitost nista bili preverjeni (Ameriška agencija za živila in zdravila (FDA) je za otroke pod šestim letom starosti odobrila le Adderall). Otrok pod četrtem letom starosti te smernice ne zajemajo, ker sta hiperaktivnost in impulzivnost zanje razvojno primerni (Schwarz, 2014). Na podlagi teh simptomov DSM-5 nato opredeljuje tri oblike ADHD: kombinirani tip (dovolj simptomov nepozornosti in hiperaktivnosti-impulzivnosti), pretirano nepozornostni (dovolj simptomov nepozornosti, vendar ne hiperaktivnosti-impulzivnosti), pretežno hiperaktivno-impulzivni tip (dovolj simptomov hiperaktivnosti-impulzivnosti, toda ne nepozornosti), in sicer v zadnjih šestih mesecih.

Pri nas se je medikalizacija ADHD z medikamenti (z metilfenidatom) v zadnjem desetletju povečala za kar tretjino, nekajkrat bolj so medikalizirani dečki oziroma moški. Sliko o naraščanju diagnosticiranja in medikamentoznega zdravljenja te motnje v zadnjem času lahko dobimo iz števila izdanih receptov za posamezna zdravila, in sicer za zdravili Ritalin in Concerta, ki vsebujeta metilfenidat,⁷⁵ tega pa uporabljamo predvsem za zdravljenje hiperkinetične motnje oz. motnje pomanjkanja pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD). Statistika Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Nacionalni ..., 2017a)⁷⁶ za Slovenijo med letoma 2004 in 2016 po spolu kaže, da je bilo za Concerto izdanih skupaj 3.613 receptov, od tega 3.009 za moške in 604 za ženske, za Ritalin je bilo izdanih v 2016 skupaj 1.527 receptov, od tega 429 za ženske in 1.956 za moške. Skupaj torej 5140 receptov za metilfenidat v 2016. Samo šest let pred tem, leta 2010, je bilo skupaj predpisanih le 3.542 receptov za zdravila z metilfenidatom, pri tem je bilo otrokom v starosti med 10 in 14 predpisanih 2.197 receptov (v

⁷⁵ Pri medikamentozni obravnavi ADHD se sicer uporabljajo tudi zdravila z drugimi učinkovinami, med njimi amfetamin (Adzenys XR ODT, Evekeo), amfetamin/dekstroamfetamin (Adderall, Adderall XR), dekstroamfetamin (Dexedrine, ProCentra, Zenzedi), deksmetilfenidat (Focalin, Focalin XR) in lisdeksamfetamin (Vyvanse).

⁷⁶ NIJZ tovrstne podatke o izdaji zdravil pripravi na zahtevo in niso javno dostopni; izpis podatkov je na voljo pri avtorici.

primerjavi z 2.812 recepti 2016) oziroma 618 receptov za skupino 15-19 let (v primerjavi s skoraj tretjino več, 924, v letu 2016). Leta 2004 (tedaj se je predpisoval samo Ritalin brez generika) je bilo izdanih skupaj 2.352 receptov (od tega 2.007 za moške in 344 za ženske). Največ receptov (za Ritalin in Concerto skupaj) je bilo predpisanih za otroke v starosti med 10 in 14 let (leta 2016 skupaj 2.812) na drugem mestu je starostna skupina 15-19 (924 v letu 2016), medtem ko je od starostne skupine 20-24 (138 v letu 2016) pojavnost že zanemarljiva.

5.1.1 Globalizacija ADHD in vzroki zanjo

Če sta do 1990. let diagnosticiranje in obravnava motnje ADHD (oziroma njenih predhodnih diagnostičnih različic) bila razširjena predvsem v ZDA ter le v nekaj drugih državah, med njimi v Avstraliji in Kanadi, se zdaj naraščajoče pojavljata v globalnem merilu. Mednarodna primerjalna študija iz leta 2015 je za tudi za evropske države, med njimi Dansko, Finsko in Švedsko, med letoma 1990 in 2007 ugotovila visok porast diagnoz ne le za ADHD, pač pa tudi za vrsto drugih otroških nevropsihiatričnih motenj (med njimi diagnoz avtističnega spektra, Tourettovega sindroma in obsesivne-kompulzivne motnje). Starost otrok z diagnozo je bila obenem pogosto dosti višja, kot je tipična starost za pojav simptomov, s starostjo pa incidenca ni upadala. Na Švedskem se je v tem obdobju diagnosticiranje 10-letnikov povečalo več kot sedemkrat, podobno povišanje pa je zaznati tudi v drugih delih sveta (npr. Tajvan) (Atladottir in drugi, 2015). V Veliki Britaniji se je medikamentozna obravnava otrok, mlajših od 16 let, med letoma 1992 in 2013 povečala 34-krat (največji porast je bil med letoma 1992 in 2008, od takrat medikamentozno zdravljenje narašča bolj uravnoteženo), prav tako tam zdravljenje otrok z medikamenti traja dlje kot v drugih državah (Beau-Lejdstrom, Douglas, Evans in Smeeth, 2016, str. 1,).

Zaradi eksponentnega širjenja diagnosticiranja z ADHD ne le v zahodnem svetu, pač pa tudi v nezahodnem, Conrad in Bergey (2014) govorita ne le o »neizogibni globalizaciji ADHD«, pač pa o globalizaciji psihiatričnih diagnoz na splošno, kar povezujeta s transnacionalno farmacevtsko industrijo, povečevanjem vplivnosti biološko usmerjene ameriške psihiatrije kot standarda, naraščajočim prevzemanjem diagnostičnih kriterijev iz ameriškega diagnostičnega in statističnega priročnika DSM namesto klasifikacije MKB Svetovne znanstvene organizacije pri diagnosticiranju motenj (tudi pri ADHD), svetovnim spletom, dostopnostjo določenih preprostih presejalnih testov ter zagovorniškimi skupinami. Lahko pričakujemo, da se bodo številnim že opredeljenim motnjam, s katerimi so torej vse pogosteje diagnosticirani otroci,

kmalu pridružile nove kategorije, ki bodo opredeljevale nedoseganje različnih družbenih standardov in pričakovanj. Eden od takih primerov, kot poudarja Mikuš Kos (2017), je denimo počasnost pri otrocih, ki je ena vse pogostejših pritožb tako učiteljev kot staršev in ki bo v svetu, ki zahteva hitro ali takojšnje odzivanje in delovanje, postala lastnost, potrebna zdravljenja. Pričakujemo lahko tudi »motnjo nesposobnosti rabe elektronskih naprav, motnje računalniškega opismenjevanja, fobijo pred elektronskimi napravami« (prav tam, str. 40) in podobno.

Medikalizacija otroštva narašča tudi v Sloveniji. Poročilo Položaj otrok v Sloveniji, ki ga je izdal Inštitut RS za socialno varstvo (Črnak Meglič in Kobal Tomc, 2017) govori o naraščanju števila otrok s posebnimi potrebami, ki pa so pri nas predmet medicinske diagnostike. Posebej se je število povečalo na račun Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (v nadaljevanju ZUOPP-1, 2011), ki med devet različnih kategorij otrok s posebnimi potrebami (ki jih bolj natančno definirajo kriteriji Zavoda za šolstvo, 2015), umešča tudi otroke s primanjkljaji na posameznih področjih učenja (kamor spadajo otroci, diagnosticirani z ADHD).

Timimi (2009) povečanje diagnosticiranja ADHD poveže z okoljskimi dejavniki: spremembah v razumevanju otroštva, praksah vzgoje in spremembam na področju izobraževanja, kar je vse vplivalo na spremenjeno razumevanje otroškega vedenja. Med drugimi sodobnimi dejavniki pa je tudi sprememba kulture, ki temelji na hitrem odzivanju na zunanje dražljaje in nenehni izpostavljenosti dražljajem (Sobo, 2009). Conrad (2007) globalno širjenje diagnoze ADHD pripisuje tudi psihofarmakološki revoluciji v psihiatriji (začenši s Prozacom leta 1987), ki je po eni strani igrala ključno vlogo v deinstitucionalizaciji, po drugi pa je vodila k odkrivanju in razvijanju zdravil, ki so bila namenjena urejanju različnih drugih problemov vsakdanjega življenja, ne le tedaj uveljavljenim psihiatričnim (in telesnim) diagnozam. Že v 1990. letih se je proizvodnja metilfenidata povečala za 700% (Conrad, 2007, str. 56), saj se je z redefinicijo motnje kot potencialno vseživljenjske povečala možnost, da otroci in odrasli ostanejo na zdravih neomejeno dolgo, obenem pa so motnjo in njeno medicinsko obravnavo agresivno promovirali farmacevtski giganti (npr. Ciba-Geigy). Z razvojem stimulansov s podaljšanim delovanjem (kar je pomenilo, da otrokom zdravila ni bilo potrebno jemati med šolo in je bila raba lahko bolj diskretna) se je medikamentozno zdravljenje še povečalo.

Conrad in Schneider (1980/1992, str. 159-160) nenadno in zelo veliko razširjenost hiperkinetične motnje v 1960. in 1970. letih v ZDA pojasnjujeta predvsem z agresivnim

oglaševanjem in promocijo psihofarmakov, namenjenih hiperkinetičnim otrokom, s strani farmacevtskih družb. Farmacevtska industrija in povečano zanimanje za psihiatrične oziroma duševne probleme otrok sta spodbudila medicinsko obravnavo vedenja otrok. Avtorja opisujeta, da je bilo sredi 1960. let »skoraj nemogoče brati medicinski zbornik ali brezplačne revije, ne da bi v njih opazili zelo izpopolnjeno oglaševanje za Ritalin ali Dexedrin« (prav tam, str. 159). Ti oglasi so utemeljevali koristnost medicinske (medikamentozne) obravnave hiperkinetičnosti, zdravnike pozivali k medicinski obravnavi otrok, ter utemeljevali, da je sindrom zlahka mogoče diagnosticirati, farmacevtska podjetja pa so zdravnikom pošiljala pakete za »diagnostiko in zdravljenje« hiperkinetičnosti, plačevala strokovne konference na temo, financirala raziskave in podobno. Podjetje CIBA je tako leta 1971 že samo iz Ritalina pridobilo 15% svojega bruto dobička (prav tam, str. 160). Obenem pa so se v ZDA združenja za otroke z učnimi težavami začela zavzemati za medicinsko obravnavo teh otrok, kamor so vključili tudi nemirne, ter o tem začela senzibilizirati šole in javnost. Mayes, Bagwell in Erkulwater (2009) izpostavljajo tudi spremembe v politiki javnega zdravstva, ki so bile rezultat let lobističnih prizadevanj medicinske stroke, aktivistov proti revščini ter zagovorniških skupin za invalidnost in zdravje otrok, kar je prineslo določene prednosti diagnoze na področju zdravstvenih zavarovalnic, socialnih prejemkov, šolskih olajšav in podobno. Čeprav je diagnostika večinoma temeljila le na opazovanem vedenju otroka, predvsem v šoli, je medicinska obravnava kmalu postala sprejet način razmišljanja o motečem nemirnem vedenju. Obenem je minimalizirala starševske občutke krivde z argumentom, da niso krivi, kajti gre za organski problem. Medikalizirani otroci so bili manj moteči v razredu in so lažje sledili.

Eden od vzrokov, da je bilo število diagnoz z ADHD v Evropi doslej bistveno nižje kot v ZDA so tudi drugačni diagnostični kriteriji v ameriški (DSM) in v Evropi privzeti (MKB) klasifikaciji bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO/WHO) v 10. izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov (MKB-10-AM, 2008) hiperkinetične motnje uvršča med vedenjske in čustvene motnje (s podkategorijami: motnja aktivnosti in pozornosti, hiperkinetična motnja vedenja, druge vrste hiperkinetične motnje in neopredeljena hiperkinetična motnja). SZO je leta 1992 v svojem kliničnem in diagnostičnem vodniku k MKB 10 zapisala, da je bil »diagnostični termin 'motnja pomanjkanja pozornosti' v zadnjih letih promoviran. Tu ni uporabljen, ker implicira znanje o psiholoških procesih, ki zaenkrat še ni dostopno«. Vodnik je posebej opozoril, da ta termin sugerira tudi vključitev tesnobnih, raztresenih ali »sanjavih« apatičnih otrok, katerih problemi so verjetno drugačni, vendar dodal razširitev na nepozornost (na kateri je bil v preteklosti manjši poudarek kot na

hiperkinetičnosti), in sicer, da »z vidika vedenja problemi nepozornosti predstavljajo ključno potezo teh hiperkinetičnih sindromov« (World Health Organization, 1992, str. 263).

V diagnostičnih smernicah SZO je vodnik iz leta 1992 pri diagnosticiranju z motnjo zamejeval tudi okoliščine in starost otroka. Opozarjal je, da sta za diagnozo nujni motena pozornost in pretirana aktivnost, ki morata biti očitni v več kot eni situaciji (npr. dom, učilnica, ambulanta), motnja pa se mora pojaviti zgodaj, v prvih šestih letih življenja. Motnjo pozornosti je vodnik definiral kot »prehitro prekinitev nalog in opuščanje nedokončanih nalog«, če gre za pretirane primanjkljaje, upoštevajoč starost in IQ otroka. Pretirana aktivnost je zajemala »pretirano nemirnost, posebej v situacijah, ki zahtevajo sorazmerno mirnost«, standard za presojo pa je pretiranost glede na kontekst tega, kar se pričakuje v situaciji in v primerjavi z ostalimi otroci iste starosti in IQ (World ... , 1992, prav tam).

Maja 2019 je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela novo, 11. izdajo svoje Mednarodne klasifikacije bolezni MKB-11 (ICD-11, 2018), ki bo stopila v veljavo 1. januarja 2022. V njej se je pri klasifikaciji motenj pozornosti in hiperaktivnosti približala ameriški klasifikaciji, saj jih MKB-11 ne umešča več med vedenjske in čustvene motnje, pač pa nevrorazvojne,⁷⁷ in jih po novem poimenuje kot Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)⁷⁸ – motnjo pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti. ADHD je nadalje razdeljen v pet podkategorij, in sicer pretežno nepozornostno obliko, pretežno hiperaktivno-impulzivno obliko, kombinirano obliko, druge specificirane oblike in nespecificirane oblike. Dejstvo, da motnja v MKB-11 ni bo več umeščena med vedenjske in čustvene, pač pa nevrorazvojne, je pomembno, saj jo bo tudi v Evropi privzeta klasifikacija zdaj bistveno bolj biologizirala; nevrorazvojne motnje so v medicinski stroki namreč opredeljene kot tiste, ki vplivajo na razvoj živčnega sistema in vodijo

⁷⁷ Nova izdaja MKB ADHD umešča med nevrorazvojne motnje, skupaj z motnjami intelektualnega razvoja, razvojnimi motnjami govora in jezika, motnjami avtističnega spektra, razvojno učno motnjo, razvojno motnjo gibalne koordinacije, primarnimi tiki in motnjami tika, stereotipno gibalno motnjo in sekundarno nevrorazvojno motnjo (ICD-11, 2018).

⁷⁸ ADHD po opredelitvi MKB-11 označuje prevladujoč vzorec (v trajanju najmanj 6 mesecev) nepozornosti in/ali hiperaktivnosti-impulzivnosti, ki se začne v razvojnem obdobju, tipično v zgodnjem do srednjem otroštvu. Nadalje MKB-11 navaja, da mora stopnja nepozornosti in hiperaktivnosti-impulzivnosti presežati meje normalne raznolikosti, pričakovane za starost in raven intelektualnega funkcioniranja, in mora občutno vplivati na šolsko, poklicno ali družbeno delovanje. Nepozornost se nanaša na občutne težave pri ohranjanju pozornosti pri nalogah, ki niso visoko stimulativne ali pri katerih ni pogostih nagrad, odvracanje pozornosti in težave z organizacijo. Hiperaktivnost se nanaša na pretirano motorično dejavnost in težave osebe pri mirovanju, ki je najbolj očitna v strukturiranih situacijah, ki zahtevajo vedenjski samonadzor. Impulzivnost je nagnjenost k delovanju kot odziv na neposredni dražljaj, brez razmisleka ali upoštevanja tveganj in posledic. Ravnovesje in specifične manifestacije značilnosti nepozornosti in hiperaktivnosti-impulzivnosti se po opredelitvi MKB-11 med posamezniki razlikujejo, in se lahko v dobi razvoja spreminjajo. Za diagnozo z motnjo mora biti vedenjski vzorec jasno viden v več kot enem okolju (ICD-11, 2018).

k abnormalnemu možganskemu delovanju (ter vplivajo na čustva, učne sposobnosti, samonadzor in spomin).

Pričakovati je, da bo nova klasifikacija SZO, ki se je približala ameriški, zdaj tudi v Evropi (kjer je diagnosticiranje torej bolj prevzemalo klasifikacijo SZO kot klasifikacijo Ameriškega psihiatričnega združenja, ki je bila v večji uporabi v ZDA) spodbudila povečanje števila otrok in odraslih, diagnosticiranih z ADHD, saj je bilo doslej diagnosticiranje z ADHD po ameriških merilih DSM-IV tri- do štirikrat verjetnejše kot po merilih MKB-10 (Singh, 2008, str. 958), in sicer ker MKB-10 za diagnozo poudarja oviranost, zahteva več simptomov in bolj prevladujoče, HKM pa ne sme biti sopojavna z drugimi psihiatričnimi diagnozami.

V Evropi so različne države medikaliziranje nemirnosti, nepozornosti in impulzivnosti otrok sprejemale različno hitro ter nudile tudi drugačne obravnave. V Italiji sta bili nemirnost in nepozornost na primer pogosteje diagnosticirani kot učna težava ali vedenjska motnja, prav tako je bil tam še do pred nedavnim pogosteje v rabi predvsem psihodinamski-psihoanalitični pristop, otroci pa so bili označeni s splošnejšimi oznakami (npr. problematičen otrok, razvojne težave ipd.). V Franciji, z njeno dolgo psihoanalitično tradicijo in vplivom psihodinamske psihopatologije, pa je bila motnja po drugi strani razumljena kot psiho-čustvena, pri obravnavi pa so tam dajali prednost psihosocialnim intervencijam, ter manj naštevanju simptomov in bolj njihovem pomenu ter povezavam z otrokovim družbenim kontekstom in splošnemu psihološkemu delovanju otroka (Conrad in Bergey, 2014, str. 34-35). Za Veliko Britanijo je ena novejših študij (Hill in Turner, 2016) ugotovila, da so psihologi v izobraževanju redko vključeni v ocenjevanje, diagnosticiranje in obravnavo ADHD, čeprav igrajo pomembno vlogo pri kontekstualizaciji otroškega vedenja, prav tako se številne diagnostične prakse niso skladale z vladnimi smernicami glede dostopa do psiholoških intervencij in predpisovanja medikamentov predšolskim otrokom (uradne smernice v Veliki Britaniji predpisujejo, da metilfenidat ni indiciran za uporabo pri otrocih, mlajših od pet let, ter za večino primerov priporočajo psihosocialno obravnavo). Ta psihosocialna obravnava je zaradi proračunskih omejitev lokalnih oblasti na voljo le redkim otrokom in družinam. Hart in Benassaya (2009) sta na podlagi podatkov družbene epidemiologije dokazovala, da je diagnosticiranje ADHD odvisno od okoljskih dejavnikov, med katerimi so družbeni razred, neenakosti na področju zdravstva, stresni življenjski dejavniki, rasa in izobrazba staršev.

Poraščanje diagnosticiranja in medikamentozne obravnave z metilfenidatom se pojavlja celo pri otrocih pod petim letom starosti; v ZDA metilfenidat prejema četrtnina vseh otrok, diagnosticiranih z ADHD, v starosti med četrtem in petim letom. Zelo malo diagnosticiranih otrok je vključenih v odločanje o svoji medicinski obravnavi (Hill in Turner, 2016). Avtorja zato opozarjata na nujnost nadzorovanja predpisovanja medikamentov, še zlasti pri predšolskih otrocih, ter večje vključevanje otrok in mladih v obravnavo (prav tam). Britansko društvo psihologov (British Psychological Society) je zato uporabo psihofarmakov (metilfenidata) pri otrocih z ADHD pred kratkim ocenilo za etično nesprejemljivo in jo primerjalo s stalinističnim režimom, saj če je »edini simptom otroka z ADHD njegovo neprilagojeno in naporno vedenje, potem se lahko njegovo nadzorovanje in prilagajanje doma in v šoli s pomočjo zdravil lahko zdi politično totalitarno, psihološko nehumano, odpira resna vprašanja o varnosti ter se zdi v nasprotju s temeljnimi človekovimi pravicami in svoboščinami« (Bloom, 2018).

5.1.2 Biomedicinski in nevrološki pogled ter nozološke spremembe

Kljub iskanju bioloških vzrokov nemirnosti in nepozornosti, kot sta danes opredeljeni v okviru motnje ADHD, jasne biološke, genetske ali nevrološke povezave niso dokazane do danes. Tudi kadar so medicinska stroka in raziskovalci prišli do podobnih zaključkov, da je motnja biološke narave, pa so pogosto prišli do »povsem različnih sklepov, kaj motnjo povzroča, in kako natančno njena biološka podlaga deluje na otroka« (Mayes in drugi, 2009, str. 6). Molekularne genetske študije so našle gene, ki pojasnjujejo le del (sicer visoko dednih vedenjskih vzorcev), vendar ne konsistentnega genskega označevalca (Thome in drugi, 2012). »Neuroimaging« študije kažejo spremembe v delih možganskih sistemov, ki uravnavajo pozornost, motoriko in inhibicijo, vendar doslej niso določili specifične etiologije ADHD. Številni posamezniki, diagnosticirani z ADHD, se odzivajo na medikamente, ki blokirajo dopaminske ali noradrenalinske transporterje. Večina raziskovalnih študij se nanaša na klinične primere, ki so diagnosticirani z resnimi oblikami. Ključni simptomi ADHD – nepozornost, hiperaktivnost in impulzivnost – niso edinstveni za to motnjo. Pomanjkanje dokazov o edinstveni genski, biološki ali nevrološki patologiji je bilo ovira temu, da bi bila motnja ADHD splošno sprejeta kot nevrorazvojna bolezen (kot jo opredeljuje Ameriško psihiatrično združenje v DSM) (Mayes in drugi, 2009). Ocene staršev in učiteljev o ADHD se razlikujejo in niso objektivna diagnostična osnova. Kritiki so ADHD zato opisali kot diagnozo, s katero se označuje zahtevne

otroke, ki niso bolni in katerih vedenje se umešča na skrajnosti moralnega razpona (Furman, 2005, v Lange, Reichl, Lange, Tucha in Tucha, 2010, str. 253).

Čeprav sama diagnoza ADHD torej izvira iz 1980. let in je razmeroma nova, pa ima medikalizacija motečega otroškega vedenja dosti daljšo zgodovino. Klinična karakterizacija, koncepti in klasifikacija motnje (nozologija) so se v zgodovini spreminjali, toda otroke s pomanjkanjem pozornosti, izraženo hiperaktivnostjo in impulzivnostjo so v zadnjih dveh stoletjih opisovali različni avtorji. Prvi, ki je problematično vedenje otrok – težave s pozornostjo, nemirnost – pripisal biološkemu vzroku, je bil škotski zdravnik Alexander Crichton. V svoji razpravi z naslovom *Narava in izvor duševne norosti* je leta 1798 »mentalni nemir« (nesposobnost za stalno pozornost na en objekt, pretirano odzivanje na zunanje dražljaje) pripisal nenaravni ali bolezenski občutljivosti živčevja, s katero se oseba ali rodi (v tem primeru postane očitna v zgodnjem obdobju življenja) ali pa je posledica naključnih bolezni živčevja. Crichton je poleg nezmožnosti osrediščenja na en objekt kot »bolezen pozornosti« opisal splošni nemir: osebo moti in jezi vsak slušni, vidni in čutni vtis do mere, ki se »skoraj približuje deliriju«, ji povzroča glavobol, vrtoglavico, in to so Crichtonu osebe opisale z besedami, da imajo »mevlje« (angl. *fidgets*). Za Crichtonove paciente se ne ve zanesljivo, ali so imeli kake druge motnje, npr. epilepsijo, poškodbo glave, motnje presnavljanja, vendar medicinska literatura o ADHD njegove opise navaja kot dokaz obstoja ADHD v 18. stoletju (Lange in drugi, 2010, str. 241-243).

Kot primer zgodovinskih opisov tega, kar danes medicina opredeljuje kot ADHD, številni avtorji navajajo tudi otroške zgodbe nemškega zdravnika Heinricha Hoffmanna iz leta 1945, ki opisujejo nemirne otroke.⁷⁹ V eni od njih nemirni sin pri večerji, kljub očetovim prošnjam, ali bo Filip končno »mali gospod« in že enkrat mirno sedel za mizo, prevrne mizo s hrano, oče ga okara, sin pa ne posluša. »To vedenje predstavlja eksplicitne simptome nepozornosti«, sklenejo avtorji enega od zgodovinskih pregledov ADHD in ga primerjajo s kriteriji v DSM, dejstvo, da so se v zgodbi starši nad sinom razjezili, pa opišejo kot »znantno oviro pri družbenem funkcioniranju« (še eden kriterijev diagnostike danes) (Lange in drugi, 2010, str. 243). Hoffmanove zgodbe so bile objavljene v času, ko so bile tovrstne vzgojne zgodbe priljubljene, vsaka od njih pa opisuje otrokovo slabo vedenje, ki vodi k usodnim posledicam – vključno s

⁷⁹ Hoffmanova dela so v Nemčiji še vedno referenčna točka pri razpravah o ADHD (Conrad in Bergey, 2015, str. 33)

smrtjo otroka. Kritiki (Seidler 2004, v prav tam) so takim retrogradnim utemeljitvam o obstoju in opisih ADHD v preteklosti oporekali, češ da gre zgolj za opise neubogljivih otrok.

Leta 1902 je angleški pediater George Frederic Still (ki ga pogosto imenujejo »oče britanske pediatrije« (Dunn 2006, v Lange in drugi 2010) v okviru svojega niza predavanj na Kraljevem združenju zdravnikov opisal otroke, ki »nimajo fizičnih okvar, toda so nenormalno neobčutljivi na kazen« (Sherman, 2015, str. 2185), 43 otrok, ki so imeli resne težave s pozornostjo in samoobvladovanjem, ki so bili agresivni, uporni, pretirano aktivni, ki jih ni bilo mogoče disciplinirati, ki so bili pretirano čustveni, lažnivi, in ki se niso učili iz posledic svojega vedenja, čeprav so bile njihove intelektualne zmožnosti normalne. Vedenje je opisal kot »okvaro moralnega nadzora« (zanj je to pomenilo nadzor na vedenjem v skladu s predstavo o dobrem za vse), simptomi pa so bili opisani z moralnimi izrazi: strastnost (v smislu impulzivnosti), kljubovalnost-krutost, zavist, neupoštevanje pravil, neiskrenost, nagajivost-uničevalnost, brezsramnost-nečednost, spolna nemoralnost, zloba (številni od njih danes ne bi spadali pod ADHD, pač pa v kljubovalno-nasprovalno motnjo, učne motnje ali antisocialno osebnostno motnjo), vse pa vodi takojšnja zadovoljitev lastnih potreb, brez ozira na dobro drugih ali dolgoročno dobro za samega sebe (Still, 1902, v Lange in drugi, 2010, str. 244-246).

Taki opisi pri moralnih vzgojiteljih z začetka 20. stoletja, ki so se ukvarjali z moralnim razkojem mladeži, niso bili novi. Za vedenje, ki odstopa od družbeno sprejemljivih oblik in pričakovanih normativov, so tudi slovenski pedagogi v drugi polovici 19. stoletja uporabljali naslednje označevalce: »surovost«, »zanemarjenost«, »izprijenost«, »nenravnost«, »hudodelnost«, »neomikanost«, »neubogljivost«, »popačenost«, »nepokornost«, »neolikanost«, »pokvarjenost«, »demoraliziranost« (Mrgole, 1999, str. 51). To moralistično izrazoslovje se je uporabljalo kot nasprotje splošnih vzgojnih vzorcev (»ubogljivost«, »pokornost«, »lepa odreja«) in je bilo nekakšen pedagoški standard. Toda novo je bilo to, da je Still njihovo vedenje pripisal *biološkim* dejavnikom, in ne npr. slabemu starševstvu: trdil je, da je takšno vedenje ali podedovano ali pa posledica poškodbe pri rojstvu, in eksplicitno zatrdil, da krivde za ta »defekt moralne zavesti ni mogoče pripisati okolju«. Still je menil, da je moralni nadzor odvisen od treh duševnih dejavnikov: kognitivnega odnosa do okolja, moralne zavesti in volje. Ker sta prvi dve intelektualni sposobnosti, je sklenil, da je »defekt moralnega nadzora« pogosto mogoče opaziti pri duševno zaostalih otrocih, medtem ko otroci, ko jih opisuje, nimajo

splošne okvare intelekta.⁸⁰ Te nato razdeli v dve skupini, otroke, katerih moralni defekt je povezan s fizično boleznijo (možganski tumor, meningitis, epilepsija, poškodba glave ipd.), in tiste, kjer je ta bolezenska manifestacija, toda brez fizične bolezni. Ločevanje med impulzivnim sindromom, splošno intelektualno zaostalostjo in simptomi, ki jih povzročajo fizične bolezni, velja v medicinski literaturi o ADHD za pionirsko, ta diferenciacija pa je izvor poznejšega ločevanja na poškodbo možganov, minimalno cerebralno disfunkcijo in ADHD (Lange in drugi, 2010, str. 244-246).

Naslednji večji prispevek pri obravnavi nemirnih otrok je bilo delo A. A. Strausa, ki je poročal o specifičnih vedenjih, med njimi hiperkinetičnosti, pri postencefalitičnih otrocih, ki so utrpeli to, kar so tedaj opisovali kot »minimalno cerebralno poškodbo«. Prvič so bila torej vedenja, podobna tem, ki jih je opisoval Bradley, pripisana organski disfunkciji oziroma minimalni možganski poškodbi. Po svetovni epidemiji encefalitisa med letoma 1917 in 1928, ki je prizadela okrog 20 milijonov ljudi, so zdravniki opazili, da imajo številni otroci simptome, ki jih je opisal Still (ki so jih opisali kot »postencefalitično vedenjsko motnjo«) in sklepali, da gre za možganske poškodbe. To je vzbudilo zanimanje za hiperaktivnost pri otrocih ter razprave o vzročnih povezavah med možgansko poškodbo ter simptomi hiperaktivnosti in nepozornosti, fiziološka pojasnila odklonskega vedenja otrok pa so vodila v medikalizacijo. Nemška zdravnika Kramer in Pollnow sta leta 1932 poročala o »hiperkinetični bolezni otroštva«, in sta motnjo želela ločiti od bolezni s podobnimi simptomi, kot so bile posledice encefalitisa. Ideja, da je vedenjske motnje mogoče pojasniti na fiziološki ravni, je vodila k razlagi o možganski poškodbi in novemu konceptu »minimalne možganske poškodbe«, ki je pojasnjevala možganske poškodbe na lestvici, od hudih nenormalnih stanj, kot je možganska paraliza, do minimalne poškodbe (Strohl 2011, str. 27-33).

Vedenje je specifična diagnostična kategorija postalo leta 1957 z delom Maurica M. Lauferja (s sodelavci), ki jo je opisal kot »hiperkinetično impulzivno motnjo«, za katero sicer niso mogli dokazati jasnega organskega vzroka, je pa utemeljeval možno organsko etiologijo (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 156). V 1960. letih so se pojavile kritike, da ni mogoče trditi, da ima otrok minimalno možgansko poškodbo, če tega ni mogoče dokazati na nevrološki ravni. Na podlagi kliničnih poskusov z EEG in metrazolom so dokazali, da obstaja funkcionalna motnja,

⁸⁰ Still je opisal 20 primerov otrok z »defektom moralnega nadzora ... brez splošne okvare intelekta in brez fizične bolezni«, od katerih je bilo kar 15 dečkov in le 5 deklic (Lange in drugi, 2010, str. 245). Dečki so tudi danes pogosteje diagnosticirani z ADHD.

ne pa poškodba, zato je bil predlagan nov termin »minimalna cerebralna disfunkcija« (MCD) (Lange in drugi, 2010, str. 250). V ZDA je ameriško javno zdravstvo skupaj z Nacionalnim združenjem za hendikepirane⁸¹ otroke in odrasle leta 1966 skušalo uskladiti terminologijo in simptomatiko pri diagnosticiranju otroškega vedenja in učnih motenj, ki naj bi bile posledice organskih lezij na možganih, in predlagalo termin »minimalna možganska disfunkcija« (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 156).⁸²

Toda tudi izraz minimalna cerebralna disfunkcija je bil po številnih kritikah bolj spekulativen kot definitiven, ni imel trdne empirične osnove in zanj ni bilo dokazov, zato so pozneje motnjo skušali opredeliti na podlagi opazovanja vedenja otrok, in ne na podlagi etioloških mehanizmov možganov. Hiperaktivnost so prepoznali kot vedenjski sindrom, ki lahko izhaja iz organske patologije, lahko pa tudi ne (Barkley, 2006a, str. 8, v Lange in drugi, 2010, str. 251). Kljub temu se je leta 1968 koncept hiperaktivnosti znašel v uradni nomenklaturi – drugi izdaji DSM, in sicer kot »hiperkinetična reakcija otroštva«, z dvema stavkoma: »motnjo označujejo pretirana aktivnost, nemir, nepozornost, kratka pozornost, še zlasti pri majhnih otrocih, vedenje pa se do adolescence ponavadi zmanjša« (APA, 1968, v Lange in drugi, 2010, str. 251).

Sledile so mnoge študije o hiperaktivnosti, ki so v številnih primerih iskale nevrološke vzroke. V 1970. letih se je fokus iz proučevanja hiperaktivnosti preusmeril na proučevanje pomanjkanja pozornosti. Ameriško psihiatrično združenje je leta 1980 na podlagi dela raziskovalke Virginie Douglas⁸³ v DSM-III sprejelo novo diagnostično kategorijo ADD (Attention Deficit Disorder), »Motnje pozornosti, s hiperaktivnostjo ali brez nje«⁸⁴. Motnje pozornosti so tako zdaj lahko vsebovale komponento hiperaktivnosti, ne pa nujno (Lange in drugi, 2010, str. 252). DSM-III iz leta 1980 je prinesel razširitev diagnostike (ter, kot pojasnujem v nadaljevanju, tudi možnost diagnosticiranja odraslih); motnjo je namesto po etiologiji diagnosticiral po simptomih in v razpon simptomatičnih vedenj poleg nepozornosti dodal tudi več vedenj, ki so bila usmerjena specifično na šolsko okolje ali pa so bila po svoji naravi prehodna (npr. »pogosto se brez razmisleka odzove«). Zaradi teh razširitev diagnostičnih kriterijev so bili lahko zdaj

⁸¹ V angleščini National Association for Crippled Children and Adults (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 156).

⁸² *Minimal brain dysfunction* – MBD (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 156).

⁸³ Douglas (Lange in drugi, 2010, str. 252) je opisala štiri glavne karakteristike oziroma ADD/ADHD: 1. motnje v pozornosti in prizadevanjih, 2. impulzivnost, 3. težave pri regulaciji stopnje vzburjenosti, 4. potreba po takojšnji zadovoljitvi.

⁸⁴ »Attention Deficit Disorder, With or Without Hyperactivity«.

diagnosticirani tudi posamezniki, ki pod prejšnjimi (z diagnozo hiperkinetične reakcije ali minimalne cerebralne poškodbe) ne bi bili (Conrad, 2007, str. 51).

Ta premik iz poskusov utemeljevanja duševnih bolezni in motenj v etiologiji na klinične opise simptomatike v DSM-III je pomenljiv in pomemben. V tej izdaji si je Ameriško psihiatrično združenje, po dolgem boju med psihoanalitično in biološko strujo psihiatrije, DSM namreč izrecno prizadevalo »očistiti« freudovske terminologije in predpostavk, ki so zaznamovale prejšnje taksonomije (Harrington, 2019), ter si prizadevalo duševne bolezni – avtorji priročnika so trdili, da so zdaj opisali njihov »točen« seznam – utemeljiti z neteoretskimi opisi simptomov (pri ADD so na primer dodali številčno spodnjo mejo simptomov za diagnozo, smernice za prvi pojav in trajanje simptomov, ter zahtevo po izključevanju drugih psihiatričnih obolenj). V 1980. letih glavni tok psihiatrije v ZDA na splošno označuje presenetljivo hiter obrat v biološko; psihiatrija naj bi postala »aplicirana biologija«, s čimer naj bi bilo razprav konec. Harrington meni, da je biološko psihiatrijo k temu »čiščenju« med drugim spodbudil tudi dvom vlade in zavarovalnic, kajti psihiatrija, ki naj bi temeljila na znanstveni medicini, ni premogla zadostnih znanstvenih odkritij (avtorica navaja, da je leta 1973 Ameriško psihiatrično združenje z glasovanjem odločilo, da homoseksualnost ne bo več duševna bolezen – kako znanstvena je torej lahko disciplina, ki odloča z glasovanjem?). Harrington meni, da so biološki psihiatri duševne bolezni sicer zgolj utemeljili na drugi teoriji: da so vse patologija možganov, in pričakovali, da bodo natančne biološke vzroke prej ali pozneje odkrili njihovi kolegi, kar pa se ni zgodilo.

Leta 1987 je Ameriško psihiatrično združenje v revidirani izdaji svojega Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-III-R) vnovič vrnilo poudarek na hiperaktivnosti in ime motnje še enkrat spremenilo, tokrat v »hiperkinetična motnja z motnjami pozornosti« (Attention Deficit Hyperactivity Disorder oz. ADHD)⁸⁵ (Conrad, 2007, str. 51). V 1940. letih je v torej mednarodnem okolju prevladoval izraz »minimalna cerebralna disfunkcija«, v 1950. »sindrom hiperaktivnega otroka«, v 1970. motnje pomanjkanja pozornosti, danes pa se v ameriškem prostoru uporablja ADHD, ki se bo še bolj uveljavil tudi v evropskem z MKB-11.

⁸⁵ Leta 1994 je združenje opredelilo tri podtipe glede na stopnjo motnje pozornosti: 1. s prevladujočo nepozornostjo, 2. s prevladujočo hiperaktivnostjo, 3. kombiniran tip (prav tam).

5.1.3 *Medikamentozna obravnava s psihostimulansi*

Pomirjanje otrok z visoko stopnjo aktivnosti s psihostimulansi (metilfenidatom) je danes povsod najbolj razširjena oblika medicinske obravnave diagnoze ADHD. Iz zgodovine raziskav o nemirnih in nepozornih otrocih ter o vplivih medikamentov nanje, je očitno, da so bile te pod absolutnim vplivom farmacevtske industrije in njenih (finančnih) interesov. Slednja raziskava ni podprla, vse dokler ni bilo jasno, da bi medikamentozna obravnava lahko zajela ne le manjšino otrok, ki je bila moteča zaradi skrajnih oblik nezaželenega vedenja (predvsem v šoli), pač pa velik del prej »zdrave« populacije otrok. Obenem pa so te raziskave začele potekati v širšem kontekstu »velike farmacevtske revolucije« – uporabe psihofarmakov – ki se je na področju medicine in duševnega zdravja začela v sredini 1950. let (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 158). Pionir medikamentozne obravnave nemirnih otrok je bil ameriški pediater in nevrolog Charles Bradley, ki je leta 1937 na podlagi eksperimentov na otroški psihiatrični kliniki naključno ugotovil, da je na vedenje številnih otrok, ki kažejo vedenjske motnje ali učne težave, mogoče učinkovito vplivati s tedaj nedavno odkritimi amfetamini (benzedrin sulfatom). Opazil je njihov nekoliko paradoksn učinek, saj so nemirne otroke sedirali namesto stimulirali (kakršen je učinek pri odraslih) (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 156-157).

Bradley je svoje raziskave opravil pod vplivom novih konceptualizacij otroštva in novih pojmovanj, kako bi se otroci morali obnašati, ki so vzniknili tako v popularni kulturi kot v medicinski sferi. Vzoren otrok je utelešal ideale nove industrijske ekonomije: nadzor nad lastnim vedenjem in urejene družbene odnose, otroštvo pa je postalo kritična doba za učenje nadzora. Ta ideal je porodil tudi svoje nasprotje: problematičnega otroka, pod problematična vedenja pa je spadalo široko polje nezaželenih vedenj, od nespoštovanja avtoritet do težav pri šolskem delu. V ZDA se je v zgodnjem 20. stoletju kot odziv na to klasifikacijo oblikovalo gibanje za družbeno reformo, ki se je zavzemalo za duševno in telesno zdravje otrok, s pomočjo ambulantnih obravnav šolskih, družinskih in družbenih težav otrok. Pozneje so se družine začele obračati tudi na različne druge institucije, ki so jih vodili zdravniki, in kjer so bili otroci z vedenjskimi težavami obravnavani skupaj z otroki z nevrološkimi motnjami (Strohl, 2011).

Taka konceptualizacija slabega vedenja je imela na Bradleyjevo filozofijo globok vpliv. Zagovarjal je kombinacijo biološkega in psihološkega pristopa k obravnavi otrok s težavami, na otrokih, ki so bili klinično diagnosticirani z vedenjskimi motnjami, pa je začel eksperimentirati z benzedrinom (prvim zdravilom, katerega učinkovina je bil amfetamin,

stimulans, ki deluje na osrednji živčni sistem). Otroci so na splošno kazali bolj »družbeno sprejemljivo vedenje«. ⁸⁶ Te vedenjske spremembe so bile kratkotrajne, kar je pomenilo, da medikament ne odpravlja vzrokov, predvsem pa Bradley ni znal pojasniti, zakaj ima stimulans na različne otroke različne učinke, ki jih ni mogel korelirati s starostjo, spolom, ali reakcijskim tipom. Zato je sklenil, da je družbeno vedenje čustveno in nestabilno. Bradley je obenem opozarjal, da pogosto ni mogoče spremeniti okolja, učinkovita psihoterapija je pogosto nemogoča, in v takih okoliščinah je bil po njegovem medikament, ki ima v vsakem okolju enak učinek, lahko v veliko pomoč. Njegove raziskave so imele globoke posledice pri raziskovanju uporabe medikamentov pri otrocih z vedenjskimi motnjami, ki so hkrati imele pomirjujoč učinek na otrokovo vedenje in stimulativen na šolsko učinkovitost. Oboje je proizvedlo otroka, ki se je popolnoma skladal z ideali industrializma (prav tam).

Bradleyjeve ugotovitve niso bile omejene na samo en tip problematičnega vedenja, zaradi česar so odprle možnost uporabe benzedrina pri potencialno široki populaciji. Toda to je pritegnilo pozornost farmacevtskih družb šele kasneje. Ker Bradley ni znal določiti organskega vzroka vedenjskih težav ali tipa otrok, ki bi se na medikament najbolje odzval, ker je benzedrin povzročal vrsto paradoksnih odzivov, in ker se je Bradley usmerjal le na otroke z možganskimi poškodbami, so farmacevtske družbe njegovo delo sprva ignorirale, saj je bil njihov cilj trženje medikamenta večjemu obsegu zdravih šoloobveznih otrok (Strohl, 2011), obenem pa so bila v tistem času pomirjevala razširjena kot glavni način obravnave vedenjskih motenj, saj so imela jasen odziv. V poznih 1930. letih je uporaba amfetamina (zaradi zlorab med študenti in medijskih poročil o odvisnosti) naletela na negativen javni odziv, zato so bile raziskave za nekaj časa zaustavljene. V naslednjih dveh desetletjih je o uporabi stimulativen medikamentov v medicinski literaturi pisal predvsem Bradley sam s sodelavci.

Sredi 1950. let je bil sintetiziran metilfenidat (ki se na tržišču pojavlja pod različnimi imeni, med katerimi je najbolj poznan Ritalin, pa tudi Concerta, Rubifen, Medikinet, Metadate, Equasim Inspiral, Addwize idr.). Gre za stimulans, ki ima številne učinke amfetaminov, toda brez nekaterih njegovih stranskih učinkov (pri tem ima metilfenidat svoje). V poznih 1950. letih se je pozornost raziskovalcev v medicini pri uporabi medikamentov zato bolj usmerila na

⁸⁶ Otroci so se na Benzedrin odzvali na različne načine. Pri polovici otrok je opazil povečano motivacijo in zagon (po čim večjem delu), izboljšalo so je tudi otrokovo razumevanje, natančnost in obseg dela. Otroci so bili tudi budnejši, kazali so več samoiniciativnosti in na splošno so bili videti bolj »samozadostni in zreli«. Nemirni, napadalni in glasni otroci (druga polovica) pa so bili po drugi strani bolj pomirjeni (po Bradleyjevih opažanjih so se mirno igrali ali brali) (Strohl, 2011, str. 30).

komponento hiperaktivnosti (namesto nepozornosti ali drugih oblik motečega vedenja otrok) ter uporabo metilfenidata. V ZDA je bil odobren za medikamentozno zdravljenje otrok leta 1961 in je kmalu postal glavna oblika medikamentozne obravnave otrok, diagnosticiranih s hiperkinetičnostjo (tedaj poleg starejšega amfetamina, dekstroamfetamina 504 in pemolina). Od zgodnjih 1960. let dalje, torej kmalu po sintetiziranju metilfenirata, je sledila poplava raziskav o etiologiji, diagnostiki ter medikamentozni in drugi obravnavi hiperkinetičnosti, pri čemer se jih je v zgodnjem obdobju večina (tri četrtine) ukvarjala z medikamentoznim zdravljenjem motnje, to pa je s seboj prineslo tudi povečano medijsko zanimanje. Conrad in Schneider sta to porast zanimanja za hiperkinetičnost pripisala trem dejavnikom: farmacevtski revoluciji, trendom v medicinski praksi in vladnim ukrepom (v ZDA). Dve tedaj največji farmacevtski korporaciji, Kline & French (izdelovalec Dexedrina) in CIBA (izdelovalec Ritalina) sta oba medikamenta, namenjena otrokom, začela intenzivno oglaševati, najprej medicinski stroki, nato tudi izobraževalnemu sektorju. Vlada je sprejela ukrepe, s katerimi so zagotovili, da so lahko diagnozo in obravnave za hiperkinetične otroke predpisovali le zdravniki. Kmalu je hiperkinetičnost postala najpogostejši psihiatrični problem pri otrocih. V ZDA je to s seboj kmalu prineslo tudi posebne klinike za obravnavo teh otrok, občutna javna sredstva, namenjena raziskavam etiologije in medicinske obravnave hiperkinetičnosti, ter usposabljanje učiteljev (opremljanje s kliničnim znanjem), posledično pa tudi veliko medijsko pozornost (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 156-158).

5.1.4 ADHD pri odraslih: motnja uspešnosti in učinkovitosti

Če sta proučevalca procesa medikalizacije Conrad in Schneider še leta 1980 medikalizacijo hiperkinetičnih otrok pripisovala njihovem odvisnemu in razmeroma nemočnemu družbenemu položaju, in se spraševala, ali si lahko zamislimo, da bi »namesto otroka v učilnici kot hiperaktivnega določili delavca v tovarni ali prodajalca avtomobilov«, in ali bi bil tudi on »napoten k zdravniku za svoje odklonsko vedenje«, diagnosticiran kot hiperaktiven ter zdravljen z medikamenti – stimulansi, na podlagi »poročil njegovega šefa, zakonske partnerice ali starša« (Conrad in Schneider, 1980/1992, str. 170), pa z motnjo tako v Evropi kot v ZDA danes diagnosticirajo tudi vse večje število odraslih, oziroma se diagnosticiranje intenzivno povečuje med odraslo populacijo; ena od raziskav v skupaj dvajsetih državah navaja podatek, da je diagnosticiranih povprečno 2,8% odraslih, z razponom o 1,4 do 3,6% (Kooij in drugi, 2010, str. 20, 26), med 25 in 50 odstotkov otrok z ADHD pa naj bi simptome zadržalo v odraslosti (APA, 2013, str. 59-65). Medtem ko je v preteklosti veljalo prepričanje, da otroci,

diagnosticirani z ADHD, motnjo v puberteti in kasneje »prerastejo« (Lange in drugi, 2010, str. 242), zdaj velja, da odrasli pretirano aktivnost obdržijo v sebi v obliki »notranjega nemira« in/ali nepozornosti.

Razširitev diagnostike in možnost diagnosticiranja odraslih (po Conrad, 2007, str. 46-69) se je zgodila z DSM-III leta 1980, ki je motnjo namesto po etiologiji torej diagnosticirala po simptomih, obenem pa je nova klasifikacija bolezni eksplicitno dopuščala tudi, da simptomi ostanejo v adolescenci ali odraslosti. Z revidirano izdajo DSM-III-R leta 1987 je prejelo diagnozo 50% več otrok kot prej (Newcorn in drugi, 1989, v prav tam, str. 51), revidirana izdaja pa je vključila tudi primere simptomov za odrasle, npr. opise simptomov na delovnem mestu, zaradi česar je koncept ADHD v odraslosti počasi pričel prihajati tudi v javno zavest (s pomočjo povečane medijske pozornosti v 1990. letih). V 1990. letih so bila izdana številna dela o ADHD v odraslosti, namenjena splošni javnosti, na primer »You Mean I'm Not Lazy, Stupid or Crazy?« (Hočeš reči, da nisem len, neumen ali nor?) iz leta 1993, ki sta jo napisala Kate Kelly, medicinska sestra, in Peggy Ramundo, specialist za učne težave, ki sta bila oba diagnosticirana z ADD (motnjo pomanjkanja pozornosti), in ki je bila promovirana kot »prvi program za samopomoč za odrasle z ADD« ter postala uspešnica, ali pa »Driven to Distraction« (približen prevod bi morda bil: Usmerjeni v nepozornost) iz leta 1994, ki sta jo napisala vplivna psihiatra Edward Hallowell in John Ratey (ki se sicer s to motnjo prej profesionalno nista ukvarjala).

DSM-IV iz leta 1994 je nato še razširil potencialna okolja, kjer naj bi se kazali simptomi pri odraslih (pri otrocih so se morali pokazati v vsaj dveh okoljih), in sicer so odrasli simptome lahko kazali doma, pri delu ter različnih drugih poklicnih in prostočasnih dejavnostih. Simptomatika pri odraslih je bila poleg tega tudi zelo razširjena; za diagnozo so odrasli lahko bili uspešni, mirni in pozorni v enem okolju (npr. pri delu), toda bili nepozorni v drugem (npr. v medosebnih odnosih ali rekreaciji). Medtem ko so otroci k psihiatrom bili napoteni s strani odraslih (staršev ali šole), pa so se odrasli pogosteje sami napotili k specialistu s ciljem pridobitve diagnoze (na podlagi informacij, pridobljenih v javnosti) ter s sklicevanjem na to, da so simptome kazali že v otroštvu. Motnja ADHD pri odraslih je bila prvič uradno vključena v diagnostiko v zadnji izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-5) Ameriškega psihiatričnega združenja leta 2013, kamor je bil dodan nov prag simptomov, ki naj bi omogočili diagnosticiranje v odrasli dobi oziroma skozi življenjski potek, pri posameznih simptomih pa so dodani tudi primeri za odrasle (npr. na delovnem mestu). To je omogočilo, da je bilo kriterije za ADHD mogoče še obsežneje uporabljati tudi pri starejših adolescentih in

odraslih. Odrasli so tako lahko svoje različne življenjske težave reinterpreterali kot nepozornost, impulzivnost in nemirnost.

Če je pri razširjanju in popularizaciji motnje pri otrocih v ZDA v zgodnjem obdobju odigrala ključno vlogo farmacevtska industrija, so primeru diagnosticiranja odraslih z ADHD to vlogo pri promoviranju motnje igrale laične skupine pacientov, ki so skupaj s predstavniki medicine oblikovale nekakšno »laično-profesionalno alianso« (prav tam, str. 67). Kot opozarja Conrad, je pri odraslih težava njihova (ne)uspešnost (neorganiziranost, zavlačevanje z nalogami, nesposobnost dokončanja nalog), ne vedenje. Conrad zato opozarja na kulturni premik k ideji, da lahko specifična zdravila izboljšajo delovanje *skoraj vsakogar*.

Diagnosticiranje odraslih z ADHD je zanje pomenilo določene prednosti. V 1990. letih so se v ZDA na podlagi diagnosticiranja odraslih začele pobude za pridobivanje pravic na podlagi zakonodaje o invalidih, npr. za omogočanje določenih ugodnosti in olajšav na delovnem mestu. Diagnoza z ADHD poleg tega posameznika lahko umesti v širšo kategorijo invalidnosti, na podlagi katere lahko pridobi določene ugodnosti in bonitete. Conrad argumentira, da je z razširjanjem ADHD na odrasle premik k osebni odgovornosti in individualizaciji življenjskih težav morda najbolj problematičen. Ustvarjanje »medicinskega izgovora« usmeri pozornost proč od družbenih sil k biogenetskim, in krivdo premesti s posameznika na telo (prav tam, str. 64-65).

Zaradi laične promocije ADHD in prevlade samodiagnosticiranja med odraslimi Conrad opozarja na to, da je to v nasprotju s temeljnimi premisami označevalne teorije psihiatričnih diagnoz (po Scheff, 1984, v Conrad, 2007, str. 67); to nasprotje sugerira temeljni konflikt med agenti družbenega nadzora in tistimi, ki so obravnavani kot deviantni. V primeru ADHD diagnozo sprejemajo in spodbujajo tisti, ki jo prejmejo. »To je lahko torej druga vrsta psihiatrične diagnoze od tistih, ki jih sociologi tipično proučujejo, in ki jo sami iščejo prav tisti, ki jo prejmejo. V tem primeru je obravnava z medikamenti lahko prav toliko izboljšava kot oblika družbenega nadzora« (Conrad, 2007, str. 67). Čeprav so poznejše študije pokazale, da medikalizacija navadno temelji na interakciji med laično javnostjo in stroko, in ne na »medicinskem imperializmu«, pa Conrad razširjanje diagnosticiranja pripíše popularizaciji ADHD v medijih in popularni kulturi, ki nato »ustvarja nove trge« ter povratno zanko med stroko, mediji in javnostjo, ki diagnostične kriterije sprejema brez upoštevanja njihove

zgodovine in s predpostavljajanjem njihove univerzalnosti.⁸⁷ Definijske kategorije pri diagnozah so elastične in lahko vključujejo druge pojave, kar po Conradovo še posebej drži v primeru družbenih prednosti medicinskih definicij (npr. premik osebne krivde, medicinski izgovor, prednosti pri zdravstvenem zavarovanju ali invalidnini).

5.1.5 Druge obravnave ADHD v okviru medicinskega modela

Najpogostejši način medicinske obravnave ADHD je medikamentozen, v okviru medicinskega modela pa je pogosto predlagana metoda obravnave tudi kognitivno-vedenjska terapija (ali v kombinaciji z medikamentozno ali samostojno, in sicer za primere, ki so ocenjeni kot blažji). V vzponu so tudi različne nevrotehnoške in nevroprotetične naprave, možgansko-računalniški (nevronski) vmesniki (BCI, »brain-computer-interface« ter direktni nevronski vmesniki), za katere je mogoče ugibati, ali bodo v prihodnosti celo nadomestile psihofarmakološko obravnavo. V okvir medicinske obravnave, ki preide v laično rabo, lahko umestimo tudi različne nasvete, ki se nanašajo na življenjski slog otrok, npr. nasvete glede specifične prehrane otrok z ADHD z namenom zmanjšanja simptomov (Pandel Mikuš, 2017), specifičnega življenjskega sloga, gibanja, glasbe, zmanjševanja rabe računalnikov, televizije in mobilnih telefonov ter podobno (Sešek, Kapun in Steklasa, 2017), pri čemer nekatere uradne medicinske raziskave deloma podpirajo, drugih ne.

Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je pri ADHD v primerjavi s psihofarmaki tako v ZDA kot v Evropi bistveno redkeje uporabljena. Pri tem je značilno, da so metode in programi KVT prvenstveno namenjeni starševski obravnavi in regulaciji otrok s pomočjo medicinskih oziroma psihiatričnih napotkov in programov. KVT se uporablja za širok razpon težav, od tesnobe do depresije, in je bila predmet obširne raziskovalne pozornosti. Gre za kratkoročno obravnavo, ki običajno zajema 10 do 12 strukturiranih enournih obravnav. Glede na omejen obseg se od ljudi »ne pričakuje, da bodo /terapijo/ zaključili brez simptomov« (Lee in Edget, 2012, str. 5). Obstaja vrsta tovrstnih kognitivno-vedenjskih terapij, namenjenih staršem otrok, diagnosticiranim z ADHD, med katerimi so na primer Parent Management Training (PMT; usposabljanje za starše), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT; interakcijska terapija za

⁸⁷ Pri tem Conrad opozarja, da ADHD ni edini primer razširjanja diagnostike in da obstajajo drugi primeri, pri katerih so bile medicinske kategorije prvotno vzpostavljene za specifične težave in se kasneje razširile ali redefinirale za širši nabor težav (npr. PTSD, post-travmatska stresna motnja, ki je bila prvotno opredeljena pri veteranih vietnamske vojne in se nato razširila na žrtve različnih drugih vrst nasilja, npr. čustvenega ali spolnega). Alkoholizem je bil medikaliziran predvsem na pobudo laičnih združenj anonimnih alkoholikov (prav tam, str. 68).

starše in otroke), Positive Parenting Program (Triple P; program pozitivnega starševstva), Community Parent Education Program (COPE; program skupnostnega izobraževanja staršev), Helping the Noncompliant Child (HNC; pomoč nesodelujočemu otroku), New Forest Parenting Program (NFPP; program za starše), Incredible Years (IY; »neverjetna leta«) in podobno (Ghuman in Ghuman, 2014). Večina jih je namenjena staršem, pri čemer je pomenljiva naslednja misel iz ene od raziskav o učinkovitosti KVT pri adolescentih z ADHD: »Večina psihosocialnih intervencij za otroke z ADHD je usmerjena na pomoč odraslemu skrbniku otroka z ADHD z namenom, da bi ta otroka bolje obvladoval« (Pliszka, 2007, v Antshel in drugi, 2012, str. 484).

Do kognitivno-vedenjske terapije (KVT), ki temelji na Skinnerjevem behaviorističnem modelu učenja, in ki so jo uporabljali za duševne bolezni, motnje v duševnem razvoju, homoseksualnost, nasilnost, hiperaktivne otroke, avtizem, fobije, alkoholizem, odvisnost od drog in druge motnje, sta bila kritična že Conrad in Schneider (1980/1992). Opozorila sta na ironijo uporabe vedenjske modifikacije, saj behaviorizem eksplicitno zanika vedenjski model (torej da je vedenje simptom bolezni), ter prevzema okoljsko rešitev problema (četudi še vedno na ravni posameznika), medtem ko medicinska raba KVT problem individualizira, ga iz okolja umesti v posameznika in mu ponudi »rešitve« vedenjske modifikacije (prav tam, str. 243). Te terapije odgovornost za uravnavanje otrokovega vedenja in samonadzora, ki je v biološkem modelu umeščen v otroka samega, torej premeščajo predvsem na starše.

Čeprav je ADHD pri otrocih diagnosticirana prvenstveno v šolskem okolju, zaradi otrokovih težav v šoli, ne toliko domačem, pa je pomenljivo, da različne oblike KVT torej niso primarno namenjene ukvarjanju pedagoških delavcev z otrokom. Predlogi za obravnavo otrok v šoli v okviru medicinskega modela, ki jih je mogoče najti v obliki različnih priročnikov, smernic ter v strokovni literaturi, so po drugi strani usmerjeni manj v celostno discipliniranje in regulacijo otroka (kot je to pri KVT) in bolj le v specifične metode *poučevanja* teh otrok; te intervencije se tako predvsem usmerjajo na šolsko delo otroka in šolsko uspešnost: gre za kombinirane vedenjsko-farmakološke intervencije, prilagajanje navodil in nalog, navodila s pomočjo računalnika, vaje v strateškem načrtovanju in podobno (Antshel in drugi, 2012). Med druge psihosocialne obravnave, namenjene otrokom z ADHD, v šoli spadajo vedenjske šolske intervencije (učitelji se naučijo »strategij vedenjske modifikacije«). Te obravnave naj bi učencem pomagale predvsem »opaziti in analizirati svoje misli, čustvene reakcije in vedenja«, naučene strategije pa naj bi uporabili pri »spreminjanju problematičnih vedenj in miselnih

vzorcev« (Sheldon, 2011, v Lee in Edget, 2012, str. 5). Šola se torej po medicinskem modelu z disciplinским ali vzgojnim vprašanjem otroka naj ne bi celostno ukvarjala, njena naloga je predvsem nuditi specifično učno podporo otroku v razredu s prilagoditvijo didaktičnih in pedagoških načinov dela, podajanja snovi, ocenjevanja, organizacije učne ure in podobno. To je pomembno in s tem vprašanjem vloge šole se bomo ukvarjali v nadaljevanju.

5.2 Arheologija hiperkinetične motnje pri nas: od odklona do zaželeno diagnoze

V Sloveniji se je področje biološke obravnave nemirnosti otrok začelo razvijati razmeroma pozno, v 1970. letih, pod okriljem Vzgojne posvetovalnice (pozneje Centra za otroke, mladostnike in starše), ki je povezovala institucije in strokovnjake ter pripomogla k temu, da je tema danes »vgrajena tudi v kurikulum študija psihologije, sociologije, socialne pedagogike, pedagogike in drugih znanosti« (Mikuš Kos, v Passolt, 2002, str. 10). Pionirsko delo na tem področju je pri nas opravila pediatriinja in otroška psihiatrinja Anica Mikuš Kos.

V tem poglavju analiziram vzroke za vpeljavo koncepta hiperkinetičnosti pri nas. Osredotočila sem se na analizo procesa uvajanja motnje v slovenskem prostoru skozi historično perspektivo; ukvarjam se z zgodovino medikalizacije otroštva s hiperkinetično motnjo (HKM)/ADHD v slovenskem prostoru. Zanimalo me je, zakaj, kdaj in s kakšnimi razlogi ter pod kakšnimi pogoji se je pri nas zgodovinsko pojavil in uveljavil koncept hiperkinetične motnje. Pri tem sem bila na podlagi teoretskega proučevanja, predstavljenega v poglavjih o protektivnem otroštvu in medikalizaciji, še posebej usmerjena v vprašanje premeščanja odgovornosti v okviru procesa medikalizacije v navezavi s protektivnim otroštvom in zaščitniškim starševstvom. Zanimale so me spremembe nosilcev odgovornosti na relaciji starši-otrok-šola (kdo je odgovoren za otrokovo drugačno vedenje, katera polja vednosti to interpretirajo in obravnavajo ter zakaj), ter določiti, kako na to premeščanje vpliva medikalizacija in zakaj. V tem kontekstu me zanima tudi razmerje med naraščanjem medikalizacije in spreminjanjem fokusa izobraževanja od začetkov uveljavljanja HKM/ADHD v povojnem času do danes, torej vključujem preverjanje širšega družbenega konteksta, določenega v teoretskem delu. Moj pristop k tematiki je bil problemski, želela sem pridobiti širši pregled in uvid v temo, ter pridobiti tudi morebitne nove uvide, ki jih v teoretskem proučevanju nisem zasledila.

V ta namen sem organizirala fokusno skupino ter štiri poglobljene polstrukturirane intervjuje z nekaj ključnimi eksperti različnih disciplin – nevrološke, pedagoške, psihološke, razvojno

psihološke in pedopsihiatrične stroke – ki so v slovenskem prostoru sodelovali v procesu medikalizacije s HKM, torej konstrukcije, vpeljave, uveljavljanja in obravnave hiperkinetične motnje v povojnem obdobju in do približno leta 2000. Pri tem me je posebej zanimalo, kako sta uveljavljanje motnje oz. medikalizacija spreminjala relacije šola-starši-eksperti. Cilj je bil analizirati in določiti vzroke in mehanizme medicinske obravnave ter uvedbe koncepta hiperkinetične motnje oz. ADHD v slovenski prostor. Ukvarjam se s tem, kako so bili nemirni otroci, ki bi bili danes diagnosticirani z ADHD, obravnavani pred medicinsko konceptualizacijo nemirnih otrok. Proučujem kontekst in implikacije uveljavljanja medicinske obravnave motnje ter analiziram spreminjanje medicinske in psihiatrične obravnave motnje v šolskem prostoru. Uporabljeni metodološka instrumenta (polstrukturirani intervju in fokusna skupina) omogočata poglobljen uvid v raziskovalni problem.⁸⁸ Izvajanje fokusne skupine z eksperti je potekalo po Krueger (1994).⁸⁹

5.2.1 Postopek zbiranja, opis, izbor in sestava vzorca

Moj ključni vir in informant za določanje sogovornikov, ki bi lahko tematizirali ADHD z zgodovinske perspektive, je bila pediaterka in otroška psihiaterka, primarij dr. Anica Mikuš Kos, ki se je več kot pol stoletja v svojem poklicnem delu ukvarjala z duševnim zdravjem otrok. Je pionirka pri obravnavi nemirnih otrok in je koncept hiperkinetične motnje tudi prva uvedla v slovenski prostor. Med drugim je bila vodja oddelka za otroško psihiatrijo na ljubljanski Pediatrični kliniki in vodja Svetovalnega centra za otroke in mladino. Od upokojitve naprej velja za eno vodilnih svetovnih strokovnjakinj za pomoč otrokom z vojnih območij in drugih kriznih žarišč z aktiviranjem naravnih virov v ljudeh in v lokalnem okolju, predvsem v šoli

⁸⁸ Temeljno analitično orodje naloge je analiza kvalitativnega materiala, in sicer poglobljenih intervjujev in fokusnih skupin. Pri metodološkem pristopu upoštevam temelje kvalitativnih raziskav (po Mesec, 1998; Vogrinc, 2008; Uhan, 2011). Poudarek je bil na proučevanju subjektivnih doživetij posameznikov in pomenu, ki ga pripisujejo pojavom, dogodkom ali stanjem, obenem pa sem s pluralizmom glasov želela uravnovežiti perspektivo akterjev, vključenih v empirično gradivo. Podatke predstavljam v interpretativni besedni obliki, ki pojasnjuje procese, odnose in ravnanja predvsem s perspektive udeležencev (po Vogrinc, 2008, str. 14-18) ter jih kontekstualiziram. Vključujem samo tiste biografske in demografske podatke intervjuvancev oziroma vzorca, ki so relevantni za proučevani pojav. Pri analizi fokusne skupine in poglobljenih intervjujev sem uporabila pristop »krpanke« (»bricolage«), pogosto uporabljeno tehniko analize v kvalitativnih raziskavah, ki kombinira uporabo različnih analitičnih tehničnih pristopov in prostega prehajanja med njimi (vračanje k posameznim delom intervjujev, vnašanje v zgodbo itd.) (Kvale, 2007, str. 115-116). Tak poststrukturalistični pristop poudarja »multiplo in variabilno interpretacijo rezultatov, ki naj prikazuje nekonsistentnost in fragmentiranost 'teksta' (realnosti)« in ki ga zanimajo »diskurzivne strategije in način razumevanja avtoritete« (Uhan, 2011, str. 10). S to metodo sem želela doseči poglobljen uvid v raziskovalni problem. Namen ni posploševanje, pač pa proučevanje inherentnih lastnosti procesov ali pojmov.

⁸⁹ Prednost fokusne skupine je, da je usmerjena v naravo in bistvo problema, njen cilj je razumevanje, opis, odkrivanje fenomena, je fleksibilna, vzorec je majhen in namenski, proces obdelave podatkov je induktiven, zaključki pa morajo biti vsestranski, obsežni in celoviti (prav tam).

(njeno stališče je, da psihiatrija in psihoterapija v kriznih okoljih ne moreta ustrezno pomagati). Njeno področje dela je šola, kjer danes deluje predvsem na področju usposabljanja učiteljev za pomoč otrokom, ki jih je prizadelo vojno ali drugo krizno dogajanje. V zadnjih več kot dvajsetih letih deluje na številnih kriznih žariščih po vsem svetu, med severnim Kavkazom, Irakom, Moldavijo, Afganistanom, nekdanjo Jugoslavijo.⁹⁰ Premore široke klinične in institucionalne izkušnje v domačem in mednarodnem prostoru, obenem pa je do medicinskega modela tudi kritična.

Prim. dr. Anica Mikuš Kos je svetovala pri sestavi sogovornikov za fokusno skupino in posamezne (polstrukturirane) intervjuje ter pomagala pri organizaciji in kontaktiranju sogovornikov. Na nekaj mestih je tudi usmerila razpravo.⁹¹ V fazi načrtovanja sem na njen predlog določila, naj bo skupina po strokovni sestavi čim bolj heterogena, da torej najdemo strokovnjake, ki izhajajo ne le iz različnih strokovnih področij, pač pa so heterogeni tudi po osebnih proviniencah in afinitetah, kar bi vzpodbudilo bolj stimulatívno razpravo z več različnimi tematskimi vozlišči in pogledi nanje, obenem pa preprečilo nehoteno poenotenje pogledov ali prikrito usmerjanje razprave v zgolj določene perspektive (utrjevanje predsodkov ali ponotranjenih stališč, z moje strani ali s strani intervjuvancev v fokusni skupini).⁹²

⁹⁰ Kot v mednarodni javnosti priznana humanitarna delavka na teh področjih vodi programe psihosocialne pomoči otrokom in razvija prostovoljstvo. Sodelovala je z Združenimi narodi, Svetovno znanstveno organizacijo in Svetom za razlikovanje družbenih znanosti v New Yorku. Izkušnjo vojne je doživela sama kot otrok partizanskih staršev. Je tudi predsednica Slovenske filantropije – Združenja za promocijo prostovoljstva.

⁹¹ Dodajam še osebno perspektivno in kontekst: prim. dr. Anico Mikuš Kos sem spoznala pred približno petimi leti, odtlej sem sledila njenim dejavnostim, spoznavala njeno delo. V tem obdobju sem jo večkrat obiskala na domu za daljši pogovor, imela razmeroma redne stike z njo preko elektronske pošte ter imela priložnost spoznavati njene osebne in strokovne poglede ter orientacijo. Večkrat v tem obdobju sem spremljala njeno delo v Ljubljani in na Kosovem. Ovrednotenje (bio)medicinskih diskurzov in modelov se ji zdi zelo pomembno. Pri lastnem delu na kriznih žariščih se osredotoča na družbene resurse ter alternativne pristope in metode dela, za katere meni, da so morda celo prevladujoči v družbi, vendar jih medicinski in znanstveni modeli ne zajamejo. To pomeni, kot meni prim. dr. Mikuš Kos, da posamezniki na vseh področjih delovanja razvijejo lastne metode dela, ki so lahko povsem zunaj uveljavljenih dogem, te strategije, ki so lahko zelo uspešne, pa ne prodrejo v stroko, saj jih posamezniki ne predstavljajo ali pa jih skušajo predstavljati v okviru trenutno sprejetih in veljavnih dogem določene stroke.

⁹² Dodajam opombo o poteku in vodenju fokusne skupine ter posamičnih intervjujev: pripravljalna polstrukturirana intervjuja s prim. dr. Anico Mikuš Kos sta potekala 29. maja 2016 (Intervju 1, v dolžini ure dvajset) in 15. avgusta 2016 (Intervju 2, v dolžini ene ure). Oba intervjuja sem po snemanju transkribirala po načelih pogovornega jezika. V obdobju štirimesečnih priprav na fokusno skupino sem z dr. Anico Mikuš Kos opravila še več krajših intervjujev na tematiko vpeljevanja ADHD, ki pa so bili manj formalni, zgodili so se spontano, in jih nisem snemala. Individualna intervjuja sta potekala: z nevrologom pediatrom s Pediatrične klinike v Ljubljani dne 20. maja 2016 na kliniki, v dolžini ene ure (Nevrolog-pediatr, intervju); intervju z ravnateljico osnovne šole pa 29. maja 2016 v stanovanju dr. Anice Mikuš Kos v Ljubljani, v dolžini dobre pol ure (Ravnateljica, intervju). Fokusna skupina je potekala 19. avgusta 2016 v domačem stanovanju dr. Anice Mikuš Kos v Ljubljani, kar je omogočilo bolj sproščeno vzdušje. Trajala je približno tri ure in dvajset minut. Vsi sogovorniki so se med seboj poznali. Po fokusni skupini sem z dr. Anico Mikuš Kos opravila dodaten krajši intervju (v dolžini dvajset minut), s katerim sva analizirali vsebino fokusne skupine.

Najprej sem s prim. dr. Anico Mikuš Kos opravila dva ločena pripravljala polstrukturirana intervjuja v razdobju štirih mesecev (dalje: Mikuš Kos, intervju 1 in 2), s katerim sem želela določiti glavne teme in vozlišča tematike, ki bi jo kasneje problematizirala na fokusni skupini (dalje: Eksperti, fokusna skupina).⁹³ Nato sem določila sestavo fokusne skupine, v katero so bili vključeni naslednji eksperti (vsi v pokoju, starostna skupina 65-80 let):

- **specialna pedagoginja** (dalje: Specialna pedagoginja, fokusna skupina), ki je delala z otroki z motnjo v duševnem razvoju na Centru Janeza Levca, nato na Svetovalnem centru za otroke in mladostnike v Ljubljani. Zadnjih približno 14 let je delala z otroki, ki se težko učijo, med njimi z otroki z motnjo pozornosti in koncentracije;
- **psiholog, psihoterapevt** in predavatelj (dalje: Psiholog, fokusna skupina), ki deluje v Ljubljani na področju socialnega dela, sodeloval je pri projektih dela z nemirnimi otroci;
- **otroški psihiater, specialist nevropsihiater** (dalje: Pedopsihiater, fokusna skupina), ki je imel ambulanto v vzgojni posvetovalnici na severovzhodu Slovenije; delal je tudi v centru za pedopsihiatrijo, kjer se je ukvarjal tudi populacijo otrok z motnjo v duševnem razvoju in tudi nemirnimi otroci;
- **nevrolog** (dalje: Nevrolog 'MCD', fokusna skupina), ki je deloval na področju pediatrije, in ki se je opredelil kot »tipičen MCD«, oseba z minimalno cerebralno disfunkcijo, zaradi česar ima večje težave pri branju in je znanje pridobival na alternative načine;
- **predavateljica psihološke stroke** (dalje: Psihologinja, fokusna skupina), ki je dve tretjini svoje kariere posvetila otrokom; več kot dvajset let se je ukvarjala z otroki z razvojnimi zaostanki in učnimi težavami, ter nemirnimi otroci;
- **razvojna psihologinja in predavateljica** (dalje: Razvojna psihologinja, fokusna skupina); ukvarja se specialno in rehabilitacijsko pedagogiko, deluje na severno-vzhodnem delu Slovenije, sodeluje tudi s Svetovalnim centrom za otroke in mladostnike v Ljubljani; kombinirala je pedagoško delo in klinično prakso.
- **prim. dr. Anica Mikuš Kos** (dalje: Mikuš Kos, fokusna skupina).

Dodatno sta bila opravljena še polstrukturirana intervjuja z enakimi raziskovalnimi vprašanji in temo:

⁹³ Transkripti vseh intervjujev in fokusne skupine ter zvočni posnetki v obliki surovih podatkov so na voljo pri avtorici.

- s pedagoške perspektive, z upokojeno **ravnateljico osnovne šole** v Ljubljani (dalje: Ravnateljica, intervju), na kateri se šola velik delež deprivilegiranih otrok, ki je delala tudi kot svetovalna delavka (pri tem intervjuju je bila prisotna dr. Mikuš Kosova), in
- z upokojenim **nevrologom pediatrom** (dalje: Nevrolog-pediater, intervju)⁹⁴, primarijem na Pediatrični kliniki v Ljubljani.

Geografsko so vsi intervjuvanci delovali pretežno v Ljubljani, z izjemo dveh, ki sta delovala na severovzhodu Slovenije. Geografsko zožen izbor je smiseln glede na tematiko, ki zajema vnos inovacije, za katero se lahko predpostavlja oziroma trdi, da je izšla iz centra v periferne dele Slovenije in ne nasprotno (Mikuš Kos, v Passolt, 2002, str. 10), je pa perspektiva delov Slovenije, ki ne spadajo v osredje, vseeno vključena. Namen fokusne skupine⁹⁵ je bil spodbuditi eksperte k pripovedovanju (naraciji), zato so bile vnaprej pripravljene samo teme in ključne besede, ne pa vprašanja (po Krueger, 1994, str. 56). Vsi intervjuji in fokusna skupina so bili transkribirani v knjižno-pogovornem jeziku. Vsi udeleženci (intervjujev in fokusne skupine) so se strinjali s snemanjem in dali soglasje k objavi, vendar sem njihove odgovore anonimizirala, z izjemo odgovorov prim. dr. Mikuš Kos.

Izkazalo se je, da je bila fokusna skupina z eksperti učinkovit instrument, prisotnost različnih strok je vzpodbudila razpravo. Vzdušje je bilo pozitivno, empatično, sogovorniki pa so se spontano začeli »odpirati« tudi na osebni ravni ter izpovedovali različna doživetja ali iz svoje prakse pri delu z zahtevnejšimi otroki ali pa iz osebnega življenja, pri čemer so spontano biografizirali tudi svoje življenjske poteke (zgodbe) ter svojo specifično poklicno formacijo utemeljevali z osebno formacijo.⁹⁶ Transkripte sem analizirala po metodi kodiranja (Saldaña, 2009) ter določila glavne teme. Pri analizi sem uporabila uvodoma opisano metodo krpanke.

⁹⁴ Vsi intervjuji in fokusna skupina so bili opravljeni v letu 2016. Zaradi lažjega branja besedila v nadaljevanju datum intervjuja/fokusne skupine in letnico pri navedku avtorja izjave/misli iz fokusne skupine in intervjujev izpuščam; podrobnosti o viru so navedene v opombi št. 91 in v seznamu virov.

⁹⁵ Cilje fokusne skupine je uvodoma predstavila dr. Anica Mikuš Kos: »Marija ... bi rada proučila, kako se je ta koncept o ADHD pojavil, kakšen smisel je imel, koliko je bilo nasprotovanja, koliko je bil koristen, zato se nama je zdelo koristno izvedeti od strokovnjakov, ki so se s tem ukvarjali, kako je ta proces tekkel, kaj so videli dobrega, kaj slabega na tem, da smo otroke diagnosticirali ... tudi take, za katere bi nekoč samo rekli, da imajo 'v riti mevlje', ne pa ADHD, kako smo z različnimi pristopi prihajali – /psiholog/ nikoli ni dajal ritalina otrokom, je imel čisto drugi pristop, in se mi je zdelo ... lepo, da nekdo po naši zgodovini pobrska, ker se stvari tako pozabljajo, kako se je nek koncept, neka doktrina, nek pogled, razvijal, uveljavljal v Sloveniji« (Mikuš Kos, fokusna skupina).

⁹⁶ Udeleženci fokusne skupine so po njej navedli, da se strokovno poznajo desetletja, vendar drug o drugem pred tem niso poznali nekaterih bistvenih informacij z osebne, človeške plati kot tudi s strokovne (npr. motivacije za specifično strokovno usmeritev ali držo).

5.2.2 Uvedba koncepta hiperkinetičnosti na Slovenskem: »Mati ni kriva za vse«

Ideja o hiperkinetičnosti in medikamentozni obravnavi (sprva preko koncepta MCD, minimalne cerebralne disfunkcije) se je v Sloveniji torej začela uveljavljati v Vzgojni posvetovalnici v Ljubljani, ki pa je bila takrat »nekakšna para-institucija za duševno zdravje« (Mikuš Kos, intervju 1), in ne v uradni instituciji. Uvedla jo je v 1970. letih prim. dr. Mikuš Kos, ki je kot pediatriinja sicer delovala na ljubljanski Pediatrični kliniki, vendar tudi v Vzgojni posvetovalnici,⁹⁷ kjer je bilo koncept motnje in predpisovanje ritalina možno uvesti, in to v terapevtsko prakso. Pediatrična klinika je po besedah Mikuš Kos idejo hiperkinetičnosti začela sprejemati nekaj let kasneje.

V 1950. in do 1960. let so bile pri nas dominantne psihodinamske teorije, po katerih so otroka predeterminirali starši, predvsem mati. Mikuš Kos te dogme – ki so veljale v času njenega študija medicine in psihiatrije – ponazori s tedaj pogostim ameriškim rekom o tem, da »če poznaš Johnove simptome, boš vedel, kakšno mater ima – in nasprotno, če poznaš mater, boš vedel, kakšne simptome bo imel John« (prav tam). Tedanja dominantna dogma izoliranja psihološkega, poudarjanja determiniranosti z odnosi in popolnega zanikanja bioloških dejavnikov se je po njenem razvila kot »povojna protireakcija na nacistično genetiko in biološko determiniranost 'čiste rase'« (prav tam). Zgodovinarica znanosti Anne Harrington (2019) ta premik pojasnjuje z dodatnimi širšimi družbenimi spremembami v povojnem času. Pomanjkljivo, neuspešno ali neprepričljivo umeščanje patogeneze duševnih bolezni v biološko, še pred razmahom nevrologije, je v zgodnjem 20. stoletju najprej omogočalo freudovsko utemeljevanje duševnih patologij, temelječih predvsem na potlačenih seksualnih fantazijah, ki naj bi se izražale v fizičnih simptomih. Razkol med biološko in psihoanalitično strujo psihiatrije se je v naslednjih desetletjih poglobljajal, bakteriologija, ki se je pozneje razmahnila, je bila neuspešna pri pojasnjevanju duševnih bolezni, kot je shizofrenija, prvi psihofarmaki za regulacijo duševnih stanj so se pojavili sredi 1950. let, odkritje o njihovem učinkovanju na določena psihična stanja pa je bilo bolj ali manj naključno. Toda, kot meni Harrington, je freudovska psihiatrija prišla na položaje moči šele po vojni, in sicer ne zato, ker bi bila bolj sposobna prepričati v svoje »nesmisle«, pač pa ker je bila izzive duševnega zdravja v povojnem obdobju sposobna pojasniti prepričljiveje kot biološko usmerjeni psihiatri. V povojnem času, ki je bil v ZDA čas tesnobe, strahu pred nuklearno, hladno in oboroževalno vojno, in čas, ko je predsednik Truman duševno zdravje in razsodno razmišljanje razglasil za predpogoj za mir, so

⁹⁷ Danes je to Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani.

neo-freudisti spolnost kot vzrok psiholoških težav zamenjali za tesnobo. Freudovski seksualni imaginarij so zamenjali z družinsko dinamiko in potrebo po čustveni varnosti v zgodnjem otroštvu. Diagnostični pogled se je posledično usmeril predvsem v matere, ki jih je eden vodilnih ameriških psihiatrov tedaj označil kot največjo družbeno grožnjo, predvsem v boju zoper komunizem. Matere so postale krive za vse: za homoseksualne sinove (ker so jih zadušile s pretirano čustvenostjo), za avtizem (ker so otroka pohabile s svojo čustveno hladnostjo), za družbeno odklonske posameznike (kar so bile permissivne in niso postavljale meja) in številne druge družbene probleme (prav tam).

Mikuš Kos je bila do tega povojnega determinističnega redukcionalizma kritična, kar razlaga s tem, da je kot pediatrinja v dispanzerju imela možnost pregledati otroke vseh demografskih skupin, od otrok najbolj izločenih in deprivilegiranih socialnih skupin, do otrok »predsednika občine« (Mikuš Kos, intervju 1). Iz prakse v dispanzerju je razumela, da se otroci med seboj zelo razlikujejo ter da te razlike nikakor niso pogojene samo z odnosom med starši in otroci, kot so tedaj poudarjali psihiatri in psihologi (prav tam):

Ti so izhajali iz svojih teorij in vedno so otroke lahko strpali vanje, vedno si lahko našel nek vzrok, zakaj naj bi bil otrok nesrečen, če nič drugega, je bila pa tašča. Ampak nek vzrok v najožjem okolju ... Meni je bilo popolnoma jasno, da to ne drži, da otroci nekaj prinesejo tudi s sabo na svet. Saj to ni nobena genialnost, vsak normalen človek to ve, a to je stroka tedaj čisto izbrisala, se mi zdi, da je zašla. Izrezala je nekaj, kar se imenuje psihološko, to čisto odtujila od širšega okolja na eni strani, na drugi čisto odtujila od bioloških dogajanj. In to psihološko je bilo nekaj, kar se je dogajalo med posameznikom in njegovim najožjim krogom, in ta najožji krog naj bi vse določal. V mojem videnju to ni bilo res.

Po letu 1960 je na neo-freudistični psihodinamski pogled, kot pojasnjuje Harrington (2019), prišlo več prepričljivih kritik, ki so te utemeljitve pojasnjevale kot mehanizem družbenega nadzora (tudi nad ženskami), s strani feminističnega gibanja ter z odmevnimi deli Goffmana, Foucaulta in Szasza, ki so do leta 1970. prodrle v glavni tok psihiatrične misli. Povojno poudarjanje naturalizirane ženske materinske vloge in krivljenje staršev kot izključnih dejavnikov otrokovega intelektualnega, psihološkega, čustvenega in vedenjskega oblikovanja se je sicer v Sloveniji ohranilo še nekoliko dlje kot drugod, o čemer priča dejstvo, da je leta 1970 Mikuš Kos v poljudni in priljubljeni ženski reviji Naša žena objavila članek z naslovom »Ali so res vselej le starši krivi za otrokove vedenjske motnje« (Kos, 1970). Odstopanje od uveljavljene dogme pripisuje svojemu specifičnemu kognitivnemu slogu, pri čemer meni, da to terja tudi nekaj poguma. Obenem so se ji zdele tudi tedanje razlage nemirnih otrok oziroma

hiperkinetičnosti kot izključno posledice neustreznega ravnanja z otrokom – ali zaradi prevelikega zatiranja ali, nasprotno, zaradi prevelike svobode – nesprejemljive.

Eksperti na fokusni skupini so poročali, da je bila obravnava nemirnih otrok v šoli v obdobju psihodinamskih teorij problematična, saj v okviru veljavne doktrine o starševskem oblikovanju otrok učitelji niso bili odgovorni za otrokovo vedenje, tako da je šola v primeru problematičnega vedenja otrok vršila pritisk na starše (šola je obveščala starše o otrokovem vedenju ali osebno ali v obliki graj, opominov). Ker so bili v tistem času starši po splošno sprejetih dogmah torej okrivljeni za otrokovo vedenje, so tudi raje sodelovali s šolo, po drugi strani pa je taka eskalacija pritiskov na starše s strani šole pogosto imela posledice v obliki skrajnega zaostrovanja odnosa staršev do otroka ter tudi hudih fizičnih kaznih. Pedopsihiater je to ponazoril z naslednjimi besedami: *»Ne bom nikoli pozabil, da je neki oče tako izgubil živce, da je mlatil s pasom svojega otroka, so mislili, da ga bo ubil, ker so se mu živci popolnoma 'sfrkali'. Otrok pa ni bil nič drugega kot hiperkinetik ...«* (Pedopsihiater, fokusna skupina).

Medicinsko pojasnjevanje oziroma diagnosticiranje problematičnega vedenja je zato imelo namen zaščite otroka pred včasih skrajnimi telesnimi kaznimi v družini, kot je povedala Mikuš Kos (intervju 2): *»Človek je pri tem dostikrat pragmatičen, skušaš doseči, da bi otroka čim bolj zaščutil, to je pa druga plat tega ... Poznala sem očeta, ki je tako pretepal otroka, ki je bil res grozno hiperaktiven, edini način, da ga je nehal pretepati, je bil, da si dokazal, da je otrok bolan«*. Šlo je za realne, ne fiktivne pritiske, glede katerih so eksperti, ki so bili vključeni v obravnavo otroka, iskali rešitve v prid otroku. Na fokusni skupini je bila predstavljena tovrstna izkušnja iz drugega kulturnega okolja (Mikuš Kos, fokusna skupina):

Ko sem delala z Iračani v času prve iraške vojne, so v enem letu štiri otroke do smrti pretepli v šoli, in to so bili vsi hiperaktivni otroci. Ker vsaka šola je imela palico, vsak razred, so nam kolegi pravili Mi smo govorili sicer o travmah, on pa je rekel, poslušajte, vse lepo in prav – travme ..., samo tole se pa v naši stvarnosti dogaja!

Učitelji so se z nemirnimi otroki po navedbah ekspertov v tistem času ukvarjali individualno ter jim posvečali pozornost zaradi lastnih intimnih ugotovitev, sočutja in podobno, in ne toliko zaradi splošnih smernic pedagoške stroke ali medicine, ali pa so ravnateljki takšne (naporne, težke) otroke dajali spontano v obravnavo učiteljicam, za katere so vedeli, da je njihova raven tolerantnosti in strpnosti zanje večja (Mikuš Kos, intervju 1). Na splošno pa so bila odstopanja od zaželenega vedenja v povojnem času, kot je obče znano, sankcionirana z rigoroznimi

telesnimi ali socialnimi kaznimi, zato je bilo vedenjska odstopanja redkeje zaznati. Specialna pedagoginja (fokusna skupina) je v spontani izmenjavi spominov, ki se je razvila na to temo, denimo izpostavila: *»Po vojni, ko smo hodili v šolo, se ne spomnim nikogar, da bi bil hudo nemiren, pa ne vem, a jih ni bilo, niso gledali na to, nas niso opozarjali ..., ampak gotovo je kakšen bil tudi bolj nemiren«*. Ostali udeleženci se z mislijo, da nemirnih otrok nekoč ni bilo, niso strinjali, in so menili, da so nemirno vedenje otrok v šoli zatirale predvsem hude telesne kazni: klečanje v kotu, pretepanje s palico in podobno, oziroma, kot sta navedla pedopsihiater in psihologinja: *»Hiperkinetiki so tudi v preteklosti bili nemirni, ampak so jih vedno zelo ostro dušili«* (Pedopsihiater, fokusna skupina). *»Moja generacija v Mariboru, v 3. razredu, je bilo dosti teh, ki so bili prav nemirni otroci, niso mogli sedeti pri miru, so jih tepli...«* (Psihologinja, fokusna skupina). *»Moja teta, učiteljica, je vedno rekla: Lahko je učiti pridne otroke. Težko je pa nemirne, potem jih pa kaznujejo«* (Nevrolog 'MCD', fokusna skupina). Ker je obstajala *»koalicija šole in družine«*, se je zgodilo to, da *»ko so te v šoli natepli, so te potem še doma«* (Psiholog, fokusna skupina), otroke pa je bilo po besedah ekspertov strah, ker je bil sistem kaznovanja po besedah nevrologa *»zelo dosleden, močan«*, zaradi česar *»nikoli potem problemov ni bilo«* (Nevrolog 'MCD', fokusna skupina).

Eksperti so poudarili, da so bili drugačni ne le vzgojni vzorci, pač pa splošna družbena klima, v kateri je družba neprilagojene posameznike lahko *»sistematično izključevala iz konkurence«* (Psiholog, fokusna skupina), in tudi osnovna šola je otroke s problematičnim vedenjem pogosto preprosto izključila iz šole. Izključevanje iz sistema šolanja je lahko imelo vseživljenjske posledice, oziroma, kot je poudaril psiholog: *»In se je začela pot v alkoholizem«* (Psiholog, fokusna skupina). Eden od ekspertov (Pedopsihiater, fokusna skupina) je poudaril, da je bil sam nemiren otrok (ki bi danes dobil diagnozo) ter je tovrstne telesne kazni v šoli in izključevanja iz šole doživel ali jim bil priča sam:

O seveda, sam sem bil med njimi v tej smeri, ampak smo bili eni trije, štirje v razredu, smo kar vedno klečali v kotu. Naš problem je bil, da je bil ta ladijski pod z lizolom namazan, in si potem črna kolena imel in so doma takoj vedeli. Drugič, po prstih so nas s palčkami šibali in podobno. Kako so nas ukrotili? Ja preprosto, disciplinirali so nas! Dosegli so, da si v tistem času, ko je bilo potrebno, pač sedel »pri gmah«, kot se reče. Koliko si sodeloval, je bilo drugo vprašanje. So bili pa nekateri, ki so že zgodaj »špricnili čez«, kot se temu reče. Ko šli proti normam, so jih brez problema izključili iz šole, in to v prvem, drugem razredu osnovne šole. In jih je prav malo brigalo, kaj se je z njimi dogajalo. Takrat je to kar šlo.

Kaj se je zgodilo z otroki, ki jih je šola izločila iz sistema zaradi neprimernega vedenja? Eksperti so izpostavili in soglašali, da je bilo okolje v tistem času bolj sposobno *»asimilirati«* odklonske

posameznike oziroma »absorbirati posebneže« (Pedopsihiater, fokusna skupina), kot je danes. Odklonski posamezniki so v širšem družbenem smislu predstavljali manjše družbeno breme in manjšo ekonomsko izgubo. »Represija nekoč je bila zelo poceni, represija danes je strahotno draga – izgubljam ljudi, in vsi ti 'škartirani' ljudje zelo stanejo«. Nekoč so taki izstopajoči posamezniki »tavalili okrog, nekako lažje so za silo poskrbeli zase.« (Psiholog, fokusna skupina), ali pa jih je družba tolerirala (Pedopsihiater, fokusna skupina):

Zmerno prizadete ljudi, odrasle, so bili popolnoma sposobni integrirati v domače okolje. Zdaj? Lepo vas prosim, to je hud problem. Ravno tako so /tedaj/ znali integrirati tudi »bebčke«, kot se jim je reklo, ki so odstopali po funkcionalnih sposobnostih na tak ali drugačen način, ampak so jih tolerirali in so kar nekako živeli naprej.

Medikalizacija je v sodobnosti pogosto utemeljena s preračunavanjem družbenih stroškov ekonomskih izgub zaradi bolezni ali motenj. Ideja, da duševna patologija ni le nekaj, kar prizadene posameznika, pač pa predstavlja družbeno (ekonomsko) breme, se je po mnenju sociologa Nicolasa Rosa (Wahlberg in Rose, 2015; Rose, 2018) oblikovala v poznem 19. stoletju in je bila razumljena kot nekaj, kar lahko ogroža konkurenčno moč naroda in ki za zdrave, ki prispevajo davke, pomeni finančne stroške. To evgenično razmišljanje je povečalo pritiske po tem, da bi zmanjšali število bolnih.

Sodobno preračunavanje družbenih stroškov duševnih motenj sicer nima enake politične utemeljitve, učinki pa so povsem nasprotni: ti podatki niso uporabljeni z namenom, da se nesposobne izloči (kot se jih je torej v preteklosti, ker jih je družbeno okolje »absorbiralo« in so predstavljali manjši ekonomski strošek), pač pa z namenom izvrševanja pritiskov po medicinski obravnavi in inkluziji, s čimer bi zmanjšali breme duševnih motenj za posameznika, družino in skupnost, ter posredno in neposredno stroške za ekonomijo.

Kot opozarja Rose (2003), je sodobna biopolitika usmerjena v prihodnost; ukvarja se s »časovnimi bombami« različnih motenj bolezni, npr. depresijo, tesnobo in demenco, ter utemeljuje, da sta prenizko diagnosticiranje teh bolezni in posledična neproduktivnost prebivalstva velik strošek za gospodarstvo. Cilj se zdi jasen: znižanje ekonomskega bremena duševnih (in drugih) bolezni (saj motnje možganov vse bolj povezujejo z drugimi boleznimi, od tesnobe do debelosti, ki naj bi vse imele izvor v možganih), s ciljem znižanjem bremena na zdravstvene blagajne in povečanja produktivnosti. Pri tem zdaj cilj ni več zdravljenje ali

odkrivanje zdravil, pač pa preventiva, ki pomeni zgodnjo intervencijo: »v dobro možganov in države« (prav tam, str. 14).

Ko je kot prioriteta razumljena preventiva, in ne več zdravljenje, je jasno, da so otroci ključna družbena skupina, na katero je treba vplivati s preventivnimi ukrepi. Številne patologije, od ADHD, shizofrenije, bipolarni motnje, demenc ipd., so zdaj razumljene kot »razvojne«, zaradi česar jih je mogoče zgodaj določiti in zgodaj intervenirati. Otroški možgani so bolj plastični, zato »bolj zgodaj, bolje je«, velja toliko bolj zanje. Čeprav nevrobiologija govori o dovzetnosti, ne neizogibnosti, nevroznanstvena družbena politika vse bolj skuša identificirati tveganja in intervenirati še pred pojavom simptomov – z vedenjsko terapijo, kognitivno(-vedenjsko) terapijo, psihofarmaki in vse bolj tudi z novimi tehnologijami, ki povezujejo človekove možgane/nevrone in računalnike/stroj.

Sodobna šola vedenjsko izstopajočega otroka ne sme več telesno kaznovati, prav tako ga težje izključuje iz rednega sistema (čeprav se to še vedno dogaja v primeru določenih družbenih skupin otrok, na primer romske populacije, ki je nesorazmerno pogosto preusmerjena v šole s prilagojenim programom (Lesar, 2009, str. 10-13). Če je v prvih desetletjih povojnega obdobja šola v primeru izstopajočega vedenja eskalirala pritisk na starše (ki so veljali za odgovorne za to vedenje), starši nato na otroka, medikalizacija vedenja pa je tako otroka kot starša lahko »razrešila krivde«, kam se potem ti pritiski v primeru otrok, ki ne ustrezajo pričakovanjem in zahtevam, prenašajo danes? In kakšne so razlike med sodobnimi vedenjskimi pričakovanji do otrok v šoli? Kaže najmanj, da je povečan pritisk tako na šolo (ki je obremenjena s storilnostnimi pritiski v obliki učnih načrtov in širše izobraževalne vizije v Evropi, usmerjene v konkurenčnost) kot na starše (ki so obremenjeni s sodobnimi pritiski in ideologijo otroštva, da morajo otroku zagotoviti najboljše možnosti). Pri tem se je potrebno vprašati tudi, kaj proces medikalizacije pomeni za učitelje v šoli. Obenem je razvidno, da je bilo v tistem obdobju vedenje nemirnih otrok v šoli problematično predvsem z vzgojnega oziroma vedenjskega vidika, ni pa bila obravnavana ali problematizirana otrokova učna uspešnost ali okrnjena storilnost, na čemer je poudarek danes.

5.2.3 Temperament – biološka raznolikost, a brez medicinskih prednosti

Spremembe v povojni socialno-redukcionistični psihiatriji so se začele s klasično longitudinalno študijo ameriških proučevalcev Stelle Chess in Alexandra Thomasa, ki sta jo začela skupaj s Howardom Birchom leta 1956 v ZDA. Ta je proučevala otroke iz različnih kulturnih in ekonomskih ozadij in klasificirala temperament na podlagi devetih kriterijev (npr. senzorni prag, raven aktivnosti, intenzivnost, ritmičnost, vztrajnost, dovzetnost za motnje ipd.), observacija pa je trajala deset let, na podlagi česar sta Chess in Thomas določila devet značilnosti temperamenta. Ugotavljali so razlike med posamezniki že na ravni dojenčka, in sicer od bolečinskih dražljajev do čustvenih stisk, prilagodljivosti ipd., kar v interakciji z okoljem pridobi svoj pomen. Ta pristop je prim. dr. Mikuš Kos (intervju 2) najprej prevzela namesto psihodinamskega, in sicer zato, ker ni predstavljal medikalizacije:

Razlike med otroki /si/ lahko predstavil v nemedicinskem jeziku. Meni je bilo zelo blizu, ker je depatologiziralo neke pojave: lahko si rekel, res je nemiren, a to je njegov temperament, takšen je, vi se morate prilagoditi.

Starši so bili namreč do otrok, ki niso ustrezali njihovim pričakovanjem ali zahtevam okolja, lahko, kot rečeno, zelo nestrpni, uradna dogma pa je krivila tako rekoč izključno njih za otrokovo obnašanje. Pristop na podlagi temperamenta je legitimiral otroka *in* starša, ne da bi koga posebej krivil ali odreševal. S temperamentom se je potrebno, poljudno rečeno, še vedno »ukvarjati«, koncept pa pojasnjuje, da ga niti starš niti otrok nista neposredno *povzročila*. Osnova teza omenjenih avtorjev, do katere je prišla tudi Mikuš Kos sama, je bila, da »*večina težav izhaja iz nekompatibilnosti med otrokovimi značilnostmi in zahtevami, pričakovanji okolja, da to postane presečišče, vozlišče vsake motnje*« (intervju 2). Nemirnost je bila najboljši primer, saj je to, da je predšolski otrok »kot živo srebro«, imelo »*simpatično konotacijo, ko ga pripelješ v šolo, pa postane motnja; najprej nezaželena lastnost in nato motnja, ki jo je treba odpraviti*«. Koncept temperamenta je bil tudi obče lahko razumljiv (prav tam):

Ti pediatri ... jih je pa zdrava pamet srečala in so posrečeno izbrali izraz temperament – saj ta izraz poznamo že ... stoletja, imam francosko knjigo vzgojiteljice otrok Ludvika XIV in je to že imenovala temperament – pisala je o tem, kako so bili različni. To so naše stare mame vedele, o temperamentu.

Mikuš Kos je začela sama veliko strokovno pisati o temperamentu, ki ji je bil blizu. Toda težava je bila, da zdravstveni sistem temperamenta ni priznaval kot nečesa, zaradi česar bi bil otrok upravičen do medicinske obravnave (intervju 2):

Videla sem ta kontinuum otrok. Nisem imela potrebe po tem, da jim daš diagnozo, če si psihiater, so te pa šolali za to ... Razen tega pa je tu še denar, zdravstveno zavarovanje, sistem, ki terja, da imaš diagnozo, sicer država ne bo plačevala zate psihiatra, če imaš samo temperament ... Ujet si v dvojno past: past teorije in past sistema.

Koncept temperamenta je v nekaterih vidikih podoben sodobnemu konceptu nevrodiverzitete (nevrološke raznolikosti, nevroražličnosti), gibanje za nevrodiverzitetu pa se je razvilo kot civilno gibanje v odpor medikalizaciji in patologizaciji normalne nevrološke oziroma biološke raznolikosti v naravi. Te pomisleke je medikalizacija zajela v koncept spektra motenj. Koncept temperamenta ni mogel biti medikaliziran zato, ker je medikalizacija sprva zajemala odklonska vedenja (odstopanje od vedenjskih norm), medtem ko danes zajema tudi neuspešnost (odstopanje od pričakovanj na področju zahtevane storilnosti).

5.2.4 Minimalna cerebralna disfunkcija in hiperkinetičnost: patologizacija s prednostmi

Prim. dr. Mikuš Kos poroča, da je kasneje prebrala novico o hiperkinetičnosti v časniku Delo (strokovna tuja literatura je bila v tistem času slabo dostopna), kjer je bila objavljena med zanimivostmi. Ko je prebrala novico, je »*takoj ugotovila – to je pa res to*« (Mikuš Kos, intervju 1). Članek je govoril o tem, da so pri hiperaktivnih otrocih odkrili, da njihova različnost ni samo posledica vzgojnih napak, ampak da imajo to otroci »*disfunkcionalne možgane*« (intervju 2). S tem so opozorili so, da je to posameznikova biološka karakteristika – vendar pa obenem takoj prešli v patologijo. Individualna različnost v gibanju, načinu razmišljanja, hitrosti mišljenja, se je Mikuš Kos zdela posebnost in jo je hitro začelo motiti, da so to označevali kot patologijo: »*Nič vmesnega ni bilo, kot zdaj, da bi v okviru nevroznanosti, nevroražličnosti to razlagali ... Včasih je bilo res neznosno nevarno za otroka in okolje, ampak so prenizko to mejo postavili, kdaj gre to v patologijo*« (intervju 2).

Gre torej za razumevanje, da obstaja biološka raznolikost, vendar pri samih ekspertih večinoma nestrinjanje z njeno rekonceptualizacijo v patologijo oz. medikalizacijo – toda alternativa je bila samo moralna opredelitev (otrok je bil slab, len ali pa je bil starš slab). Medicinska klasifikacija je nevrološko drugačnost nemirnih otrok najprej strokovno opredelila s terminom

»minimalna cerebralna disfunkcija« oziroma MCD. Mikuš Kos je pri tem imela pomisleke glede označevanja nenormalnosti: *»Minimalna je čisto v redu, ker je šlo za minimalne odklone, cerebralna tudi, ker se res nekaj v možganih drugače dogaja, vprašljiva pa je beseda disfunkcija – pač gre za drugačnost (intervju 2).*

Kar se je Mikuš Kos (in drugim ekspertom, ki jim je Mikuš Kos predstavila nov koncept in so ga nato uvajali) zdelo pri novi diagnozi pozitivno, je, da so psihiatri s tem razbremenili starše in jih niso več okrivljali za vse otrokove primanjkljaje (intervju 1):

Karkoli se je zgodilo, so bili prej starši krivi, tako pa smo lahko rekli, evo, vaš otrok je hiperaktiven, poglejmo skupaj, kaj se da s takim otrokom narediti, vemo, da je to za vas bolj obremenjujoče, ampak otrok ni kriv ... Vem, da sem včasih celo EEG⁹⁸ uporabljala ..., kar se mi je zdela neke vrste medikalizacija problema. Ampak če so bili kakšni zelo kruti starši, ... sem jim pokazala izvid EEG, ... in sem jim pomahala s tem kot »ultimativnim dokazom«, češ, evo, vidite, celo snemanje možganov! ... Tega se nisem pogosto posluževala, a se mi je zdelo zanimivo.

Materialno dokazilo »črno na belem« (ki je bilo takrat zaradi redkosti »nekaj velikega«), je pomenilo, da ni šlo več samo za strokovnjakovo besedo proti besedi starša, pač pa »nekaj, kar se je videlo«. Krivde pa so s tem razbremenili tudi otroke, ki so bili za svoje težavno in moteče vedenje, kot rečeno, pogosto hudo kaznovani ali s telesnimi kaznimi ali socialno, ter označeni za slabe, lene, nevzgojene. Mikuš Kos meni, da starši niso prepoznali, da ne gre za načrtno vedenje (*»žlehtnoba ali nemarnost«*), pač pa da ima otrok težave pri tem, da *»prevzame elemente socializacije, ki jih ta sodobna družba terja«* (prav tam).

Mikuš Kos poudarja, da ni naključje, da so o nemirnih otrocih začeli govoriti z uvedbo obveznega šolanja in tudi naraščanjem pomena izobraževanja. Otroci, ki biološko niso bili prilagojeni takemu konceptu, so bili *»nekoč pastirji, dekleta so se poročila, ... niso rabili nobene diagnoze«* (prav tam). Pri diagnozi pa je v tem kontekstu šolskih pritiskov videla korist za otroka tako v šolskem kot v domačem okolju. Medicinska diagnoza je pomenila neko objektivizacijo otrokovih težav, s katero se je vedenje nevtraliziralo. Medikalizacije same po sebi Mikuš Kos osebno sicer ni odobraval, vendar se ji je zdela koristna za izboljšanje položaja nemirnega otroka. Če so strokovnjaki, učitelji in starši duševno subnormalne otroke hitro prepoznali, saj so bili objektivni pokazatelji očitni, pa je bilo vedenje nemirnih otrok

⁹⁸ EEG je elektroencefalografija, merjenje možganske električne aktivnosti z elektrodami.

kompleksnejše. Niso »počasi mislili«, so pa v šoli delali veliko napak, pozabljali ali pa so bili zelo dobri na enem področju, na primer pri matematiki, vendar niso bili sposobni dobro brati. Diagnoza je lahko zato izboljšala situacijo številnih otrok, pri katerih so se njihove specifike na določenem področju kazale kot primanjkljaji. V ZDA so po drugi strani izboljšave v šoli za te otroke dosegli šele na intervencijo društev staršev teh otrok v okviru civilno-družbenega gibanja za specifične učne težave. Sčasoma je ta diagnoza postala sprejeta tudi v slovenskem prostoru.

V 1970. letih so se torej začeli paralelno razvijati trije novi tokovi, ki so v našem prostoru prispevali k drugačnemu dojemanju nemirnih, nepozornih in impulzivnih otrok ter počasi spremenili psihodinamsko paradigmo, da so starši, še zlasti matere, »krivi za vse«. Prva je bila omenjena razprava o temperamentu. Drugi tok je izšel iz psihiatrije, in sicer je ta začela identificirati MCD oz. minimalno cerebralno disfunkcijo pri nekaterih otrocih, ki so bili rojeni z nizko porodno težo, nedonošenčki. Obenem pa se je, kot tretje, v ZDA začelo razvijati gibanje specifičnih učnih težav (SUT), za uveljavitev te oznake pa so si prizadevala združenja staršev. Starševska gibanja za SUT so prispevala k uveljavitvi koncepta, da gre za specifične težave, kajti določeni otroci so imeli povprečne, dobre ali odlične kognitivne sposobnosti na enem področju, vendar podpovprečne na drugem. To gibanje si je prizadevalo pojasnjevati, denimo, da otroci niso malomarni, ker slabo pišejo ali imajo v izobraževalnem procesu težave na področju jezika, matematike, torej specifične, izolirane težave, pač pa da gre za neke kognitivne posebnosti (Razvojnja psihologinja, fokusna skupina):

V klinični praksi se spomnim nekega otroka, ki je imel disleksijo, IQ 140, v 6. razredu je pustil šolo, pošiljali so ga na Vegova tekmovanja, hkrati pa slovenščino cvek. In je šel iz šole, on je rekel, da je tako psihično uničen, da se ne vidi iz tega ven. Mene se je ta izkušnja tako globoko dotaknila, da sem si mislila, tukaj se pa res mora nekaj spremeniti, in smo veliko delali v tej kombinaciji: nadarjenost in disleksija, nadarjenost in ADHD ...

Razloge za premike v obravnavi nemirnih otrok v 1970. letih gre iskati tudi splošnem družbenem gibanju k deinstitucionalizaciji⁹⁹ po letu 1968, kajti v tistem času so različne institucije, med njimi šola, »izgubile svojo sakrosanktnost, postale dovzetne za kritiko uporabnikov« (Mikuš Kos, intervju 2).

⁹⁹ Glej tudi poglavje Individualizacija družbenih problemov in depolitizacija odklonskega vedenja.

Šole so nove pristope k obravnavi nemirnih otrok začele uvajati preko svetovalnih delavcev, ki so bili konec 1960. let novost v šolskem sistemu.¹⁰⁰ Ti so se nato o novih pristopih izobraževali na seminarjih ter vsebine kasneje predstavili kolektivu. Upokojena ravnateljica, ki je vrsto let delovala na eni ljubljanskih šol z velikim številom otrok iz deprivilegiranih ozadij oziroma okolij (Ravnateljica, intervju) in ki je pred tem delovala tudi kot šolska svetovalna delavka, je pojasnila, da so učiteljem to predstavili kot nekaj podobnega levoročnosti, torej običajno specifikum otroka (čeprav so tudi levoročnost ponekod v tistem času še vedno poskušali omejiti, na primer s privezovanjem rok). Pri tem so izpostavljali, da gre za normalno različnost pri otrocih, ki jo je zgolj treba drugače obravnavati, na primer tako, da se otroku omogoči več gibanja, predvsem pa so opozarjali, da se tak nemiren otrok ne vede namerno tako z namenom kljubovanja, pač pa da gre za neke naravne specifikum:

Ja ravno začelo se je okrog 1970. leta in smo potem svetovalni delavci, ko smo bili na seminarjih, predstavili, da ti otroci – pravzaprav kot levoročni –, da niso sami krivi, ampak da je to treba upoštevati. Je bilo pa pri starejših učiteljih kar nekaj težav. To je bila ena novost, da otrok ni hudoben, žleht, ampak da ga je treba drugače obravnavati, oziroma da mu je treba dati – takrat še ni bilo tablet – da ga spustiš pet minut po hodniku, da se steče, pa je potem ... Da so ga drugače gledali, ... enostavno, da smo bili bolj pozorni. Imeli smo seminar za celoten kolektiv, potem pa individualni razgovori in predvsem ti pozitivni rezultati, ko so bili, da otrok ni 'proti', da ne nagaja njim, ampak da je pač specifičen.

Po besedah ekspertov (Pedopsihiater, fokusna skupina) sta diagnosticiranje in obravnava potekala v tesnem sodelovanju s šolo oziroma učitelji:

Naslednje, šola, izredno veliko smo delali s šolo, skušali smo učitelje senzibilizirati, kaj so pravzaprav ti otroci, kaj je tisto, kar jih provocira ... to je bilo najbolj naporno za učitelje. Ker so morali pisati, katere provokativne situacije so sprožile kaj v razredu, in na timskih sestankih smo s celim timom in učiteljskim kadrom probali ugotoviti, kaj bi se dalo narediti drugače. Skratka, gre za podporne mehanizme poleg ritalina.

Drugi učenci so na določene olajšave in ugodnosti, ki jih je pridobil nemiren otrok, po besedah ravnateljice sprva gledali z nejevoljo:

In so imeli, zlasti eden, tudi stalnega spremljevalca, določene ure, da je šel lahko ven ... Cela ura odsotnosti – to so /drugi/ otroci težko /sprejeli/ ... on se je sprehajal po vrtu, oni pa v razredu, jasno da je bilo to ... Če je večje število učencev, je to težko: »On sme iti na hodnik, mi pa ne«, a ne. Se mi zdi, da tisto ni bilo najbolj posrečeno, ne vem ... Se jim je pa vseeno dalo dopovedati.

¹⁰⁰ Leta 1968 je v reviji *Sodobna pedagogika* (let. 19, št. 7-8, str. 334–338) objavljen prispevek z naslovom »Predlog za uveljavitev šolskih služb«.

Pri starših so »počasi počasi dosegli, da so določene stvari tolerirali«, kot je povedala ravnateljica, saj je tak otrok zanje bil »težak, naporen« in so ga včasih imeli »poln kufer«, pri čemer pa so nekateri starši obravnavo otroka z medikamenti odklanjali. Pomoč otroku s težavami je bila po besedah ravnateljice individualna in je upoštevala tudi družinski kontekst, prav tako je bilo individualizirano delo s starši. Ravnateljica je izpostavila, da učiteljem pomembnosti drugačne obravnave niso vedno predstavljali le z medicinsko oziroma strokovno argumentacijo, pač pa so se včasih pri učiteljih trudili doseči razumevanje za otrokovo drugačnost tudi na zdravorazumske načine: »*In moram reči, da trikrat v življenju sem se zlagala, pa ne hudo: sem rekla /učitelju/, toliko te ima rad ta otrok, joj, koliko bi bila jaz vesela, če bi mene imel tako .. In da ga je tudi majčkeno drugače potem učitelj gledal. To je čisto nestrokovno, ampak praktično*«. Novosti medicinske stroke o specifikah določenih otrok so šolskim delavcem in staršem utemeljevali z namenom umikanja moralnih interpretacij o namernem slabem vedenju in z namenom zagotovitve čustvene podpore otroku. Sklicevanje na medicinsko argumentacijo je bilo predvsem utemeljitev za drugačno obravnavo otroka pri učiteljih. So pa učitelji na splošno novost kmalu sprejeli (prav tam):

Krasno je bilo sodelovanje, učitelji so pač čutili, da je mogoče pa res fajn drugače, kot so bili oni navajeni. Po pravici povem, eno učiteljico sem imela, starejša, bila je sijajna, ampak ne za s posebnimi potrebami. Ona je bila tako..., čisto sveža, zelena sem prišla /na šolo/, in je bila: 'Kaj boš ti mene učila', v tem smislu. Ampak potem sem rekla, pa vsaj poskusi, daj no, čisto človeško sva se zblížali, potem se je pa zmeraj bolj to videlo ... Pač vsak po svoje.

Individualne razlike med učitelji so obstajale že prej, nekateri so s temi otroci znali shajati, drugi manj. Ravnateljica je izpostavila, da so se obenem na šoli trudili, da bi otroke, ki so v čem izstopali, dodelili oziroma porazdelili v razrede učiteljem, za katere so menili, da bodo z določenimi otrokovimi specifikami znali shajati.

Potem je bil pa tisti /učitelj/, ki je bil recimo bolj za tele s posebnimi potrebami ali pa za družinsko specifiko. To smo pa mi svetovalni delavci v prvem razredu, ko smo /otroke/ razdelili, pač s testiranjem in sodelovanjem z vrtcem ..., in smo točno vedeli: aha, tale bo krasno pri tem učitelju, tega, ki ima bolj posluh za starše pa tudi otroke, jasno, moram pa k temu dati, čeprav zvezki bodo od onega lepši, to bomo pa malo pomagali.

Pri ukvarjanju z otroki, ki so kazali specifična nemirna, nepozorna in impulzivna vedenja, so, podobno kot so poudarjali ostali eksperti, na šoli zato pogosto uporabljali osebne pristope, temelječe na empatiji, saj je bil (na tej šoli, po besedah ravnateljice) na splošno cilj, da se otrok, ki je bil v čem drugačen, počuti sprejetega in razumljenega, ne toliko spodbujanje učne uspešnosti. Ravnateljica je o tem povedala, da je bil cilj pri otroku doseči:

... da ima občutek ljubljenosti oziroma sprejetosti, da je pač to /njegova/ specifična, kot ima en otrok modre oči, drugi rjave ... Zdajle imam enega pred očmi, ki je bil med težavnejšimi, posebniji no, in a veste, sem se vozila z avtobusom in se spomnim, kolikokrat sem mu rekla, ej, pridi k meni, in sem ga dala v naročje, ... in je čisto pri miru sedel pol ure, od centra do Fužin. Sem ga k sebi stisnila, čutil je ljubezen ali kakorkoli, sprejetost ... In vam povem, da nisem bila nič zmečkana, ko mi je tako sedel. Jaz sem ga prijela, rekla, ti se k meni stisni, jaz pa k tebi, in zdaj sva pa eno. In res je bil pri miru, no ... In sem potem rekla, no, zdaj pa ti v razred, jaz pa ..., pa mi pridi med odmorom gor kaj povedat. Tako. Res pa je, da to lahko delaš na nižji stopnji, ga pobožáš in tako, predmetna je bilo pa že malo hujše, če sem hotela pobožati in so kakšni otroci imeli tudi ... težke izkušnje in so se odmaknili, in to je bilo tako, kot bi mene nekdo po roki udaril – pa jih nisem nikoli dobila.

Mikuš Kos (Ravnateljica, intervju) je v tem pogovoru dodala, da je sama učiteljica na seminarjih, kjer so sicer predstavljali biološke vidike nemirnosti, večkrat svetovala, da »*ko gredo mimo takšnega otroka, naj se ga dotaknejo, da otrok čuti dotik, da mu to pogosto lahko pomaga*«. Šolski pristopi pa so bili včasih tudi neortodoksni v smislu tudi olajšav pri ocenjevanju, ker je ocena imela sekundarno vlogo, za poudarjanjem pomena socialne sprejetosti in doživljanja otroka:

/Otrok je bil v 4. razredu/, zelo velike težave so bile doma, pač otrok ni bil tako sprejet kot njegov bratec, pač je bil poseben, vse je bilo rdeče, sem rekla: kaj pa če bi vidva to /z učiteljico/ na skrivaj popravila, ker pred razredom moraš le pokazati? In je on, no, to je bil čudež, in je on popravil, ... dobil je prvo štirico v življenju, ampak saj mi ne boste verjeli, ampak potem pod štiri ocene ni nikoli dobil več. Kaj se je to premaknilo? Bila je sijajna učiteljica, zdaj sva prijateljici, je čutil eno toplino, ki je doma ni dobil – včasih ljubezen dela čudeže. Otrok je čutil, da je ljubljen, sprejet, ne pa vedno nekaj v kotu samo. Saj tudi s starši no..., pač vsakega posebej v družini. Družinske situacije so takšne in drugačne. Ampak učitelj je tisti, toplina in tako, da je lepo – to je tista dota za življenje.

Takrat ocene še niso imele take vloge, kot jo imajo zdaj, se spomnim učencev, ko so šli tudi z dvojko, pač v družini je bil problem, pa bolezen je bila, pa so šli tudi z dvojko in jih tudi na TV vidim in so dosegli brez truda ... so končali fakulteto. Ampak to je bil test, uspeh in tako dalje, trenutno. Zdaj ti ena štirica lahko zapre pot na tisto izbrano. Ocene ... no, lahko so zelo vprašljive. Tudi vsi učitelji mogoče niso »glah« izbrani za ta poklic.

Mikuš Kos (Ravnateljica, intervju) je v pogovoru ob ravnateljčini gornji misli dodala repliko:

O tem psihiatri pravzaprav zelo malo vemo, ker taki ne pridejo ali pa nehajo hoditi, ne pride niti v rezultate, in ta »ljubezen, ki dela čudeže«, to je tudi tisto aktiviranje resursov, kot pravim, »sharing and shifting« /deljenje in premikanje, op.p./ Zakaj bi pa psihiater delal s tem otrokom. Saj ne gre za vse – z enim deluje eno, z drugim deluje drugo, ampak da se to poskuša udejaniti: kaj lahko otroku pomaga v normalnem življenjskem okolju? In to je šola.

Kot skupine otrok, ki jih je šola tedaj razumela kot najbolj obremenjujoče ali pa moteče, težavne za šolo, na kateri se je tedaj šolal velik delež otrok iz deprivilegiranih okolij, je ravnateljica

opredelila otoke, ki so imeli socialne probleme, na nižji stopnji pa hiperaktivne otroke. S prvimi se je šola ukvarjala tako, da jih je vključevala v različne obšolske dejavnosti, s katerimi je skušala minimalizirati vplive okolja, ter s preprečevanjem prenosa političnih tem v šolsko okolje, za druge pa je imela že prej orisane načrte posebne obravnave in olajšav, pripravljene skupaj s Centri za socialno delo:

V Šentvidu ni bilo tako izstopajočih, na Fužinah so bili pač ti socialni problemi pred hiperaktivnimi. Na nižji stopnji bi pa kar rekla, ti hiperaktivni, ki smo jih par imeli, za njih so bili sestanki enkrat na teden, da je bil točno načrt narejen, to je imel Center za socialno delo, točno po kateri poti ..., prvi do tretji razred, nižja stopnja. Na predmetni je pa to kar izzvenelo, ker je bilo blokovsko naselje. Da smo tudi iztrgali temu vplivu okolja, smo imeli ogromno enih športnih, ... smo dali po ugodni ceni ali zastonj telovadnico, oni so pa štiri, pet ali šest učencev zastonj vključili, ki niso mogli plačevati ... Fužine so bile takrat ... to so bili mešani zakoni, sosedje ... Vedno sem rekla staršem in učencem: do vhodnih vrat lahko politika, notri nima vstopa, otrokom pa: bodite bolj pametni, kot smo odrasli. Čez našo šolo nihče ne reče od bivših učencev ...

Eksperti (pedopsihiatri, nevrologi, psihologi, specialni pedagogi, učitelji) so v našem prostoru biološki model obravnave nemirnih otrok oziroma koncept hiperkinetične motnje torej uvedli kot protiutež pred tem pretežno psihodinamskim razlagam, po katerih so bili glavni krivci za otrokovo vedenje starši. S patologizacijo se niso nujno strinjali, so pa ta pristop videli kot koristnega za otroka. Preko različnih seminarjev in izobraževanj šolskih svetovalnih delavcev je ta koncept prišel v šole, ki so ga vsaj nekatere sprejele z namenom omogočanja nedisciplinske obravnave otrok, ki so v nekaterih značilnostih izrazito odstopali. Šola se je kljub medicinskemu modelu ukvarjala z otrokom na individualizirane načine, upoštevajoč njegovo socialno okolje, in pogosto z vzgojnimi, ne medicinskimi ali ožje pedagoškimi prijemi.

5.2.5 Praktičnost medikamentozne rešitve, alternative

Medikalizacija je bila po mnenju ekspertov predvsem praktična rešitev, saj je medikamentozna obravnava določenega vedenja ali stanja cenejša in preprostejša (v porastu pa so nevrotehnološke rešitve, ki bodo sčasoma verjetno zamenjale farmacevtke pripravke). V vsej Sloveniji je denimo le dvajset zdravnikov pedopsihiatrov oziroma specialistov za otroško in mladinsko psihiatrijo. Okrog 10.000 otrok do 19. leta na leto obiše svojega zdravnika zaradi težave v duševnem zdravju, okrog 6.500 pa psihiatra, pri čemer nekateri strokovnjaki ocenjujejo, da gre za le dva odstotka vseh mladih, ki bi po njihovih opredelitvah pomoč potrebovali (Zupanič, 2016). Medikamentozno zdravljenje je v korelaciji z družbenim

statusom, saj v različnih študijah prevladuje pri depriviligiranih družbenih skupinah: »Če vzameš žalostnega, depresivnega človeka, je enostavneje in ceneje mu dati medikament, kot se z njim pogovarjati, ker za to rabiš čas, strokovnjakov čas pa je denar« (Mikuš Kos, intervju 1).

Alternativne, nemedikamentozne ali psihosocialne obravnave otrok, ki imajo izrazite specifike, so v določenem družbenem kontekstu lahko skoraj nemogoče. Eksperti so kot historični primer izpostavili mladinski tabor Rakitna, ki je leta 1975 potekal v okviru slovenskih gibanj za dezinstitutionalizacijo (Flaker, 2012), in kjer je 34 nemirnih in problematičnih otrok in mladostnikov, od katerih so številni izhajali iz težkih socialnih razmer, bivalo z desetimi prostovoljci (ki so iz gibanj leta 1968 izšli z naprednimi idejami), tabor pa je imel tudi institucionalno podporo. Pri koloniji je šlo za vprašanje, ali je tem otrokom, ki so svoje težave izražali s skrajnim vedenjem, mogoče pomagati samo po biološki, kemični poti, ali se jim da pomagati tudi po kaki drugi. Rezultat je bil, da se jim *da* pomagati tudi po drugi poti, vendar je bila cena za to visoka:

Mogoče gremo nazaj na osnovno vprašanje, ki se je skristaliziralo, ki je, ali je samo ritalin tisti, ki je ... ali je možno po drugi poti nekaj doseči. In moj čisto pošten odgovor je, po drugi poti v normalnih življenjskih okoliščinah ni možno, ker je potrebno toliko investicij, energij, da bi to tako dramatično spremenil, kot se je to tam zgodilo ... To preprosto ne gre. To je moj vtis, tu in danes. (Mikuš Kos, fokusna skupina)

Jaz pa mislim, da bi skoro šlo, če bi družbeni razvoj dejansko šel v smeri, v katero smo govorili, da hočemo iti ... (Psiholog, fokusna skupina)

Mi pa govorimo o današnji stvarnosti. (Mikuš Kos, fokusna skupina)

Toliko primerov sem dala skozi, včasih so se ljudje maksimalno trudili, a če je res bila ta podlaga, včasih si vložil ne vem koliko energije celotne družine, potem pa si kar naenkrat z medikacijo vzpostavil situacijo, v kateri so bila vsa prizadevanja in trud uspešen. En otrok, ni bil biser, je za ritalin rekel: To je ključek, ki odpira moje možgančke. (Razvojna psihologinja, fokusna skupina)

Vsi eksperti, ne glede na različno formacijo (psihijatrija, nevrologija, psihologija, specialna pedagogika, pedagogika ...), so se strinjali, da obstaja segment otrok s prepoznavnimi individualnimi specifikami oz. lastnostmi, ki jih stroke opredeljujejo kot hiperkinetičnost (različne kombinacije izrazite hiperaktivnosti, nepozornosti in impulzivnosti) in ki so v določenih družbenih kontekstih problematične (šola) ter pogosto tudi naporene za okolje v običajnem življenju. Te lastnosti obstajajo na spektru (ne gre za ali-ali), diagnostiko pa so eksperti za 1970. in 1980. leta opisali kot rigorozno in timsko. Odstopanja so morala biti znantna. Medikamentozno zdravljenje razumejo kot podporno, ne primarno, predvsem je bilo

namenjeno temu, da otrok zaradi neuspehov v šoli ali negativnih odzivov socialnega okolja ne bi doživel dodatnih pritiskov in razvil sekundarnih težav.

Vloga farmacevtske industrije, ki so jo tuji analitiki medikalizacije izpostavili kot ključno vzpodbujevalko procesa (financiranje raziskav za nove bolezni oziroma motnje ter farmaceutike, oglaševanje ipd.), je bila po mnenju ekspertov v lokalnem slovenskem okolju pri uvajanju koncepta hiperkinetične motnje in medikamentozne obravnave nemirnih, nepozornih in impulzivnih otrok vsaj v začetkih povsem neobstoječa, razen v smislu, da je diagnosticiranje z ADHD spodbujala in razširjala farmacevtska industrija globalno (Conrad, 2006, str. xv), od koder se je motnja potem preselila k nam. Pri nas je za uvedbo medikamentozne obravnave nemirnih otrok obstajala drugačna motivacija. Obenem za slovenski prostor s strani velikih koncernov takrat niti ni bilo posebnega zanimanja (Nevrolog-pediater, intervju):

Šlo /je/ za temeljno raziskavo psihofizioloških parametrov pri uporabi ritalina. Govorim o 1970. letih. Takrat je bil farmacevtski koncern CIBA-Geigy ... smo želeli en fond za raziskave dobiti, ... bi mi oglaševali ene teme in da ne bi bilo direktne povezave, ampak bi se reklo, ja, to je podprto od skupnega fonda teh firm, pa ni bilo velikega razumevanja ...

Iz dosedanjega prikaza je razvidno, da je bila medikalizacija s hiperkinetično motnjo pri nas uvedena kot protiutež redukcionističnim povojnim psihodinamskim teorijam, ki so se v našem prostoru zadržale dlje kot drugod. Te so za otrokovo neprimerno vedenje v šoli krivile starše, starši pa posledično otroka. Pri tem so se eksperti v izhodišču sami spraševali, ali je to dobro ali škodljivo, da otroke diagnosticirajo z novo motnjo, toda presodili, da v obstoječem družbenem kontekstu za otroka prinaša koristi (Mikuš Kos, Žerdin in Stojin, 1990, str. 20). Zaradi institucionalnih zahtev medicinske profesije, ki zgolj za nevrolško ali biološko raznolikost ni mogla zagotoviti podpore, pač pa je zahtevala odklon v patološko, so specifikne nemirnih otrok iz izključno psihološke perspektive in pojasnil takoj prešle v medicinsko-patološke. Domača medicinska stroka, ki je motnjo uvedla, sicer nikoli ni zanikala soigre družbenih, psiholoških in bioloških dejavnikov, oziroma je želela na biološke dejavnike v kombinaciji z družbenimi pogoji opozoriti ravno zaradi psihološkega redukcionizma, vendar je zaradi narave medicinske stroke, ki zdravi *bolezen* oziroma motnjo, in njenega kasnejšega institucionalnega primata pri opredeljevanju te motnje, to samodejno pomenilo, da so ostali sistemi – šola z učitelji in svetovalnimi delavci, specialnimi pedagogi in psihologi ter starši in družbeni sistem – nujno postali zgolj *podpornega* pomena. Diagnozo so eksperti razumeli kot pragmatično in tudi človeško rešitev, in iz prikaza je očitno, da je za številne otroke in starše,

predvsem zaradi tedanjih družbenih razmer in pogledov na pričakovano vedenje, dejansko bila. Čim pa je bila uvedena, je odprla vrata za širjenje diagnostičnih opredelitev in nadaljnjo medikalizacijo.

5.2.5.1 *Diagnostični boj med strokami*

Eksperti so izpostavili, da je to, katera stroka lahko diagnosticira in obravnava določene otroke in opredeljuje njihove motnje pogosto tudi posledica boja za moč med samimi strokami. Potrebnost stroke na določenem področju prinaša ekonomski in statusni dvig, in pričakovati je, da se bodo discipline oziroma stroke med seboj borile za področja, kjer je prevalenca motnje visoka, tretmaji pa za določeno stroko niso časovno, finančno ali izvedbeno zahtevni (npr. medikamentozno zdravljenje). Psihatrija je v povojnem obdobju recimo »mislila, da ne rabi nevrologije, ločila se je od biologije na eni strani, in na drugi socialnega konteksta, in je zaživela kot nekaj samostojnega« (Mikuš Kos, intervju 2). Nevrolog-pediater (intervju) je pojasnil, kako je tedaj psihatrija prevzela diagnostično moč nad nevrologijo:

Takrat je razpadla nevropsihiatrija ... na psihatrijo in nevrologijo, stroki sta bili ločeni že prej, ampak specializacija je bila vendarle skupna in usmerjena ... Razloga čisto zares, ali pa mehanizmov teh igrice .../z/ nasršenimi psihiatrji, ki tudi niso imeli izkušenj, imeli so pa voljo do moči – fajn se jim je zdelo, ker so podpisovali nevrologom recepte ... (Smeh) Potem smo že na nivoju igrice stroke. Danes se lahko smejemo.

Vprašanje: *Zakaj pravite temu igrice?*

Ker so se ponavljale kot nek psihološki model odnosov med strokama. Mislim, da je zadaj volja do moči ali nadvladovanja.

Velik tekmeč farmacevtske industrije postaja nevroznanost, kar pomeni, da lahko v prihodnosti namesto medikamentov pričakujemo druge tehnologije. Čeprav si je medicina v procesu medikalizacije prizadevala dokazovati znanstveno objektivnost, pa so se različne medicinske tehnike, prakse in tehnologije uporabljale različno glede na socialno-ekonomsko ozadje posameznika, npr. otroci iz depriviligiranih družin, ki so bili diagnosticirani z razvojno motnjo, so bili pogosteje zdravljeni samo medikamentozno, medtem ko so otroci z boljšim socialno-ekonomskim ozadjem prejeli tudi druge oblike pomoči. Tudi za vse nove tehnologije in izboljšave gre pričakovati segregacijo in elitizem, torej da bodo torej na voljo le elitnemu sloju, ki bo imel na voljo informacije, tehnološke pripomočke ipd.

Nevroznanost dokazuje, da gre za neke biološke razlike, vendar gre ob tem v skrajnosti, saj domala vsako vedenje povezuje z neko nevrološko osnovo. Zato so se po mnenju Mikuš Kos (intervju 2) pojavile teorije in koncepti, kot je nevrorazličnost (nevrodiverziteta), ki izpostavljajo preprosto različnost, in se upirajo temu, da bi se ta stanja patologizirala:

Moramo vedeti, da to, o čemer govorimo, so dogajanja bogatega sveta, manjšega dela. V 1970. letih je neka velika afriška država imela samo enega psihiatra, pa še tistega so psihoanalitično šolali. Si lahko predstavljate, da država, ki ima 20 ali 30 milijonov prebivalcev, ki ima enega psihiatra, in da bo ta poskrbel za javnozdravstveni pristop, ga šolajo psihoanalitično, da bo v svojem življenju zdravil 30 ljudi – če bo dobil »žrtve«.

Novejši predlogi, tudi diagnostični, različne motnje zato zastavljajo na kontinuumu normalnosti, ki se premika proti večji odklonskosti posameznega pojava in jih ne združuje več v »zelo imaginarne konstrukte diagnoz« (Mikuš Kos, intervju 1). Toda obenem je potrebno opozoriti, da opredelitev bolezni in motenj na kontinuumu v okviru medicinskega modela nujno pomeni širitev obsega medikalizacije – kot sem skušala prikazati v prejšnjih poglavjih o razvoju in širjenju diagnostičnih meril pri ADHD in njenih predhodnih diagnostičnih različicah, ki so sčasoma zajemale vse večji obseg vedenj (najprej predvsem skrajno nemirnost in impulzivnost, nato tudi nepozornost, ter pozneje tudi njihove blažje oblike), hkrati znižale starost prvega pojava simptomov in obenem odprle možnost diagnosticiranja v odraslosti. Diagnoza, opredeljena na spektru simptomov vedenja, namreč samodejno zajame večji razpon populacije v medicinski model, ne glede na to, kakšna je medicinska obravnava teh vedenj na obeh skrajnostih spektra.

5.2.6 Biografizacija: lastne izkušnje

Sklepna ugotovitev razprave ekspertov (fokusna skupina) je bila, da je že med prisotnimi »malokdo normalen« po diagnostičnih merilih medicinske in psihiatrične stroke, prav tako pa da veliko njihovega ožjega okolja pade v diagnostične okvire. Domala vsakdo je lahko danes, po njihovem, označen z določeno motnjo. Če je večina ugotovitev fokusne skupine bila pričakovana ter je praktično potrjevala in osvetljevala teze in predpostavke iz teoretičnega dela o premeščanju odgovornosti, omogočanju bolezenske vloge z diagnozo, širjenjem diagnostičnih kriterijev, spreminjanju bolezenske vloge ipd., pa se je v fokusni skupini med eksperti zaradi empatičnega vzdušja spontano pojavila tema avtobiografizacije tematike. Svojo

profesionalno držo oz. »credo« so začeli povezovati z osebnimi izkušnjami (iz otroštva, odraščanja, mladosti), in na koncu fokusne skupine ugotovili, da so vrsto let profesionalno sodelovali, nekateri intenzivno, vendar za številne osebne podrobnosti drug o drugem niso vedeli. Biografizacija je pokazala, da so ti osebni vidiki pomembno vplivali na njihovo profesionalno formacijo, ter da so znotraj strukturnih okvirjev stroke skušali delovati po svojih človeških, osebnih prepričanjih. Stroko so torej skušali prilagoditi sebi, in ne nasprotno, da bi dogme stroke predeterminirale, oblikovale njihovo percepcijo in držo. Stroko razumejo kot nek okvir, skozi katerega lahko izražajo in uresničujejo tisto, kar se jim zdi *prav*, koristno, dobro, pragmatično ali empatično. Ta okvir pa je pogosto treba prilagoditi. Kot je bilo to pri Mikuš Kos z uvedbo MCD in nato hiperkinetične motnje, ki biološkim dejavnikom ni dajala prednosti, pač pa je zgolj želela nevtralizirati oziroma uravnovežiti konkretne posledice psihodinamske teorije vsakdanjem življenju, pri čemer je lahko delovala v okvirih in znotraj znanstvenih zahtev svoje stroke (koncept temperamenta otrokom v okviru medicinskega sistema ni omogočal pravice do posebne obravnave, motnja pa). Ob tem se je izkazalo, da je večina ekspertov osebno motivirana za ukvarjanje s hiperkinetičnimi otroki in drugimi otroki z različnimi težavami:

Oče moj je imel neke aspergerjevske finte ... Moj oče je bil hiperaktiven, sem ugotovila, ampak ko je umrl – takrat se je meni posvetilo, da je bil hiperaktiven, po smrti. Vedno je hodil po stanovanju gor in dol, take čudne je imel, gor in dol, in še štiri kilometre vsak dan skoraj do 90. leta ... sploh ga nismo imeli za hiperaktivnega ... to so se nam zdele pač njegove fore (Razvojna psihologinja, fokusna skupina).

Jaz sem ... sem pa tipičen MCD, po starem, to je ADHD, to je zelo pomembno, že od otroka sem bil težaven ... nisem znal prebrati – to je tipično. Imel sem težave v šoli, iz gimnazije so me vrgli, tisto leto sem ... imel največ točk, 180 – so me pa ven vrgli iz šole, češ da plansko motim pouk. Potem sem šel na fakulteto ... spet nekaj posebnega ... Po starem sem nevropsihiater ... Potem sem šel v službo – pa spet težaven ... Jaz čutim, da se pomirim po gibanju, zato sem športnik, atletiko, vaterpolo ... pa tekmujem. Ampak to mene pomiri, da moram biti zdaj tiho pol ure ... (Nevrolog 'MCD', fokusna skupina).

Psiholog-psihoterapevt in pedopsihiater-nevrolog, ki sta sodelovala na fokusni skupini, sta na primer izpričala zelo sorodno držo, s poudarjanjem čustev in osebnega odnosa.

Jaz pa sedem na tla, pokleknem na tla in razširim roke, če je otrok majhen. Kar pomeni, da je ta čustveni odnos popolnoma drugačen ... Meni še vedno stopijo solze v oči, ko se spomnim, ko me je oče premlatil ko psa, ker sem zamudil deset minut na nedeljsko kosilo, ker sem šel nabirat rože na travnik ... In sem prinesel rože mami domov, in me je natolkel, da sem kri scal. Ta vzgoja mi je dala širši uvid, da ta način ni, in da čustveni je pravi ... (Pedopsihiater, fokusna skupina)

... pač povojni čas je bil ... grozljiv ... Tako da sem zelo razumel ta dosleden vzgojni pritisk družine, in sem čutil, da to ni nekaj dobrega. Beseda odnos je bila /v stroki v času komunizma/ tako pregnana, kot na primer kakšna religiozna beseda. V celi vrsti člankov, sta bili podčrtani

z rdečo besedi čustva in odnosi. Izgledalo je, da bom moral službo tam zapustiti... (Psiholog, fokusna skupina)

Eksperti so zato ugotavljali, da je vedno razkorak med tem, kar v stroki rečeš, in kar v praksi počneš (Mikuš Kos, intervju po fokusni skupini):

Včasih smo morali samo citirati druge avtorje in smo morali prikazati, kot da smo delali točno po neki teoriji, v bistvu pa smo vsi delali malo po svoje, vsak po svoje, a nisi smel povedati, si se moral premočrtno, kot pijanec plota, držati teorije in pravil teorije, in vse, kar si v javnosti predstavljal, ... to je vseeno drug nivo, so bili ljudje bolj iskreni, ni ustrezalo realiteti tvoje prakse in tvojega početja. Tu imaš razne razkorake.

Kaj to pomeni? Veljalo bi, med drugim, opraviti več tematskih etnografskih raziskav, fokusiranih na tovrstne individualne »inovacije« zunaj uradnih tokov stroke, kjer se že transformirajo in jim prilagajajo. V razmerju med znanostjo in družbo gre za »asimetričen odnos«, kot se je izrazila Mikuš Kos (intervju 2); epistemološke in dogmatske premene v znanosti so bolj posledica družbenih vplivov, kot pa obratno, da bi znanost lahko bistveno preoblikovala družbo.

Strokovna pomoč je draga in lahko pomaga le majhnemu številu ljudi, zato novejša pobude (Mikuš Kos, v Ravnateljica, intervju) govorijo o prestrukturiranju pomoči in predlagajo koncept »sharing and shifting« (deljenje in premeščanje; gl. tudi Mikuš Kos, 2017). Ta temelji na ideji aktiviranja virov oz. virov v normalnem človekovem okolju. Strokovnjaki naj bi ostali le za najtežje motnje, npr. shizofrenijo. Osnova za prestrukturiranje pomoči je lahko aktiviranje virov pomoči v okolju, širši družbi – od prostovoljcev, učiteljev, psihosocialnih pomočnikov ipd. Gre za vključevanje širših ekosistemskih pristopov. Ti so se najprej začeli uporabljati pri beguncih, kjer so se psihoterapevtski programi in pristopi izkazali za nesmiselne. Zdaj je vodilo, da je treba osnovna okolja, v katerih otrok živi – begunski center, šola – ustvarjati čim bolj varna, sprejemajoča, da zagotoviš varnost v sistemu: »Te inovacije se začenjajo uveljavljati pri najbolj marginaliziranih, največjih revežih. Imam občutek, da to bo prodrlo, vidim neko konstruktivo« (Mikuš Kos, intervju 1).

5.3 Obravnava otrok s hiperkinetično motnjo v šoli

Hiperkinetična motnja oziroma ADHD je bila v zadnjih desetletjih deležna številnih kritik (npr. Conrad in Schneider, 1980; Timimi, 2002; Conrad, 2006), predvsem na račun tega, da nemirno

in nepozorno vedenje pri otrocih postane problematično šele v specifičnem okolju – v šoli. Brez jasne biološke vzročno-posledične zveze, zgolj z ugotavljanjem povezav o nevrološki patologiji, je ključni diagnostični kriterij otrokovo vedenje, še posebej v šoli (Conrad, 2007, str. 51). DSM-5 eksplicitno navaja, da za motnjo ne obstajajo jasni biološki označevalci, enako ugotavlja konsenzualno poročilo delovne skupine Svetovne federacije društev biološke psihiatrije (WFSB) in Svetovne federacije za ADHD (Thome in drugi, 2012). Otroci so zato diagnosticirani na podlagi vedenjskih simptomov – nepozornosti, pretirane aktivnosti, impulzivnosti; so raztreseni, impulzivni, pozabljajo, ne dokončajo nalog, z nemirom motijo druge, motnja pa se navadno diagnosticira z vstopom v šolo. Tudi ob vseh spremembah nozologije, je to, kar je pri diagnosticiranju nemirnosti (na kateri je bil v preteklosti pri simptomatiki večji poudarek kot na nepozornosti) skozi desetletja ostalo razmeroma konsistentno, simptomi (Mayes in drugi, 2009, str. 3-6). Fukuyama (2002, str. 46) je hiperkinetično motnjo opredelil kot patologijo, ki jo prepoznavajo le po simptomih. Navedene vedenjske značilnosti so namreč pogoste in ne edinstvene za ADHD.

Številni avtorji (npr. Mayes in drugi, 2009, str. 4-5) kot enega ključnih razlogov, zakaj je ADHD ostal bolj kontroverzen kot ostale otroške psihiatrične diagnoze, zato navajajo »prevladujoči izobraževalni vidik motnje«. Večina diagnoz izhaja iz opazovanj otrokovega učitelja, za postavitev diagnoze pa so potrebna poročila učiteljev. Učitelji so tako primarni vir diagnostičnih informacij. Le manjšina otrok kaže simptome med obiskom zdravnika (kot je to pri drugih duševnih motnjah) in prav tako ni zanesljivega nevrološkega, biološkega, radiološkega ali podobnega testa, ki bi potrjeval diagnozo. Ostanejo torej konfliktna interpretacije, kaj je normalno otroštvo in kaj je normalno vedenje, od katerega mora otrok za diagnozo ADHD – predvsem v šoli – znatno odstopati.

O problematiki diagnosticiranja otrok z motnjo zaradi odstopajočega pretirano aktivnega ali nemirnega vedenja v šoli so bila v preteklih desetletjih napisana številna kritična dela, namenjena tudi (ali predvsem) laični javnosti, pri katerih so že sami naslovi zgovorni: *Mit hiperaktivnega otroka in drugi načini nadzorovanja otrok* iz leta 1975 (The Myth of the Hyperactive Child & Other Means of Child Control; Peter Schrag in Diane Divoky), *Kako vzgojiti zdravega otroka ... kljub zdravniku* iz leta 1987 (How to Raise a Healthy Child... In Spite of Your Doctor; Robert S. Mendelsohn), *Mit o otroku z ADD* iz leta 1995 (The Myth of the A.D.D. Child; Thomas Armstrong, ki je sicer zagovornik gibanja o nevrodiverziteti oziroma nevrorazličnosti), *Najbolj divji žrebci postanejo najboljši konji: kaj storiti, ko vašega otroka v*

šoli označijo za problematičnega iz leta 2007 (The Wildest Colts Make the Best Horses: What to do When Your Child is Labeled 'a Problem' in School; John Breeding).¹⁰¹ Ti priročniki naj bi bili staršem, katerih otroke je šola v preteklosti zaradi specifičnega vedenja označila za problematične, v pomoč v »boju« zoper medicinski model.

Toda v sodobnosti diagnosticiranje otrok z ADHD in nekaterimi drugimi motnjami torej vztrajno narašča v globalnem merilu, in danes so v primeru določenih diagnoz, pri katerih še zlasti izstopajo ADHD, specifične učne težave in motnje avtističnega spektra,¹⁰² predvsem starši tisti, ki pritiskajo (na šolo in zdravstvene delavce) k diagnosticiranju otroka z namenom zagotovitve določenih olajšav otroku, in ni več toliko šola tista, ki bi problematizirala vedenje otroka staršem, čeprav mora ta vedenje za diagnozo potrditi (kot sem navedla v poglavju o diagnostičnih merilih, se mora problematično vedenje pojaviti v vsaj dveh okoljih, domače torej ne zadošča). ADHD pri otrocih se torej najpogosteje diagnosticira v šoli, diagnostični kriteriji pa opredeljujejo nezmožnost otroka, da bi sledil določenim specifičnim zahtevam sodobne šole.

Šola kot institucija je z obveznim šolanjem in izločitvijo celotnega segmenta populacije od odraslih (institucionalizacijo) zgodovinsko obenem odigrala temeljno vlogo pri opredeljevanju sodobnega koncepta protektivnega otroštva kot polja ločenosti in zaščite, otrok pa je postal fokus in predmet proučevanja s šolo povezanih sistemov vednosti, kot sta pedagogika, psihologija in tudi medicina (psihijatrija). Zato velja vlogo medikalizacije v šoli, v našem primeru z ADHD, podrobneje analizirati. Pri tem nas še posebej zanimajo vloga destigmatizacije določenih motenj v šoli, spremembe smeri pritiskov k diagnosticiranju otroka (kaj pridobijo z diagnozo starši po eni strani in šola po drugi, ter kako otroka z diagnozo obravnava šola). Tu želim pojasniti, kakšno vlogo proces medikalizacije odigrava v kontekstu sodobne šole in zakaj. Pri tem se bom usmerila predvsem na slovenski prostor.

5.3.1 Kontekst sodobne šole, vključevanje staršev v izobraževanje otrok kot dejavnik družbene diferenciacije

Izobraževalni sistem je poleg družinskega in pristočasnega eden treh institucionalnih sistemov, ki usmerjajo in urejajo odraščanje v sodobnih evropskih družbah (Ule, 2015b, 31). Kljub

¹⁰¹ Ker navedena dela navajam le ilustrativno, se ne nahajajo v seznamu literature (op. p.).

¹⁰² Podatke o prevalenci in vire navajam v nadaljevanju.

spremembam v strukturi in poteku mladosti, ki so se pojavile v zadnjih desetletjih, pa sta otroštvo in mladost pretežno obdobji izobraževanja, zato jedrni problemi in pritiski izvirajo iz te dejavnosti. Obenem izobraževanje igra ključno vlogo pri družbeni integraciji posameznikov v družbo, čeprav obenem izobraževanje samo po sebi posamezniku ne zagotavlja pomembnih življenjskih priložnosti. Otroci in mladi morajo danes sprejemati daljnosežne odločitve zgodaj v svojem življenju. (Ule, 2015b) pri tem opozarja, da sodobne evropske družbe od otrok in mladih zahtevajo zgodnje duševno in vedenjsko prilagajanje, obenem pa nudijo za to prilagajanje nasprotujoče si razmere. Zahteva po zgodnjem odločanju in izbiranju, ki vključuje odgovornost za oboje, je na primer v ostrem nasprotju s podaljševanjem izobraževanja, ki ga spremlja podaljševanje ekonomske odvisnosti in odvisnosti od primarne družine (Ule in Kuhar, 2008, v Ule, 2015a, str. 11), kar je pojav, ki ga raziskovalci, z nekaj pomembnimi regionalnimi razlikami, opažajo po vsej Evropi (Chisholm in drugi, 1995, Walther in drugi, 2006, v Ule, 2015a, str. 11). Negotovosti in tveganja v sodobnih družbah, v kombinaciji s premeščanjem odgovornosti za življenjski prehod in potek na posameznika ter posledično destandardizacijo in individualizacijo življenjskih potekov, ne pomenijo velikega bremena le za otroke in mlade, pač pa tudi za njihove bližnje, predvsem starše. Obenem se te zahteve razlikujejo od zahtev, s kakršnimi so se v preteklosti soočali njihovi starši. V dobi fordizma kot specifični stopnji kapitalističnega ekonomskega razvoja v 20. stoletju in tipičnem povojnem načinu ekonomske rasti ter z njo povezanim političnim in družbenim redom, je bilo delo hierarhično vnaprej strukturirano, vendar zanesljivo v smislu razmerja med stopnjo izobrazbe in delovnim mestom. V sodobni družbi znanja, po drugi strani, pomanjkanje »ustreznih veščin« in znanj napoveduje družbeno izključevanje v prihodnosti. Kajti posamezniki, ki se ne skladajo s prevladujočim družbenim pogledom, ki za ekonomski razvoj zahteva povečevanje »človeškega kapitala«, so družbeno izključeni (Walther, Parreira do Amaral, Cuconato in Dale, 2016b, str. 3).

Kot pojasnjujejo Walther in drugi (2016b, str. 1-4), naraščajoča evropeizacija¹⁰³ izobraževanja obenem poteka v kontekstu neoliberalne kapitalistične ekonomije in njenih ideologij, ki je prežela celotno politiko Evropske unije pod idejo »enotnega trga«, ki ga je leta 1992 določila Maastrichtska pogodba. To je tudi v evropskem izobraževalnem sistemu v zadnjem obdobju povzročilo številne spremembe. Ta si je z lizbonsko deklaracijo, ki je bila nato posodobljena v

¹⁰³ Evropeizacijo izobraževanja vodijo različne nadsocijalne institucije, kot so Evropska unija in Organizacija za ekonomsko sodelovanje in razvoj, implementirana pa je s pomočjo različnih primerjalnih ocenjevalnih sistemov, kot je PISA, mednarodni program primerjave dosežkov učencev in učenek (Walther in drugi, 2016b, str. 1-2).

strategiji Evropa 2020, zastavil cilj postati najbolj konkurenčna in dinamična ekonomija znanja na svetu, pri čemer naj bi bilo glavno orodje v globalni konkurenčnosti in ekonomski rasti prav izobraževanje. Preverjanje, nadzorovanje in reguliranje teh ciljev poteka prek nenehnih primerjalnih analiz napredka, učinkovitosti, odgovornosti, nadzora kakovosti in enotnih meril nadnacionalnih dosežkov, upravljalci izobraževalnih institucij pa so tako spodbujani kot pod pritiskom nenehno poviševati nacionalne standarde. Ti trendi so obenem pospešili tržni model izobraževalnega procesa, upravljanje izobraževanja skozi različna javno-zasebna partnerstva, agencije, zveze in trg. Ta nova elita procese vodi na »prikrit način in izključuje politiko« (Lawn, 2013, str. 20, v Walther in drugi, 2016b, str. 2):

Uspeva med novo elito tehnokratov, profesionalcev in akademikov. Ti se srečujejo v okviru združenj, prek projektov ali mrež. Rešujejo probleme, probleme vladanja Evropi, z zbiranjem, razvrščanjem in analizo podatkov pa ustvarjajo paralelen sistem standardov ali zbirajo vednost o problemih in razvoju.

Obenem pa sredstva, namenjena izobraževanju, vztrajno upadajo. Vsled tega so nacionalni izobraževalni sistemi podvrženi številnim pritiskom, mnogi otroci in mladi, še zlasti pa tisti iz deprivilegiranih ozadij, pa se ne morejo uspešno spopadati z naraščajočimi standardi in pritiski, predvsem v smeri storilnosti in učne uspešnosti, oziroma jim tega izobraževalni sistem tudi ne uspe omogočati. Od posameznikov – kot akterjev na trgu dela – se po drugi strani zahteva, da postanejo odgovorni sami zase in sami ocenijo, posodablajo in razvijajo svojo lastno zaposljivost, ob tem pa sami vključujejo v svoj življenjski potek tudi vse ostale sfere, na primer zasebno življenje in družino.

Kritični prispevki (po Razpotnik, 2011) zato opozarjajo, da je izobraževanje danes ključni mehanizem družbene stratifikacije, družbenega izključevanja in reprodukcije družbenih neenakosti. Interpretacije, po kakšnem mehanizmu ta stratifikacija skozi izobraževanje poteka, se razlikujejo. Po enih izobraževalni sistem in državni aparat delujeta meritokratsko (najuspešnejši so tisti, ki so najbolj sposobni in vložijo največ truda), po drugih izobraževalni sistem reproducira in legitimira obstoječe družbene neenakosti (prav tam, str. 1449-1450). Meritokratski model je problematičen, saj »pušča ob strani vprašanje pravičnega odnosa do razlik, na katere posamezniki nimajo vpliva« (Kroflič, 2019, str. 23). Obenem pa je posameznikom v sodobnosti pripisana odgovornost za lastno socialno vključevanje in tudi izključevanje, pri čemer starši, v okviru sodobnih pritiskov po zaščitniškem, pretirano

odgovornem ali celo »paranoidnem« starševstvu, nosijo ključno breme in odgovornost za otroka in njegovo prihodnost tudi v izobraževalnem smislu.

Načrtovanje izobraževalne poti v kontekstu intenzivne evropske in globalne ekonomske konkurenčnosti in tekmovalnosti je danes negotovo, nepredvidljivo, saj ne moremo predvideti znanj ali sposobnosti, ki bodo potrebna v prihodnosti. Slovenski izobraževalni sistem je pri tem izrazito storilnostno naravnani in se je v teh razmerah oprl na domnevno varno strategijo »čim več« (glede obsega in količine izobraževalne snovi in znanj), ker ni mogoče vnaprej vedeti, kaj bo »prišlo prav«. Tako so pokazali izsledki mednarodne kvalitativne študije GOETE (2010-2013) – Upravljanje izobraževalnih potekov v Evropi (*Governance of Educational Trajectories in Europe – Access, coping and relevance of education for young people in European knowledge societies in comparative perspective*), ki se je osredotočala na izobraževalno obdobje med zaključkom primarnega in prehodom v sekundarno stopnjo izobraževanja (prehod iz osnovne šole v srednjo šolo, pri nas otroke v 9. razredu). Glavno raziskovalno vprašanje je bilo, kakšna je vloga izobraževanja v življenjskem poteku in socialni integraciji mladih. Raziskava je analizirala vidike dostopa do izobraževanja, njegove pomembnosti in soočanja z njim, ter proučevala točke ranljivosti in podpore pri izobraževalnih poteh in prehodih.

V Sloveniji je anketiranje s pol-strukturiranimi poglobljenimi intervjuji in fokusnimi skupinami z učenci in starši, učitelji in svetovalnimi delavci potekalo leta 2011, v njem pa je sodelovalo skupaj 725 učencev ter 419 staršev in skrbnikov na 20 osnovnih šolah v treh slovenskih regijah (Osrednjeslovenska, Obalno-kraška in Pomurska regija). Skupno je bilo v Sloveniji izvedenih 12 fokusnih skupin in 102 intervjuja (Ule 2015b, 35-36). Fokus raziskave, ki temelji na kvalitativnih in kvantitativnih podatkih ter vključujejo starše, otroke, učitelje in eksperte ter zakonodajne in insitucionalne vidike, je bil na depriviligiranih skupinah in učencih, kamor po naših merilih spadajo tudi otroci s posebnimi potrebami in hiperkinetično motnjo oz. ADHD, v projektu pa so poleg Slovenije sodelovale še Finska, Francija, Nemčija, Italija, Poljska, Nizozemska in Velika Britanija (Parreira do Amaral, Ule, 2015a; Walther in Litau, 2013; Walther in drugi, 2016a; glej tudi www.goete.eu). V nadaljevanju naloge smiselno vključujem citate iz slovenskega dela kvalitativne raziskave.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Pri raziskavi GOETE sem v okviru doktorskega študija na Fakulteti za družbene vede UL sodelovala v okviru slovenske raziskovalne skupine ter med aprilom in oktobrom 2011 v Ljubljani in Murski Soboti opravila 16 intervjujev z učenci, 2 fokusni skupini z učenci, 3 intervjuje s starši, 4 z učitelji in 5 z eksperti, skupaj 28 intervjujev in 2 fokusni skupini. V naslednjih poglavjih smiselno vključujem izsledke in citate udeležencev iz celotnega gradiva slovenskega dela raziskave GOETE, pri čemer sem se omejila na intervjuje in fokusne skupine vseh

Čeprav izobrazbi otroka zelo visoko spomembnost pripisujejo starši vseh evropskih držav zajetih v raziskavo, ne glede na različno kulturno in družbeno ozadje¹⁰⁵ (Ule, Živoder in du Bois-Reymond, 2015), pa so izobraževalne zahteve in aspiracije tako slovenskih staršev kot otrok med najvišjimi v Evropi, slovenski starši pa imajo sploh najvišje izobraževalne aspiracije¹⁰⁶ (Ule, 2015a, 2015b, Ule in druge, 2015). Te aspiracije pomembno vplivajo na raven starševskega vključevanja v izobraževalni proces otrok in njegov potek. Med glavnimi razlogi, ki so jih slovenski starši navajali za takšna pričakovanja, so družbeni status, občutek varnosti in občutek uspešnosti v življenju, kar naj bi otrokom zagotovila izobrazba. Starši zato verjamejo, da je največ, kar lahko za otroke naredijo, zagotavljanje priložnosti, da dosežejo kar najvišjo možno izobrazbo ter akademske nazive in diplome, kar pomeni tudi vključevanje otrok v najrazličnejše druge oblike izobraževanja in pridobivanja znanj.

V okviru konceptov protektivnega otroštva in pretirano odgovornega starševstva so starši tako zaupniki kot svetovalci otrok v psihosocialnih in ekonomskih stiskah ter tudi zagovorniki otrok v javnih sferah in institucijah (Arendell, 1997). Kot poudarja Ule (2015a, str. 13), gre v izobraževalnem procesu za organizirano lobiranje, pri katerem starši kot skupina izvajajo pritiske na kulturne in izobraževalne institucije z namenom, da bi otrokom izboljšali priložnosti. Te starševske odločitve, na katere vplivajo družbenoekonomski dejavniki (njihov socialni, izobraževalni in materialni kapital) so neposredno povezane z njihovimi pričakovanji glede prihodnosti otrok, na katere vpliva domača starševska dogma, da je za otroka »dobro le najboljše« (Ule in druge, 2015). Med starševskimi pričakovanji in aspiracijami ter ravni in obsegom starševskega angažmaja v izobraževanju otrok torej obstaja pozitivna korelacija. Šolski dosežki otroka postanejo »merilo starševske kompetence, skrbi in ljubezni« (Ule, 2015a,

raziskovalk, ki smo sodelovale v projektu (ne pa tudi na eseje, ki so bili sicer tudi del raziskave). Postsript in transkripcije so bili narejeni po načelu pogovornega jezika, kodiranje je potekalo po merilih in napotkih raziskave. Soglasja in etična pravila so bila zagotovljena v okviru projekta (Parreira do Amaral in drugi, 2013; Walther in drugi, 2016a ter na zgoraj navedeni spletni strani goete.eu, kjer so navedene tudi druge specifične raziskave).

¹⁰⁵ Pri tem avtorice opažajo razliko med deprivilegiranimi družinami, ki verjamejo v funkcionalno vlogo izobrazbe ter skušajo otroke opremiti s formalnimi izobrazbenimi dokazili, in med starši srednjega in višjega razreda, ki si prizadevajo otroke opremiti z veščinami in kapitalom, ki je pomemben za samouresničevanje ter za zanimiva delovna mesta (torej pristop »lastnega razvijanja«) (Ule in druge, 2015, str. 337).

¹⁰⁶ 79,6% slovenskih staršev je v raziskavi GOETE izrazilo pričakovanje, da bodo otroci nadaljevali izobraževanje na višješolski in visokošolski ravni, in sicer pred danskimi, poljskimi, italijanskimi in finskiimi starši; najnižje aspiracije imajo nemški starši (47% nemških staršev od otrok pričakuje visokošolsko izobraževanje, kar pa je tudi posledica drugačnega izobraževalnega sistema in drugačnih pogojev prehoda na poklicne oziroma visokošolske izobraževalne institucije) (Ule, 2015a, str. 16).

str. 13). Šolsko delo in šolski dosežki obenem pogosto igrajo osrednjo vlogo v odnosih med starši in otroki ter strukturirajo njihovo vsakdanje življenje (Ule in druge, 2015, str. 330).

Starševska vpletenost in podpora¹⁰⁷ sta dolgoročni in pomembno vplivata na otrokov psihofizični razvoj. Vključujeta podporo pri domačih nalogah (neposredno vključevanje v šolsko delo otroka ali nadzorovanje otrokovega dela), zagotovitev dodatnega zasebnega poučevanja, dodatne opreme, spodbujanje in motiviranje za učenje, svetovanje in usmerjanje pri pomembnih odločitvah in prehodih, čustveno podporo, spodbujanje različnih kompetenc, ki se staršem zdijo pomembne za šolsko delo in uspeh, sodelovanje s šolo in uporabo podpornih struktur šole (Ule in druge, 2015, str. 341). Raziskava je ugotovila, da je za otroke, ki od staršev ne prejmejo dovolj tovrstne podpore, soočanje s stresom ob šolskem neuspehu zahtevnejše, kar povzroča izgubo zaupanja in večje tveganje vedenjskih težav. Pri tem je za naš prostor opazno, da to vlogo še vedno v večji meri prevzemajo matere kot očetje. Posledično se otroci pri odločanju, izbiranju ali soočanju z zahtevnimi situacijami obračajo na starše, predvsem na matere. Starševsko projiciranje lastnih aspiracij v otroka, njihovo odločanje namesto otrok pa ovira ali onemogoča razvijanje lastnih strategij otroka za reševanje teh težav (Ule, 2015a, str. 15).

Ti starševski vplivi na odločanje otrok običajno niso neposredni ali vsiljivi, pač pa običajno posredni in svetovalni. Starši se posledičnih obremenitev otrok in pritiskov nanje zavedajo, vendar to prikrivajo z formulaičnimi izrazi, kot je, na primer, »naj se otrok odloča sam«, toda otroke vseeno usmerjajo v »zaželeno« ali »pričakovano« odločanje. To je kvečjemu še bolj sporno, saj imajo otroci občutek, da so te odločitve sprejeli sami (Ule, 2015a, str. 22), obenem pa se počutijo nezrele in pretirano odvisne od staršev in ne razvijajo lastne avtonomne presoje in odločanja. Zdi se, da so tovrstne izjave, ki podpirajo lastno izbiro otrok, v nasprotju z ugotovljeno veliko starševsko vpletenostjo in vplivom. Ule in druge (2015, str. 339) navidezno nasprotje pojasnjujejo s prepletom familializacije (razumevanja, da so otroci odgovornost staršev ter razumljeni v odvisnostnem smislu) in individualizacije (posameznik je sam

¹⁰⁷ Epstein (2001, v Ule, 2015a, str. 13) je v svojem modelu starševsko vpletenost v izobraževanje otrok razdelila na šest ravni, od osnovne (starši zagotavljajo le osnovne potrebe otrok) do največje (ker starši nenehno sodelujejo z otroki in šolo ter nadzorujejo in supervizirajo to delo, so povsem osredotočeni na otroke, ter izobraževalnim načrtom in aspiracijam za otroke prilagajajo svoje življenje ter močno vplivajo na njihove odločitve). Dempsey in Sandler (1997, str. 4; v prav tam, str. 14) sta model razširila in vključila temeljne dejavnike in mehanizme, ki vplivajo na starševsko vpletenost, in ki temelji na starševskih motivih za vključevanje, njihovi oceni o učinkih tega vključevanja in osebnega konteksta. Ule (prav tam) opozarja, da ti modeli ne vključujejo širšega družbenega konteksta oziroma ga zanemarjajo.

odgovoren za načrtovanje svoje poti) v izobraževalnem kontekstu, pri čemer je stopnja familializacije in otrokocentričnosti v Sloveniji višja kot ponekod drugod (deloma zaradi hujših posledic ekonomske krize po letu 2008, še zlasti v smislu nezaposlenosti mladih, kar povečuje starševsko skrb na splošno in tudi glede izobraževanja, deloma zaradi postsocialističnega razpada socialističnega sistema enakih možnosti, deloma zaradi manj stratificiranega in bolj dostopnega izobraževalnega sistema) (prav tam, str. 344).

Obseg izbir v okviru starševskih pričakovanj je torej pogosto implicitno normativen in za otroke zavezujoč zaradi visoke stopnje familializacije. Kot opozarja Ule (2015a, str. 22), se zdi, da so slovenski otroci ta starševska implicitna pričakovanja tako ponotranjili, da jih morajo pri aspiracijah po uspehu včasih zavirati sami starši. Šola igra v življenju otrok pomembno vlogo, toda predvsem zaradi omenjenih implicitnih starševskih pričakovanj, ki jih otroci ponotranjijo. Ta pričakovanja pa se po izsledkih raziskave usmerjajo predvsem v osrednjo vlogo ocen, s katerimi niso zadovoljni niti odlični in prav dobri otroci, obenem otroci menijo, da bi lahko dosegli še več.¹⁰⁸ Skoraj polovica otrok je pretirana starševska pričakovanja opredelila kot zanje velik problem. Obremenitev otrok ni zato samo časovna in vsebinska, pač pa tudi psihična. Tako pri starših kot pri učiteljih, ekspertih in samih otrocih prevladuje diskurz o lastni odgovornosti (za šolski uspeh, prihodnost, dostop do nadaljnjega izobraževanja, poznejše delo oziroma zaposlitev), ki pa spregleduje strukturne vzroke neenakosti. (Ule in druge, 2015, str. 340). Podobno sicer ugotavljajo tudi druge slovenske raziskave. V eni od longitudinalnih raziskav (Smrtnik Vitulić in Lesar, 2017), opravljeni med študentkami in študenti pedagoške stroke, ki bodo kasneje poučevali na osnovnošolski ravni, so ti na začetku in na koncu študija podajali prepričanje, da so učenci sami najbolj odgovorni za svoje učne dosežke in uspeh, čeprav so med študijem na podlagi praktičnega dela določena prepričanja spremenili (npr. ob koncu študija so manj prepričani, da med otroki ne obstajajo večje razlike v kognitivnih sposobnostih). Starši tako postanejo *varuhi dostopa* do različnih oblik izobraževalnih dosežkov namesto viri pozitivne motivacije pri doseganju čustvene stabilnosti in uravnovešenosti, odprtosti do drugih, empatije, razvoja kritičnega mišljenja in zrele moralne razsoje (Côté, 2007, v Ule 2015a, str. 24). Poudarjanje formalnih izobraževalnih dosežkov in rezultatov potiska te vidike v »kolektivno in osebno podzavest« (prav tam, str. 25), čeprav so izjemno pomembni ne

¹⁰⁸ Kar 62,9% slovenskih devetošolcev s svojimi ocenami ni zadovoljnih, od teh jih 70,6% meni, da bi lahko dosegli še več, tudi odlični in prav dobri (27% devetošolcev je bilo odličnih in približno toliko prav dobrih). 38,5% se jih posledično zelo boji šolskega neuspeha, nadaljnjih 45,7% pa je izrazilo strah pred šolskim neuspehom kot zmerno velik osebni problem (celo 27,9% odličnih je izrazilo, da je ta strah zanje velik osebni problem) (Ule, 2015a, str. 22-23).

le z osebnega in družbenega vidika, pač pa tudi za razvijanje drugačnega družbenega, političnega in ekonomskega državljanstva.

Starševska vpletenost v izobraževanje otrok ne zajema samo vključevanja v šolsko delo in izobraževalni potek otrok, pač pa tudi v delo šole kot institucije. Slovenski starši po ugotovitvah raziskave ne zaupajo več presoji učiteljev o izobraževalnih odločitvah (Ule in druge 2015, str. 346). Obenem so slovenski starši izražali številne kritike do šole, ki pa se nanašajo predvsem na storilnostne vidike: šolske metode dela z otroki (načine motiviranja in ocenjevanja otrok), pa tudi do individualizacije dela v šoli ter odsotnosti skupinskega dela in sodelovanja, za kar verjamejo, da je posledica tekmovalnega vzdušja. Pri tem je zanimiv paradoks, da slovenski otroci izražajo razmeroma veliko raven dobrega počutja v šoli, z dobrim počutjem otrok v šoli pa se strinjajo tudi slovenski starši.¹⁰⁹ Slovenski učitelji so se v raziskavi pogosto pritoževali nad pretiranim starševskim vpletanjem v njihovo delo, medtem ko so se, nasprotno, učitelji v drugih evropskih državah v študiji GOETE pritoževali nad pomanjkanjem sodelovanja s starši. Opazno je bilo pričakovanje slovenskih učiteljev, da bodo s starši oblikovali nekakšno koalicio, ki pa deluje predvsem kot nadzor in pritisk pri ocenjevanju in vedenju otrok. Vse to povečuje konflikte med starši in učitelji, ter zmanjšuje in razvrednoti učiteljsko avtoriteto in avtonomnost (Ule, 2015a, str. 23-24).

Raziskava GOETE je ugotovila, da so slovenski starši tudi v primerjavi s širšim evropskim kontekstom bolj vključeni v načrtovanje in potek izobraževanja, pa tudi v šolsko delo otrok. Izražajo visoke izobraževalne aspiracije do otrok, ki so jih očitno ponotranjili tudi otroci. Ker je starševsko vključevanje v šolsko delo in izobraževalne poteke otrok tako obsežno in pomembno, predstavlja nov dejavnik družbene diferenciacije otrok in mladih. Ti trendi v vzorcih družinske socializacije in vzgoje imajo, kot opozarja Ule (2015a, str. 25), normativno plat, saj odkrito negativno sankcionirajo tiste starše in otroke, ki ne znajo ali ne zmorejo ustvariti podpornega družinskega okolja. Tako starši kot otroci zaradi neuspeha ali primanjkljajev, dejanskih ali umišljenih, doživljajo občutke krivde, kar pa zabrisuje dejstvo, da je dejanski izvor teh občutkov dejansko družbeno razločevanje, ki jih potiska v tovrstne deprivilegirane življenjske okoliščine.

¹⁰⁹ 37% slovenskih otrok ima šolo zelo rado, 41% pa je šola še kar všeč. Višjo raven zadovoljstva otrok s šolo je v raziskavi pokazala le Nizozemska. 75% slovenskih staršev se strinja, da se otroci počutijo v šoli dobro, 14% pa, da se s to trditvijo zelo strinja (Ule, 2015a, str. 18-19).

Starševske pritiske in vpletenost v izobraževalno delo in poteke otrok je potrebno interpretirati v kontekstu, ki sem ga orisala v poglavju o protektivnem otroštvu, torej samorefleksivne individualizacije, ter novih konceptov in zahtev starševstva ter zahtev, ki jim jih nalaga koncept protektivnega otroštva. Te družbene zahteve po intenzifikaciji starševstva (oziroma »starševanja«) in konceptualizacije otroka kot zahtevnega projekta, ki od staršev terja visoke emocionalne, časovne in finančne ter druge vložke ter zagotavljanje kar najboljših možnosti za otrokovo prihodnost, so v ostri koliziji s sodobnimi ekonomskimi pogoji, trgom dela ter trendi intenziviranja, razširjanja in časovnega podaljševanja obsega dela, pri čemer so ena najranljivejših družbenih skupin v tem smislu mladi. Ti trendi zaostrujejo osnovno usklajevanje dela in zasebne sfere (ter z njo družinskega življenja), pri čemer je skrbstveno delo (tako čustvena skrb kot skrb za gospodinjstvo) tudi asimetrično porazdeljeno med spoloma; kljub izobrazbeni stopnji in vključenosti v trg dela namreč še vedno v večji meri pade na ramena žensk. Ideologiji pretirano odgovornega starševstva in protektivnega otroštva omogočata vzdrževanje družbenega *statusa quo* v neoliberalnem ekonomskem sistemu, in obenem družbeno izključujeta vse, ki teh zahtev ne morejo uresničiti.

5.3.2 Vzroki za zaželenost diagnoz v izobraževalnem kontekstu

*»Potem se je pa nekaj zgodilo: naenkrat je bila ta diagnoza preveč sprejeta«
(Mikuš Kos, intervju 1).*

V poglavjih o medikalizaciji in protektivnem otroštvu sem izpostavila nekaj družbenih mehanizmov, ki pojasnjujejo, zakaj v sodobnosti pritiski po medikalizaciji v navezi z zahtevami protektivnega otroštva potekajo vse bolj od spodaj navzgor (posamezniki, v primeru ADHD starši, sami zahtevajo diagnozo), in ne več od zgoraj navzdol (medicinska stroka identificira posameznika z motnjo, ta je k ekspertu napoten). Številne motnje so danes postale destigmatizirane in zaželene kot način spoprijemanja z družbenimi pritiski. Diagnoza posameznika lahko oprosti in razreši individualne krivde ali odgovornosti. Ni več osebno kriv, če ni kompetitiven na trgu ali če njegove sposobnosti ne ustrezajo družbenim zahtevam, je pa še vedno odgovoren za to, da odpravlja posledice (bolezenska vloga). V pozno moderni »tekoči« družbi potrošnikov, kjer je, kot piše Bauman, posameznik sam postal tržno blago, ki ga mora nenehno sam ustvarjati, je nemogoče ustrezati spreminjajočim se zahtevam.

Imeti diagnozo z neko motnjo je postalo celo zaželeno. Posamezniki vse pogosteje želijo pridobiti diagnozo, ki jih v skrajno kompetitivnem družbenem kontekstu v šoli, pri delu

(disleksija, ADHD in različne druge motnje so vse bolj diagnosticirane pri odraslih) ali v zasebnem življenju opraviči, vendar ne več toliko le specifičnih negativnih vedenj ali vedenj, pač pa vse bolj tudi glede na družbena merila »slabših«, suboptimalnih zmožnosti in kapacitet glede na odstopanje od ideala: uspešnosti, sposobnosti. Določene diagnoze danes pomenijo ne le »družbeni alibi«, pač pa pravico do posebne obravnave, kar posamezniku lahko prinese določene prednosti in ugodnosti: z odločbami v šoli otroci dobijo poseben status in drugačno obravnavo. Imajo dokazilo, da jim »možgani delajo drugače«, da so nevrološko/biološko drugačni. Medicinska diagnoza tako postaja zadnje pribežališče pred družbenimi pritiski in strukturnimi družbenimi problemi, odgovornost za katere je danes premeščena na raven posameznika in individualizirana. Zaradi splošnih družbenih pritiskov ter prepleta treh dejavnikov: medikalizacije po eni strani, zahtev pretirano odgovornega sodobnega starševstva ter zahtev protektivnega otroštva v kombinaciji s povišanjem izobraževalnih zahtev, lahko postavimo hipotezo, da gre povečanje izdajanja odločb interpretirati v tem kontekstu. Z diagnozo starši želijo predvsem razbremeniti sebe in otroka oziroma otroki omogočiti boljše možnosti pri doseganju uspešnosti.

Na podlagi zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZOUPP-1) (ter podzakonskih aktov s področja usmerjanja otrok s posebnimi potrebami in Zakona o splošnem upravnem postopku) – med katere spadajo tudi otroci z ADHD – pri nas otrok lahko pridobi odločbo, z njo pa pravico do koriščenja različnih oblik pomoči in podpore, predvsem na izobraževalnem področju. V sodelovanju s starši, vrtec ali šola za vsakega otroka s posebnimi potrebami izdelata individualizirani program, v katerem določi cilje in oblike dela, strategije vključevanja otroka v skupino, način izvajanja dodatne strokovne pomoči, uporabo prilagojene in pomožne izobraževalne tehnologije, prehajanje med programi ter potrebne prilagoditve pri organizaciji, preverjanju in ocenjevanju znanja, doseganju standardov, napredovanju in časovni razporeditvi pouka. Organizira dodatno individualno ali skupinsko strokovno pomoč v obsegu do pet ur tedensko, ki jo izvajajo strokovni delavci s področja pedagogike (specialne in rehabilitacijske, socialne, inkluzivne) ali psihologije. Učna pomoč pa je naloga učiteljev, ki si pridobijo dodatno strokovno znanje, ali strokovnih delavcev, ki lahko izvajajo tudi strokovno pomoč za premagovanje primanjkljajev, ovir oziroma motenj. Učencem in dijakom s posebnimi potrebami se lahko prilagodi tudi način internega in eksternega preverjanja in ocenjevanja znanja ter napredovanje, tudi nacionalnega preverjanja znanja, opravljanja splošne ali poklicne mature in zaključnih izpitov (mdr. s podaljšanjem časa pisanja, prilagoditvijo prostora in opreme, prilagajanjem izpitnega gradiva, načinom vrednotenja oz. ocenjevanja ipd.). Komisija

za usmerjanje lahko predlaga tudi, da naj bo v oddelku, v katerem je otrok s posebnimi potrebami, manjše število otrok, kot to določajo veljavni normativi za oblikovanje oddelkov (Eurydice, 2019). Vse te prilagoditve v visoko kompetitivnem in storilnostno naravnem izobraževalnem sistemu niso nepomembne.

Iz opisa postopka pridobivanja odločbe za otroka (po Kesič Dimić, 2010, str. 8-9) je razvidno, da imajo starši lahko na ta postopek velik vpliv: zahtevo za uvedbo postopka za usmerjanje lahko sprožijo sami (zahtevo lahko sproži tudi vrtec, šola, bolnišnični ali osebni zdravnik, center za socialno delo ali drugi zavod, vendar po predhodnem soglasju s starši). Ko Zavod za šolstvo izda odločbo o usmerjenosti v program s prilagojenim izvajanjem, starši lahko sodelujejo tudi pri pripravi individualiziranega programa za otroka, skupaj s strokovno skupino, ki jo imenuje ravnatelj šole, po preteku odločbe pa mora strokovna skupina na Zavod za šolstvo poslati poročilo o učencu.

Število odločb se pri nas danes vztrajno povečuje, in sicer predvsem zaradi naraščanja v kategoriji primanjkljaji na posameznih področjih učenja, narašča pa tudi delež otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami (Kobal Tomc in Narat, 2017, str. 194-195). Med osnovnošolci je v letu 2018/19 daleč največji delež otrok prejel odločbo zaradi primanjkljajev na posameznih področjih učenja, in sicer 5.084 ali 42,2% vseh otrok z odločbo, na drugem mestu pa so učenci z več motnjami (29,9%) (MIZŠ, 2019). Pri tem ne narašča število otrok, ki so z odločbo identificirani kot otroci s posebnimi potrebami, le v osnovnošolski populaciji, pač pa tudi v predšolskem in srednješolskem obdobju. Število otrok v predšolski vzgoji, ki so prejeli odločbo o usmerjanju, se je v desetih letih (do leta 2014) skoraj potrojilo. EkspONENTNO povečevanje pa je opaziti pri srednješolcih; delež dijakov s posebnimi potrebami je namreč od leta 2005 z 1,1 % narasel na 5,6 % v letu 2015 (Kobal Tomc in Narat, 2017, str. 194-195) in celo na 6,9% v letu 2018/19 (MIZŠ, 2019).

Iz navedenih podatkov o naraščanju odločb o usmerjanju je razvidno, da so se te povečale na račun motenj, ki opredeljujejo učne, čustvene in vedenjske značilnosti otrok (npr. primanjkljaji na posameznih področjih učenja, avtistične motnje idr.). V okviru kategorije otrok s posebnimi potrebami so najširše opredeljeni »primanjkljaji na posameznih področjih učenja«, kar lahko potencialno zajame široko populacijo otrok, saj je enake sposobnosti otroka na vseh področjih težko pričakovati. Medtem ko se število npr. dijakov s posebnimi potrebami povečuje, pa upada

število dijakov z lažjo motnjo v duševnem razvoju¹¹⁰ (MIZŠ, 2019). Velja torej poudariti, da v šolskem kontekstu pri nas niso zaželeno vse diagnoze in da nekatere ostajajo stigmatizirane. Za otroke in mladostnike z motnjami v duševnem razvoju (MDR) Rovšek (2013) ugotavlja, da tako učitelji, izvajalci dodatne strokovne pomoči kot starši po več let ne prepoznavajo (ne zmorejo, želijo ali imajo druge zadržke), da otrokove zmožnosti pomembno odstopajo od zmožnosti vrstnikov. Kar dve tretjini učencev z MDR je namreč iz programa z enakovrednim standardom – kjer ostajajo tudi do deset let (in kjer so neuspešni, ponavljajo ali so navidežno uspešni, ne razvijajo pozitivne samopodobe in se ne naučijo zanje pomembnih veščin) – nato preusmerjen v prilagojen program z nižjim standardom, kar pomeni sistemski pojav neustreznosti prve usmeritve v ustrezne programe. Rovšek sklepa, da se komisije podrejajo tudi željam ali celo pritiskom staršev na odločitve v zvezi z izbiro programa vzgoje in izobraževanja, prav tako pa jih ne preusmerja šola, kar pomeni, da teh otrok ne sprejemamo »kakršni v resnici so, o motnji pa najraje molčimo« (prav tam, str. 120). Starševski odpor do preusmerjanja v ločene programe ilustrira tudi ekspertno mnenje v okviru študije GOETE (MS-eksperti-intervju-pedagoginja):

Iz izkušenj sedaj govorim, da na primer v primeru, da učenec z učnimi težavami, ko pridemo do petega koraka, ... da mora poseči zunanja inštitucija, ... ko se odloča o tem, da bo otrok dobil odločbo in ko se odloča o tem, ali ostane na šoli ali pa se mogoče usmerja v kakšen drug program, takrat naletimo na zelo velike odpore lahko pri starših, ker za starše to ni enostavno ... in takrat včasih pripravljamo starše tudi po dve leti ... traja tudi eno leto, preden dobi otrok odločbo Možnost je tudi, ... da so te sposobnosti toliko znižane, ... da se ga lahko vključi v šolo s prilagojenim programom. Mi moramo starše res seznaniti s tem, da je tudi ta možnost – čeprav v večji meri se vsaj poskusi naprej, da se ga v šolo usmeri z dodatnimi pomočmi – ampak če ne gre, da se komisija tako odloči, je potem možnost, da se tudi preusmeri. In tukaj potem v tem koraku imajo starši zelo – ne vsi, ampak določeni starši – imajo zelo velike probleme, kaj potem.

Ugotovitev o zaželenosti določenih diagnoz v šoli so v razpravi o spremembah v sodobnosti potrdili tudi eksperti fokusne skupine. Opažajo, prvič, širjenje opredelitve, kaj velja za motnjo (nižanje praga), drugič, povečanje zahtev za »odločbe«, s katerimi otroci dobijo pravico do posebne obravnave in določenih ugodnosti:

Tisti, ki nam je bila zoprna ta patologizacija, se danes srečujemo z zanimivo situacijo: mnogi /starši/ želijo diagnozo, od avtizma do hiperkinetičnosti, ker to otroku olajša situacijo v šoli. To ustvarja zanj bonitete v šoli (Mikuš Kos, intervju 1).

Prešlo /je/ v patologijo, ker danes kakor koli obrneš, če hočeš imeti pomoč, moraš imeti

¹¹⁰ Delež dijakov z lažjo motnjo v duševnem razvoju je z deleža 6,7% v letu 2010 padel na 2,8% v letu 2018/19. Le pri osnovnošolcih je z deleža 0,1% v 2010 porasel na 0,5% v 2018/19, in sicer z 10 na 57 otrok (MIZŠ, 2019).

diagnozo ... iz evropske klasifikacije bolezni in Svetovne znanstvene organizacije, potem imaš pravico do posebne obravnave v šoli, terapije, medikamentov (Mikuš Kos, intervju 2).

Za starševske pritiske k medikalizaciji otrok z določenimi diagnozami obstaja pragmatičen razlog, saj otrok z diagnozo torej pridobi pravico do posebne obravnave. Eksperti (fokusna skupina) so izpostavili, da danes otroke razvrščajo, imajo nazive, na osnovi odločbe se starši lahko pogajajo z učitelji, naj otroka ne ocenijo slabo, ker nečesa ne zmore. To za mnoge otroke, ki ali zaradi običajnih posebnosti ali pa dejanskih večjih primanjkljajev v odnosu do tega, kar pričakuje šola, ne bi bili uspešni, v visoko kompetitivnem izobraževalnem sistemu pomeni prednost. Prednost pa pomeni tudi za starše, saj so z diagnozo vsaj deloma razbremenjeni tako rekoč izključne odgovornosti za otrokovo biografizacijo, pri čemer so slovenski starši torej izrazito vključeni v izobraževalno delo in potek svojih otrok (Ule, 2015; Ule in Živoder, 2015; Parreira do Amaral in drugi, 2013). S temi ugotovitvami so se strinjali tudi eksperti na fokusni skupini o hiperkinetični motnji oz. ADHD. Šola odgovornost pogosto prelaga na starše, pri tem pa se izpostavi potencialna ranljiva točka otrok, kajti v izrazito slabšem položaju v šoli bodo otroci, katerih starši si velike angažiranosti v šolskem procesu (učna pomoč otroku, »potegovanje« za otroka v šoli) ne morejo privoščiti (Mikuš Kos, intervju 2):

To je dejstvo, otroci, v starosti mojih vnukov, z vsemi temi starši delajo, ne samo ob delavnikih, tudi v soboto in nedeljo ... Vprašaš se, kdo z reveži dela, ki jim ne gre, si sploh ne predstavljam ... Vse ljudi, ki jih poznam, obče znano je, koliko morajo starši delajo z otroki. Kako ti, ki so slabše nadarjeni, reveži, Bosanci, ki nimajo koga, ki bi delal z njimi, pridejo skozi, ne vem ... kaj šola z njimi naredi, mora biti neka goljufija, dobesedno. Če moji vnuki, ki so normalno bistri, rabijo toliko »inputa«, kako ti ostali naredijo šolo? Jim to šola spregleda? To se mi zdi zelo zanimivo vprašanje, pa se še nisem spomnila, da bi komu postavila vprašanje od teh šolskih ljudi.

Diagnoza z nekaterimi drugimi motnjami, kot je ADHD ali SUT (specifične učne težave) v okviru rednega oziroma večinskega šolanja omogoča dodatno pomoč. Nekateri eksperti v okviru raziskave GOETE, denimo socialna pedagoginja, ki izvaja dodatno strokovno pomoč (ki se nudi otrokom, opredeljenim kot učenci s posebnimi potrebami, OPP), so opozarjali, da ta dodatna pomoč lahko staršem omogoča, da otroka silijo v izobraževalno usmerjanje, ki je lahko zunaj njegovih zmožnosti, obenem pa, da otroke »pozitivno diskriminira«; otroci razumejo, da so z odločbo upravičeni do določenih olajšav pri napredovanju in nekaterim ekspertom se zdi, da otroci lahko potem ta status tudi izkoriščajo (LJ-eksperti-intervju-socpedDSP):

Ta učenec ... ima težave s koncentracijo, ki so povezane, pa tudi še z težavami pri branju, pisanju, a ne. Se pravi tudi specifične učne težave ima. Ni posebej motiviran za šolsko delo. Je pa sposoben, bister fant, in ko se loti pač, recimo, če se uči, se nauči zelo lepo. ... Ampak no, za

srednjo šolo se je kar težko odločal in se je na koncu odločil za štiri letni program ... Zdaj pa, že sedaj ni uspešen kaj dosti, tako da smo mu nekako to povedali, da je to zahtevno, ... glede pač na njegov trud, ki ga zdaj vlaga, ne na sposobnosti. ... ko mu je bilo pojasnjeno, da, če ima dodatno strokovno pomoč, potem lahko tudi mi v šoli damo priporočilo ..., gre preko vrste, a ne, je sprejet. In to je pri njemu bilo: »zdaj se mi pa ni treba več truditi« efekt, »saj bom itak sprejet, a ne« ..., je samo slišal, da bo vseeno sprejet zaradi odločbe ... Je bil ves čas ta trikotnik: učitelj, jaz kot pomoč pri organizaciji tega ... učenja in datumov, in on, ki se je potem pač strinjal, da se bo majčkeno potrudil, ampak to je res majčkeno.

Obenem pa je to povezano z eskalacijo učnih in s šolo povezanih socialnih pritiskov na otroka, saj je moteč, nemiren otrok, zdaj pod drobnogledom ne le učiteljev ter danes izjemno zahtevnih in ambiciozних staršev (kot nekoč), pač pa tudi vrstnikov. Starši pri nas imajo danes, kot je ugotovila raziskava GOETE, torej izjemno visoke izobraževalne in siceršnje aspiracije do otroka (Ule 2015a, 2015b; Ule in druge, 2015), ki so jih ponotranjili tudi otroci. To pa obenem pomeni, da so otroci posledično netolerantni do tistih vrstniških razlik in specifik (vedenjskih, čustvenih), ki bi zanje lahko pomenile oviranje pri doseganju lastnih ciljev v šoli (otroci so v raziskavi odgovornost za svoj šolski uspeh in neuspeh pripisali predvsem sami sebi). To je v izrazitem nasprotju z vrstniškimi odnosi v preteklosti, kjer so otroci razlike drugih otrok zaznavali kot običajne, normalne, in če že niso sklepali koalicije, so bili do njih vsaj tolerantni, kar opisuje naslednja izkušnja iz fokusne skupine ekspertov o hiperkinetični motnji (Psihologinja, fokusna skupina):

Pouk je bil /včasih/ manj tempiran, manj napolnjen s snovjo ... mi smo /nekoč/ kaj risali ali brali, in tisti nemirni so se majčkeno poigrali, so kaj vrgli na tla, šli iskat, šli trikrat na stranišče ... to se je toleriralo in ta nemir ni bil moteč niti za nas niti za njih same. Zdaj, ko je pouk tako zgoščen, je tak otrok pod hudim pritiskom – lastnim, s strani učitelja in sošolcev, ker tudi oni želijo imeti mir v razredu, da lahko sledijo.

Poteka torej splošen proces dvigovanja meril. Pozno moderna (v ekonomskem smislu neoliberalna družba) namreč ne zahteva več le težnje po normalizaciji in ne opredeljuje odklonskosti na tradicionalen način. Danes si posamezniki ne želijo biti zgolj neizstopajoči ali običajni, »normalni«, ampak nasprotno, posebni, edinstveni, kajti vsak posameznik je lastni »proizvod« nenehnega (samorefleksivnega) »samoustvarjanja«, ki nato samega sebe predstavlja na »trgu« (po Baumanu). Proces je paradoksen, saj se na otroke in posameznike, ki v čem dejansko odstopajo (kot je to pri nemirnih oz. hiperkinetičnih otrocih), še vedno vrši družben pritisk k normalizaciji. V kontekstu sodobne šole normalizacija ni normalizacija »primerne vedenja«, kakršna je obstajala v preteklosti, ko so bila patologizirana vedenja, ki so bila zunaj norm družbeno primerne in sprejetega obnašanja (in kakršno so opisovali

eksperti v fokusni skupini), pač pa gre za normalizacijo visokih performativnih zahtev do otroka in prevzemanja lastne odgovornosti za njihovo uresničevanje, oziroma sprejemanja in »uspešnega« soočanja s sodobnimi pritiski k njej. Pritisk k tovrstni normalizaciji je danes celo eskaliran oziroma trojen: poteka s strani šole (ki sprejema in uveljavlja performativne zahteve), s strani staršev (ki pod normami sodobnega protektivnega otroštva in pretirano odgovornega starševstva nosijo skoraj izključno odgovornost za otrokovo prihodnost in jo prenašajo nanj v obliki izobraževalnih aspiracij) in s strani vrstnikov (ki so te pritiske ponotranjili in se zanje počutijo odgovorne). Gre za paradoksen proces, saj se od otrok, ki zaradi svojih specifik težje zmorejo uresničevati eskalirane zahteve sodobne šole, pričakuje normalizacija vedenja (da »ujamejo korak« z uspešnejšimi), medtem ko sodobna družba ideološko hkrati poudarja *posebnosti* posameznika, oziroma kot se je izrazila dr. Mikuš Kos (Intervju 1) glede severnoameriške kulture, »vsak je 'special'«. Tudi če posamezni eksperti naraščajoče medikalizacije ne odobravajo, menijo, da je pojav odraz družbenih sprememb:

Dočim ta družba je pa »tukajle in tukajle«, in »od tega do tega« trenutka. In mora popolnoma funkcionirati, če hoče, da gre »uspešno« naprej, pri tem pa sama družba producira kopico »kripeljnov«. (Pedopsihiater, fokusna skupina)

Prvič, ne moreš organizirati armade strokovnjakov, ki so proti temu, drugič je to tako determinirano z družbenimi dogajanjem, v katero je stroka vpeta, da se mi zdi, da se tu kaj dosti ne da narediti. (Mikuš Kos, intervju 1)

Diagnoze, kot je ADHD, ki so diagnosticirane na podlagi vedenja, so zato izrazito kulturno in družbeno pogojene in definirane, saj se opredelitev motečega vedenja razlikuje v različnih družbenih kontekstih. Ena od redkih mednarodnih študij o ADHD, ki je v Veliki Britaniji proučevala perspektivo otrok, diagnosticiranih s to motnjo, družbene in moralne razsežnosti diagnoze, ter pomen diagnoze v otrokovem vsakdanjem življenju, torej kaj diagnoza otrokom pomeni in kaj z njo naredijo (Singh, 2011), navaja bistvene razlike med ameriškim in britanskim kulturnim okoljem v smislu vedenja, ki je opredeljeno kot problematično in zato medikalizirano. V Veliki Britaniji, za katero avtorica ugotavlja, da v šolah prevladuje kultura vrstniškega ustrahovanja in agresije (»bullying«, porivanje, zmerjanje, smešenje, kraje ...), pa tudi napadalnega in odmaknjenega vedenja učiteljev, je pri otroku problematizirano *pomanjkanje samonadzora* (nad čustvenimi stanji, še zlasti nad agresivnostjo). Motnja ADHD je tam povezana z agresivnim vedenjem, oziroma je pomanjkanje samonadzora pri otroku razumljeno kot motnja. V ZDA po drugi strani obstaja manjša toleranca do medvrstniškega nasilja, zato bi bilo takšno vedenje prej kot ADHD opredeljeno kot vedenjska motnja. Toda v

ZDA po drugi strani obstajajo večji pritiski k uspešnosti in dobrem šolskem uspehu, zato je tam prej razumljen kot *motnja slab uspeh* (kar je pogosta kritika). Če to prenesemo na slovensko situacijo, lahko zaradi prevladujočih pritiskov k storilnosti in vrednotenju učnega uspeha s strani staršev, otrok in institucionalnega vidika, kar je predstavila raziskava GOETE, sklenemo, da so v našem okolju problematizirane in posledično medikalizirane otrokove značilnosti, ki vodijo k slabšemu učnemu uspehu, kar pojasnjuje naraščanje diagnosticiranja ne le ADHD, pač pa tudi različnih drugih učnih motenj oziroma motenj, pri katerih so otroci z diagnozo upravičeni do dodatne pomoči v šoli.

Glede doživljanja otrok omenjena študija ugotavlja, da bolj ko je motnja ADHD družbeno dostopna kot opravičilo ali izgovor za vedenje, manj nadzora ima otrok, diagnosticiran z ADHD, nad tem, kako ga vidijo drugi in kako doživlja samega sebe. Dostopnost diagnoze kot izgovora prav tako niža vrstniško toleranco do motnje (npr. izzivanje, draženje) in skepso učiteljev do nje (za katere se otroci z diagnozo pritožujejo, da z njimi ne znajo ravnati in jim tudi ne pomagajo v konfliktih), pri čemer otroci samonadzor (ki je ena ključnih komponent motnje) sami obenem razumejo kot pomembno moralno razsežnost. Otroci motnjo doživljajo ambivalentno; po eni strani so veseli, da zaradi nje niso kaznovani, po drugi pa se zavedajo stigmatiziranosti motnje kot agresivnosti in napadalnosti (v britanskem okolju), lahko pa jo tudi »uporabljajo« (npr. v konfliktnih situacijah, kjer rečejo, da bodo zdaj »postali pa ADHD« in »ponoreli«; prav tam, str. 894). Ob teh ugotovitvah bi veljalo, še zlasti glede na naraščajočo razširjenost motnje ADHD pri nas, pozneje tudi za naš prostor na podlagi teoretskih izhodišč predlagati reprezentativno raziskavo o tem, kako diagnozo doživljajo in »uporabljajo« v vsakdanjem življenju sami otroci. Pri tem lahko znova postavimo hipotezo, da bodo v našem prostoru problematizirane otrokove značilnosti, ki vplivajo na njegovo storilnost, ter da otroci lahko diagnozo doživljajo kot olajšanje bremen, vprašanje pa je, kako te olajšave in ugodnosti razumejo in doživljajo drugi otroci, ki jih niso deležni. V splošnem tekmovalnem vzdušju, kjer otroci verjamejo, da »vsak lahko doseže, kar želi, če se le dovolj potrudim«, tovrstne olajšave in dodatne pomoči ne naletijo vedno na pozitiven sprejem med otroki, o čemer priča izjava ravnateljice iz raziskave GOETE (KP-eksperti-intervju-ravnateljica). Obenem so te diagnoze danes bolj destigmatizirane kot nekoč:

Sem pa še slišala: »Zakaj pa vi temu učencu bolj prilagajate, nam pa ne?« To je bilo pogosto slišati v oddelku, ker so morali oziroma je morala populacija sprejeti posebne potrebe. Tako da mislim, da je bilo na začetku tega veliko več, tudi konfliktov. Sem so začeli prihajati starši, to je bilo že leta nazaj, ko je to začelo prihajati preko zakona o usmerjanju otrok z posebnimi

potrebami, s pritožbami, da so otroci šikanirani in jim rečejo tako in tako. To je zdaj nekako bolj umirjeno.

Eksperti (fokusna skupina o HKM) so pri tem izpostavili nujnost spremembe šolskega sistema, ne samo za otroke s posebnostmi, ki se ne vklaplajo v šolski sistem, pač pa za spremembe šole glede na spremenjene razmere družbe znanja, z novimi viri informacij in znanj (Mikuš Kos, intervju 2).

Prilagoditi šolski sistem tem razlikam, saj govorimo o tem – individualizacija pouka, integracija ... A to je nekako mišljeno za otroke, ki so mentalno deficitarni, ki smo jih prej dajali v posebne šole, za te kvalitativne razlike pa to ne velja, in mislim, da je ta sistem rigidna ... Ti otroci, ko pridejo iz šole, najdejo svojo nišo.

Nemirni in nepozorni otroci, ki so danes diagnosticirani z ADHD, niso homogena skupina, v strokah velja, kot sem navajala predhodno, spektrska opredelitev (»samo ime je skupno«), kar pomeni, da nekateri otroci potrebujejo minimalne prilagoditve ali ukrepe okolja in so uspešni pri individualnem delu, vendar je to v trenutnih razmerah po njihovem mnenju praktično nemogoče, da bi toliko otrok lahko imelo vsak svojega učitelja (Psihologinja, fokusna skupina):

V šoli to ni možno. Veliko njih torej pod določenimi pogoji uspešno deluje, ampak takih pogojev ni mogoče ustvariti. Ali pa takih ekstremnih primerov, ko niti skupina ... taki ekstremi so največji problem.

Na eni strani patologizacija in diagnostično opredeljevanje torej danes pogosto pomenita dostop do takšne obravnave, ki za posameznika pomeni korist, vendar kaže, da jo v šolskem kontekstu zaradi naraščajočega pritiska k diagnozam in zniževanju meril zanje, kar posledično jemlje že tako skope resurse v šolah, najslabše odnesejo otroci z največjimi odstopanji in/ali depriviligiranih ozadij (kar pa v šolskem kontekstu danes pomeni brez močnega starševskega zaledja). Obenem se meje med nekoč razumljenim odklonom in izboljšanjem delovanja zabrisujejo, ker se družbena merila normalnega delovanja pomikajo navzgor (uživanje farmacevtskih pripravkov za izboljšanje delovne učinkovitosti, terapije za izboljšanje uspešnosti oziroma osnovne performance, zdravila kot »prehrambeni dodatki« za posameznike, ki po trenutno sprejeti klasifikaciji ne bi bili diagnosticirani, širjenje diagnostičnih meja ipd.).

Ob tem je bila izpostavljena tudi normalizacijska funkcija različnih strok, ki (storilnostno naravnane) družbene diskurze nato vtkejo v lastne pozicije. Stroke, ki se ukvarjajo s človekom, tako skušajo družbena in psihološka dogajanja interpretirati in pojasnjevati, obenem pa ta

dogajanja pomagajo konstruirati z lastnimi diskurzi, in tako soustvarjajo »sisteme vednosti« (Foucault) ter družbene pritiske normalizirajo. Če je bila v preteklosti sociometrija odziv socialne psihologije na splošne družbene pritiske k normalizaciji, in je ugotavljala načine merjenja odstopanja delov populacije od večine, danes različne stroke odražajo tvegane procese individualizacije s konceptualizacijami, ki vključujejo »jaz« oziroma sebstvo kot aktivni, formativni del nečesa (zavesti, nadzora, uresničevanja), s tem pa normalizirajo te družbene predpostavke o individualni odgovornosti (Mikuš Kos, intervju 2):

Moja ožja stroka, otroška psihiatrija ... dve stvari se mi zdita odziv na družbena dogajanja. Eno je gojenje 'samo' – samopodobe, samozavesti, samokontrole, samoedinstvenosti ... kot odraz te individualizacije, egoizma in podobno. V to smo privolili, ti so standardni prefiks v strokovnem jeziku.

Uspešnost postaja torej tako pomembna, da diagnoza lahko koristi. Toda ob tem je danes nejasno, »kaj bo to za posameznike pomenilo, ko bodo vstopali na trg dela« (prav tam). Ob tem obstajata dve možnosti: trg dela v prihodnosti ne bo temeljil na diagnozah, spričevalih, ampak preprosto po tem, kaj zmoreš. Delodajalce že danes vse manj zanima dokumentacija o posamezniku, pač pa to, kaj tukaj in sedaj zmore. Po drugi strani bodo lahko v prihodnosti delodajalci na osnovi dokumentacije o posameznikovih posebnih potrebah odločali negativno, zato je odločitev za diagnosticiranje otroka danes za starše tvegana (Mikuš Kos, fokusna skupina):

Če vzameš mojega vnuka, se zdi to tipičen primer – če bodo šli po dokumentaciji, bodo rekli, tega ne, možgani niso v redu, od pediatričnih diagnoz do tega, da je to otrok s posebnimi potrebami. Ampak to je izredno kreativen, produktiven človek z ogromno energije – za razliko od njegovega starejšega brata, ki mu nič ne »fali«, a je lebdeč in depresiven. Če bi se odločala jaz, koga vzeti za delo, bi se absolutno za /prvega vnuka/. Če se bodo na osnovi papirjev, bi se za njegovega brata, ker on je »čist«.

Če so torej starši tisti, ki ustvarjajo pritisk k medikalizaciji otrok – za tiste diagnoze, ki so zaželeni, ker v šoli otroku prinašajo določene ugodnosti in s tem povečanje možnosti šolske uspešnosti, ki je razumljena kot bistveni cilj – se pojavi vprašanje, kateri starši bodo izvajali večji pritisk k medikalizaciji svojih otrok: starši, ki premorejo večji družbeni in kulturni kapital, ali starši iz deprivilegiranih ozadij? Raziskava GOETE je pokazala, da so starši, ki pogosteje prihajajo v šolo in ki jasneje izražajo svoje zahteve, skrb in pričakovanja, v povprečju višje izobraženi starši oziroma starši z večjim družbenim in kulturnim kapitalom, kot je povedala ena od ekspertinj v raziskavi, iz Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše (KP-eksperti-intervju-SCOMS-direktorica):

K nam po pravilu pridejo starši, kjer je socialno ekonomski status dober. Oni so zainteresirani za svojega otroka. Oni se odzovejo in prepoznajo stisko. Ali da imajo neka večja pričakovanja do svojih otrok. In tukaj so tudi oni pripravljeni kaj narediti. Mnogokrat ni samo delo z otrokom, ampak je to ali terapevtsko delo z družino ali pa včasih tudi brez otroka, s starši. In ti starši so na to pripravljeni. Če bi mi to statistiko naredili, bi se nam to že zdavnaj pokazalo. Žal pa tam, kjer je nižji socialno ekonomski status, starši enostavno niti ne pridejo do nas. Ali ker morda staršem šola ne pomeni ne vem kaj. Lahko vse te otrokove težave podcenjujejo. Ali mogoče preprosto nimajo časa. Težko bi presodili.

Zato lahko sklepamo, da se bodo prav ti starši tudi bolj zavzemali za medikalizacijo otrok, v kolikor od nje pričakujejo koristi za otroka, in sicer kot dodatnega orodja za izboljševanje možnosti otroku. Učitelji se po ugotovitvah raziskave obenem znatno več ukvarjajo s otroki teh staršev, obenem pa manjši angažma drugih staršev (pogosteje nižje izobraženih) interpretirajo kot zanemarjanje šolskega dela otrok (Ule, 2013). Pri tem velja znova navesti, da sodelovanje med družino oziroma starši in šolo danes predstavlja ključni del družbenega konstrukta »dobrega starševstva« (Ule in druge, 2015, str. 331). Manjši starševski angažma dejansko ne pomeni nujno »zanemarjanja«, pač pa je odraz občutkov nekompetentnosti v razmerju s šolo, ki jih imajo v večji meri starši iz deprivilegiranih ozadij. Učitelji tako svoj omejeni čas namenjajo tistim staršem in otrokom, ki to zahtevajo. Če starši ne dosežejo želenih rezultatov, svoje osebne intervencije v šolo povečajo (prav tam). Učiteljska svetovalna vloga je zato zmanjšana, njihovi nasveti pogosto dejansko niso upoštevani, pa tudi učitelji sami sebe razumejo kot neupoštevane. Diagnoza v tem primeru lahko torej pomeni nov element socialnega izključevanja in utrjevanja razlik, saj pogloblja razlike med otroki, ki v določenih značilnostih dejansko znatno odstopajo od večinske populacije, v kolikor ti otroci izhajajo iz deprivilegiranih okolij in družin, v katerih starši ne zmorejo ali ne znajo nuditi velike podpore in vključevanja v šolsko delo in proces, ki je po ugotovitvah raziskave ključni element družbene stratifikacije in utrjevanja družbenih razlik.

5.3.3 Medicinski model, inkluzija in vzgoja: proces premeščanja odgovornosti

Medikalizacija in medicinski model sta povsem izpodrinila oziroma zadušila razprave o inkluziji, temelječe na etiki skrbi, pravičnosti, strpnosti in spontanem sprejemanju drugačnosti (npr. Kroflič, 2002, str. 84). Te na etiki skrbi utemeljene ideje inkluzije so pred približno petnajstimi leti v pedagoških razpravah začele uveljavljati alternativo konceptu integracije, ki je predstavljala bolj »mehanicističen« pristop (»vrženost« drugačnega otroka oziroma otroka z odstopajočimi značilnostmi v sistem). Ideja inkluzije obenem predstavlja alternativo

medicinskemu modelu, saj ne izpodbija nekaterih njegovih esencialističnih predpostavk (ne trdi, da med posamezniki ne obstajajo bistvene razlike), obenem pa ponuja strategije za njihovo drugačno družbeno obravnavo. Ideja inkluzije želi preseči težnjo po razlikovanju, vrednotenju in razvrščanju ljudi z vključevanjem in participacijo manjšinskih in deprivilegiranih družbenih skupin. V ozadju koncepta je, kot poudarja Lesar (2009), prepoznavanje, da večinska šola lahko zmanjša selektiven in izključevalen učinek šolanja oziroma zmanjša reprodukcijo družbene stratifikacije skozi izobraževalni proces.

Šola za otroke s posebnimi potrebami, kamor spadajo otroci s hiperkinetično motnjo oz. ADHD, namreč tudi na zakonski ravni in drugih dokumentih (npr. Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju iz leta 2011, ki je predstavljala smernice za zakonodajo, med mednarodnimi dokumenti pa je pomembna Salamanška izjava in akcijski načrt o izobraževanju oseb s posebnimi potrebami iz leta 1994, ki jo je izdal UNESCO in vključuje koncept inkluzije namesto integracije) predpostavlja *inkluzijo*, vključitev in šolanje v rednem programu. Slovenija si je načela inkluzije zastavila celo kot cilj sistema vzgoje in izobraževanja, med katerimi so »vzgojanje za medsebojno strpnost, razvijanje zavesti o enakopravnosti spolov, spoštovanje drugačnosti in sodelovanje z drugimi, ... ter s tem razvijanje sposobnosti za življenje v demokratični družbi«, kot navaja denimo Zakon o financiranju vzgoje in izobraževanja (ZOFVI)¹¹¹ v 2. členu med cilji vzgojno-izobraževalnega procesa. Kot piše Lesar, je ideja inkluzije postala že »civilizacijska norma in le redki se ji upajo oporekati« (Lesar, 2009, str. 4). Pri socialnem modelu ocenjevanja učnih težav namesto medicinskega je strategija namesto »popravljanja« posameznika odstranjevanje ovir, s katerimi se sooča, njegova zmanjšana zmožnost pa naj ne bi bila razumljena oz. definirana kot ovira, ki ga omejuje, pač pa kot nekaj, kar zahteva prilagajanje okolja (Magajna in Velikonja, 2011, str. 11).¹¹² Ko

¹¹¹ Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja – ZOFVI. (1996). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 15. marca.

¹¹² Socialni model oviranosti namesto individualizacije odgovornosti, kakršno predstavlja medicinski model, odgovornost s posameznika prenaša na družbo ter pojasnjuje, da so ovire proizvod okolja, družbe in njihovih institucionalnih praks. Razvil se je kot reakcija na medicinskega (patologizacijo in obravnavo skozi medicinske diagnoze), vendar tudi ta model ni brez kritik. Prepričljivo kritiko predstavi Rebolj (2018, str. 24-26, 35), in sicer, da ta model na račun prevelikega poudarjanja enakosti spregleda temeljne razlike med osebami s posebnimi potrebami in tistimi brez njih. Kritike tega modela (za katere Rebolj opozarja, da so prišle včasih tudi s strani njegovih zagovornikov), so opozarjale na primanjkljaje tega modela v praksi, in sicer z argumentiranjem, da služi predvsem v namene pojasnjevanja oziroma razlaganja, kar ni dovolj za ustvarjanje večjih družbenih sprememb. Kritike zajemajo predvsem tri vidike: 1. Socialni model v svoji skrajnosti zanika primanjkljaj, kar ustvarja »vtis nevidnosti in nepomembnosti telesa in psihe posameznika s posebnimi potrebami« (prav tam, str. 25); posameznik primanjkljaj še vedno doživlja kot realnost, čemur socialni model ne namenja pozornosti. 2. Socialni model spodbuja težnjo k uniformiranosti v smislu poudarjanja, da imamo vsi posebne potrebe in da smo vsi raznoliki, kar vodi v umikanje drugega in drugačnega iz politik in ukrepov. 3. Pri njem obstaja pomanjkanje politične participacije s strani akademikov. Vprašanje je torej, kot poudarja avtorica, kako uravnotežiti spreminjanje ovir v

kategorije otrok s posebnimi potrebami ne služijo več boljšemu poznavanju konkretnih posameznikov, ampak statusu za pridobivanje posebnih pravic do socialne pomoči (do prilagoditev vzgojno-izobraževalnega procesa, specialnih oblik pomoči in do spremljevalca), vzgojno-izobraževalni sistem v Sloveniji, kot poudarjata Zaviršek in Pečarič (2019), ohranja medicinski pristop in model miloščine. Pri tem je pomembno izpostaviti, da je splošna usmerjenost na storilnost in izobraževalno uspešnost s strani vseh akterjev v izobraževalnem kontekstu (šole, starši, učenci, eksperti, institucionalna raven), ki jo je razkrila raziskava GOETE, v ostrem nasprotju z idejo inkluzije, zato sta predstavitev ideje inkluzije in vprašanje njene realizacije vredna posebne analize.

Drugo vprašanje, ki zahteva posebno obravnavo, je vprašanje vzgoje v izobraževalnem procesu. Ta se še vedno tudi uradno imenuje »vzgojno-izobraževalni« na institucionalni, nacionalni in tudi evropski ravni, vendar vzgojnih vidikov šole in izobraževalnega procesa v okviru raziskave GOETE niso naslovili ne starši, ne učitelji, ne eksperti in tudi ne otroci. Starši so vlogo učiteljev razumeli predvsem v nujenju ustrezne pomoči in podpore v procesu pridobivanja znanj, pedagoški delavci pa so vprašanje vzgoje obravnavali le v okviru teme disciplinskih vprašanj v šoli (slednje so deloma odpirali tudi starši), medtem ko otroci ključno čustveno podporo vidijo v starših in deloma vrstnikih ter učitelje oziroma pedagoške delavce razumejo predvsem kot izvajalce izobraževalnih pritiskov, pred katerimi se lahko umaknejo le pod čustveno okrilje in podporo staršev. V kontekstu navedenih družbenih pritiskov k storilnosti v izobraževalnem kontekstu se je zato skrčil prostor za vzgojne in čustvene elemente v šoli, s tem pa tudi posebnosti. Eksperti o ADHD (fokusna skupina) so glede slovenskega šolskega sistema v tem kontekstu izpostavili kritiko šolskih reform v začetku 1990. let, iz katere po njihovi interpretaciji izhajajo številne značilnosti sodobnega (osnovnošolskega) izobraževalnega sistema (Razvojna psihologinja, fokusna skupina):

Takrat je prišla LDS-ovska smer in naenkrat so se pojavili neki ljudje, ... ki se prej sploh niso s šolo ukvarjali ... in so začeli zelo to ideologijo razvijati, vse točke, storilnostno – po angleškem sistemu. Jaz sem šele kasneje videla, da je bilo to morda tudi malo pod diktatom Mednarodnega monetarnega sklada ... v upanju, kaj vem, da se bo zgradilo neko elito ... malo je bilo to, malo pa še pri nekaterih ostanek tega ... racionalnost, racio je nad čustvi, ... šola ... se ukvarja samo z izobraževanjem, ne z vzgojo.

okolju, ne da bi zanikali težave, s katerimi se posameznik srečuje, kar mu odvzema odgovornost ter zanika njegovo doživljanje in lastnosti.

Čustveno komponento, razvijanje ne le čustvene, pač pa tudi moralne zrelosti ter odsotnost pomena vzgoje so eksperti (fokusna skupina) izpostavili kot danes problematičen vidik šole. Kot so opozorili tudi sami, preusmeritev izobraževalnega sistema pretežno na performativne vidike (učne dosežke, učno storilnost) ni samo posledica oziroma izbira nacionalne politike, saj je ta, kot sem navedla uvodoma, vpeta v procese evropeizacije izobraževanja, ta pa širše v globalne ekonomske zahteve kompetitivnosti in ustvarjanja človeškega kapitala v okviru »družbe znanja« oziroma informacijske družbe. Pri tem se v okviru izobraževalnega procesa obenem odpira vprašanje, kaj je lahko v takem kontekstu, kjer izobraževalni sistem poudarja predvsem performativnost, »skriti kurikulum« (Apple, 1995) – kaj je legitimno znanje, namreč odločajo hegemonске strukture in njihove ideologije – oziroma kakšne vrednote v tem kontekstu »prikrito« posreduje tako usmerjen izobraževalni sistem, pri čemer s prikrito mislim na *nereflektirano*, in ne nujno *namerno* prikrito.

*

Kot poudarjajo tudi prispevki pedagoške stroke (npr. Lesar, 2009), v Sloveniji obravnava otrok z ovirami na različnih področjih, od fizičnih do intelektualnih, temelji pretežno na *medicinskem* modelu, ne socialnem. Medicinski pristop je danes inkluzijo nadomestil že zaradi proceduralnih mehanizmov, kako se otroka s posebno potrebo sploh opredeli. To je posebno polje razprave, kajti, kot poudarja Ule (2015a, 2015b, Ule in druge 2015), so danes zaradi zgodnje biografizacije *vsi otroci* na nek način s »posebnimi potrebami«, vsak ima svoje potrebe in zahteve, saj se vsak sooča z težavnostjo sodobnih ovir na svoj način, na kar pa učitelji niso pripravljeni. O tem, kaj naj bi inkluzija predstavljala, po mnenju nekaterih avtorjev »ni konsenza« (Kobal Tomc in Narat, 2017, str. 192), predvsem zato, ker je koncept kompleksen, »zelo širok in temu primerno tudi različno (ne)razumljen« (Rebolj, 2018, str. 43). Pri predstavitvi ideje inkluzije se opiram predvsem na razpravo Lesar (2009; 2017; 2018; 2019), ki ponuja celovito opredelitev, zgodovino ideje ter tudi njene možnosti izpeljave. Inkluzija kot protipomenka izključevanju, ekskluziji, po Lesar (2009) ni vezana samo na izobraževalni kontekst in šolske prakse, pač pa na širše družbene prakse in predstavlja osebno in širšo družbeno zavezanost tej vrednoti. Ideja inkluzije se je pri nas uporabljala predvsem pri vprašanih izobraževanja otrok s posebnimi potrebami, in sicer zato, ker je bila ta skupina v preteklosti deležna najbolj očitnih oblik izključevanja, čeprav so idejo inkluzije, ki naj bi zajemala širše in raznolike skupine deprivilegiranih in marginaliziranih otrok, pri nas že prej razvijali različni avtorji (npr. Kroflič, 2002; Medveš, 2003a, 2003b; Resman, 2003). Resman (2003, str. 67) jo na je primer opredelil kot »sobivanje ljudi različnih sposobnosti, odlik in

pomanjkljivosti, različnih pričakovanj in ambicij«, kot »posebne« otroke pa opredeljuje vse tiste otroke oziroma skupine otrok, »ki se razlikujejo od dominantnih (večinskih) skupin po socialno-kulturnih, telesnih in osebnostnih (intelektualnih, čustvenih) značilnostih«. Inkluzija je torej usmerjena na širše družbene prakse (Lesar, 2009, str. 6), ne le pedagoške, čeprav je iz njih izšla.

Inkluzija torej ne zajema samo otrok, ki so po veljavni zakonodaji opredeljeni kot »otroci s posebnimi potrebami«, ¹¹³ pač pa vse druge marginalizirane in deprivilegirane skupine otrok (Lesar, 2009, str. 9). Med temi so otroci etničnih manjšin (ki so bili v preteklosti deležni, kot poudarja avtorica, bolj ali manj očitnega izključevanja), romski otroci (ki so nesorazmerno pogosto preusmerjeni v šole s prilagojenim programom v primerjavi z večinsko populacijo), otroci priseljencev iz nekdanje Jugoslavije (Lesar, 2009) ter vsi drugi marginalizirani posamezniki »bodisi na osnovi motenj, revščine, barve kože, spola, let, etničnosti, spolne usmerjenosti, religije ... zaradi česar je življenje v VIZ-institucijah za nekatere nepotrebno težko« (Lesar, 2018, str. 121). Inkluzija torej zajema dosti širši spekter otrok kot integracija, ki se je, kot pojasnjuje Rebolj, kot ideja pojavila v 2. polovici 20. stoletja in osredotočala na otroke s posebnimi potrebami ter poskuse njihovega vključevanja v večinsko šolanje in »tog in nespremenljiv šolski sistem« (Rebolj, 2018, str. 43), pri tem pa ni bil poudarek na prilagajanju šole posamezniku, pač pa prilagajanju otroka šoli, in sicer s pomočjo terapije, rehabilitacije, specialistov ali druge dodatne pomoči. Novejša ideja inkluzije pa torej predpostavlja prilagoditev izobraževalne institucije oziroma sistema večinskega šolanja posameznikom z različnimi zmožnostmi, etničnim in družbeno-ekonomskim statusom, ne posameznika večinski šoli. Zato to »ni prizadevanje za normalizacijo, asimilacijo niti za rehabilitacijo posameznikov« (prav tam, 44). Različni avtorji (npr. Kroflič, 2002) zato poudarjajo, da je to odprt, nerutiniziran in nedokončan proces, saj se mora odzivati na vsakokratne izključevalne učinke.

Dve ključni razpravi, ki sta pomembni za razvoj ideje inkluzije, sta po Krofličevo (2019), razpravi Fulcherjeve in Canguilhema, zato obema posvečam več pozornosti. Fulcher (1989, v Lesar, 2009, str. 24) opredeljuje razliko med poškodbo (anatomska izguba telesne funkcije, angl. »*impairment*«) in nezmožnostjo (merljivo in funkcionalno izgubo, ki je posledica poškodbe; angl. »*disability*«) ter oviranostjo kot socialno posledico (angl. »*handicap*«). Pri tem

¹¹³ Po spremembi zakonodaje leta 2000 se je zato znižal odstotek vključenih v segregirane oblike izobraževanja, torej ločene izobraževalne institucije oziroma posebno šolanje s prilagojenim programom in drugačnimi standardi, kar obenem deloma pojasnjuje povečanje števila odločb v rednih oziroma večinskih šolah (prav tam).

je Fulcher (v Zidar, 2005) opredelila tudi štiri problematične diskurze ukvarjanja z marginalnimi skupinami: medicinski diskurz, diskurz usmiljenja, laični diskurz in diskurz pravic. Medicinski diskurz, ki po Fulcher prevladuje, je problematičen zaradi opredeljevanja funkcionalne nezmožnosti kot objektivne in notranje lastnosti posameznika, obenem pa zaradi predpostavke, da so za odločanje o tem, kaj je zanj dobro, kompetentni le zdravniki in drugi specialisti. S tem medicinski diskurz posamezniku odvzame avtonomnost in izključi diskurz uporabnika, namreč jezik pravic in potreb ter inkluzijo. Diskurz usmiljenja »funkcionalno nesposobne« osebe opredeli kot objekt usmiljenja, kot tragične in odvisne »večne otroke«. Diskurz pravičnosti, ki opozarja na diskriminacijo in izključevanje, je po Fulcher najsodobnejši in najnaprednejši diskurz, vendar v politični praksi pogosto ni uspešen. Druga večja konceptualizacija, na katero se naslanja ideja inkluzije, je Canguilhemova konceptualizacija oviranosti. Kot pojasnjuje Kroflič (2018, str. 82-83, 103), je Canguilhem opozoril, da oviranost hendikepiranih oseb izvira iz dejstva, da je družbeno okolje oblikovano za zdrave osebe z značilnim razvojem, in ne iz njihovega anomalničnega medicinskega stanja. Kasnejše razprave so na tej podlagi hendikep označile za kulturno travmo, številne oblike skrbi za hendikepirane pa ne le neinkluzivne, pač pa celo nasilne (Zaviršek, 2018, v Kroflič, 2018, str. 83).

Obenem velja opozoriti tudi na Canguilhemovo razpravo o procesu medicinskega opredeljevanja patološkega v njegovi klasični študiji Normalno in patološko (1987). Canguilhem argumentira, da vsaka konceptualizacija patologije temelji na predhodni vednosti o ustreznem normalnem stanju (pri čemer je zdravnik tisti, ki opravi presojo o ločnici med patološkim in zdravim). Obravnava dve možni opredelitvi pomena normalnosti; prva se nanaša na določanje *povprečne ali srednje mere* določene lastnosti v neki vrsti, druga pa lahko označuje *idealno* ali *popolno* obliko. Pri tem lahko na Canguilhemovo ločevanje dveh opredelitev normalnosti obenem navežem na ugotovitve poglavja naloge o medikalizaciji; medtem ko je v preteklosti prevladovala opredelitev nenormalnosti kot odklona od povprečja (in je bil patologiziran in medikaliziran ta odklon), se je v sodobnosti spremenilo to, da je danes medikaliziran odklon od druge Canguilhemove opredelitve normalnosti: normalnosti kot odklona od *ideala* ali *popolne oblike*. Canguilhem argumentira, da obe opredelitvi povzročata dvoumje. Po njegovem biti zdrav ne pomeni nujno, da organizem ne zboli ali razvije bolezni, pač pa da ima organizem sposobnost, da *preseže neko krizo* in oblikuje nov fiziološki red. Patološko življenje je, ko mora organizem živeti življenje, v katerem nima možnosti, da bi se spopadal z zahtevami nove situacije. Patološko zato ni nujno odstopanje *niti od norme niti od ideala*, pač pa življenje v normi, ki je vitalno inferiorna (v razmerju do okolja). Zato sklene, da

ne obstaja absolutni pomen normalnega, pač pa slednjega opredeljuje *odnos posameznika do okolja*.

Ker ideja inkluzivnosti torej ne zajema le otrok s posebnimi potrebami, pač pa raznolike skupine deprivilegiranih otrok, ki se srečujejo v izobraževalnem procesu z oviranostjo (pri čemer ideja inkluzije težave torej opredeljuje v relaciji posameznika z okoljem), so se pojavile terminološke zadrege, kako te otroke iz marginaliziranih ali deprivilegiranih ozadij opredeliti z enotnim terminom ter kako terminološko opredeliti tudi težave, s katerimi se ti otroci soočajo. Lesar (2009, str. 22-30; glej tudi Rebolj, 2018, str. 4-16) v svojem razmisleku o terminih, kot so oviranost, nezmožnost, poškodba, hendikep, posebne potrebe, drugačnost in različnost, pa tudi motnja in invalidnost (pri čemer opozarja, da imajo sorodni angleški izrazi »*disability*«, »*handicap*«, »*impairment*«, »*special needs*«, »*disorder*«, »*invalidity*« ipd. v izvornem jeziku včasih tudi zelo drugačne pomenske konotacije in rabe kot slovenski), ter alternativnih predlogih, kot so »učenci z individualnimi vzgojno-izobraževalnimi potrebami« in »učenci z ovirah pri učenju in participaciji«, predlaga izraz »pogosto izključeni učenci«. Jezik izraža razmerja moči, in razprave o teh terminih, ki opredeljujejo marginalizirane, deprivilegirane, ovirane skupine ljudi, imajo dolgo, pomembno in bogato zgodovino, ki je na tem mestu ni mogoče ustrezno zaobjeti ali povzeti. Toda ker te terminološke razprave skušajo opozarjati na, uravnovešati in nevtralizirati razmerja moči, je mogoče sprejeti (sicer očiten) sklep, da same po sebi opozarjajo na obstoj in sodobno relevantnost teh razmerij moči, proti katerim se borijo, predvsem zaradi prevladujočega medicinskega normativnega družbenega diskurza (razprave v okviru inkluzije sicer obravnavajo tudi diskurz usmiljenja, laični diskurz, »management« diskurz, profesionalni in pedagoški diskurz; za podrobno razpravo glej Rebolj, 2018, str. 15-26), saj v kolikor bi obstajalo »spontano sprejemanje drugačnosti«, ki ga predpostavlja inkluzija, bi zanjo že obstajala tudi samodejna ustrezna jezikovna opredelitev – oziroma potreba po posebni jezikovni opredelitvi sploh ne bi obstajala.

5.3.3.1 Obravnava otrok z odločbo v izobraževalnem sistemu in njene implikacije

Če se vrnemo na izsledke študije GOETE, se njene ugotovitve o opredelitvah deprivilegiranih in ranljivih skupin učencev pravzaprav skladajo s široko opredelitvijo, ki jo predpostavlja inkluzija. Pedagoški delavci in eksperti kot skupin otrok, ki so najbolj ranljive in deprivilegirane, niso opredelili le otrok s posebnimi potrebami; ti so bili v raziskavi pravzaprav manjkrat omenjeni, učitelji in eksperti pa so večinoma menili, da imajo te skupine (opredeljene na podlagi odločb o usmerjanju) večjo in večinoma zadostno podporo v smislu prilagoditev

pouka, ocenjevanja in drugih olajšav, še zlasti z zadnjo spremembo zakona. Otroke s posebnimi potrebami identificirajo zgodaj, najpogosteje na predlog staršev; kadar se težave ne pokažejo zgodaj, otroka ob učni neuspešnosti na diagnosticiranje napotijo zopet najpogosteje starši, včasih pa tudi šola, kot je povedala ekspertinja s Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše (KP-eksperti-intervju-SCOMS-direktorica):

Opažamo še eno stvar, da ti otroci, kjer se ni že zgodaj pokazalo, da so neke težave ..., se nam te težave pojavijo nekje v četrtem razredu. Torej takrat nastopi številčno ocenjevanje in v bistvu tudi starši takrat odreagirajo na to učno neuspešnost otroka. In ko vidijo številčne ocene, se potem pogosto nekako zganejo v to smer, da zdaj pa morajo nekaj narediti. Ali pa tudi šola lahko malo bolj pritisne na starše, tako da takrat pokličejo in pridejo. Mogoče se potem takrat prične ves ta postopek odkrivanja diagnostike in svetovanja. Pogosto je namreč ta učni neuspeh tisti, ki spodbudi to, da nekdo v bistvu pride ... Te odločbe imajo tako zelo ... nekako veliko težo, ker potem otroku omogočajo prilagoditve. To je podaljšan čas pisanja, podaljšan čas na maturi itd. Torej potem ima spet interes, da se pri nas opravi diagnostika in da se da neko mnenje. In se potem mogoče to opravi in se potem tudi starši odločijo za to, da dajo predlog za usmerjanje otroka.

Diagnosticiranje z različnimi motnjami, ki omogočajo dodatno podporo in olajšave v izobraževanju, se povečuje ne le pri osnovnošolski populaciji, pač pa tudi pri srednješolski in pozneje na univerzitetni ravni; ekspertinja (prav tam) je pojasnila, da je to drugi trenutek, ko se starši začnejo obračati nanje z namenom diagnosticiranja otroka oziroma mladostnika.

Kot sem že navedla, je v raziskavi na splošno najbolj izstopajoča ugotovitev, da so kot najbolj ranljivi in deprivilegirani opredeljeni tisti otroci, ki v družini oziroma s strani staršev nimajo zadostne podpore, oziroma katerih starši se ne zmorejo ali ne znajo vključevati v njihov izobraževalni proces in potek ter delovati kot njihovi »zagovorniki«. Vendar pa so učitelji in eksperti (dosti manj pa starši in otroci sami) navajali heterogen razpon različnih ovir, s katerimi se srečujejo otroci in kar razumejo kot »deprivilegirano« teh otrok. Pri analizi kvalitativnih podatkov (intervjuji in fokusne skupine z eksperti, pedagoškimi delavci, starši in otroki) obenem izstopi dejstvo, da imajo najbolj široko predstavo o skupinah deprivilegiranih otrok ne učitelji, ki imajo vsakodnevno stike s temi skupinami, pač pa eksperti, od katerih nekateri nimajo nujno enakega vsakodnevnega neposrednega stika z učenci, kot ga imajo učitelji. Med eksperti so denimo ne le specialni pedagogi, ravnatelji in pomočniki ravnateljev ter mentorji romskih učencev (ki so dnevno v stiku z otroki), pač pa tudi predstavniki drugih institucij, npr. Ljudske univerze (osnovne šole za odrasle), Zavoda za zaposlovanje (psihologi), Zveze prijateljev mladine, duhovniki ipd. Eksperti so kot skupine otrok, ki jih razumejo kot deprivilegirane, opredelili najširše; izpostavili so: 1. otroke iz družin s slabšim oziroma nižjim

družbeno-ekonomskega statusom (finančni problemi, pri čemer so nekateri eksperti izpostavili, da zaradi slabega ekonomskega stanja deprivilegirani skoraj vsi, kar velja za obrobne regije); 2. otroke priseljencev in otroke s statusom tujca, etnične manjšine (romski otroci, otroci priseljencev iz nekdanje Jugoslavije, albanski otroci); 3. specifične osebne značilnosti otrok (introvertiranost, socialne nespretnosti, manjša čustvena inteligenca, manjša sposobnost vzpostavljanja stikov); 4. otroke, ki ne izstopajo oziroma so v povprečju (z argumentom, da se pedagoški delavci posvečajo predvsem skrajnostma: nadarjenim in otrokom s posebnimi potrebami); 5. socialne probleme, socialno deprivilegirane, brez opore v socialni okolici, otroke s slabo socialno mrežo; 6. družinske probleme (nasilje v družini, otroci ločenih staršev, otroci s psihosocialnimi in vedenjskimi težavami, ki izvirajo iz teh družin, posledično pomanjkanje občutka varnosti; vendar so nekateri pri tem poudarjali starševsko vpletenost v izobraževalni proces, v smislu, da ti otroci *zato* nimajo doma nikogar, ki bi jim pomagal pri šolskem delu); 7. otroke z izkušnjo neuspeha (običajno z neizobraženimi starši), s slabo samopodobo; 8. otroke brez delovnih navad.

Pri učiteljih je bila opredelitev otrok, ki po njihovem spadajo med deprivilegirane skupine, izstopajoče manj heterogena, manj strukturirana in bolj poenostavljena, zaznati pa je tudi težnjo po kulpabilizaciji staršev. Učitelji so kot deprivilegirane opredelili: 1. nižji družbeni sloj, socialno zanemarjene, socialno šibka in ogrožena okolja, družine brez materialne podpore in ustreznih (učnih) pripomočkov; 2. otroke, katerih starši se »na nepravilen način ukvarjajo z vzgojo« (jih nočejo preobremenjevati), »razvajenčke«, ali po drugi strani otroke prestrogih staršev (otroci imajo vse, toda starši pritiskajo k učnemu uspehu), otroke brez podpore družine (pri šolskem delu); 3. povprečne in mirne otroke (tukaj se strinjajo z eksperti), saj da je preveč skrajnosti (od genijev do spodnje meje), zato se neizstopajočim ne morejo posvetiti; 4. druga jezikovna okolja; 5. enostarševske družine.

Pri tem izstopa ugotovitev, da eksperti in učitelji v raziskavi ocenjujejo kot ranljive tim. »povprečne« otroke, ki ne izstopajo. Otroci na obeh skrajnostih, zelo nadarjeni in otroci s posebnimi potrebami, namreč v okviru medicinskega modela oziroma medikalizacije lahko pridobijo odločbo in s tem pravico do posebne obravnave, za to obravnavo so učitelji obvezani, in obenem so te prilagoditve obvezani opravljati po dogovorjenem programu, kar po mnenju učiteljev počrpa njihove že tako skope resurse z dodatnim delom, prilagajanjem učne ure in podobno. Opazimo lahko torej nekoliko paradoksen učinek medikalizacije, in sicer da z naraščanjem zaželenih diagnoz na račun posebne pomoči in olajšav medikalizacija zdaj

izključuje sredinsko populacijo otrok, ki se jim učitelji – kot navajajo, zaradi preobremenjenosti z učenci na obeh polih skrajnosti – zato ne morejo v zadostni meri posvečati, kar ilustrirata naslednji izjavi učiteljev iz raziskave o tem, kateri učenci so po njihovem mnenju deprivilegirani:

Jaz bi rekla tako, ne, verjetno ne tisti, ki vi mislite ali pa vaše raziskave, jaz bi rekla, da tista sredina. Da so to tisti v razredu, ki niso ne dobri, ne slabi, se jih lepo pri miru pusti, pa potem lepo vegetirajo in preživijo zelo lušno in na miren način pa brez velikega truda, ne dajo pa tistega iz sebe, kar bi lahko. /.../ Ker sedaj je to tako, z brihnmimi se ukvarjaš, z butastimi se ukvarjaš, pa ni mišljeno nič slabšalno, ampak tisti, ki ima težave takšne ali drugačne in se težje uči, s tistimi se tudi v osnovni šoli zelo veliko ukvarjaš in jih rineš naprej na vse možne načine, učna pomoč in dopolnilni pouk in 512-krat ga vprašaš, da le en minimum pokaže, da nekako pač naredi razred. Toliko, kot se z njimi tukaj ukvarjamo, se v srednji šoli nobeden ne, to je dejstvo. Tako, da jaz jih ne bi štela v to kategorijo, zaradi dejansko tega, če tako pogledaš, imajo od najavljanega spraševanja, prilagojenih testov, zmeni se lahko, kdaj bo vprašan, zmeni se lahko tudi, kdaj bo pisal, če takrat ne more, vseh možnih pomoči, v osnovni šoli je temu res, da starši zelo veliko pozornosti posvečajo, da bi nekako le bili uspešni. (LJ-učitelji-intervju-razredničarka-fizika)

Mislím, da imamo prevelik razpon učencev. V tem smislu, da imamo od takih, ki so že na meji, da zmorejo ta program, do takih, ki so geniji in zdaj, če želiš ustreči tako enim in drugim, kot tistim vsem vmes, potem enostavno tega ne morem. Če jih je tam petindvajset do osemindvajset v razredu je: so trije geniji, trije na drugi strani, vmes pa so taki in drugačni. Če bi se zdaj hotel vsakemu posvetiti, tega ne moreš. To se pri individualnih ali kakršnih koli učnih zadevah se da rešiti, ampak v vsakemu primeru so nekateri, ki so nekje odmaknjeni. Torej nimajo vseh privilegijev. Če se posvetiš tistemu, ki je malo bolj nadarjen, ali pa tistemu, ki je malo manj nadarjen. (KP-učitelji-fokusna)

Ideja inkluzije sicer predpostavlja prilagajanje vsakokratnim razmeram in novim opredelitvam izključenosti, vendar doslej sredinske, v vedenjskem in učnem smislu neizstopajoče populacije otrok, v razpravah o inkluziji vsekakor ni zaslediti kot pogosto izključene.

Obenem je pomembna in pomenljiva ugotovitev, da učitelji, ki so vsakodnevno v stiku z otroki, slabše prepoznavajo raznolikost dejavnikov ranljivosti in deprivilegiranosti otrok kot eksperti, ki s temi otroki niso nujno v vsakodnevem stiku. Posamezni so celo navajali, da menijo, da ukvarjanje s temi otroki ni njihova odgovornost, pač pa odgovornost staršev: »Depriviligirani so lahko učno, socialno. Mogoče bi tukaj najprej izpostavila težave, ki jih imajo otroci v družini. V bistvu jim moramo pomagati mi, namesto da bi bila tukaj podpora staršev« (KP-učitelji-intervju-matematika in fizika). Pojasnilo lahko vsaj deloma iščemo v širših institucionalnih vidikih, ki po mnenju pedagoških delavcev ovirajo njihovo delo, jih preobremenjujejo in tudi ignorirajo dobre prakse. Najpogostejše pritožbe o izobraževalnem sistemu so bile: hitre, nepotrebne in prezgodnje reforme osnovnošolskega izobraževanja, ki spreminjajo dobro in

slabo, pogosto brez razumevanja dolgoročnih posledic ter brez razumevanja praks šolskega sistema, uveljavljanje politik od zgoraj navzdol (glavni akter sprememb na izobraževalnem področju je Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, pri čemer velja znova opozoriti, da so tudi nacionalni izobraževalni sistemi pod pritiski konkurenčnosti in procesov evropeizacije izobraževanja), odmaknjenost vladnih oblikovalcev politik od vsakdanjega šolskega življenja in praks ter politična motiviranost in naravnost reform, kot govorijo naslednje izjave pedagogov:

Otroci niso zakoni, ampak otrok je živo bitje, ki ga mi nekako, predvsem starši in domača okolica in nato mi oblikujemo ... nekako pa ni, pri zakonih je nekako, ali je črno ali je pa belo, včasih so tudi odtenki sive ali pa katerekoli druge barve. Tisti, ki jih pišejo, pozabijo, sploh ne vedo, kako izgleda šola, ker nimajo prakse. To se mi zdi velik minus. (LJ-eksperti-intervju-specialna pedagoginja)

Imam občutek, da tisti, ki odločajo o takšnih stvareh, da ne vejo, kaj se pravi biti učitelj in res ne ve, kaj učitelj sploh počne. (KP- učitelji-fokusna skupina)

Škoda vsega truda in družbe, politikov in strokovnjakov; pripraviti eno reformo samo zato, da bo reforma. Se spomnim Gabra, ki je leta šestindevetdesetega izjavil: »Desetletja so trajala, ko bomo to reformo izpeljali, bomo pa začeli z novo!« Mislim, saj šolski sistem je živ in ga je treba dopolnjevati in ne spreminjati. Tako, kot hišo, saj ne zidaš hiše vsake deset let, ampak, če so potrebe večje, jo pač dozidaš, nekaj spremeniš, zamenjaš parket itd., pač nekaj izboljšuješ. Ne pa da jo zrušiš in postaviš novo. (KP-učitelji-fokusna skupina)

Tak pristop »od zgoraj navzdol« slovenskim šolam in učiteljem ne omogoča prilagodljivosti, ki bi lahko izhajala iz njihovih lastnih izkušenj in perspektiv. Obenem učitelji težko sledijo vsem tem spremembam, ki jim morajo nenehno prilagajati svoje delo. Ker se vse odločitve sprejemajo na nacionalni in institucionalni ravni, se učitelji iz odločevalskega procesa o reformah počutijo izključene, spremembe so sprejete brez upoštevanja vidikov tistih, ki to delo opravljajo v praksi, njihove sugestije in rešitve, ki temeljijo na praktičnem in strokovnem znanju, so prezrte: »To... mene moti, če praktiki učitelji predlagajo, ... pa ostane v učnem načrtu, potem ... tu nekaj ni v redu, ne. ... Pokliče se jih k sodelovanju, potem pa se teh pripomb ne upošteva« (MS-eksperti-intervju-pomočnica ravnateljca). Ob obstoječem izobraževalnem sistemu se počutijo frustrirane ter nemočne, podobno pa se počutijo tudi ob naraščajočem vplivu staršev (Ule, 2013, str. 295-296; Peček Čuk in Lesar, 2011).

Učitelji obenem izražajo velike primanjkljaje pri svojem delu z deprivilegiranimi otroki in tudi z otroki s posebnimi potrebami (tistimi, ki so opredeljeni kot taki z odločbo, kar od učiteljev zahteva posebno obravnavo). Najprej imajo težave že z identificiranjem, kateri otroci v razredu sploh imajo posebne potrebe in kaj po njihovem tem otrokom predstavlja težave: »Ne bi vedel

odgovora na to vprašanje» (KP-učitelji-intervju-razrednik-zgodovina). Nekateri učitelji to pojasnjujejo s pomanjkanjem časa, ki ga imajo na voljo za spoznavanje otrok: »Če jaz gledam kot predmetni učitelj, vidim otroka eno do dve uri na teden. Mogoče je to v nižjih razredih lažje, mogoče, samo predvidevam« (KP-učitelji-fokusna), oziroma s časom, ki ga imajo na voljo za ukvarjanje z njimi:

Torej, če sama to gledam, ko imam skupino petinštiridesetih otrok, lahko preletim skupino, ampak se ne morem poglobiti ... Ker, če imam razred petindvajsetih otrok, se mi zdi, da jih je vsaj polovica z ne vem kakšnimi variantami. Kdo je zdaj privilegiran in kdo ni, tega resnično ne vem. Se pa s takšnim načinom dela ne strinjam ... se dela tako velike, izrazite delitve, seciranja teh otrok, pa je zame, kot za učitelja zelo težko ... Eden je astenik, eden je telesno prizadet, eden pa je, kaj pa vem, slabše vidi, slabše sliši in to. Ker so pač odločbe, so potem pač prirejena dela za njih, za način učenja. Bi rekli testi problema, potem imajo pomoč razno raznih pedagogov. To je specialnih pomoči, tega je toliko, pa z razredov, kjer jih jemljejo, od učnih ur jih jemljejo. Res se v 45 minutah se opredeliti na 25 različic, to ni lahko. Tega ocenjevat tako, tega tako, temu dat pisne naloge tako, temu tako, to so v bistvu zelo velike diferenciacije. Tako da v toku dopoldneva je to veliko breme za nas. (KP-učitelji-intervju-razredničarka-likovni).

Tudi kadar vedo za otroke, ki imajo odločbo, imajo z njimi pomanjkljive stike: *»In na koncu se zgodi, da nekaterih otrok ne vidim celo leto, ker jih praktično ni, ker so takrat na posameznih oblikah pomoči. Takrat pa praktično nastanejo problemi« (prav tam):*

Lahko vam povem primer z mojega področja. Včasih se zgodi, da otrok ne vidi barv, pa mi nihče ne pove. Je dejansko nekako čisto v zadnjem nivoju. In, če mi ne povedo, pa ga včasih vprašam: »Ali ne vidiš?«, ti ne veš, da ne vidi. To je minus, pa mogoče zvem šele na koncu devetega razreda. To se mi je že parkrat zgodilo. Mi reče: »Tovarišica, jaz pa ne vidim barv!« In to potem, kaj zdaj? Ker to je ena izmed velikih, velikih takšnih variant. Ne utegnem jih videti ali mi ne povedo. Saj sem že prej rekla, da ima vsak nekaj. Ampak, če hočemo kot celoto secirat na majhne koščke, za to ni časa.

Učitelji se obenem tudi ne čutijo strokovno usposobljene za obravnavo teh otrok, saj naj bi se z njimi ukvarjali specialni pedagogi. Medicinski model oziroma medikalizacija jih pravzaprav razbremeni odgovornosti zanje, ker ta predpostavlja posebno obravnavo. Strinjati se je mogoče, da je že sledenje nenehno spreminjajočim se medicinskim kategorizacijam v okviru medicinskega modela (ki določa, kateri otrok in na podlagi česa je lahko opredeljen kot otrok s posebnimi potrebami) lahko zahtevno za specialne pedagoge, kaj šele za nespecializirane učitelje. Za primer ADHD sem pokazala na pogosto spreminjanje diagnostičnih meril, spremembe v poudarkih na eni ali drugi komponenti motnje (pretirana aktivnost in nemirnost proti nepozornosti), spremembe v spektru, v višanju starostne meje, na razlike v diagnostičnih merilih med različnimi klasifikacijami (evropsko in ameriško, pri čemer so nekateri eksperti že pred uskladitvijo obeh v primeru ADHD lahko preferirali ameriško klasifikacijo, ki je v našem

prostoru sicer manj rabljena, zaradi večjega strinjanja z ameriško opredelitvijo), pa tudi različno interpretacijo diagnostičnih meril v različnih družbenih kontekstih tudi s strani psihiatrične stroke (patologizacija lastnosti, ki vplivajo na pomanjkanje samonadzora v Veliki Britaniji proti patologizaciji lastnosti, ki vplivajo na učno (ne)uspešnost v ZDA; Singh, 2011). Ob tem se v skladu s spremembo diagnostičnih meril prilagajajo tudi pedagoški pristopi in obravnave teh otrok ter prilagoditve učnega procesa. In to velja samo za eno od motenj, s katerimi se preko odločb učitelji srečujejo.

Toda pri učiteljih slabšega prepoznavanja raznolikosti skupin ranljivih in deprivilegiranih otrok (razumevanja, da torej ne gre samo za otroke s posebnimi potrebami, ki so se jim zakonsko dolžni bolj posvečati), ni mogoče pojasniti izključno s preobremenjenostjo. Odgovor lahko morda poiščemo v tem, kako sami razumejo svojo vlogo v izobraževalnem procesu. Čeprav se učitelji v raziskavi GOETE po eni strani pritožujejo nad »faktografskim« in hitro pozabljivim znanjem (pomanjkanje razumevanja znanja in smiselnih znanj, pomanjkanje interdisciplinarnih povezav), pa po drugi strani, kot ugotavlja Ule (2013, str. 239), sami kot svojo *glavno nalogo* razumejo *posredovanje znanja*, pripravo učencev na naslednje stopnje izobraževanja in pomoč pri razločevanju »kakovostnih« in »nekakovostnih« informacij. Lahko, da slovenski učitelji v raziskavi svojo vlogo tako razumejo zato, ker so pod storilnostnimi pritiski nacionalne izobraževalne politike torej preobremenjeni z nenehno spreminjajočimi se izobraževalnimi programi, ker so morda tudi »obupali« nad tem, da bi njihove izkušnje in prakse bile upoštevane v politikah.

Deloma pa učitelji za svojo zreducirano vlogo posredno krivijo tudi starše, češ da jim ti z vpletanjem v njihovo strokovno delo spodkopavajo učiteljsko avtoriteto (LJ-učitelji-fokusna-matematika in tehnika):

Ja, tudi starši se radi v strokovno delo vtikajo. Ne vem, saj ne morejo si predstavljati, kako zgleda naš poklic, če dejansko ne pridejo zraven. Ampak vseeno mislijo, da kar vedo več, in ne vem, da bi se to dalo pa to tukaj drugače, pa tam drugače in kar nekako skušajo vplivati na naše strokovno delo s popolnoma, mislim, brez kakršne koli podlage, da bi oni to dejansko sploh lahko počeli, ne ... Na recimo potek pouka, na zaključevanje ocen, na samo spraševanje, ali pa teste, ali pa na samo delo, na vse.

V vsakem primeru je dejstvo, da je *samorazumevanje* učiteljev kot zgolj »posredovalcev kakovostnega znanja« zelo problematično. To samodejno potiska v ozadje njihovo ukvarjanje z drugimi pedagoškimi vidiki ter tudi idejami, ki jih predpostavlja inkluzija. S tem reproducirajo

tudi vse implicitne vrednote, ki jih zajema individualistična storilnostna ideologija, obenem pa to v ozadje potiska vprašanje vloge vzgoje pri njihovem delu (k čemur se bom vrnila v nadaljevanju) – kar zaznavajo tudi otroci.

Pri starših opredeljevanja, katere skupine otrok so po njihovem ranljive, v okviru raziskave GOETE ni mogoče jasneje ugotavljati, ker jim ta vprašanja večinoma niso bila zastavljena, kadar pa so to temo naslovili sami, so izpostavili predvsem performativno plat (otroke s primanjkljaji na posameznih področjih oziroma učnih predmetih, neupoštevanje učnih razlik in sposobnosti med otroki s strani učiteljev kot dejavnik ranljivosti). So pa pogosto poudarjali, da tudi starši v šoli med seboj niso povezani (individualizacija), se ne poznajo, oziroma imajo individualiziran pristop (vsak do svojega otroka, ukvarjanje s tem, kako svojemu otroku zagotoviti potrebno podporo pri šolskem delu in načrtovanju izobraževalnega poteka). Ker so starši po ugotovitvah raziskave fokusirani na učni uspeh in zanj otrokom pripisujejo individualno odgovornost, sebi pa odgovornost in delo vpletanja v izobraževalni proces ter zagotavljanje podpore, je morda zaskrbljujoče, da med starši samimi ni samostojnega (samodejnega) širšega razmisleka o položaju drugih otrok, o tem, da obstajajo različne skupine otrok in različne potrebe, med drugim zato, ker to lahko dolgoročno ustvarja povratno zanko nestrpnosti do otrok, ki bi njihovega konkurenčno »ogrožal« v doseganju učne uspešnosti, na primer ali z motečim vedenjem ali s pridobivanjem posebne pomoči.

Otroci sami so sicer prepoznavali, da obstajajo razlike med njimi v sposobnostih (eni so manj, drugi bolj inteligentni, se lažje učijo) in tudi to, da na učni uspeh vplivajo drugi dejavniki, ne samo sposobnosti (če so doma težki pogoji, če se doma prepirajo, če se zato težje učijo), vendar so te razlike vseeno pogosto pripisovali lastni krivdi oziroma odgovornosti teh otrok, ki dosegajo slabši uspeh (tako je zato, če se ne učijo radi, če špricajo, če so leni, če imajo manjšo samozavest). Verjamejo, skratka, da je šolski uspeh, kljub razumevanju razlik med otroki in različnih vplivih nanje, dostopen vsem in odvisen le od truda: *»Uspeh je odvisen od našega učenja. Če se manj učiš, je /šola/bolj zahtevna, če pa se več učiš in razumeš, pa je manj zahtevna«* (KP-intervju-učenka-Zvezdica).

Eni se malo bolj potrudijo, eni manj, eni so malo bolj bistri, eni manj, ampak če se potradiš, se vse da. Da se malo nadoknadi, kakšna ocena gor. Če se pa ne dela, potem pa tudi kakšna ocena dol. (LJ-učenci-intervju-Amir)

Vsak ima možnosti, samo je odvisno od tega, koliko je ta želja velika. Če ima velike želje, se bo vsak potrudil, da bo naredil šolo z dobrimi ocenami. Tako se bo lahko vpisal, kamor bo hotel. Drugače pa bo njegov vpis omejen. (KP-fokusna skupina-učenci)

Pri tem so kot najbolj ranljive opredelili otroke, ki nimajo družinske podpore ali vsaj prijateljske podpore (ki nimajo prijateljev) ter izpostavljali težave z učitelji (delajo razlike, nepravilno ocenjujejo, preveč zahtevajo, slab odnos do njih, imajo radi pridne in tihe otroke). Za romske otroke in otroke priseljencev so večinski otroci pogosto izrazili mnenje, da ne vedo, kako je pri njih doma, da ti otroci niso nujno motivirani za učenje jezika in so tudi »zasmehovani«, romski otroci sami pa so pogosto izražali, da se ne počutijo sprejete in vključene (tudi s strani učiteljev). Ker otroci pripisujejo izobraževanju in učnemu uspehu zelo visok pomen, obenem pa to razumejo kot lastno odgovornost (»vsak bi lahko dosegel še več, če bi se za to potrudil«), iz teh navedb lahko sklepamo, da bodo učenci sami izključevali tiste skupine otrok (ali se od njih odmaknili), ki iz kakršnih koli razlogov ne dosegajo *učnih rezultatov*, ki jih razumejo kot svojo največjo odgovornost in dejavnik tveganja za lastno prihodnost.

Starši so navajali kritike individualizma med otroki v šoli, vendar je zopet opazno, da jih omenjajo predvsem v kontekstu vzajemne pomoči pri šolskem delu (kar posledično vpliva na uspešnost in storilnost, ki pa ji pripisujejo izrazito visok pomen), ne izpostavljajo pa drugih vidikov šolske skupnosti in medosebne povezanosti med učenkami in učenci, ki ne bi bile storilnostno motivirane:

Tako jih učijo, vsakdo zase. To je moje mnenje, nič kot skupina, samo kot posameznik... Ja tudi to, recimo primer, ko sva šla na gimnazijo Bežigrad, je tam gospa povedala, da tu nismo zaradi prijateljstva, ampak samo zaradi točk za naprej. Tako je bilo že na predstavitvi in mislim, da je tudi tako na osnovnih šolah in povsod ... Ko sem jaz še hodila v šolo, je bilo bolj sproščeno. Med sabo smo si pomagali, starši pa z nami niso nič delali. Zdaj je pa vsakdo sam pa še starši ogromno, ogromno pa še inštrukcije, če hoče kaj doseči. Ogromno, sto procentov se je spremenilo. (LJ-starši-intervju-Jelena)

Pogrešam ta stik med vrstniki, medvrstniška pomoč v razredu, recimo da bi si sošolci pomagali. Recimo v naših časih se spomnim, da če nečesa nisi razumel, pri matematiki za primer, smo se že med odmori pogovarjali pa ena drugi razlagali, po pouku, če je bilo treba, si šel na dom h kakšni sošolki ali kakorkoli, sedaj tega, vsaj v tem razredu, v katerem je pač moj sin, tega ni ... Enostavno si ne pomagajo, ni tega ... Jaz ne vem, ali eden drugemu nočejo pokazati, da česa ne znajo, pa ne vem, mogoče hočejo izpasti navzven toliko suvereni pa pametni, jaz bom pa to že sam rešil, ne rabim pomoči, ne vem. Ali so vsi navajeni znotraj družine to reševati, ali pa s kakšnimi inštruktorji, tudi v osnovni šoli nekateri potrebujejo ... (LJ-starši-intervju-Sonja)

Otroci so sicer v raziskavi pogosto izražali kritiko zaradi prevelikega individualizma v šoli (vsak skrbi le zase, prevelika tekmovalnost, želeli bi večji občutek skupnosti, povezanosti, vzajemne pomoči ipd.), kot govori ena tovrstnih izjav učenca (LJ-učenci-intervju-Adi):

Meni osebno, ne vem, ljudje so malo ... ni take povezanosti, pa manj so prijatelji, kakor so bili včasih, sem gledal prejšnje generacije, so bolj skupaj držali, sedaj pa se razredi kar zafrkavajo. Če kdo česa ne zna, ko je vprašan, ga kar potem še par tednov zafrkavajo...

A hkrati so glede na izjave (»vsak je zase odgovoren«) ta individualizem ponotranjili, kajti alternativa (skupnost, povezanost, vzajemnost) v šoli pač večinoma ni vzpostavljena. Od otrok obenem ni mogoče pričakovati, da bodo samodejno ali spontano razvijali vzorce, ki jih v svojem okolju ne spoznavajo oziroma ki jih to okolje tudi ne spodbuja, četudi jih pogrešajo. Navedene želje otrok po večji povezanosti in skupnosti torej odpirajo prostor ideji inkluzije. Prepoznavanje medosebnih razlik in zunanjih vplivov med otroki po eni strani ter obenem pripisovanje lastne odgovornosti za te vplive ali sošolcem (drugim otrokom) samim ali nezadostni podpori njihove družine po drugi je namreč zelo problematično v smislu oblikovanja vrednot sprejemanja, razumevanja, strpnosti, podpore, medosebnega spoštovanja in podobnih vrednot, ki naj bi jih spodbujala in gojila inkluzija (in ki jih torej predpisuje tudi zakonodaja), oziroma razvijanja »neperformativnih« socialnih in emotivnih vidikov. Tako so tendence v čustvenem razvoju in kompetencah otrok namreč ocenili eksperti na fokusni skupini o hiperkinetični motnji, in sicer, da jih starši danes pogosto razumejo kot le še eno »veščino«, ki otroku lahko v prihodnosti pripomore v doseganju boljših ciljev in položajev. Otroci so torej usmerjeni v storilnost tudi na socialnem področju, starši in šola pa stroko zato pogosto razumejo kot »popravljalca« ne le otrokove delovne sposobnosti, pač pa tudi socialne, ker je enako vse bolj razumljena le kot še ena oblika storilnosti. Po mnenju ekspertov iz fokusne skupine o ADHD se danes sicer ogromno govori o čustvih, vendar so ta nato razumljena kot *sposobnosti*: »Govori se o tem ogromno, ampak iz čisto drugih namenov; ne pomagati drugemu, izboljšati nekaj v skupnosti, ampak izboljšati svojo pozicijo. In pozicijo svoje skupine« (Mikuš Kos, fokusna skupina). Čustveni razvoj otroka se spodbuja »zato, da nekam prideš naprej, da uspeš, ne da nekaj prispevaš«, kar se ekspertom zdi »manipulacija« na račun otroka, saj »če se /s tem/ pohvali starš, gre spet za uveljavljanje« (Psihologinja, fokusna skupina).

Če poskusimo obravnavati vprašanje vzgoje v okviru izsledkov raziskave GOETE, lahko ugotovimo, da starši in učitelji izpostavljajo predvsem disciplinski vidik v razmerju z avtoriteto. Učitelji torej menijo, da jim starši s svojim vpletanjem v njihovo strokovno delo, izvajanjem in

eskaliranjem pritiskov z namenom omogočanja otroku »čim boljših možnosti«, in podobno, spodkopavajo njihovo avtoriteto. Po drugi strani pa se starši pritožujejo ravno nad pomanjkanjem učiteljske avtoritete (*»Prvo ... je pomanjkanje avtoritete učiteljev. Starejši učitelji jo še imajo, mlajši je nimajo ...; učitelj nima zadnje besede«*; MS-starši-intervju-mama-Silvija) in »neuspešnim discipliniranjem« (poleg pritoževanja nad vidiki učiteljskega dela, ki vplivajo na učni uspeh otrok, torej njihovimi specifičnimi pedagoškimi pristopi k poučevanju, ocenjevanjem in podobno), kar ilustrira naslednji starševski komentar iz raziskave:

A klima? Zdi se mi razpuščena ... V tem smislu, da učitelji nimajo vzvoda za disciplino, kakor je bilo v starih časih. Zdaj otroka ne smeš niti fizično, niti ga pogledati, niti se ga dotakniti, niti nič. Ker to je že, ali je nasilje, ali je ono, ali je tretje. Tukaj se mi zdi, da je bil verjetno že s strani staršev toliko let nazaj narejen en kiks. In zdaj, kolikor vidim, si ti učenci privoščijo marsikaj. Tudi med poukom, od klepetanja, do odgovarjanja, do grdih besed... Nekaj ni prav ali ne vem. Saj učitelj opozori, ali karkoli. Samo nekaj ni, ne vem kaj in kako narediti, ampak nekaj tukaj ne štima, nekaj ni v redu. Včasih sta bila učitelj in starš eno, zdaj pa sta učitelj in starš vsak na svoji strani. Verjetno je odvisno od posameznikov, saj ne rečem, ampak ne vem?! Če je eden problematičen, ali pa, zdaj je odvetnik že za vsako malenkost na šoli. To se mi zdi malo pretirano ... To me moti, to klepetanje med poukom in motenje pouka. To disciplino bi morali učitelji imeti malo bolj trdno v rokah. (KP-starši-intervju-mama-Sonja)

Vsekakor pa tudi učitelji na splošno opozarjajo na disciplinske probleme (KP-učitelji-intervju-razredničarka-likovni):

Če pa bi imela sosednji razred, tam se pa kar naprej obračajo in kar naprej je ta kraval, tam je pa res, zares težko nekaj naredit za celoto, ker ne veš več, kje začeti. Pač tako je naletelo in če bi bila razrednik v tistem razredu, jaz ne vem, kaj bi naredila. Bilo bi zelo, zelo težko. V tem razredu je zares težko. Potem konec koncev ne veš, ali bi vse skupaj pustil ali kaj.

Učitelji, po drugi strani, za vzgojne probleme krivijo starše, obenem pa kot »primerno vedenje« in disciplinsko obvladano zopet razumejo predvsem usposabljanje za doseganje učne uspešnosti – kar ilustrirata naslednji učiteljski izjavi:

Ker je potem treba ... neke osnovne navade jih učiti ... Ker enostavno starši ne vejo, kako bi vzgajali, kako bi pristopili, vstopili, tako da dostikrat, ne vem, mogoče ko boste še intervjuvala, boste dost slišala, da niso problem otroci. Problem so starši dostikrat. (KP-eksperti-pedagoginja-intervju)

Tisti /starši/, ki so obupani, priznajo, da jih doma ne obvladajo disciplinsko. Da jih otroci nič ne ubogajo, da nimajo časa zanje, da mu samo rečejo: »Piši nalogo!« ali pa: »Uči se!« Otrok pa je v sobi in starši dejansko ne vedo, kaj se dogaja. Torej moraš z nekaterimi dejansko še enkrat delati osemletko, najprej svojo, potem pa še z otrokom. Torej tisti od staršev, ki si vzame čas, ima zagotovo potem manj problemov. Če začneš že na začetku delati z otrokom in mu pomagaš, se slej ko prej osamosvoji in začne sam delati naloge. Tak otrok se sam zna učiti. Ampak dosti otrok pa se ne zna. (KP-učitelji-intervju-razrednik-zgodovina)

Te učiteljske izjave so precej protislovne. Po eni strani poudarjeno problematizirajo prevelike starševske pritiske, tudi k storilnosti samih otrok, ne samo nanje (kar jim, po njihovim besedah, odvzema učiteljsko avtoriteto), po drugi strani od staršev pričakujejo reševanje tako disciplinskih kot učnih težav, s katerimi se sami srečujejo v šoli, oziroma starševsko vpletenost razumejo kot ključno rešitev v obeh primerih:

Več težav je recimo z starši, ... zaradi tega, ker starši ne naredijo tistega, kar bi morali sami narediti, in potem ... se zadeva praktično prelaga na šolo oziroma, starši mogoče sami ... tudi v neki meri lažejo, da potem tiste stvari, ki jih oni niso naredili, pričakujejo, da jih bo naredil nekdo drug. (MS-učitelji-fokusna skupina-biologija in kemija)

Mislím, da ima tukaj največji vpliv družina. Če starši skrbijo za otroka, skrbijo za njegov razvoj, da imajo zanj čas popoldan, se z njim ukvarjajo, potem so rezultati čisto drugačni, kakor pa tam, kjer vidimo, da tega ni. Ko vidimo, da otrok ne prinaša domačih nalog, da je težko pri vzgoji z njim. V glavnem bi rekla, da je to družina. (KP-učitelji- intervju-matematika in fizika)

Nekateri učitelji so prepričani, da bi tudi starši iz deprivilegiranih ozadij morali biti odgovorni za otroke, oziroma da jim s primernimi vzpodbudami lahko omogočijo tako integracijo kot učni uspeh:

Tudi tisti otroci, ki pridejo iz socialno šibkejših družin, so lahko uspešni, če so starši takšni, da jih spodbujajo, da jih nekako usmerjajo, da jim pomagajo. Jaz, kar nekaj takih otrok sem imela, ko sem bila prijetno presenečena, ker so doma zelo, zelo bogi, ampak tista želja, vrednota pri starših, pa celo so pokazali ti starši, ti otroci, dosti več spoštovanja do šole in učiteljev kot pa slovenski otroci, a ne. Če je to prisotno, tista želja po izobraževanju, pa sodelovanje, podpora staršev, lahko taki otroci dosežejo zelo veliko. (LJ-učitelji-fokusna-zgodovinarika)

Kljub temu, da je raziskava ugotovila izrazito priznavanje pomembnosti izobraževanja tako med starši kot otroki, se nekaterim učiteljem še vedno ni zdelo, da starši dovolj poudarjajo njegov pomen, kot priča tale izjava: »Pa mogoče pozitivna naravnost staršev do šole. Torej, da tudi doma dobi otrok informacijo: 'Šola je zate pomembna, dobra in smiselna!' Ne pa da doma dobi informacijo: 'Kaj boš to delal, itak je to brez veze!' Torej ta negativni odnos doma do šole je zelo, zelo pomemben«. Nekateri so razmišljali tudi v smeri, kako pomagati staršem, ki tovrstnega usmerjanja otrok in vpletanja v njihovo šolsko delo ne zmorejo: »Dokler ne bodo imeli starši pogoje biti dobri starši, bo težko. Nekdo, ki dela osem ur, pa potem ali bo dobil plačo, ali pa ne bo dobil plače in popoldan dela še štiri ure, da dobi vsaj tisto malo plače. Težko

je to. Tudi staršem bi morala družba dat pogoje, da so lahko dobri starši» (KP-učitelji-fokusna).

Na področju discipline, avtoritete in vzgojnih vprašanj gre torej za vzajemno kulpabilizacijo med starši in učitelji. Starši učiteljem očitajo, da ne znajo vzpostaviti »prave avtoritete« in ne znajo reševati disciplinskih problemov, učitelji pa staršem očitajo, da te disciplinske probleme, prvič, sami ustvarjajo (s pretiranim zaščitništvom in »zagovorništvom« otrok), drugič, pa jim onemogočajo njihovo reševanje s spodkopavanjem učiteljske avtoritete – obenem pa pogosto kot rešitev učnih in disciplinskih problemov navajajo prav starše.

Obe ugotovitvi lahko, vsaj deloma, razložimo kot posledico medikalizacije in njenega mehanizma premeščanja odgovornosti. Ta je avtoriteto za ukvarjanje z otroki, ki se značilno razlikujejo od večinske populacije, prenesla na strokovne službe in specialne pedagoge, učitelje je s tem razvezala odgovornosti zanje. Učiteljem je tako predpisano le prilagajanje pouka, vendar po specifičnih pravilih, kar zanje ob velikem številu različnih medicinskih specifik otrok ter posebnih obravnav zanje pomeni obremenitev. Diagnoza otroka razbremeni pritiskov v storilnostno naravnem sistemu; ni več »odgovoren« za to, kar je v tem sistemu razumljeno kot neuspeh, pri čemer pa premeščanje odgovornosti zopet zabriše in prikrije inherentno vrednotenje medicinske diagnoze o tem, kaj je družbeno razumljeno kot sprejemljiv in uspešen način obstoja takšnega otroka. Nevprašljivo postane, da je kot »dobra« in »pravilna« razumljena predvsem učna uspešnost, in sicer na vseh področjih; če že otroci iz »zlate sredine«, kot je pokazala raziskava, doživljajo pritiske, da so »uspešni« na vseh področjih, zaradi česar se pritožujejo, da sploh ne vedo, v čem so dobri, kaj jih resnično zanima, kaj so njihove prednosti, ker za razvijanje teh nagnjenj nimajo časa, to toliko bolj velja za tiste otroke, ki v čemer koli značilno odstopajo in na katere se vrši normalizacija storilnostnih vrednot. Obenem pa z medikalizacijo starši po drugi strani, kot že večkrat poudarjeno, pod pritiski sodobnih starševskih družbenih norm in protektivnega otroštva lahko za svojega otroka pridobijo določene »konkurenčne« prednosti in posebno obravnavo (in s tem uresničujejo zahteve o tem, da so »dobri starši«). Starši pritiskajo na šolo in učitelje, da bi dosegli čim ugodnejšo obravnavo, učitelji pa posledično skušajo to odgovornost prenesti nazaj na starše. Medikalizacija iz šole in dela učiteljev posledično odstrani vzgojna in čustvena vprašanja, ki pa bi morala biti osrednja pozornost in kompetenca učiteljev.

Zanimivo je, da otroci v raziskavi sami sebe ne razumejo kot posebne disciplinske probleme oziroma te teme sami niso izrazito pogosto izpostavljali, pač pa redkeje: »Najdejo se kakšni primeri učencev, ki radi nagajajo ... Radi se zafrkavajo, spotikajo nas ... Nekateri nas žalijo« (KP-učenci-fokusna skupina), ali pa je zanje problem motenje pouka (kar se zopet nanaša na oviranje zanje pomembne učne uspešnosti ali storilnosti): »Imamo kar nekaj motečih elementov v razredu in potem gre snov tudi zaradi tega bolj počasi. Eni recimo ves čas prekinjajo učitelja ali učiteljico ...« (LJ-učenci-fokusna skupina). So pa do učiteljev pogosto izrazito kritični v smislu njihovega odnosa do njih; čeprav so otroci izpostavljali posamezne primere zanje neprimerne odnosa (učiteljev do otrok), so do učiteljev zopet najbolj kritični predvsem glede njihovega pedagoškega dela, ki vpliva na *učni uspeh*; dobri učitelji so zanje tisti, ki jim s svojim delom *omogočajo učni uspeh*, slabi tisti, ki ga po njihovem *ne*:

Lahko bi bili učitelji malo bolj zainteresirani zato, ker to pač vse iz gleda tako; vseskozi nam pravijo, jaz nočem ocenjevati neznanja, jaz iščem samo znanje. Potem pa te zanalašč vprašajo, prav direktno to, kar ne znaš. Delajo se prav tako, nesramne. (LJ-učenci-fokusna skupina 2-Agima)

No, ne vem, nekateri učitelji zelo veliko razlagajo in se tudi veliko naučiš. Nekateri pa ne razlagajo dosti, pa se moraš znajti bolj sam. Nekateri pa, če ne znaš takoj, imajo napačno mišljenje o tebi, kakor, da tega ne bi rad znal. (KP-intervju-učenka-Zvezdica)

Učitelji so zelo dobri. Tudi, če dobiš negativno oceno, ti dajo možnost za popravljanje in to večkrat, ne samo enkrat. Če imaš ob konferenci negativno, ti dajo možnost že čez dva meseca, da se pripraviš in to popraviš. (KP-učenci-intervju-Katja)

Seveda bi bilo mogoče reči, da je ravno to problem, da otroci ne razumejo, kaj je to disciplinski problem ali neprimerno vedenje in tega ne prepoznavajo (ker jim torej starši, poljudno rečeno, »ne postavljajo meja«). Vendar je morda v ozadju še en drug problem, namreč da *otroci učitelje razumejo natanko tako, kot ti razumejo sami sebe*: namreč kot le »posrednike znanj«, oziroma, če nekoliko karikiram, kot »avtomate«, katerih naloga je čim pravičneje in zanje ugodneje porazdeliti znanja in predvsem ocene ter jim olajšati pot do njih. Če otroci v raziskavi namreč kot edine zaupnike in čustvene podpornike razumejo starše in eventuelno še vrstniško oziroma prijateljsko družbo, to pomeni, da otroci učiteljev sploh več ne doživljajo kot *oseb*, ker so čustvene vidike eni in drugi izključili iz pedagoške enačbe, brez čustvenih vidikov pa ni vzgoje, pač pa le discipliniranje, ki pa je brez vzgoje zopet manj uspešno.

Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v RS iz leta 2011 (v nadaljevanju: Bela knjiga; Krek in Metljak, 2011) je opozorila na problem pretiranega starševskega vpletanja (ki ga lahko

razumemo kot posledico izvajanja družbenih norm zaščitniškega starševstva v skladu z normami protektivnega otroštva) v vzgojni proces, ne le izobraževalni. Opozorila je na posledično nujnost zaščite avtonomije vzgojiteljev in učiteljev pri vzgoji, slednjo pa opredeljuje kot *dolžnost* učitelja in šole kot institucije. Prihaja namreč do kolizije med pritiski staršev po zaščiti individualnih otrokovih pravic, ki so zakonsko opredeljene, in vzgojno avtonomijo delavcev v vzgojno-izobraževalnem procesu, ki pa zakonsko ni opredeljena, oziroma do nasprotja med pravico učenca in med nujnostjo vzgojnega delovanja. Opozorila je, da se vzgojitelji in učitelji zato lahko tudi samoomejujejo in ne delujejo vzgojno, ker je zaščita pravic otrok predstavljena kot absolutno veljavna (Krek in Metljak, 2011, str. 32):

Treba je izpostaviti tudi možnost, da učitelji vzgojna ravnanja, ki bi bila po njihovi strokovni presoji ustrezna in nujna, opuščajo zaradi pričakovanj in pritiska staršev ter družbeno oblikovanih predpostavk o tem, kaj je v pluralni demokratični družbi primerno, dopustno ali možno. Vzgojna ravnanja so posebej izpostavljeno področje, na katerem je zaradi družbenih sprememb, ki so v zadnjih dveh desetletjih upravičeno spodbudile višjo raven zaščite individualnih pravic, prišlo do sprememb pri tem, kako starši posegajo v delovanje vrtca in šole. Tudi na tem področju je treba v novih okoliščinah oblikovati družbeno zavest o tem, da je za kakovost vzgojnih ravnanj nujno zaščititi strokovno avtonomijo vzgojiteljev in učiteljev. Tako šolski sistem kot posamezne vzgojno-izobraževalne institucije morajo delovati tako, da zaščitijo strokovne delavce pred posegi v njihovo strokovno avtonomijo tudi na področju vzgojnih ravnanj.

O samoomejevanju učiteljev v razmerju do pravic otrok in starševskega vmešavanja so v raziskavi GOETE govorili tudi nekateri pedagogi (KP-eksperti-pedagoginja-intervju), čeprav navedena izjava kot poenostavljeno rešitev ponuja samo klasično patriarhalno avtoritativno vzgojo iz preteklosti, kar pomeni, da manjka usposobljenosti in imaginacije za drugačne vzgojne rešitve:

Takrat je še zaleglo če si kaj rekel. Se ni polemiziralo in razpravljalo in je imel učitelj eno vlogo. Danes pa imajo pravico otroci. Učitelj potem stopi en korak nazaj in ni v redu. ... Včasih tista klasična patriarhalna, kjer je veljalo neki, da je oče, ko je rekel, in potem si lahko delal in gradil naprej na tistih vrednotah in ubogljivosti, zdaj pa enostavno nimajo mej. Oni vse lahko.

Bela knjiga meni, da je šolski sistem zato med »Scilo zakonitosti ter zaščite pravic posameznika in Karibdo nujnosti strokovnih oziroma vzgojnih ravnanj« (Krek in Metljak, 2011, str. 31). V vzgoji zaradi različnih ciljev vzgoje ne le ni mogoče vedno izhajati iz pravic ali jih enako zaščititi, pač pa se je potrebno velikokrat odločati med posameznimi pravicami in dolžnostmi ter posamezne pravice zato začasno tudi omejiti. Zlorabe pravic namreč lahko prihajajo tudi s strani učencev, šola ali učitelj pa morata v koliziji pravic in dolžnosti določeno pravico začasno

omejiti z namenom zaščite pravic drugih učencev, drugih pravic samega učenca ter uveljavitve vzgojnih ravnanj (v korist učenca in/ali v korist drugih učencev).

Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja (dalje ZOFVI, 1996) je avtonomnost strokovnih delavcev v VIZ sicer navedel (oziroma bolj *omenil*), vendar jo je obenem takoj zamejil ne le z javnimi programi, pač pa tudi z nujnostjo zagotavljanja npr. objektivnosti: »Strokovni delavci izvajajo vzgojno-izobraževalno delo v skladu z zakonom in javno veljavnimi programi tako, da zagotavljajo objektivnost, kritičnost in pluralnost ter so pri tem strokovno avtonomni« (ZOFVI, 1996, 92. člen). Vprašanje, kaj je »neobjektivno« delo, pušča številne možne interpretacije in s tem (staršem) zakonsko izvršljivo oziroma izterljivo omejevanje avtonomnosti. Po drugi strani pa je zakon obširneje opredelil pravice otrok in mladih ter prepovedal neenakopravno obravnavo, kar zopet pušča odprte možnosti interpretacije tovrstne »neenakopravne« obravnave in izterljivost tega določila (prav tam, 2.a člen):

V vrtcih, šolah in drugih zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami se v skladu s cilji iz prejšnjega člena zagotovi varno in spodbudno učno okolje, kjer je prepovedano telesno kaznovanje otrok in vsakršna druga oblika nasilja nad in med otroki in neenakopravna obravnava, ki bi temeljila na spolu, spolni usmerjenosti, socialnem in kulturnem poreklu, veroizpovedi, rasni, etnični in narodni pripadnosti ter posebnosti v telesnem in duševnem razvoju.

Med cilji vzgoje in izobraževanja zakon v 2. členu opredeli številne naloge (v smislu zagotavljanja enakih možnosti različnim skupinam, npr. s posebnimi potrebami ali iz manj spodbudnih okolij, omogočanja razvoja ustvarjalnosti, pridobivanja čim višje in kakovostne ravni izobrazbe, razvijanja različnih sposobnosti), medtem ko so cilji vzgoje opredeljeni bolj na široko in v smislu idealov (medsebojna strpnost, zavest o enakopravnosti spolov, spoštovanje drugačnosti, sodelovanje z drugimi, spoštovanje otrokovih in človekovih pravic in temeljnih svoboščin ipd.). Seveda je nujno, da zakon opredeljuje pravice otrok, toda nesorazmerje med zaščito avtonomnosti vzgojnega procesa v šoli in pravicami otrok še vedno obstaja. Zakon torej ni uresničil možnosti začasnega omejevanja pravic po avtonomni presoji šol v okviru vzgoje, kar pomeni, da za avtonomnost, kakršno je problematizirala in njeno uzakonjenje predlagala Bela knjiga, ni pravne podlage, medtem ko ta podlaga še vedno obstaja za starševsko vpletanje v VIZ proces.

Kroflič in Peček Čuk (2009) opozarjata, da je težnja k umikanju vzgoje iz izobraževalnega procesa posledica slabega slovesa, ki ga je vzgoja pridobila zaradi svoje ideološke naravnosti po 2. svetovni vojni ter v 1980. in v 1990. letih bila deležna kritik. Umik vzgoje iz uradnih dokumentov, npr. na srednješolski ravni, pa ne pomeni odstranitev vzgoje, saj se ta ohranja v obliki skritega kurikula: v vzgojnih pričakovanjih učiteljev, načinih discipliniranja, nenapisanih pravilih, oblikah odnosov med učitelji in učenci/dijaki in podobno. Šole brez vzgoje ni, kot argumentirata avtorja, saj je vzgoja »nenazadnje tudi stranski produkt izobraževanja, saj že s tem, ko izobražujemo, hkrati tudi vzgajamo« (prav tam, str. 14). V raziskavi GOETE so nekateri učitelji samorazumevanje učiteljev kot predvsem »podajalcev znanja« videli kot problematično, in opozarjali na nujnost vzgojne vloge učitelja, ki ne bi smela zajemati samo mehanskega discipliniranja kršitev pravilnikov (KP-učitelji-intervju-razrednik-zgodovina):

Na žalost smo predvsem samo učitelji, premalo pa vzgojitelji. Ni ur, ki bi bile namenjene vzgoji. Vzgoja se že tako ali tako začne v vrtcu. OK, tukaj so samo vzgojiteljice. Ampak s tem ko pride otrok v šolo, tukaj se vzgoja ne neha, ali ne!? V osnovni šoli bi se morala nadaljevati. Mislim, da je je premalo. Mislim, da bi morali kakšno uro imeti – ne oddelčno, kjer kričiš na njih: kje si bil, zakaj si zamudil, zakaj je tu bil vpis, zakaj si (šprical)? Tukaj naj bi se pogovarjali o različnih temah. Pa ne samo z razredniki, tudi z strokovno službo, ali kakorkoli, tako, da bi se z njimi malo bolj ukvarjali ... Nobena knjiga, ne Plava, ne Bela in ne vem katera, ne poudarja tega, kakor da to ni potrebno.

V individualističnem in storilnostno usmerjenem izobraževalnem procesu, kakršnega je opredelila raziskava GOETE, so posredovane številne vrednote, vendar implicitno, v obliki »skritega kurikula«. Mnoge od njih so obenem v koliziji s cilji in vrednotami, ki so zapisane tudi v zakonih in drugih uradnih dokumentih, denimo poudarjanje individualizma v razmerju do sodelovanja. Že samo posredovanje in ocenjevanje znanja vključuje posredovanje vrednot, odnosa do sveta, odnosa do učencev ali dijakov (Kroflič in Peček Čuk, 2009). Ker ti mehanizmi niso zavedni in jasni, kot opozarjata avtorja, pogosto niti učiteljem samim, omogočajo vsiljevanje vedenjskih vzorcev, vrednot in prepričanj, skrita pričakovanja pa povečujejo možnost manipulacije. Zato avtorja predlagata, da mora biti razsežnost vzgoje jasna in transparentna, zavestno načrtovana (za srednje šole, kjer vzgoja pri nas ni zakonsko predpisana, predlagata oblikovanje vzgojnih načrtov na ravni šole), uporabniki pedagoškega procesa pa jo morajo legitimirati.

6 RAZPRAVA IN SKLEPI

Koncept sodobnega protektivnega otroštva, kjer je otroštvo hkrati fokus najrazličnejših zaščitniških in nadzorovalnih praks ter, protislovno, obenem vzpodbujanja samostojnosti in avtonomnosti, se je oblikoval v specifičnih družbenih razmerah, med ključnimi dejavniki pri oblikovanju pa so bili industrijska družba, uvedba obveznega izobraževanja, omejitev in prepoved otroškega dela, spremembe socialno-varstvenih politik, mladoletniško sodstvo, preoblikovanje vloge družine, predvsem v kontekstu produkcije ter razvoj s temi procesi povezanih oblik in sistemov vednosti, namenjenim »nenasilnem« reguliranju in nadzoru otrok in družin, kot so pedagogika, psihologija, medicina in pravo, ki »nenormalnost« otrok in družin ne urejajo na silo, pač pa s specifično obravnavo.

Toda ko se lotevamo proučevanja sodobnega koncepta protektivnega otroštva, je najprej potreben razmislek, s kakšnimi teoretskimi pristopi in konceptualnimi orodji se tega proučevanja sploh lahko lotimo. Zato sem se najprej posvetila njihovemu kritičnemu ovrednotenju.

V družboslovju se je zdelo, da so nove pristope in orodja k proučevanju sodobnih otrok in otroštva od konca 1980. let dalje, še posebej izrazito pa v 1990. letih, ponudile nove družbene študije otroštva (»New Social Studies of Childhood«, tudi Childhood Studies), ki zajemajo interdisciplinarne prispevke sociologov (v okviru nove veje, sociologije otroštva, ki se je razvila v začetku 1990. let), antropologov, psihologov, zgodovinarjev in etnologov ter prispevke s področja prava, socialne politike in geografije. Te so otroke in otroštvo razumele kot samostojen predmet proučevanja. Po eni strani so bile te nove družbene študije otroštva odziv na splošno izjemno povečan pomen in vlogo otroštva in otrok v sodobni družbi, ki so se ji tovrstna proučevanja zato zdela vredna (tudi finančnih investicij) in smiselna, znotraj družbenih ved pa so bile po drugi strani tudi reakcija na pretekle teoretske konceptualizacije. Nove družbene študije otroštva in sociologija otroštva, ki so se razvijale v skladu s širšimi raziskovalnimi premiki od velikih zgodb v mikrozgodovino (v zgodovino pisju) in družbenokonstruktivističnimi pristopi (ki so širše družboslovno preinterpretirale tudi druge »biološke danosti«, kot so družbeni spol, rasa, etnična pripadnost in razred), so bile pri obravnavi otroštva kritične predvsem do preteklih dogem determinizma, socializacijskih teorij,

funkcionalizma 1950. in 1960. let (Parsons), konstruktivizma (Piaget in Vygotsky) ter splošne marginalizacije otrok in otroštva v družboslovnem proučevanju.

Namesto tega so nove družbene študije otroštva ponudile model »aktivnega otroka«, v okviru katerega so otroci razumljeni kot »kompetentni družbeni akterji«, aktivni udeleženci, ki prispevajo k interpretativni in h kreativni reprodukciji otroštva in družbe ter v njej sodelujejo. Razvile so specifične metode proučevanja vrstniške kulture, dejavnosti otrok ipd., predvsem etnografsko metodo, ter otroštvo proučevale ne kot kategorijo ali prehodno fazo, pač pa kot posebno in stalno družbeno strukturno obliko, otroke pa kot predmet proučevanja same na sebi. Avtorji so zato začeli pisati o »paradigmatskem« premiku, »novem valu« in celo »razločnem epistemološkem prelomu« pri proučevanju otroštva.

Ta model lahko kritično ovrednotim z več vidikov. Prvič, ti pristopi so se pogosto pretirano usmerjali na empirične vidike ter posledično začeli zanemarjati teoretizacijo širšega družbenega konteksta, v katerem živijo (sodobni) otroci, saj so se študije posvečale predvsem njihovim perspektivam in mikroprostorom, kar so proučevali z etnografsko metodo. Tudi zaradi institucionalnih razlogov (profesionalno uveljavljanje novega polja proučevanja) pa so začeli ponavljati »mante« (aktivni otrok, otrok kot akter, participacija). Četudi menim, da ni mogoče trditi, da sociologija otroštva in družbene študije otroštva niso legitimno polje proučevanja (iz podobnih razlogov se je od proučevanja širših družbenih struktur ločila sociologija družine), so se ob tem pojavili dvomi, ali gre res za »epistemološki premik« ali pa predvsem za nov družboslovni fokus in novo metodo proučevanja (etnografsko).

Kot ključni problem tega modela pa razumem slepo pego teh avtorjev pri tem, da so z aktivnim in participatornim modelom otroka obenem naturalizirali in normalizirali sodobni družbeni konstrukt aktivnega in zase odgovornega otroka, ki je politični model. Ta model so v okviru »nove paradigme« izrecno zastavili kot »zdrav« in »normalen«, s pojasnjevanjem, da jih zanimajo »normalna« in »zdrava« otroštva (v začetku predvsem zahodnih družb) ter razvoj »ugodnih in zdravih« okolij za otroke. S tem so samodejno patologizirali vsa otroštva in otroke, ki teh idealov participacije, akterstva, državljanstva ipd. ne zmorejo uresničevati. Slednji v začetku nastanka tega novega polja proučevanja za te avtorje sploh niso bili zanimivi, s pojasnilom, da so se s »patološkimi« otroštvimi raziskovalci pretirano ukvarjali že v preteklosti.

Posledično se je ta model, ki izhaja iz »manjšinskega« (zahodnega) sveta – četudi se njegove norme z globalizacijo razširjajo izven zahodnih družb, izkazal za domala neuporabnega pri proučevanju otrok in otroštev v marginaliziranih zahodnih in deprivilegiranih globalnih okoljih, kjer otroci doživljajo zelo konkretne probleme in ovire, in kjer so s težavo aplicirali svoj »zdravi« koncept »otroka kot akterja«. Nekateri avtorji v okviru novih družbenih študij otroštva, ki so se pozneje usmerili tudi na ta okolja, so zato ta koncept skušali na silo aplicirati ter iskali npr. »razredčeno« in »zgoščeno« akterstvo, participacijo in »soustvarjanje družbene realnosti« – ter s tem odgovornost – pa pripisali tudi otrokom, ki živijo v skrajnih pogojih marginalizacije, deprivilegiranih in kriznih okoljih in podobno. Zato je nastal problem pri proučevanju natanko tistih otrok in otroštev, ki bi se jim družbeno kritični raziskovalci pravzaprav morali najbolj posvečati. Iz teh zadreg je očitno, kako prenapihnjena sta bila to akterstvo in dogma o soustvarjanju družbene realnosti, saj v kolikor bi se raziskovalci ukvarjali predvsem s perspektivo otrok, z vprašanji, kako (deprivilegirani in marginalizirani) otroci (ali npr. otroci na kriznih žariščih) sami doživljajo, razumejo in interpretirajo (»konstruirajo«) svojo vsakdanjo realnost, ter kakšne strategije pri tem uporabljajo (kar je bil eden izhodiščnih pristopov študij otroštva), tovrstnih raziskovalnih zadreg ne bi bilo. Če je bila ena od idej sociologije otroštva in novih družbenih študij otroštva, da otroku »dajo glas«, kot so pisali, so ga s tem odvzeli natanko tistim otrokom, ki v večinskih družbah že tako niso zastopani.

Iz tega je očitno, da problem niso nekateri drugi »postulati« novih družbenih študij otroštva – na primer, da sta otrok in otroštvo vredna proučevanja sama na sebi, da otroštvo za družbo pomeni posebno in stalno družbeno strukturno obliko, ne le prehodno fazo v odraslost, da so pomembne perspektive otrok, ter da je pri otroštvu potrebno uporabljati specifične empirične metode proučevanja – pač pa politični koncept otroka kot akterja ter zelo specifično razumevanje, kaj to akterstvo pomeni. Obenem ni sporno le to, da je prenos tega koncepta na druga okolja teoretsko in empirično vprašljivo, pač pa pomanjkanje refleksije tega koncepta samega.

Od kod izhaja ta slepa pega in kako ta koncept »participatornega otroka akterja« interpretirati?

V prikazu zgodovinskih in antropoloških prispevkov k obravnavi otroštva sem skušala prikazati, da raziskovalci vselej izhajajo(mo) ne le iz lastnih izkušenj in predstav o otroštvu, ki je vezano na sodobno otroštvo, pač pa da so ti prispevki pogosto pod močnimi kulturnimi in političnimi vplivi. Raziskovalci otroštev v preteklosti ali v drugih kulturah zato niso le

»popisovali«, pač pa tudi – ali celo predvsem – *vrednotili*, in sicer v primerjavi s sodobnimi. Tako sta se npr. v zgodovinopisju oblikovala dva večja pogleda, oba evolucionistična (primerjala sta postopen razvoj različnih praks in konceptualizacij otroštva do sedanjih), ki sta te prakse otroštva v preteklosti ocenjevala negativno (zgodovinsko progresivna veja) ali pa pozitivno (zgodovinsko romantizirana).

Oba sta imela določene politične učinke in politično legitimizacijsko vlogo, saj ima sklicevanje na otroka politično moč. Z zagovarjanjem idealnega, z naravo povezanega otroštva v velikih razširjenih družinah pod modro nadoblastjo patriarhalnega očeta, ki naj bi obstajalo npr. v 19. stoletju, je bilo na primer mogoče podpreti ideološko kritiko »razpada in propada sodobne družine« (pluralizacije družinskih oblik, kritiko enostarševskih, homoseksualnih družin in podobno), ali pa je bilo mogoče z utemeljevanjem »neobstoja« skrbi za otroke in afektivnega odnosa v preteklosti sodobne prakse otroštva utemeljevati kot »evolucijski vrh«, kar pa je v sodobni družbi breme za realizacijo teh skrbstvenih idealov preneslo na starše in ustvarjalo politični pritisk. Podobne primerjave pa je bilo mogoče ustvarjati tudi v antropologiji, in sicer med otroštvu v zahodnih in nezahodnih družbah, kjer so bile te prakse lahko ocenjene ali kot »barbarske«, kar je utemeljevalo politično in kulturno superiornost zahodnih družb, ali pa kot zgledne prakse »plemenitih divjakov«, s čimer je bilo mogoče zagovarjati paternalistične prakse in politike do teh kultur. Opredeljevanje tega, kdo in kaj je otrok in otroštvo, ima torej globoke politične, kulturne in zgodovinske posledice.

Kako torej pojasniti in tudi odpraviti to slepo pego pri proučevanju sodobnega otroštva v okviru novih družbenih študij otroštva, oziroma njihove »nove politične vizije o otroštvu« (Montgomery 2009) odpraviti?

V naslednjem poglavju sem zato skušala v razpravo o sodobnem protektivnem otroštvu vnesti nekaj razmislekov in ugotovitev o procesu refleksivne individualizacije ter širših sodobnih družbenih procesih, ki so znani iz socioloških analiz sodobne družbe, vendar je v novih družbenih študijah otroštva tovrstna refleksija, prenešana na sodobno otroštvo, bistveno umanjkala.

Teoretski model novih družbenih študij otroštva, ki otroka razume kot avtonomno, dejavno in neodvisno bitje, ki je podedovalo liberalne, humanistične ideale razsvetljenstva (in ki je bil formaliziran s Konvencijo ZN o otrokovih pravicah), ustreza sodobnim zahtevam refleksivne

individualizacije, ki so jo širše v družboslovju kritično obravnavali analitiki sodobne družbe (npr. Beck, Giddens, Bauman idr.). Slednji so pojasnjevali, da je vloga procesa refleksivne individualizacije, po katerem je ustvarjanje identitete in »samooblikovanje« nikoli dokončan proces, v resnici prelaganje nenehno spreminjajočih se družbenih zahtev in bremen na ramena posameznika. Posameznik je v družbi, ki je ne obvladujejo več nacionalne države, pač pa transnacionalni finančni tokovi, vsestransko odvisen od različnih družbenih in ekonomskih vplivov, na katere ne more vplivati, kot so trg dela, izobraževalne institucije, zdravstvo, potrošnja, socialnopravne uredbe, popularna kultura, je pa zanje pri načrtovanju svoje biografije in v svojih »obveščenih« odločitvah (ki jih mora sprejemati pod usmerjanjem nasprotujočih si in spreminjajočih se »ekspertnih« mnenj) vseeno razumljen kot skoraj izključno (samo)odgovoren.

Ta bremena refleksivne individualizacije v sodobnih družbah zadevajo tudi otroke, in sicer z zgodnjo biografizacijo, zgodnjim in nenehnim načrtovanjem otrokovega življenjskega poteka ter povišanimi zahtevami v izobraževalnem procesu in poteku. Čeprav so številni vidiki naštetega formalno opredeljeni kot otrokove pravice, pa so te pravice ne le pogosto v koliziji s pravicami odraslih (predvsem staršev), pač pa je izvrševanje teh pravic, »v otrokovo dobro«, v opisanem družbenem kontekstu prenešeno na ramena staršev, in sicer kot zahteva in dolžnost.

Številni raziskovalci so doslej opredeljevali spremenjene sodobne norme starševstva, ki z nenehno in eskalirano skrbjo za otroke oziroma »oblego skrbi« prenapihujejo starševsko vlogo. V zahodnih družbah se starševstvu pripisuje tak družbeni pomen, da je predstavljeno kot vir domala vseh družbenih problemov (patologizacija starševstva), starši so razumljeni kot »skoraj božji«. Obenem pa starši iz tovrstnih intenzivnih starševskih stilov črpajo svojo identiteto, saj se je obenem spremenila vloga družine, ki danes predstavlja predvsem čustveno podporo in pribežališče pred tekmovalnimi zahtevami širšega okolja, otrok pa zadnjo odosno trdnost in stalnico. Povišane kulturne norme starševstva v starših porajajo tudi globoke občutke krivde, kadar jih ne uspejo uresničevati, kar so raziskovalci opredelili z različnimi termini: pretirano odgovorno starševstvo, paranoidno starševstvo, »helikoptersko« starševstvo, intenzivno starševstvo/starševanje in/ali intenzivno materin-stvo/jenje oz.očetov-stvo/anje. Ključno pa je, da čeprav je delovanje v »otrokovih interesih« odprto različnim interpretacijam, ostaja zasebna naloga in odgovornost staršev – pod supervizijo različnih ekspertnih sistemov, katerih smernice se zopet spreminjajo in razlikujejo – predvsem pa v sodobnosti še vedno mater.

Čeprav tovrstne zahteve sodobnega starševstva na normativni ravni zajemajo vse družbene skupine, in mu jih večina tudi skuša slediti, so v resničnosti praktično neuresničljive, oziroma kvečjemu za specifične družbene skupine, ki premorejo ustrezni kulturni, socialni in materialni kapital. Zato tovrstna starševska odgovornost predvsem prenaša strukturna bremena in družbene neenakosti na ramena posameznikov ter postaja nov vir družbenega razločevanja. O naraščajoči zahtevnosti usklajevanj med družino in trgom dela, kjer se obseg dela nenehno intenzivira, razširja, časovno podaljšuje ter postaja prožen in manj varen, govori vrsta empiričnih raziskav, vsi ti trendi pa so v ostri koliziji s povečevanjem zahtev po intenzifikaciji starševstva (oz. starševanja, kot dejavnosti). Obenem pa izkušnje starševstva v praksi torej ostajajo zelo spolno označene tudi v državah z močno egalitarno ideologijo na področju spola.

V drugem večjem sklopu naloge sem se posvetila procesu medikalizacije in analizi njenih teoretskih proučevanj, predvsem pa njeni vlogi v sodobni družbi.

O konceptih, ki jih zajema medicinski diskurz, je doslej v sociološki literaturi nastalo bogastvo analiz in interpretacij. Te so se, med drugim, ukvarjale s pluralizmom opredelitev bolezni in zdravja, obravnavale njihovo spreminjanje v skladu s spremembami ideologij, vrednostnih sistemov in kulturnih tradicij, razmejile bolezen kot fizično dejstvo oziroma simptom nasproti njeni osebni psihološki in družbeni izkušnji in pomenu, analizirale družbeno moč znanstvene medicine in medicinskih diskurzov, opozorile na metaforično rabo bolezni ter obravnavale bolezensko vlogo. Različni teoretski pristopi so poudarjali, da utemeljevanje simptomov v naravi in biologiji prikriva družbeni vpliv medicine ter njeno povezanost z družbenimi vrednotami in ideologijami.

Pri obravnavi medikalizacije je prvo vprašanje njena opredelitev. V literaturi, ki obravnava to temo, je najpogosteje navajana Conradova (2007), ki jo opredeli kot »proces, v katerem so *nemedicinski* problemi opredeljeni in obravnavani kot medicinski«, ali pa je medikalizacija opredeljena kot medicinsko opisovanje in opredeljevanje pojavov, ki *nekoč* niso spadali v polje medicine. Pri prvi opredelitvi je problem predpostavljjanje, da obstajajo »legitimno« medicinska področja in »nelegitimno« medicinska (medikalizacija pa naj bi se torej selila iz legitimnih na nelegitimna), druga pa legitimira medikalizacijo v preteklosti nasproti sodobnim procesom. Ti dve opredelitvi po mojem ne pojasnita družbenih vzvodov, mehanizmov in učinkov medikalizacije (razen njenega širjenja na vsakdanje življenje), ter lahko vodita v precej pavšalno kritiko medikalizacije kot »napihovanja« bolezni in motenj (angl. »disease

mongering«), ki lahko predvsem opisno pojasnjuje vse večji obseg življenjskih pojavov, ki jih v sodobnosti »kolonizira« medikalizacija (medikalizacija domala vseh običajnih človeških procesov, kot so počutje, staranje, smrt, menstruacija, porod, menopavza ter številni drugi vidiki vsakdanjega življenja). Primernejša opredelitev medikalizacije je, da gre za proces, ki opisuje in opredeljuje *kateri koli pojav* v medicinskem diskurzu in terminologiji.

Drugo vprašanje, ki se pojavlja v sodobni literaturi, je, ali izraz medikalizacija sploh še ustrezno zajema pojave, ki jih lahko opazujemo v sodobni družbi. V zadnjem desetletju so se pojavile kritike, da je medikalizacija postala ne le preširok, pač pa tudi zastarel pojem, kajti opisoval naj bi procese moderne družbe, ne pa tudi pozno moderne, te kritike pa so opozarjale tudi na spremenjeno družbeno vlogo medicine v sodobnosti ter številna nova polja vednosti, raziskav in tehnoloških inovacij. Avtorji so zato vpeljevali – pogosto z velikim in tudi nekritičnim navdušenjem nad »revolucionarnim« in »dramatičnim« razvojem znanosti in tehnologije ter vsemi priložnostmi, redkeje tudi pastmi, ki jih ta odpira – številne nove termine: najprej biomedikalizacija (ki poudarja tehnološke spremembe biološke medicine), nato farmaceutizacija, genetizacija, kiborgizacija, bionizacija in nevroevolucija (slednja danes verjetno v največjem vzponu), pa tudi manj razširjene, npr. KAT-izacija (ki obravnava komplementarne in alternativne terapije, angl. *CAT-ization*). Ta nova raziskovalna področja po mnenju avtorjev obravnavajo »radikalno nove procese« in se ukvarjajo z učinki razvoja posameznih področij medicine, znanosti in tehnologije. Obenem pa je sama medicina po njihovem izgubila svojo brezprizivno avtoriteto, ni več enosmeren proces, prihaja tudi s horizontalne ravni in drugih »družbenih osi«, obstajajo konkurenčne interpretacije bolezni in zdravja, in na družbo ne deluje več kot pred pol stoletja, vertikalno, od zgoraj navzdol, z institucionalnim nadzorom, na katerega bi bilo mogoče usmeriti neposredno kritiko.

Gotovo vsi ti procesi in novi sistemi vednosti v okviru novih znanosti in tehnologij potrebujejo svoje proučevanje. Nekatera so se legitimno posvečala osvetljevanju podrobnosti teh procesov, npr. empirične sociološke raziskave farmacevtske industrije v okviru farmaceutizacije, ki želijo biti »več kot le komentar« in odpirati njeno »črno skrinjico« (Abraham). Prva težava pri tem je precejšnja nekritičnost nekaterih teh novih polj in njihovo neumeščanje v širše sodobne družbene procese. Druga je dejstvo, da medicina še vedno ostaja tisto polje, ki uradno opredeljuje bolezni in zdravje, ne glede na to, da se je medicinska moč spremenila in da tudi pritiski k medikalizaciji prihajajo z različnih osi.

Kot tretjo spremembo procesa medikalizacije v sodobnosti – kar v tej nalogi postavljam kot ključno tezo v okviru analize sprememb medikalizacije – pa vidim spremembo v medicinskem opredeljevanju patološkega in odklonskega. Ker je ta sprememba prisotna tudi v vseh navedenih novih znanostih in tehnologijah, jih zato lahko razumemo kot njeno »nadgradnjo« in razširitev (iz teh razlogov sem v nalogi izraz medikalizacija ohranila).

Če je medikalizacija še nedavno opredeljevala predvsem odklonskost od pričakovanih družbenih norm in standardov v negativno smer, od odklona od povprečne vrednosti, se ta meja zdaj potiska na drugi pol: vse bolj so medikalizirana (ter, če želimo: farmacevtizirana, biomedikalizirana, genetizirana, bionizirana, nevro-izirana, kiborgizirana, KAT-izirana ipd.) človeška vedenja in stanja, ki niso patološka v smislu, kakršnega smo razumeli prej. Ta so bila do pred približno četrt stoletja medikalizirana, kadar so bila razumljena kot odklonska, odstopajoča od »srednje« družbene norme ali povprečja. Danes so medikalizirana (in/ali obravnavana v tui okviru novih znanosti in tehnologij, bio- in nevro- znanosti), ker odstopajo od *nadstandarda*; torej ne od minimalne družbene norme (minimalnega skupnega družbenega imenovalca), pač pa od *ideala* (maksime). To opredelitev je mogoče nasloniti na klasično razpravo Canguilhema (1987) o normalnem in patološkem (ki je navdihnila tudi Foucaulta), ki je argumentiral, da vsaka konceptualizacija patologije temelji na predhodni vednosti o ustreznem normalnem stanju, pri čemer sta možni dve opredelitvi pomena normalnosti: prva se nanaša na določanje *povprečne ali srednje mere* določene lastnosti v neki vrsti, druga pa lahko označuje *idealno* ali *popolno* obliko (Canguilhem je nasprotno argumentiral, da absolutnega pomena patološkega ni, saj je normalnost opredeljena z odnosom posameznika do okolja). Razumevanje patologije, kot sem prikazovala v nalogi, danes pomeni premik od prvega (odstopanja od povprečne ali srednje mere) v odstopanje od slednjega: od popolnosti, od *ideala*. Verjetno je tudi v tem težava novih konceptualizacij (novih –izacij, ki naj bi povsem zamenjale medikalizacijo), saj spremembe premika opredelitve normalnega manj razčlenjujejo, pač pa izboljševanje v smeri ideala pogosto razumejo kot samoumevno.

V skladu z drugačno opredelitvijo normalnosti se je spremenilo tudi razumevanje koncepta bolezni in zdravja. Vse te procese skušam v nalogi zopet nasloniti na širše interpretacije sprememb v pozno moderni »družbi tveganja« (Beck). Ne le, da je v sodobni družbi zdravje ena ključnih vrednot, ideologija, in samo po sebi cilj, ter da jo obvladuje »režim totalnega zdravja«, ki je normativen ter nalaga nova in nova bremena za ohranjanje zdravja ne le s pomočjo medicine in novih znanosti, pač pa tudi s praksami vsakdanjega življenja, kar je vse

predstavljeno kot prijetna naloga in hedonistični užitek. In ne le, da v okviru »režima jaza« (Rose), ki ga proizvaja sodobna medicina, sami sebe razumemo v smislu zdravja ali normalnosti.

Spremenila se je opredelitev samega zdravja. Zdravje ni več odsotnost bolezni, pač pa stanje *idealne* psihofizične pripravljenosti, »fitness« (Bauman), ki v enačbo 'normalnega' in 'nenormalnega' ter razumevanje zdravja vpelje nerealne zahteve o psihofizični pripravljenosti. Psihofizična pripravljenost je v družbi potrošnikov, kjer sami sebe ponujamo na trgu kot »prodajljive«, dokazilo družbene vključenosti, in ni le podaljšek zdravja, pač pa njegova *transcendenca*. Strah pred boleznijo in odklonskostjo zato zamenja strah pred neustreznostjo. Ko zdravje ne pomeni več odsotnosti bolezni, pač pa »presežek zdravja« (Dumit), je telo (z njim pa tudi mentalna čilost) razumljeno kot inherentno bolno, za »presežek zdravja« pa si moramo nenehno prizadevati s preventivnimi praksami in zmanjševanjem najrazličnejših tveganj. To idealno psihofizično pripravljenost, ki zamenja nekdanje razumevanje pojma zdravja, nekateri avtorji (Holub) v okviru razprav o človeških izboljšavah opredelijo z novo vrsto sestva: personalističnim sestvom, ki je *izboljšano* sestvo in po njihovem superiorno v primerjavi z naturalističnim (naravnem). To sestvo je po načelu »naredi sam« izdelano s pomočjo najrazličnejših tehnoloških, nevroloških, farmacevtskih, bionskih in drugih pripomočkov in tehnologij ter prilagojeno vsakokratnim izzivom okolja.

Razširjanje dometa medikalizacije in drugih povezanih –izacij zato ne gre razumeti kot avtoritativno posedovanje vsakdanjega življenja, pač pa kot odziv in vpletenost v širše družbene procese. V skladu z novimi konceptualizacijami zdravja se je spremenila tudi nozologija, ki ne opredeljuje več bolezni, patološkega, pač pa motnje, disfunkcionanost; slednja pa označuje neuspešnost delovanja in odzivanja posameznika v omenjenem družbenem kontekstu. Posledično se spreminja pritisk k diagnosticiranju, in sicer od spodaj navzgor, s strani »potrošnikov« novih razumevanj zdravja, ki jim diagnoze in olajšave, ki jih s tem pridobijo, pomenijo umik pred tveganji in tekmovalnimi družbenimi pritiski. Kot primer analiziram novo področje »človeških izboljšav«, ki jih razumem kot ponazoritev radikalizacije omenjenih procesov in spremembo normativov iz poprejšnjega odklona od družbenih norm v negativno smer (patologizacija odklona od povprečja ali minimalnega skupnega imenovalca) v patologizacijo odklona od ideala, od biti izvrsten ali pa najmanj optimalen predstavnik lastne vrste v določeni značilnosti.

Tako kot sama medikalizacija se tudi človeške izboljšave preračunavajo v smislu ekonomskih družbenih izgub produktivnosti posameznikov ali družbenih segmentov in so predstavljene v človekoljubnih terminih, kot pomoč posameznikom in družbi v doseganju performativnega uspeha in odličnosti. Nove tehnologije predstavljajo uspešnejše načine »izboljševanja« posameznikov kot zgolj medicinske tehnologije in tehnike, in verjetno tudi zato tem novim področjem medicina ni več zanimiva, zato predlagajo opuščanje koncepta medikalizacije. Delovanje številnih psihofarmakov je bilo odkrito naključno, njihovo delovanje pogosto ni dovolj predvidljivo ali pa ima preveč stranskih učinkov, terapije, ki naj bi delovale na človeško vedenje, so dolgotrajne in drage, medtem ko nove znanstvene tehnologije, namenjene spreminjanju človeškega delovanja, npr. možgansko-računalniški vmesniki, lahko delujejo bolj ciljno, natančno in usmerjeno. Toda medicinski diskurz je v svojem temelju opredeljeval razliko med normalnim in patološkim, med zdravjem in boleznijo, zaradi česar je bilo nanj mogoče tudi usmeriti družbeno kritiko, navkljub medicinskim biološkim utemeljitvam, ki so predpostavljale znanstveno nevtralnost in objektivnost. Nove tehnologije v okviru človeških izboljšav, po drugi strani, se ne predstavljajo kot patologizacija normalnega, povprečnega ali neoptimalne performativnosti, četudi to v resnici so. Izraz izboljšava ne pomeni nujno, da je nekaj slabo ali patološko, pač pa da je lahko zgolj »še boljše«, še zlasti, če je učinek izboljšave predstavljen kot nekaj, kar posamezniku samo koristi. To pa zabrisuje njen namen in tudi vse širše družbeno nadzorne vplive (ki danes potekajo v obliki samonadzora) dosti učinkoviteje, kot je to v medicinskem diskurzu. Kritiko je na človeške izboljšave toliko izmuzljiveje usmeriti, in zato je področje človeških izboljšav tudi toliko bolj problematično.

V nalogi sem skušala utemeljevati, da ne le medikalizacija in medicinski diskurz, pač pa tudi novi procesi, ki jih različni avtorji pojasnjujejo v okviru novih –izacij, inherentno vsebujejo moralno in etično presojanje. Da medicina določa, kaj je dobro, vredno, kaj je pravilna in zaželena oblika človeškega bivanja, so opozarjali že zgodnji teoretiki medikalizacije (Illich, Conrad in Schneider, Zola, Szasz in drugi), zaradi česar se mi je zdelo vredno posvetiti natančnemu branju njihovih del, ki so zajemali več kot le opozarjanje na strukturno moč medicine v 1970. letih, ki se je danes preobrazila. Morala je pri medikalizaciji, kot je argumentiral na primer Illich (1976), enako implicitna kot pri grehu ali zločinu; dobremu in slabemu daje vsebino. Ovira in zavlačuje prepoznavanje v temelju moralne in politične narave pojava (Szasz, 1974), kajti ker je zakrit z biologizacijo, je prikrit, ni jasen, in ne more biti več del javne razprave. Medikalizacija presoja, kaj je »dobro življenje«; v okviru medicinske retorike in idioma ter pod znanstvenim zastorom je ta presoja v celoti podprta ali pa z njo vsaj

veliko pridobi (Zola, 1972). Jezik medikalizacije posledično zaduši in zavrne priznavanje vseh človeških doživljanj in izkustev, če te niso obravnavane v okviru njenih klasifikacij bolezni in motenj, na primer človeškega trpljenja »kar tako«. Ni mogoče govoriti o trpljenju, izkoriščanju, zatiranju, poniževanju, strahu, žalosti, bolečini, ogroženosti ..., če ta ni predstavljena kot postravmatski stresni sindrom, depresija, anksiozne motnje ..., kar ima globoko politične posledice. Jezik medicine in novih tehnologij izpodrine običajno človeško trpljenje; o povzročeni škodi posameznik ne more govoriti, razen v objemu diagnoze, bolezni, motnje, medtem ko ideja človeških izboljšav predpostavlja samoumevno in ponotranjeno sprejemanje družbenih zahtev.

Drugi ključni mehanizem medikalizacije, na katerega so opozarjali omenjeni zgodnji analitiki medikalizacije in ki sem ga skušala z natančnim branjem njihovih del osvetliti, je proces premeščanja odgovornosti v okviru medikalizacije. Diagnoza posameznika sicer razveže odgovornosti za svoje družbeno problematično »stanje«, vendar obenem problem locira nazaj vanj, ga individualizira, ter posameznika obenem napravi odgovornega za odpravljanje problema, proces premeščanja odgovornosti pa zabriše, ni več jasen. V »tolažbo« mu obenem ponudi določene olajšave, poseben status, drugačno obravnavo, ki jo posamezniki v iskanju pribežališča pred družbenimi pritiski s hvaležnostjo sprejemajo (kar lahko razumemo kot neke vrste »posodobljeno« Parsonsonovo bolezensko vlogo), toda obenem to zabrisuje strukturne in družbene vzroke ter s tem onemogoča političen odziv nanje. Enak proces premeščanja odgovornosti (s strukturnih vzvodov na posameznika) poteka tudi v okviru novih –izacij ter človeških izboljšav, ne le medikalizacije, to pa je v razpravah v okviru teh polj vednosti pogosto prezrto. Proces medikalizacije se je iz telesa (z medicinskega in biomedicinskega pogleda) preselil na možgane (nevroznanosti) ter na vse zgodnejšo fazo (gensko načrtovanje) in na vse bolj mikro raven.

V kontekstu družbe tveganja in samorefleksivne individualizacije so ti pritiski ponotranjeni, razumljeni kot izboljševanje »jaza«, posamezniki pa neuresničevanja teh pritiskov ne doživljajo več kot jezo, pač pa kot sram in krivdo pred neustreznostjo ter strah pred nesprejetostjo. Različni analitiki (Radley, Illich, Galea) so obenem skušali prikazati, da ne le, da na zdravje prebivalstva – če ga razumemo kot odsotnost klasičnega razumevanja bolezni, ki posameznike ohromijo tudi izven tekmovalnega konteksta sodobne družbe – ne vplivajo predvsem medicina ali prakse »zdravega življenja«, pač pa imajo največji vpliv danes najbolj ogrožene osnove

dobrine (zrak, hrana, voda), ter finančni vplivi, politika in oblast ter z njimi ekonomska in socialna pravičnost.

Obenem bi odprla razpravo o preračunavanju družbenih bremen, ki se bo morda zdela zdravorazumska, pa vendar sprevrčanje očitnih razmer lahko osvetli nekatere pomembne probleme. Medicinske in nove tehnološke intervencije se pogosto utemeljujejo s preračunavanjem ekonomskih družbenih bremen, izgubo produktivnosti posameznikov zaradi nezdravja. Zakaj država in družba torej preračunavata le družbeni strošek izgube produktivnosti posameznikov ali družbenih skupin za »uspešno« delovanje v svetu, najpogosteje na trgu dela? Zakaj niso osrednji fokus preračunavanja družbenih bremen ter ekonomskih posledic in izgub za družbo in okolje problematična dejanja elitnih posameznikov in družbenih skupin, ki posredno pogosto odločajo o nesorazmerno velikem odstotku populacije ter katerih odločitve in interesi imajo globalne učinke na družbo, naravo in kulturo – ter na njihovo zdravje? Različne raziskave so ugotavljale, da je med vodilnimi segmenti v korporativnem svetu, ekonomiji, npr. tudi odgovornimi za gospodarsko krizo, nesorazmerno visok odstotek osebnosti, ki so visoko funkcionalne, obenem pa jih načeloma označuje pomanjkanje ali odsotnost empatije do drugih (premorejo funkcionalno razumevanje čustev drugih, a ne ustreznih empatičnih odzivov), sposobnost za veliko medosebno eksploatacijo in manipulacijo (DSM-5 v tem kontekstu opredeljuje antisocialno osebnostno motnjo in pa narcisistično osebnostno motnjo), obenem pa so zato običajno funkcionalno uspešni, v tem primeru ne doživljajo nujno, da je z njimi kaj narobe in zato tudi ne vstopajo v medicinsko obravnavo. Zakaj ni preračunavanja družbenega bremena posledic tovrstnih vedenj: na naravo, družbo, in cele družbene skupine – na *njihove* bolezni, PTSD, travme, izgubo delovnih mest? Kako to, da ni osrednji fokus medicinskih in znanstvenih raziskav razvijanje biomedicinskih, nevroloških ali drugih tretmajev za »normalizacijo« takšnih elitnih, a problematičnih posameznikov ali družbenih skupin? Če že, tovrstne raziskave zadevajo kriminalizirana vedenja nižjih in marginaliziranih slojev. Medikalizacije so zato deležne »žrtve« teh osebnosti, in medikalizacija z negativnimi diagnozami najbolj obsežno zajema najbolj ranljive in izpostavljene družbene skupine.

Medikalizacija z vsemi novimi tehnologijami ima torej še vedno kot svoj ključni cilj nadzorovanje, ki pa je v neoliberalni družbi samorefleksivno, razumljeno kot samonadzorovanje, samoizpopolnjevanje, z namenom družbene in ekonomske konkurenčnosti na kulturnem, družbenem in ekonomskem trgu, četudi so učinki tega dela družbeno nesorazmerno porazdeljeni in se stekajo v le nekaj odstotkov globalne populacije. Na tej točki

se zgodba o humani medikalizaciji z novimi tehnologijami, ki naj bi ljudem pomagala postati njihovo »izboljšano sebstvo« in predstavljala »človeške izboljšave«, doseganje ideala, prelomi.

*

V zadnjem poglavju o hiperkinetični motnji oziroma ADHD skušam povezati koncepta protektivnega otroštva in medikalizacije ter osvetliti njun vzajemni preplet.

ADHD je emblematična motnja medikalizacije otroštva. V 1990. letih je zaradi obsega diagnosticiranja motnje ter prevladujočega medikamentoznega zdravljenja pri otrocih (ponekod v ZDA v zadnjem času celo mlajših od 4 let) motnja bila deležna številnih kritik, tudi s strani dela laične javnosti, vendar v sodobnosti diagnosticiranje vztrajno narašča. Med razlogi za to, ki jih zasledimo v literaturi, so razširjanje diagnostičnih meril, lobiranje farmacevtske industrije, pritiski zagovorniških skupin, spremembe v razumevanju otroštva, praks vzgoje, spremembe na področju izobraževanja, javna sredstva, usposabljanje učiteljev, medijska pozornost, predvsem pa splošne družbene in kulturne spremembe.

Diagnosticiranje s to motnjo pa se bo v prihodnosti še povečevalo, zaradi česar avtorji pišejo o »eksponentnem širjenju« in tudi »globalizaciji« motnje. Zadnja izdaja klasifikacije bolezni SZO, ki je bila v Evropi bolj v uporabi, se je približala ameriški pri opredelitvah in kriterijih za ADHD, medtem ko je tudi ameriška klasifikacija DSM, po kateri je bilo že doslej diagnosticiranje 3- do 4-krat pogostejše kot po klasifikaciji SZO, v zadnji, peti izdaji, še razširila in znižala diagnostične kriterije (starostno mejo, dokaz o simptomih, namesto oviri, ovira pa je zdaj kakovost delovanja namesto klinične pomembnosti). V preteklosti se je spreminjal tudi poudarek na eni ali drugi obliki vedenja (nemirnost, visoka aktivnost proti nepozornosti; kadar je prevladalo diagnosticiranje po simptomih nemirnosti, so bili nekajkrat pogostejše diagnosticirani dečki, pri nepozornosti tudi deklice), predvsem pa je zdaj opredeljena kot potencialno vseživljenjska motnja. Učinki metilfenidata na nemirno vedenje so bili odkriti naključno, in čeprav je še vedno to najpogostejša medicinska obravnava (kognitivno-vedenjske terapije so namenjene predvsem za staršem z namenom obvladovanja otroka), so v razvoju tudi različne nevrotehnološke rešitve, kot so direktni nevronske oz. možgansko-računalniški vmesniki (BCI oz. MRV). Ker je motnja diagnosticirana po simptomih, so ti v različnih kulturnih okoljih različno interpretirani (v Franciji so take simptome verjetneje opredeljevali kot psiho-čustvene, v Italiji kot učno težavo ali vedenjsko motnjo, v Veliki Britaniji kot motnje

samonadzora, v ZDA pa kot motnjo uspešnosti), obenem je diagnosticiranje odvisno od okoljskih dejavnikov (družbeni razred in rasa, neenakosti, stresni dejavniki, izobrazba staršev ipd.).

Diagnosticiranje z ADHD narašča tudi pri nas, kar je mogoče razbrati iz podatkov o predpisovanju metilfenidata. Narašča pa tudi diagnosticiranje s številnimi drugimi motnjami pri otrocih, pričakovati pa je tudi uvajanje kulturno specifičnih motenj, npr počasnost (Mikuš Kos, 2017). ADHD je zdaj vse pogostejše diagnosticirana tudi med odraslimi, tudi pri nas med srednješolsko populacijo ter na visokošolski in univerzitetni ravni.

Lahko torej povzamemo za Conradom (2007), da vse to označuje kulturni premik k ideji, da je mogoče izboljšati delovanje *skoraj vsakogar*.

V nalogi sem analizirala, kdaj, kako in zakaj je bila motnja uvedena v slovenski prostor. Do približno 1970. leta so bile v našem prostoru zelo razširjene psihodinamske teorije, ki so za družbeno nezaželeno vedenje otrok krivile izključno starše, predvsem matere. Nemirni, zelo aktivni in nepozorni otroci so zaradi svojih naravnih značilnosti v šoli imeli težave s prilagajanjem na zahteve izobraževalnega sistema. V tistem obdobju je bilo tovrstno vedenje označeno kot vedenjski, ne učni problem – kot »žlehtnoba«, malomarnost, nevzgojenost in podobno. Ker šola v skladu s prevladujočo psihodinamsko doktrino za otrokovo vedenje ni bila odgovorna (ga ni »povzročila«, čeprav ga je posredno povzročila s svojimi zahtevami), je pritiske preusmerila na starše (s klicanjem v šolo, opominjanjem na otrokovo vedenje in celo izključevanjem otroka iz šole), ti pa so nato eskalirali pritiske na otroka, včasih s hudimi fizičnimi kaznimi. Pediatrinji in otroški psihiatrinji dr. Anici Mikuš Kos, ki je koncept pri nas uvedla, se je zdelo očitno, da med otroki obstajajo bistvene razlike in včasih tudi skrajna odstopanja, ki jih ni mogoče pripisati zgolj staršem ali vzgoji, pač pa da gre za posebne otrokove značilnosti, ki v vstopu v šolski sistem izgubijo »simpatično konotacijo« otroka, ki je »kot živo srebro«. Najprej je skušala uvesti koncept temperamenta, ki je nekatere variacije med ljudmi pojasnjeval na biološki osnovi, a brez patologizacije. Toda tovrstna utemeljitev v okviru institucionalne medicine ni omogočala zdravstvene obravnave otroka, zato je kasneje začela uvajati idejo hiperkinetičnosti, ki je izšla iz ZDA. Eksperti, ki so sodelovali pri uvajanju te motnje, se s patologizacijo otrokovih značilnosti večinoma niso strinjali, so pa v tistem kontekstu utemeljevanje, da je otrok biološko drugačen, in da za svoje vedenje ni sam kriv, prav tako pa ne starši, videli za otroka korist. To ga je lahko razbremenilo pritiskov s strani

šole, ki je tem otrokom počasi začela nuditi specifične olajšave in drugačne metode poučevanja (sprva pa bolj zdravorazumske ukrepe, kot so, da so nemirne otroke pač večkrat pustili iz razreda), obenem pa je to razbremenilo pritiskov tudi starše (ki niso bili več okrivljeni za otrokovo vedenje). Lahko opazimo dva ključna procesa medikalizacije, ki sem ju opisovala v uvodnem delu: premeščanje odgovornosti ter moralno in vrednostno nevtralizacijo. V tem kontekstu je torej medikalizacija del pritiskov in odgovornosti zvedla nazaj na šolo (ki torej prej za otrokovo vedenje ni bila odgovorna), saj se je morala šola začeti s temi otroki ukvarjati drugače in se jim začeti prilagajati. Pri tem velja poudariti ugotovitev, da so posamezniki tako v okviru medicinske stroke kot šole prilagajali stroko in njene trenutno veljavne dogme svojim prepričanjem (v skladu s tem, kar se jim je zdelo dobro in koristno), in ne nasprotno.

V drugem delu sem analizirala, s pomočjo izsledkov raziskave GOETE o izobraževalnih prehodih, kakšno vlogo ima medikalizacija v sodobnem izobraževalnem kontekstu, v kakšnem razmerju je s sodobnim konceptom protektivnega otroštva, ter njune preplete. V sodobnosti se je količina različnih olajšav in podpore, ki jih prinese medicinska diagnoza, močno povečala. Povečal se je tudi obseg različnih motenj, ki po uradnih medicinskih in pedagoških dogmah zahtevajo vsaka svoje posebne prilagoditve, kar pri nas poteka v okviru pridobitve odločbe o usmerjanju. Obenem pa je iz razprave o širšem evropskem izobraževalnem kontekstu razvidno, da se je močno povečal tudi pritisk k storilnosti in učni uspešnosti, ki je v slovenskem prostoru razumljena predvsem kot kvantitativno povečevanje obsega znanj, pri čemer za storilnostne pritiske ni mogoče kriviti le nacionalnega izobraževalnega sistema, saj je ta vpet v širše mednarodne primerjave in konkurenčnost.

Že dosednji objavljeni izsledki raziskave so pokazali, da je ključni varovalni dejavnik v načrtovanju otrokovega izobraževalnega poteka in tudi doseganju uspešnosti danes starševska podpora in vpletenost v otrokovo šolsko delo. K tej vpletenosti so starši zavezani tudi v okviru norm intenzivnega, pretirano odgovornega starševstva, ki jih zahteva protektivno otroštvo. Ta zahteva realizacijo dveh nasprotujočih si zahtev: zahtevo po zaščiti in zahtevo po spodbujanju avtonomnosti (saj naj bi otrok postal samostojen »akter«). Zaščito realizirajo tako, da izvajajo na šolo pritiske, v našem primeru v smeri pridobivanja ustreznih diagnoz (specifične učne težave, ADHD, avtistične motnje ipd.), ki otroku omogočijo določene olajšave in podporo, s tem pa konkurenčne prednosti. Oblika spodbujanja avtonomnosti otroka, ki jo starši, kot ugotavlja raziskava, dosežejo z implicitnimi pritiski, ki jih pogosto predstavljajo kot otrokovo izbiro ali v otrokovo dobro (otroci pa te pritiske ponotranjijo in se ne le počutijo za njihovo

realizacijo odgovorni, pač pa verjamejo, da jih tudi lahko uresničijo, če se le dovolj potrudijo), pa je zelo problematična, saj v otrocih v resnici zbuja odvisnost od staršev in nesamostojnost. Z diagnozo v okviru medikalizacije starši torej premeščajo odgovornost za realizacijo družbeno vsiljenih norm pretirano odgovornega starševstva na šolo.

Učitelji po drugi strani ta pritisk in premeščanje odgovornosti zaznavajo in ju poskušajo preusmeriti nazaj na starše in na specialne pedagoge, ki z otroki s posebnimi potrebami delajo individualno. Veliko število otrok s posebnimi potrebami, ki vsaka terja specifično prilagoditev in obravnavo, pa razumejo kot delovno preobremenitev. Ker otroke s posebnimi potrebami v slovenskem izobraževalnem sistemu prevzamejo posebni pedagogi, se učitelji za te otroke tudi večinoma ne počutijo odgovorne, do povečanja števila otrok z odločbami ter prilagoditev zanje pa imajo večinoma negativno stališče. Ugotoviti je bilo mogoče tudi protislovno stališče učiteljev, ki po eni strani menijo, da jim veliko starševsko vpletanje v izobraževalni proces odreka in odvzema njihovo avtonomijo, po drugi pa, soočeni s številnimi specifikami otrok, za te specifikke krivijo nazaj starše (premeščajo odgovornost nazaj nanje) in menijo, da z ustrežno starševsko podporo otroci lahko dosežejo tako učni uspeh kot disciplinsko ustreznost. Naslednje protislovje, ki ga je bilo mogoče ugotoviti, je, da je medikalizacija zaradi velikega števila otrok z različnimi specifikami in odločbami začela izključevati sredinsko populacijo otrok, torej »mirne in prilagojene«, ki v svojih značilnostih (vedenjskih, učnih) ne izstopajo. Učitelji so menili, da so ti otroci med najbolj zapostavljenimi oziroma ranljiva skupina, ker ne prejemajo zadostne podpore, saj njihove vire počrpajo otroci na obeh skrajnostih (oziroma tisti, ki so *uradno opredeljeni* na teh skrajnostih, predvsem z odločbami).

Medikalizacija obenem normalizira in legitimira te storilnostne zahteve. Čeprav družba, v kateri (po Baumanu) vsi sami sebe prodajamo na trgu kot komoditeto, potrošno blago, poudarja specifikke posameznikov (vsak je poseben, vsak je edinstven), pa medikalizacija, protislovno, vrši normalizacijo nad natanko tistimi posamezniki, ki so v čem res edinstveni in odstopajo. Otroci, ki v čem dejansko odstopajo, se morajo normalizirati: prilagoditi prikritim ali izrecnim performativnim zahtevam sodobne »družbe znanja«, pri čemer jim medicinski model, z institutom odločbe, v okviru izobraževalnega sistema ponudi možnosti in podporo za to normalizacijo.

Medikalizacija, kot so ugotavljali zgodnji analitiki, deluje s pomočjo procesa premeščanja odgovornosti, ki je sicer zabrisan: otroka diagnoza sicer razbremeni »krivde« za slabo učno

uspešnost (ki pa je torej glavni fokus teh motenj v izobraževalnem kontekstu), vendar obenem problem umesti nazaj na posameznika, in mu hkrati podeli odgovornost za ustrezno reševanje problema (izvajanje ustreznih postopkov, terapij, posebnih učnih prilagoditev ipd.). V primeru otrok pa so za ta problem in njegovo reševanje odgovorni predvsem starši. Ti to prikrito odgovornost, ki jo z medikalizacijo prevzamejo nase – četudi jih medikalizacija z objektivnim utemeljevanjem otrokovih težav uradno razbremeni – nato skušajo premestiti drugam, v izobraževalnem kontekstu nazaj na šolo. Šola pa se te odgovornosti poskuša znebiti tako, da jo premešča nazaj na starše. To ustvari krogotok nenehnega premeščanja odgovornosti. Oboji so pri tem pod dvojnimi pritiskom, saj so zahteve intenzivnega in pretirano odgovornega starševstva posledica prikritega premeščanja odgovornosti za strukturna družbena bremena na ramena posameznika, enako pa tudi povišane družbene zahteve po performativnosti nosi šola.

Opaziti je tudi, da v opisanih razmerah učitelji svojo vlogo razumejo predvsem kot kvalitetno podajanje kvalitetnega znanja, kar izključuje dva pomembna pedagoška vidika, ki sem ju skušala osvetliti: prvi je vprašanje vzgoje, drugi je vprašanje inkluzije. Morda gre del disciplinskih problemov, na katere so opozarjali tako starši kot učitelji, pojasniti prav s tem, da učitelji svoje vloge niti ne razumejo v vzgojnem smislu, pač izobraževalnem/učnem in disciplinskem. Zaradi ideološke označenosti vzgoje v preteklosti je ta pridobila tudi negativno konotacijo, šola pa raje ponuja podajanje navidezno nevtralnih izobraževalnih vsebin in vidikov. Otroci učiteljev tako niti ne doživljajo kot *oseb*, s katerimi bi lahko imeli odnose tudi s čustveno vsebino, pač pa predvsem kot podajalce znanja (zadovoljni ali nezadovoljni so z njimi predvsem glede tega, na kakšen način jim omogočajo ali ne učno uspešnost), kajti za emocionalno podporo se naslanjajo izključno na starše in deloma prijatelje.

Z nalogo sem želela osvetliti, da ti izobraževalni vidiki niso nevtralni, šola in starši pa s svojim vedenjem normalizirajo nekatere problematične družbene norme. Tudi obstoječe razmere je namreč mogoče označiti kot vzgojo, saj imajo odnosi med otroki in učitelji ter tudi starši svojo vrednostno vsebino, vrednote pa so posredovane tudi v načinu izvajanja izobraževalnega procesa in samih učnih vsebinah. Te vrednote so tekmovalnost, usmerjenost skoraj izključno na učno uspešnost (ki je lahko predstavljena nevtralneje, npr. kot »razvoj otrokovih potencialov«, »omogočanje«, »investicija v prihodnost« ...), storilnost, individualizem, izboljševanje predvsem lastnega položaja in podobno. Te pa niso priznane, reflektirane in načrtne.

Pedagoška ideja inkluzije predstavlja alternativo medicinskemu modelu; ravno tako kot medicinski model sicer predpostavlja prilagajanje izobraževalnega okolja posamezniku, vendar z drugimi vsebinami. V medicinskem modelu izobraževalni sistem prilagodi le izobraževalne vidike, pri inkluziji pa tudi druge: vzgojne in čustvene. Vendar pa inkluzija trenutno nima ustrezne zakonske podpore, obenem pa tudi ni ustrezno sprejeta med vsemi pedagoškimi delavci, še zlasti ne med specialnimi pedagogi. Lesar (2018; 2019) razloge za to vidi tako v prepričanjih pedagoške stroke (učiteljev in specialnih pedagogov) kot v institucionalnih vidikih. Slovenska pedagoška stroka, meni, se je tradicionalno usmerjala pretežno v teorijo, ne prakso. Posledično je delo z otroki s posebnimi potrebami »predelegirala« iz obče v specialno pedagogiko. Ker ta temelji na medicinskem modelu, otroke z odločbo obravnava individualno in jih izvzame iz skupine oziroma razreda.

Vse to vpliva na to, kako učitelji in specialni pedagogi razumejo ideje inkluzije, torej pedagoškega dela, ki vključuje skupine različnih otrok po zmožnostih, kulturni in etnični pripadnosti ipd. Ta je v domači stroki razumljena predvsem kot odziv na kategorije otrok s posebnimi potrebami. Večina osnovnošolskih učiteljev zato želi, kot navaja avtorica, poučevati skupine otrok, ki so si med seboj čim bolj podobne (homogene), saj verjamejo, da v takšnih skupinah učenci najbolj napredujejo (čeprav različne raziskave tega ne potrjujejo). Obenem pa učitelji priznavajo oziroma sami ocenjujejo, da v skupini različnih učenci najbolj napredujejo v osebostnem razvoju. Iz tega je tudi razvidno, kateremu od navedenega – osebostni rasti ali učnemu uspehu – dajejo prednost. Slovenska pedagoška stroka se tako ukvarja predvsem z ustreznim poimenovanjem otrok s posebnimi potrebami ter prilagajanjem učnih pristopov, brez razmisleka, kako medicinske kategorizacije in diagnoze vplivajo na otroke. Posledice ugotavlja tudi ta naloga: med pedagoškimi delavci velja prepričanje o izključno izobraževalni in disciplinirajoči nalogi šole, vzgoja pa je razumljena kot odgovornost staršev, kar posledično še utrjuje družbene norme pretirano odgovornega (zaščitniškega) starševstva in protektivnega otroštva.

*

Perspektiva samih otrok s posebnimi potrebami, med katerimi so tudi bolj nemirni, nepozorni in impulzivni otroci (torej tisti, ki so lahko diagnosticirani z ADHD), je tako v mednarodnem prostoru kot pri nas zaenkrat slabše raziskana. Pri nas se pedagoška stroka v okviru specialne pedagogike torej ukvarja predvsem s primernim poimenovanjem in učno obravnavo teh

kategorij otrok, medtem ko se sociološke raziskave v preteklosti na perspektivo otrok skorajda niso usmerjale. Možnost za raziskovanje in preučevanje doživljanja, razumevanja in izkustev samih otrok ter njihovih interpretacij vsakdanjega življenja so odprle nove družbene študije otroštva. Vendar pa so se te, kot sem predstavila, želele ukvarjati z »normalnim« in »zdravim« otroštvom in otroki, ne pa z deprivilegiranimi skupinami otrok, češ da se je tem sociologija pretirano posvečala že v preteklosti. Zato prav perspektive ranljivih skupin otrok v družboslovnem razmisleku umanjajo.

Etnografski pristop, ki je glavna metoda novih družbenih študij otroštva, je primeren za preučevanje perspektiv otrok, vendar bi bil v primeru skupine otrok s posebnimi potrebami najprej potreben kritičen razmislek o nekaterih problematičnih in pretirano individualističnih konceptih teh študij (akterstvo, participacija, soodločanje ...). Verjetno je zadosten poudarek že ukvarjanje s samo perspektivo, razumevanjem in doživljanjem otrok z uporabo primernih metod, ki pa so v teh študijah bile razvite. Pri tem bi bilo koristno ugotoviti to, kako diagnoze doživljajo, »uporabljajo« in razumejo tako tisti otroci, ki jih imajo, kot tudi to, kako otroke z diagnozami doživljajo drugi otroci. Obenem pa je pomemben vidik, kako otroci na splošno doživljajo medsebojno različnost, v tem primeru v šoli, in kaj na to doživljanje vpliva. Ne vemo dovolj o tem, kaj za otroka pomeni diagnoza, kakšen pomen otroci pripisujejo diagnozam ter kako otroci še zlasti v šolskem kontekstu opredeljujejo in doživljajo različnost.

Ker so otroci v okviru raziskave GOETE torej sami izražali željo po bolj skupnostnem okolju v šoli, bi bila takšna raziskava verjetno dobrodošla in koristna tudi pri pedagoških razmislekih o inkluziji, ne le družboslovnih. Upam, da pričujoča naloga ponuja nekaj izhodišč za nadaljnje razprave in raziskave na to temo ter tudi za proučevanje hiperkinetične motnje oz. ADHD.

VIRI IN LITERATURA

1. Abraham, J. (2007). Building on sociological understandings of the pharmaceutical industry or reinventing the wheel? Response to Joan Busfield's 'Pills, power, people'. *Sociology: the Journal of the British Sociological Association*, 41(4), 727-736.
<https://doi.org/10.1177/0038038507078929>
2. Academy of Medical Sciences, British Academy, Royal Academy of Engineering, Royal Society. (2012, november). *Human enhancement and the future of work. Report from a joint workshop*. Dostopno prek <https://acmedsci.ac.uk/file-download/35266-135228646747.pdf>
3. Agar, N. (2013). *Truly human enhancement: A philosophical defense of limits*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
4. Alanen, L. in Mayall, B. (ur). (2001). *Conceptualizing child-adult relations*. London: Routledge/Falmer.
5. American Psychiatric Association – APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. Arlington, VA.: American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
6. Antshel, K. M., Faraone S. V., Gordon, M. (2014). Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(6), 483–495.
<https://doi.org/10.1177/1087054712443155>
7. APA – American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
8. Apple, W. M. (1995). *Education and power*. London: Routledge.
9. Arendell, T. (ur). (1997). *Contemporary parenting: Challenges and issues*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
10. Ariès, P. (1966/1991). *Otrok in družinsko življenje v starem režimu*. Ljubljana: Škuc/FF.
11. Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393-404. Dostopno prek
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.ep10933329>
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329>
12. Armstrong, T. (2011). *The power of neurodiversity: Unleashing the advantages of your differently wired brain*. Cambridge, MA: DaCapo Lifelong/Perseus Books.

13. Armstrong, T. (2017). Neurodiversity: The future of special education? *Educational Leadership*, 74(7), 10-16. Dostopno prek <http://www.ascd.org/publications/educationalleadership/apr17/vol74/num07/Neurodiversity@-The-Future-of-Special-Education%C2%A2.aspx>
14. Atladottir, H.O, Gyllenberg, D., Langridge, A., Sandin, S., Hansen, S.N., Leonard, H., ... Parner, E.T. (2015). The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 173-83. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0553-8>
15. Bárd, I. in Singh, I. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder: Improving performance through brain–computer interface. V J. Clausen in N. Levy (ur.), *Handbook of neuroethics* (str. 741-762). New York in London: Springer Science & Business Media B.V. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4707-4_124
16. Baron-Cohen, S. (2017). Editorial perspective: Neurodiversity – A revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 744-747. Dostopno prek <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jcpp.12703> <https://doi.org/10.1111/jcpp.12703>
17. Bauman, Z. (1992). *Mortality, immortality and other life strategies*. Stanford, CA: Stanford University Press.
18. Bauman, Z. (1995). *Life in fragments*, London: Wiley-Blackwell.
19. Bauman, Z. (2002). *Tekoča moderna*. Ljubljana: *Cf.
20. Bauman, Z. (2005). *Liquid life*. Cambridge: Polity.
21. Bauman, Z. (2007). *Consuming life*. Cambridge: Polity.
22. Bauman, Z. in Donskis, L. (2000). *Moral blindness. The loss of sensitivity in liquid modernity*. Cambridge, UK: Polity Press.
23. Bauman, Z. in Donskis, L. (2016). *Liquid evil*. Cambridge, England, & Malden, MA: Polity.
24. Beau-Lejdstrom, R., Douglas, I., Evans, S. J. W. in Smeeth, L. (2016). Latest trends in ADHD drug prescribing patterns in children in the UK: prevalence, incidence and persistence. *BMJ Open* 6(6), e010508. Dostopno prek <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/6/e010508.full.pdf> <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010508>
25. Beck-Gernsheim, E. (2002). *Reinventing the family: In search for new lifestyles*. Cambridge: Polity.
26. Beck, U. (2001). *Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.

27. Beck, U. in Beck-Gernsheim, E. (2006). *Popolnoma normalni kaos ljubezni*. Ljubljana: FDV.
28. Bernstein, G. in Triger, Z H.. »Over-parenting«. *Davis Law Review*, 44(4), 1221-1279. Dostopno prek <https://lawreview.law.ucdavis.edu/issues/44/4/articles/Bernstein.pdf>
29. Bell, S. E. in Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775-783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>
30. Bell, S. E. in Figert, A. E. (ur.). (2015a). *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics: Old critiques and new engagements*. New York, London: Routledge.
31. Bell, S. E. in Figert, A. E. (2015b). Introduction: Outlining old critiques and new engagements. V S. E. Bell in A. E. Figert (ur.), *Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics: Old critiques and new engagements* (str. 1-16).
32. Berlim, M. T., Fleck, M. P. A. in Shorter, E. (2003). Notes on antipsychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(2): 61–67. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0407-8>
33. Bloom, A. (2018, 11. januar). Using ADHD drugs to control 'non-compliant' pupils is 'inhumane', say experts. *TES.com*. Dostopno prek <https://www.tes.com/news/using-adhd-drugs-control-non-compliant-pupils-inhumane-say-experts>
34. Boseley, S. (2017, 29. maj). Paralysed man moves arm using power of thought in world first. *The Guardian*. Dostopno prek <https://www.theguardian.com/science/2017/mar/28/neuroprosthetic-tetraplegic-man-control-hand-with-thought-bill-kochevar>
35. Braidotti, R. (2013). *The posthuman*. Cambridge, Malden: Polity Press.
36. Brewer, J. (2010). Microhistory and the histories of everyday life. *Cultural and Social History*, 7(1), 87–109. <https://doi.org/10.2752/147800410X477359>
37. Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. New York, NY: Routledge.
38. Broome, M. in Bortolotti, L. (2009). *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
39. Bunker, J. P. (2003). Ivan Illich and medical nemesis. Continuing professional education. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(12), 927. Dostopno prek <https://jech.bmj.com/content/jech/57/12/927.full.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.12.927>

40. Burr, V. (1995). *An Introduction to social constructionism*. London: Routledge.
41. Canguilhem, G. (1987). *Normalno in patološko*. Ljubljana: Studia Humanitatis/ŠKUC.
42. Campbell, C., Andersen, L., Mutsikiwa, A., Madanhire, C., Skovdal, M. Nyamukapa, C. in Gregson, S. (2015). Re-thinking childrens agency in extreme hardship: Zimbabwean childrens draw-and-write about their HIV-affected peers. *Health & Place*, 31, 54-64.
Dostopno prek <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829214001385>
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.09.008>
43. Caroll, M. (2014, 31. julij). Part human, part machine, Cyborgs are becoming a reality. *Newsweek*, Dostopno prek <http://www.newsweek.com/2014/08/08/cyborgs-are-walking-among-us-262132.html>
44. Chung, S. in Walsh, D. J. (2000). Unpacking child-centredness: A history of meanings. *Journal of Curriculum Studies*, 32(2), 215-234.
<https://doi.org/10.1080/002202700182727>
45. Clarke, A. E., Mamo, L., Fosket, J. R., Fishman, J. R. in Shim, J. K. (ur.). (2010). *Biomedicalization: Health, and illness in the U.S.* Edinburgh: Duke University Press.
46. Clarke, S., Savulescu, J., Coady, C. A. J., Giubilini, A., Sanyal, S. (ur.). (2016). *The ethics of human enhancement: Understanding the debate*. Oxford: Oxford University Press.
47. Conrad, P. in Schneider, J. W. (1980/1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
48. Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
49. Conrad, P. (2006). *Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior. Expanded edition*. Burlington: Ashgate.
50. Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human society into treatable disorders*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
51. Conrad, P. in Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
52. Cook, D. T. (2004). *The commodification of childhood: The children's clothing industry and the rise of the child consumer*. Durham, NC: Duke University Press.
<https://doi.org/10.1215/9780822385431>

53. Corsaro, W. A. (1997). *The sociology of childhood*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Pine Forge Press.
54. Côté, J. E. (2000a). *Arrested adulthood. The changing nature of maturity and identity*. New York in London: New York University Press.
55. Côté, J. E. (2000b). The Mead–Freeman controversy in review. *Journal of Youth and Adolescence* 29(5), 525-538. <https://doi.org/10.1023/A:1005172012716>
56. Črnak Meglič, A. in Kobal Tomc, B. (ur.). (2017). *Položaj otrok v Sloveniji danes: situacijska analiza*. 2017. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo. Dostopno prek <https://www.irssv.si/upload2/PolozajOtrokVSloveniji.pdf>
57. Dahlberg, G., Moss, P. in Pence, A. (2007). *Beyond Quality in Early Childhood Education and Care. Languages of Evaluation*. London in New York: Routledge.
58. Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D. in Blumberg, S. J. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199-212. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
59. DeMause, L. (1974). *The history of childhood*. New York: The Psychohistory Press.
60. Devjak, T. in Zidar, M. (2008). Družbeno konstruiranje otroštva v slovenskem šolstvu./The social construction of childhood in slovenian schooling. *Didactica Slovenica/Pedagoška obzorja*, 23(3-4), 15-30.
61. Dumit, J. (2012). *Drugs for life: How pharmaceutical companies define our health*. Durham, NC: Duke University Press.
62. Eksperti. (2016, 19. avgust). *Fokusna skupina*. Ljubljana: Osebni arhiv avtorice.
63. Epstein, J. N. in Loren, R. E. A. (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: Subtle but important. *Neuropsychiatry* 3(5), 455–458. <https://doi.org/10.2217/npv.13.59>
64. Eurofound. (2012). *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1264en_0.pdf
65. Eurofound. (2017). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostopno prek

- https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf
66. Eurydice. (2019, 27. marec). *Vzgoja in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami v večinskih vrtcih in šolah*. Dostopno prek https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/special-education-needs-provision-within-mainstream-education-68_sl
 67. Faircloth, C. (2014). Intensive Parenting and the Expansion of Parenting, V E. Lee, J. Bristow, C. Faircloth in J. Macvarish (ur.), *Parenting Culture Studies* (str. 35-50). London: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137304612>
 68. Fass, P. S. (ur.). (2013). *The Routledge history of childhood in the Western world*. London: Routledge.
 69. Fillion Wilson, M. A. (2017). Problematizing child-centeredness: Discourses of control in Waldorf education. *Global Studies of Childhood*, 5(9), 1-16. <https://doi.org/10.1177/2043610617707838>
 70. Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti. Vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: *Cf.
 71. Flaker, V. (2012). Kratka zgodovina dezinstucionalizacije v Sloveniji. *Časopis za kritiko znanosti* 40(250), 13-30. Dostopno prek <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-I96KJUV0/c166f3a0-0785-425c-8524-2b474d1344a6/PDF>
 72. Flandrin, J.-L. (1986). *Družina. Sorodstvo, družina in spolnost v Franciji od 16. do 18. stoletja*. Ljubljana: Delavska enotnost.
 73. Fosberg, L. *Involved Parenthood: Everyday Lives of Swedish Middle-Class Families*. Linköping: Tema Institute. Dostopno prek <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:221242/FULLTEXT02.pdf>
 74. Foucault, M. (1991). *Vednost, oblast, subjekt*. Ljubljana: Krt.
 75. Foucault, M. (2015). *Rojstvo biopolitike. Kurz na Collège de France, 1978–1979*. Ljubljana: Krtina.
 76. Foucault, M. (2009). *Rojstvo klinike*. Ljubljana: Študentska založba.
 77. Fukuyama, F. (2002). *Our posthuman future. Consequences of the biotechnology revolution*. London: Profile Books.
 78. Furedi, F. (2001). *Paranoid parenting: Abandon your anxieties and be a good parent*. London: Allen Lane.
 79. Galea, S. (2019). *Well: What we need to talk about when we talk about health*. Oxford: Oxford University Press.

80. Gatrell, C. (2004). *Hard labour: The sociology of parenthood, family life and career*. Maidenhead: Open University Press.
81. Gellad, Z. F. in Lyles, K. W. (2007). Direct-to-consumer advertising of pharmaceuticals. *The American Journal of Medicine*, 120(6), 475-480. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.09.030>
82. Ghuman, H. S. in Ghuman, J. K. (2014). *ADHD in preschool children: assessment and treatment* [e-book]. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199948925.001.0001>
83. Giddens, A. (1991a). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford idr.: Stanford University Press.
84. Giddens, A. (1991b). *The Consequences of Modernity*. Cambridge, Oxford: Polity Press.
85. Giddens, A. (2000). *Preobrazba intimnosti*. Ljubljana: *cf.
86. Giubilini, A. in Sanyal, S. (2016). Challenging human enhancement. V S. Clarke, J. Savulescu, C. A. J. Coady, A. Giubilini in S. Sanyal (ur.), *The Ethics of Human Enhancement: Understanding the Debate* (str. 1-26). Oxford: Oxford University Press.
87. Goffman, E. (1963/2008). *Stigma – Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
88. Grunow, D. in Evertsson, M. (ur.). (2016). *Couples' transitions to parenthood. Analysing gender and work in Europe*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
89. Grunow, D. in Veltkamp, G. (2016). Institutions as reference points for parents-to-be in European societies: a theoretical and analytical framework. V D. Grunow in M. Evertsson (ur.), *Couples' transitions to parenthood. Analysing gender and work in Europe* (str. 3-33). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
90. Harrington, A. (2019). *Mind fixers: Psychiatry's troubled search for the biology of mental illness*. New York, NY: W. W. Norton. & Company.
91. Hart, N. in Benassaya, L. (2009). Social deprivation or brain disfunction: Data and the discourse of ADHD in Britain and North America. V S. Timimi in J. Leo (ur.), *Rethinking ADHD: From brain to culture* (str. 218-254). London, New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
92. Harwood, V., Jones, S., Bonney, A. in McMahon, S. (2017.) Heroic struggles, criminals and scientific breakthroughs: ADHD and the medicalization of child behaviour in Australian newsprint media 1999–2009. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298262>

93. Haudrup Christensen, P. (1999). *Towards an anthropology of childhood sickness: An ethnographic study of Danish schoolchildren* (doktorska disertacija). The University of Hull, Institute of Anthropology, University of Copenhagen, Hull. Dostopno prek <https://pdfs.semanticscholar.org/8af0/b30922ae44e563d0b5e69ac770fc621b33a8.pdf>
94. Hayden, M. in O'Brien Hallstein, D. L. (2010). *Contemplating maternity in an era of choice: Explorations into discourses of reproduction*. Lanham, Md.: Lexington Books.
95. Heinz, W. R. (ur.). (1997). *Theoretical advances in life course research*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
96. Hendrick, H. 1992. Children and childhood. *ReFresh. Recent Findings of Research in Economic & Social History* 15, 1-4. Dostopno prek <http://www.ehs.org.uk/dotAsset/fc705ebe-8ed6-412a-8189-404a8c3759c9.pdf>
97. Hendrick, H. (1997). *Children, childhood and English society, 1880-1990*. Cambridge: Cambridge University Press.
98. Heywood, C. (2009). *Childhood. Children and childhood in the West from medieval to modern times*. Cambridge: Polity Press.
99. Higgs, P. (2012). Consuming Bodies: Zygmunt Bauman on the difference between fitness and health. V G. Scambler (ur.), *Contemporary Theorists for Medical Sociology* (str. 20-32). Abingdon, Routledge.
100. Hill, V. in Turner, H. (2016). Educational psychologists' perspectives on the medicalisation of childhood behaviour: A focus on Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). *Educational & Child Psychology* Vol. 33(2), 12-29. Dostopno prek http://discovery.ucl.ac.uk/1503569/1/Hill_1229%20Hill%20Turner_ResearchGate.pdf
101. Hochschild, A. R. (1989). *The Second Shift*. New York: Avon Books.
102. Hockey, J. in James, A. (2003). *Social identities across the life course*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, UK; New York: Palgrave Macmillan.
103. Holub, G. (2016). Human enhancement, the person, and posthuman personhood. *Ethics & Medicine*, 32(3), 171-183.
104. Hrženjak, M. (ur.). (2016). *Spremembe očetovstva: moški med delom in starševstvom*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
105. Humer, Ž. (2009). *Etika skrbi, spol in družina: Procesi relokacije skrbi med zasebno in javno sfero* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana. Dostopno prek http://dk.fdv.uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_humer-ziva.PDF

106. Humer, Ž., Švab, A. in Žakelj, T. Družinski centri kot odgovor na spremenjene značilnosti in zahteve družinskega življenja. *Teorija in praksa*, 48(2), 454-472. Dostopno prek http://dk.fdv.uni-lj.si/db/pdfs/tip2011_2_Humer_Svab_Zakelj.pdf
107. ICD-11, *International Classification of Diseases 11th Revision*. (2018). World Health Organization. Dostopno prek <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
108. Illich, I. (1976). *Medical Nemesis. The expropriation of health*. New York: Random House.
109. James, A. (1993). *Childhood identities. Self and social relationships in the experience of the child*. Edinburg: Edinburg University Press.
110. James, A. in Prout, A. (ur.). (1997). *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood*. London, Washington: Falmer Press.
111. James, A., Jenks, C. in Prout, A. (1998). *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
112. James, A. in James, A. L. (ur.). (2004). *Constructing childhood: theory, policy and social practice*. Houndmills, Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.
113. Javornik, J. (2014). Measuring state de-familialism: Contesting post-socialist exceptionalism. *Journal of European Social Policy* 24(3), 240-257. <https://doi.org/10.1177/0958928714525815>
114. Jenks, C. (1996.) *Childhood*. London in New York: Routledge.
115. Jenks, C. (1982). *The sociology of childhood: Essential readings*. London: Batsford.
116. Jeznik, K., Kroflič, R. in Štirn-Janota, P. (2017). O vzgojnih pristopih med permisijo in otrokocentričnostjo. V T. Narat, in U. Boljka (ur), *Generaciji navidezne svobode: otroci in starši v sodobni družbi* (str. 151-178). Ljubljana: Sophia.
117. Jones, I. R. in Higgs, P. F. (2010). The natural, the normal and the normative: contested terrains in ageing and old age. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1513-1519. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.022>
118. Journal of Posthuman Studies. Description. (2017). [opis zbornika na www]. Dostopno prek http://www.psupress.org/Journals/jnls_JPHS.html
119. Kecmanović, D. (1978). Društveni korijeni psihiatrije. Beograd: Nolit.
120. Kesič Dimic, K. (2010). *Vsi učenci so lahko uspešni: napotki za delo z učenci s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Rokus Klett.
121. Kobal Tomc, B. in Narat, T. (2017). Otroci s posebnimi potrebami. V A. Črnak Meglič in B. Kobal Tomc, (ur.), *Položaj otrok v Sloveniji danes: situacijska analiza* (str. 192-205). Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo. Dostopno prek

- <https://www.irssv.si/upload2/PolozajOtrokVSloveniji.pdf>
122. Kobolt A., Dekleva, B., Rapuš Pavel, J., Lesar, I. in Peček Čuk, M. (2008). *Problemi inkluzivne obravnave vedenjsko izstopajočih, socialno in kulturno deprivilegiranih učencev in dijakov. Zaključno poročilo*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport. Dostopno prek <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-8RPIC1PR/8aba79eb-c490-4308-86c6-3f9e7e232098/PDF>
 123. Kodelja, Z. (1995). *Laična šola pro et contra*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
 124. *Konvencija o biološki raznovrstnosti*. (1992). Sprejeta in razglašena z resolucijo Generalne skupščine Združenih narodov, 29. decembra 1993. Zakon o ratifikaciji Konvencije o biološki raznovrstnosti (MKBR), sprejet s strani Državnega zbor Republike Slovenije, 16. maja 1996. Dostopno prek http://www.furs.si/svn/semi/RastlGenViri/bioloska_raznovrstnost.pdf
 125. Kooij S.J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P.J., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(67), 14-34. Dostopno prek <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-67>
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
 126. Kos, A. (1970). Ali so res vselej le starši krivi za otrokove vedenjske motnje. *Naša žena*, (10)14.
 127. Krek, J. in Metljak, M. (ur.) (2011). *Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v Republiki Sloveniji 2011. 2. izd.* [Elektronski vir]. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo. Dostopno prek: http://www.belaknjiga2011.si/pdf/bela_knjiga_2011.pdf
 128. Kroflič, R. (1997). *Med poslušnostjo in odgovornostjo: procesno-razvojni model moralne vzgoje*. Ljubljana: Vija.
 129. Kroflič, R. (2002). Etika in etos inkluzivne šole oziroma vrtca. V R. Kroflič (ur.), *Izbrani pedagoški spisi: Vstop v kurikularne teorije* (str. 84-95). Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
 130. Kroflič, R. in Peček Čuk, M. (2009). Zakaj morajo imeti tudi poklicne in strokovne šole svoj vzgojni koncept? V R. Kroflič, T. Klarič in M. Peček Čuk (ur.), *Ali poklicne in strokovne šole potrebujejo vzgojni koncept?* (str. 13-24). Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje. Dostopno prek <http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/RazvojniProjekti/AlisolePotrebujejoVzgojniKoncept.PDF>

131. Kroflič, R., Štirn Koren, D., Štirn Janota, P. in Jug, A. (2010). *Kulturno žlahtenje najmlajših. Razvoj identitete otrok v času preko raznovrstnih umetniških dejavnosti*. Ljubljana: Vrtec Vodmat. Dostopno prek http://www.vrtecvodmat.si/files/2012/07/kulturnozlahtenjenajmlajasih_zaiten.pdf
132. Kroflič, R., Štirn Koren, D., Štirn Janota, P. in Jug Došler, A., in Smrtnik Vitulič, H. (2011). *Oblikovanje celovitega induktivnega pristopa in uporaba umetniških praks v vrtcu Vodmat* (Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci). Ljubljana: Filozofska fakulteta UL. Dostopno prek <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/download/106/198/2287-1?inline=1>
133. Kroflič, R. (2018). O opolnomčenju in subjektivizaciji s pomočjo umetniške izkušnje. V Rutar, D. (ur.), *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami* (str. 79-116). Kamnik: Cirius.
134. Kroflič, R. (2019, 15. maj). *Inkluzivno odpravljanje študijskih ovir. Glas študentov: prilagojen študij – mit ali resnica?* [PP predstavitev, Filozofska fakulteta UL v Ljubljani]. Ljubljana: Osebni arhiv avtorja.
135. Krueger, R. A. (1994). *Focus groups*. London: Sage Publications.
136. Kübler, A, in Mattia, D. (2016). Chapter 14: Brain–computer interface based solutions for end-users with severe communication disorders. V S. Laureys, O. Gosseries in G. Tononi, *The neurology of consciousness. Cognitive neuroscience and neuropathology*, (str. 217-240). Amsterdam: Elsevier/Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800948-2.00014-5>
137. Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage.
138. Laing, R. D. (1967). *The Politics of Experience*. New York: Pantheon Books.
139. Lamovec, T. (1994). Fenomenologija in duševno zdravje. *Socialno delo*, 33(3), 201-205. Dostopno prek <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-4P7MB9JS>
140. Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L. in Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241–255. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000907>
<https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
141. Lareau, A. (2011). *Unequal childhoods: Class, race, and family life*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
142. Lavrič, M., Flere, S., Tavčar Krajnc, M., Klanjšek, R., Musil B., Naterer, A., Kirbiš, A., Divjak, M. in Lešek, P. (2011). *Mladina 2010. Družbeni profil mladih v Sloveniji*.

- Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej.
Dostopno prek
http://www.ursm.gov.si/fileadmin/ursm.gov.si/pageuploads/slike/mladina_2010/Mladina2010-2.pdf
143. Lee, S. A. in Edget, D. M. (ur.). (2012). *Cognitive behavioral therapy: applications, methods and outcomes* [Nova E-Books]. New York: Nova Science Publishers Inc.
144. Lee, E., Bristow, J., Faircloth, C. in Macvarish, J. (ur.). (2014). *Parenting Culture Studies*. London, New York: Palgrave Macmillan.
145. Leonard, M. (2004). Children's Views on Children's Right to Work. Reflections From Belfast: *Childhood*, 11(1), 45-61.
146. Lesar, I. (2009). *Šola za vse? Ideja inkluzije v šolskih sistemih*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.
147. Lesar, I. (2013). Ideja inkluzije – med različnimi koncepti pravičnosti in etičnimi teorijami. *Sodobna pedagogika*, 64(2), 76–95. Dostopno prek
<https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HYCVTFUD>
148. Lesar, I. (2017). Mapping inclusive education within the discipline of Pedagogy. Comparative analysis of new study programmes in Slovenia. *International Journal of Inclusive Education*, 22(7), 699–713.
<https://doi.org/10.1080/13603116.2017.1402376>
149. Lesar, I. (2018). Celovitejše razumevanje pravičnosti kot podlaga vpeljevanja inkluzivnosti. V Rutar, D. (ur.), *Egalitarne simbolizacije življenja s posebnimi potrebami* (str. 117-140). Kamnik: Cirius.
150. Lesar, I. (2019). Izzivi pedagogike pri vpeljevanju inkluzivnosti v šolski sistem, *Sodobna pedagogika/Journal of Contemporary Educational Studies*, 70(136), 50–69. Dostopno prek
https://www.sodobna-pedagogika.net/clanki/01-2019_izzivi-pedagogike-pri-vpeljevanju-inkluzivnosti-v-solski-sistem/
151. Lewis, S. in Smithson, J. (ur.). (2006). *Gender, parenthood and the changing european workplace: Young adults negotiating the work-family boundary. Final report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Dostopno prek
https://cordis.europa.eu/docs/projects/files/HPSE/HPSE-CT-2002-00125/90882381-6_en.pdf
152. Lupton, D. (1994). *Medicine and culture. Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage.

153. Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London: Sage.
154. Luthar, O., Šašel Kos, M. Grošel, N. Pobežin, G. (ur.). (2006). *Zgodovina historične misli: od Homerja do začetka 21. stoletja*. Ljubljana: ZRC SAZU.
155. Macdonald, K. (2016, 5. maj). The first cyborg. *History Today*, 66(5), 31-36. Dostopno prek: <https://www.historytoday.com/archive/first-cyborg>
156. Marshall, B. L. in Katz, S. (2002). Forever functional. Sexual fitness and the aging male body. *Body and Society*, 8(4), 43-70.
<https://doi.org/10.1177/1357034X02008004003>
157. Maturo, A. (2012). Medicalization: Current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 122–133. Dostopno prek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353591>
<https://doi.org/10.4103/0973-1229.91587>
158. May, J. (2016). Repugnance as performance error: The role of disgust in bioethical intuitions. V S. Clarke, J. Savulescu, C. A. J. Coady, A. Giubilini in S. Sanyal (ur.), *The ethics of human enhancement: Understanding the debate* (str. 28-43). Oxford: Oxford University Press.
159. Mayall, B. (ur.). (1994). *Children's childhoods: Observed and experienced*. London: Falmer Press.
160. Mayall, B. (2002). *Towards a sociology for childhood: Thinking from children's lives*. London: Open University Press.
161. Mayes, R., Bagwell, C., Erkulwater, J. (2009). *Medicating children. ADHD and pediatric mental health*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
162. Medveš, Z. (2003a). Integracija/inkluzija v vrtcu, osnovni in srednji šoli. *Sodobna pedagogika* 54(120), 8-16.
163. Medveš, Z. (2003b). Šola zate in zame. *Sodobna pedagogika*, 54(120), 84-102.
164. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo. Dostopno prek <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-C11L6WB5>
165. Miah, A. in Rich, E. (2008). *The medicalization of cyberspace*. London: Routledge.
166. Mikuš Kos, A., Žerdin, T. in Strojnik, M. (1990). *Nemirni otroci*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
167. Mikuš Kos, A. (2016, 29. maj). *Intervju 1*. Ljubljana: Osebni arhiv avtorice.
168. Mikuš Kos, A. (2016, 15. avgust). *Intervju 2*. Ljubljana: Osebni arhiv avtorice.

169. Mikuš Kos, A. (2016, 19. avgust). *Intervju po fokusni skupini*. Ljubljana: Osebni arhiv avtorice.
170. Mikuš Kos, A. (2017). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Radovljica: Didakta.
171. Milharčič-Hladnik, M. (1995). *Šolstvo in učiteljice na Slovenskem*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
172. Miller, P. (2005). Useful and priceless children in contemporary welfare states social politics. *International Studies in Gender, State and Society*, 12(1), 3-41.
<https://doi.org/10.1093/sp/jxi001>
173. Mills, J. in Mills, R. W. (ur.). (2000). *Childhood studies: A reader in perspectives of childhood*. London in New York: Routledge.
174. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport [MIZŠ]. (2019). *Podatki o dijakih s posebnimi potrebami v srednješolskih izobraževalnih programih s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo*. Dostopno prek http://mizs.arhiv-spletisc.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/posebne_potrebe/pdf/Tabela_dijaki_s_osebni_potrebami.pdf
175. Mitterauer, M. (1996). A history of childhood: Research and teaching in South East Europe. V S. Naumović in M. Jovanović (ur.), *Childhood in South East Europe: Historical perspectives on growing up in the 19th and 20th century* (str. 13-29). Beograd: Udruženje za društvenu istoriju.
176. MKB-10-AM – *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih pblemov za statistične namene, Avstralska modifikacija. Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja*. (2008). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek https://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf
177. Montgomery, H. (2009). *An introduction to childhood: Anthropological perspectives on children's lives*. London: Wiley Blackwell.
178. Morano, H. E. (2008). *A nation of wimps: The high cost of invasive parenting*. New York, NY: Broadway Books.
179. Morrow, V. (2011). *Understanding children and childhood* [ePublications@SCU]. Lismore, NSW, Australia: Centre for Children and Young People, Southern Cross University. Dostopno prek <https://pdfs.semanticscholar.org/ef95/052829c6adceaa17d6d526b0e4ca2cc110f7.pdf>
180. Mrgole, A. (1999). *Malopridna mladež: med zaščitniki in preganjalci*. Ljubljana: *cf.

181. Narat, T. (2017). Identiteta »dobrega« starša v okoljih materialne in dohodkovne prikrajšanosti. V T. Narat, in U. Boljka (ur.), *Generaciji navidezne svobode: otroci in starši v sodobni družbi* (str. 233-260). Ljubljana: Sophia.
182. Narat, T. in Boljka, U. (ur.). (2017). *Generaciji navidezne svobode: otroci in starši v sodobni družbi*. Ljubljana, Sophia.
183. Nasrallah, H. A. (2011). The antipsychiatry movement: Who and why. *Current Psychiatry*, 10(12), 4, 6, 53. Dostopno prek https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/1012CP_Editorial.pdf
184. Naterer, A., Lavrič, M., Klanjšek, R., Flere, S., Rutar, T., Lahe, D., ... Kobše, Ž. (2019). Slovenska mladina 2018/2019. Zagreb: Friedrich-Ebert-Stiftung. Dostopno prek https://mlad.si/uploads/analizeinraziskave/Slovenska_mladina_2018-2019_FES_2019.pdf
185. Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ. (2017a, 18. september). *Statistika NIJZ o ADHD*. Ljubljana: interno gradivo.
186. Nacionalni inštitut za javno zdravje – NIJZ. (2017b, 24. oktober) [prispevek na spletu]. *Bi prepoznali hiperkinetično motnjo?* Dostopno prek <https://www.nijz.si/sl/bi-prepoznali-hiperkineticno-motnjo>
187. Nevrolog pediater. (2016, 20. maj). *Intervju*. Ljubljana: Osebni arhiv avtorice.
188. Nilsen, A., Brannen, J. in Lewis, S. (2012). Transitions to parenthood in Europe. A comparative life course perspective. Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt9qgtft>
189. Nussbaum, A. M. (2013). *The pocket guide to the DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
190. Oakley, A. (2000). *Gospodinja*. Ljubljana: *cf.
191. O'Mahony, S. (2016). Medical Nemesis 40 years on: the enduring legacy of Ivan Illich. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 46(29), 134–139. Dostopno prek https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/jrcpe_46_2_omahony_0.pdf
192. Oullier, O. (2017, 2. maj). This is your brain on business. *Fortune.com*. Dostopno prek <http://fortune.com/2017/05/02/neurotechnology-brainstorm-health-oullier>
193. Pandel Mikuš, R. (2017). Vloga prehrane pri obravnavi otroka z ADHD. V U. Sešek, M. Milavec Kapun in N. Steklasa (ur.), *Tako velik, pa še vedno nevzgojen – mavričnost otrok z ADHD. Zbornik prispevkov s strokovne konference (14. 4. 2017)* [elektronski vir], (str. 22-31). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta. Dostopno prek <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-N2QO6STE>

194. Parreira do Amaral, M., Walther, A. in Litau, J. (2013). *Governance of educational trajectories in Europe. Access, coping and relevance of education for young people in European knowledge societies in comparative perspective. Final report.* Frankfurt: University of Frankfurt. Dostopno prek <http://www.goete.eu/download/working-papers?download=5:goete-project-final-report-homepage-310713>
195. Parsons, T. (1951/1991). *The social system.* London: Routledge.
196. Passolt, M. (ur.). (2002). *Hiperaktiven otrok: psihomotorična terapija.* Ljubljana: Zveza sožitje.
197. Pavlovič, Z. (1993). *Psihološke pravice otroka: otrokove pravice onstran pravnega varstva.* Radovljica: Didakta.
198. Payer, L. (1994). *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick.* New York: Wiley.
199. Peček Čuk, M. in Lesar, I. (2011): *Governance of educational trajectories in Europe: National report teacher training Slovenia. GOETE Working Paper.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
200. Pirc, V. (2011, 27. januar). Kulturno žlahtenje najmlajših. *Mladina*, 4. Dostopno prek <https://www.mladina.si/53026/kulturno-zlahtenje-najmlajasih/>
201. Philo, Chris. 2000. The corner-stones of my world: editorial introduction to special issue on spaces of childhood. *Childhood*, 7(3), 243-256 <https://doi.org/10.1177/0907568200007003001>
202. Pole, C., Mizen, P. in Bolton, A. (2001). *Hidden Hands: International Perspectives on Children's Work and Labour.* New York: Routledge Falmer.
203. Pollock L. (1985). *Forgotten children: Parent-child relations from 1500-1900.* Cambridge: Cambridge University Press
204. Postman, N. (1982). *The disappearance of childhood.* New York: Delacourt Press.
205. Prout, A. (2005). *The future of childhood: Towards the interdisciplinary study of children.* London, New York: RoutledgeFalmer.
206. Puhar, A. (1982). *Prvotno besedilo življenja: Oris zgodovine otroštva na Slovenskem v 19. stoletju.* Zagreb: Globus.
207. Qvortrup, J. (1985). Placing children in the division of labour. V P. Close in R. Collins (ur.), *Family and economy in modern society* (str. 129-145). London: Macmillan.
208. Qvortrup, J. (ur.). (1994). *Childhood matters: social theory, practice and politics.* Aldershot idr.: Averbury.

209. Qvortrup, J. (1999). *Childhood and societal macrostructures. Childhood exclusion by default*. Odense: Odense University, Department of Contemporary Cultural Studies.
210. Qvortrup, J., Corsaro, W. A. in Honig, M.-S. (ur.). (2009). *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*. London, New York: Palgrave Macmillan.
211. Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. London: Sage.
212. Rasmussen, K. (2004). Places for children – children's places. *Childhood*, 11(2), 155-173. <https://doi.org/10.1177/0907568204043053>
213. Ravnateljica. (2016, 29. maj). *Intervju*. Ljubljana: Osebni arhiv avtorice.
214. Razpotnik, Š. (2011). It is all up to me: access to education and the discourse of individual responsibility. *Teorija in praksa*, 48(5), 1446-1465.
Dostopno prek: <http://pefprints.pef.uni-lj.si/2261>
215. Rebolj, A. B. (2018). *Prilagoditve za študente s posebnimi potrebami pri doseganju zahtevanih akademskih standardov* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Ljubljana.
216. Reisser, P. C. (2011). *Busy mom's guide to parenting young children*. Carol Stream, Illinois: Tyndale House.
217. Rener, T., Švab, A., Žakelj, T. in Humer, Ž. (2005). *Raziskava Perspektive novega očetovstva v Sloveniji: vpliv mehanizma očetovskega dopusta na aktivno očetovanje. Zaključno poročilo*. Ljubljana: Vlada RS, Urad za enake možnosti. Dostopno prek <http://www.european-fatherhood.com/UserFiles/File/Raziskovalno%20porocilo-o%C4%8Detovstvo.pdf>
218. Rener, T., Sedmak, M., Švab, A. in Urek, M. (2006). *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Univerza na Primorskem, Annales.
219. Resman, M. (2003). Integracija/inkluzija med zamislijo in uresničevanjem. *Sodobna pedagogika*, 54(120), 64-83.
220. Rissmiller, D. J. in Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services*, 57(6), 863-866.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.6.863>
221. Rifkin, J. (2000). *The age of access: The new culture of hypercapitalism, where all of life is a paid-for experience*. New York: Penguin.
222. Rose, N. (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. New York, NY: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511752179>

223. Rose, N. S., in Abi-Rached, J. M. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind* [EPUB]. Princeton: Princeton University Press.
224. Rotvejn Pajič, L., Pulec Lah, S. (2011). Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje motenj pozornosti in hiperaktivnosti. V L. Magajna in M. Velikonja (ur.), *Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje* (str. 161-187). Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani. Dostopno prek http://www.ucne-tezave.si/files/2016/10/2_Prepoznavanje.pdf
225. Rovšek, M. (2013). *Značilnosti usmerjanja otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem razvoju* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Ljubljana. Dostopno prek http://pefprints.pef.uni-lj.si/1939/1/Disertacija_Matej_Rovsek_2013.pdf
226. Rutar., D., Drobne, J., Patafta, T., Levec, A., Jeraša, M., Korene, I. in Praznik, I. (2010). *Inkluzija in inkluzivnost: Model nudenja pomoči učiteljem pri delu z dijaki s posebnimi potrebami, ki so integrirani v redne oddelke*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje. Dostopno prek http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/Datoteke/Publikacije/Inkluzija_in_inkluzivnost.pdf
227. Ryan, P. J. (2008). How new is the »new« social study of childhood? The myth of a paradigm shift. *Journal of Interdisciplinary History*, 38(4), 553–576. <https://doi.org/10.1162/jinh.2008.38.4.553>
228. Salecl, R. (2013). The myth of choice for children and parents: why we deny the harm being caused to our children. V J. Wild (ur.), *Exploiting childhood: how fast food, material obsession and porn culture are creating new forms of child abuse* (str. 98–109). London: Jessica Kingsley Publishers.
229. Salecl, R. (2017). *Tek na mestu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
230. Scambler, G. (ur.) (2012). *Contemporary theorists for medical sociology*. Abingdon: Routledge.
231. Schwarz, A. (2014, 16. maj). Thousands of toddlers are medicated for ADHD, report finds, raising worries. *New York Times*. Dostopno prek <https://www.nytimes.com/2014/05/17/us/among-experts-scrutiny-of-attention-disorder-diagnoses-in-2-and-3-year-olds.html>
232. Scialabba, G. (2017, marec). Against everything. *The Baffler*. Dostopno prek <https://thebaffler.com/salvos/against-everything-scialabba>
233. Sešek, U., Milavec Kapun, M. in Steklasa, N. (ur.) (2017.). *Tako velik, pa še vedno nevzgojen – mavričnost otrok z ADHD. Zbornik prispevkov s strokovne konference*

- (14.4.2017) [elektronski vir]. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta. Dostopno prek <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-N2QO6STE>
234. Sevenhuijsen, S. (2011). Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V S. Sevenhuijsen, in A. Švab (ur.), *Labirinti skrbi. Pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*. Ljubljana: Mirovni inštitut. Dostopno prek http://www2.mirovni-institut.si/slo_html/publikacije/pdf/MI_politike_labirinti_skrbi.pdf
235. Sherman, M. (2015). The cultural production of a pharmaceutical market: The making of ADHD. *International Journal of Communication*, 9(2015), 2182–2201. Dostopno prek <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/3212/1421>
236. Shippey, T. (2007). I lerne song. *London Review of Books*, 29(4), 19-20. Dostopno prek <https://www.lrb.co.uk/v29/n04/tom-shippey/i-lerne-song>
237. Shorter, E. (1975). *The making of the modern family*. New York: Basic Books.
238. Singh, I. (2008). Beyond polemics: science and ethics of ADHD. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(12), 957–964. <https://doi.org/10.1038/nrn2514>
239. Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, 73(6), 889-896. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.049>
240. Slatnar, B. (2012). Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 31-46. Dostopno prek <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-CWR1XT9S>
241. Smrtnik Vitulić, H. in Lesar, I. (2017). Changes in beliefs regarding good teachers and the characteristics of child development of primary education students. *Center for Educational Policy Studies Journal*, 7(4), 185-205. Dostopno prek <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1165367.pdf>
242. Sobo, S. (2009). ADHD and other sins of our children. V S. Timimi in J. Leo (ur.), *Rethinking ADHD: From brain to culture* (str. 360-381). London, New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
243. Sontag, S. (1983). *Bolest kao metafora*. Beograd: Rad.
244. Stone, L. (1979). *The family, sex and marriage in England, 1500-1800*. Harmondsworth: Penguin.
245. Strohl, M. P. (2011). Bradley's benzedrine studies on children with behavioral disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84(1), 27–33. Dostopno prek <https://pdfs.semanticscholar.org/6495/b10035d6970a30587326b267d88f72e4ee03.pdf>

246. Szasz, T. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.
247. Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: selected essays*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
248. Szasz, T. (2008). Debunking antipsychiatry. Laing, law, and Largactil. *Existential Analysis*, 19(2), 316-344.
249. Szasz, T. (2009). *Antipsychiatry: Quackery squared*. Syracuse, New York: Syracuse University Press.
250. Szasz, T. (2013). *Kraja človeka. Eseji proti medikalizaciji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: UMco 2013.
251. Šimenc, J. (2014). *Alergična družba: Medicinskoantropološki pogled na alergije*. Ljubljana: UMco.
252. Škoro Babić, A., Jeraj, M., Košir, M. in Balkovec, B. (ur.). (2012). *Zgodovina otroštva / History of Childhood*. Zbirka Zgodovinskega časopisa 45. Ljubljana: Zveza zgodovinskih društev Slovenije. Dostopno prek <http://sistory.si/publikacije/prenos/?urn=SISTORY:ID:31016>
253. Švab, A. (2001). *Družina: od modernosti do postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in raziskovalno središče.
254. Švab, A. (2000). Poti in stranpoti novih očetovskih identitet. Nekaj misli o sociološki interpretaciji novega ('postmodernega') očetovstva. *Teorija in praksa*, 37(2), 248-263. Dostopno prek <http://dk.fdv.uni-lj.si/tip/tip20002svab.PDF>
255. Talbot, A.-M. in Papaconstantinou, A. (ur.). (2009). *Becoming Byzantine. Children and childhood in Byzantium*. Washington, D.C.: Dumbarton Oaks Research Library and Collection.
256. Tännsjö, Torbjörn. (2012). Biological egalitarianism: A defence. V J. Wamberg, K. Lippert-Rasmussen, M. Rosendahl Thomsen (ur.), *The posthuman condition: Ethics, aesthetics and politics of biotechnological challenges* (str. 170-183). Aarhus: Aarhus University Press [eBook Collection].
257. The world's most famous real-life cyborgs. (2017, 22. junij). *Medicalfuturist.com*. Dostopno prek <http://medicalfuturist.com/the-worlds-most-famous-real-life-cyborgs/>
258. Timimi, S. (2002). *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Hove: Brunner-Routledge.

259. Timimi, S. (2009). Why diagnosis of ADHD has increased so rapidly in the West: A cultural perspective. V S. Timimi in J. Leo (ur.), *Rethinking ADHD: From brain to culture* (str. 133-159). London, New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
260. Timimi, S. in Leo, J. (ur.). (2009). *Rethinking ADHD: From brain to culture*. London, New York, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
261. Tisdall, E. K. M. in Punch, S. (2012). Not so 'new'?: Looking critically at childhood studies. *Children's Geographies*, 10(3), 249-264.
<https://doi.org/10.1080/14733285.2012.693376>
262. Turk Niskač, B. (2015). Otroci in otroštvo v etnologiji in antropologiji. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*, 55(1/2), 32-40. Dostopno prek
<https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-G3RB7M5W>
263. Turner, B. S. (1996). *The body and society. Explorations in social theory*. London: Sage.
264. Turner, B. (2004). *The new medical sociology: Social forms of health and illness*. New York: Norton.
265. Uhan, S. (2011). Misliti metodo: kvalitativna metodologija med teorijo in izkušnjo. *Družboslovne razprave*, 27(67), 7–21. Dostopno prek
<https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-LJMJ2ZNN>
266. Ule, M. (2000). *Sodobne identitete v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
267. Ule, M. (2003). *Spre gledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
268. Ule, M. in Kuhar, M. (2003). *Mladi, družina, starševstvo: Spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
269. Ule, M. in Kuhar, M. (2008): Orientations of young adults in Slovenia toward the family formation. *Young*, 16(2), 153–183.
<https://doi.org/10.1177/110330880801600203>
270. Ule, M. in Zidar, M. (2011). Life course, educational trajectories and social integration of young people in Slovenia. *Teorija in praksa*, 48(5), 1409-1426. Dostopno prek
http://dk.fdv.uni-lj.si/db/pdfs/tip2011_5_Ule_Zidar.pdf
271. Ule, M. (2013). Governance of educational trajectories in slovenia: Dilemmas and contradictions. *Annales*, 23(2): 291-302. Dostopno prek
<http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-KBIHORLG>
272. Ule, M. (2015a). The role of parents in children's educational trajectories in Slovenia. *Journal of Contemporary Educational Studies*, 66(132), 10-27. Dostopno prek

- https://www.sodobna-pedagogika.net/en/articles/01-2015_the-role-of-parents-in-childrens-educational-trajectories-in-slovenia/
273. Ule, M. (2015b). Vloga staršev v izobraževalnih potekih otrok v Sloveniji. *Sodobna pedagogika*, 66(1), 30-45. Dostopno prek <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HESOCJQ2>
274. Ule, M., Živoder, A. in du Bois-Reymond, M. (2015). Simply the best for my children: patterns of parental involvement in education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 28(3), 329-348. <https://doi.org/10.1080/09518398.2014.987852>
275. Viken, H. (2007). Changing life courses, citizenship, and new media. V P. Dahlgren (ur.), *Young citizens and new media. Learning for democratic participation* (str. 41-57). London: Routledge.
276. Vinovskis, M. A. in Frank, S. M. (1997). Parenting in American society: A historical overview of the colonial period through the 19th century. V T. Arendell, *Contemporary parenting. Challenges and issues* (str. 45-67). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
277. Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Dostopno prek <http://pefprints.pef.uni-lj.si/179/>
278. *Vsem družinam prijazna družba. Resolucija o družinski politiki 2018-2028. Predlog za javno razpravo*. (2017). Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Dostopno prek http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/druzina/RDP_-_predlog_za_JR.pdf
279. Wahlberg, A. in Rose, N. (2015). The governmentalization of living: calculating global health. *Economy and Society*, 44(1), 60-90. <https://doi.org/10.1080/03085147.2014.983830>
280. Walther, A., Walth, A., Ule, M. in du Bois-Reymond, M. (2015). Me, my education and I: constellations of decision-making in young people's educational trajectories. *QSE, International Journal of Qualitative Studies in Education*, 28(3), 349-371. <https://doi.org/10.1080/09518398.2014.987850>
281. Walther, A. in Parreira do Amaral, M., Cuconato, M., Dale, R. (ur.). (2016a). *Governance of educational trajectories in Europe: Pathways, policy and practice*. London idr: Bloomsbury Academic.

282. Walther, A. in Parreira do Amaral, M., Cuconato, M., Dale, R. (2016b). Introduction: The reshaping of educational trajectories in European knowledge societies. V A. Walther, M. Parreira do Amaral, M. Cuconato in R. Dale (ur.), *Governance of educational trajectories in Europe: Pathways, policy and practice* (str. 1-13). London idr: Bloomsbury Academic.
283. Woodhead, M., Faulkner D. in Littleton, K. (ur.). (1999). *Making sense of social development*. London in New York: Routledge.
284. World Health Organization. 1948. *WHO Constitution*. Ženeva: WHO. Dostopno prek https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
285. World Health Organization. 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization. Dostopno prek: <http://www.who.int/iris/handle/10665/37958>
286. World Health Organization. 2018. *The ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*. World Health Organization. World Health Organization. Dostopno prek <https://icd.who.int/en/>
287. Zajc, T. (2012, 23. november). Bolezenski razcvet. Kaj za družbo pomeni nenehno naraščanje števila diagnoz v klasifikaciji bolezni? *Mladina*, 47. Dostopno prek <https://www.mladina.si/118060/bolezenski-razcvet/>
288. Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja – ZOFVI. (1996). Sprejet v Državnem zboru Republike Slovenije, v veljavi od 15. marca. Dostopno prek <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO445>
289. Zaviršek, D. (2012). *Od krvi do skrbi: Socialno starševstvo v globalnem svetu*. Maribor: Aristej.
290. Zaviršek, D. in Pečarič, E. (2019, 4. maj). Ljudje z ovirami izgubljeni v prevodu. *Delo, Sobotna priloga*, str. 22-23. Dostopno prek <https://www.delo.si/sobotna-priloga/ljudje-z-ovirami-izgubljeni-v-prevodu-175428.html>
291. Zelizer, V. (1985). *Pricing the priceless child: The changing social value of children*. New York: Basic Books.
292. Zidar, M. (2002). *Oris družbene konstrukcije otroštva na Slovenskem* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
293. Zidar, M. (2005a, 5. november). Eden največjih genijev, osebno grozen. Carl Djerassi, »oče« kontracepcijske tabletko. *Delo - Sobotna priloga*.
294. Zidar, M. (2005b). Otrok s hiperkinetično motnjo v šoli. *Sodobna pedagogika*, 56(4), 42-55.

295. Zola, I. K. (1967a). In the name of health and illness: On some socio-political consequences of medical influence. *Social Science & Medicine*, 9(2), 83-87.
[https://doi.org/10.1016/0037-7856\(75\)90098-0](https://doi.org/10.1016/0037-7856(75)90098-0)
296. Zola, I. K. (1967b.) Pathways to the doctor – From person to patient. *Social Science & Medicine*, 7(9), 677-689.
[https://doi.org/10.1016/0037-7856\(73\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0037-7856(73)90002-4)
297. Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>
298. Zola, I. K. (1983). *Socio-medical inquiries: Recollections, reflections and reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press.

STVARNO IN IMENSKO KAZALO

A

ADD, 13, 153, 181, 182, 186, 215
ADHD, 5, 7, 8, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 136, 144, 148, 153,
154, 159, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175,
176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187,
188, 189, 190, 191, 192, 194, 200, 204, 210, 212, 213,
214, 215, 216, 219, 224, 225, 228, 230, 231, 232, 235,
236, 245, 249, 269, 270, 271, 274, 276, 277, 278, 279,
280, 282, 283, 285, 288, 290, 293, 294, 296
akter, 35, 37, 38, 40, 41, 43, 45, 78, 112, 123, 191, 218,
236, 244, 258, 271
Alanen, Leena, 37, 276
alokacija, 66
Ameriško psihiatrično združenje, 13, 14, 113, 137, 177,
181, 182
antiesencializem, 20
antipsihiatrija, 102, 111, 112, 117, 118, 119
antropologija, 19, 28, 29, 30, 95
Ariès, Philippe, 19, 20
avtonomnost, 28, 43, 78, 81

B

Bauman, Zygmunt, 47, 114, 126, 131, 132, 133, 277, 283
BCI, 13, 148, 188, 269
Beck, Ulrich, 47, 48, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 73, 114,
126, 127, 277, 278
Beck-Gernsheim, Elisabeth, 56
bioetika, 156
biografizacija, 49, 50, 73
biologizacija, 117
biomedicina, 90, 94, 99, 101, 106, 118, 141, 142, 147,
268
biomedikalizacija, 18, 88, 90, 140, 141, 142, 147, 148,
263
biotehnologija, 90, 141, 142, 143, 158, 160
bolečina, 106, 110
bolezen, 57, 59, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99,
100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 112,
113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 124, 126,
130, 131, 132, 133, 140, 143, 145, 153, 155, 159, 161,
163, 164, 165, 189, 210, 228, 298
bolezenska vloga, 6, 100, 104, 105, 107, 122, 135, 136,
137, 138, 163, 212, 224
bolnik, 96, 98, 102, 104, 105, 108, 115, 117, 124, 137
Boorse, Christopher, 100, 102
Buckingham, David, 81

C

Canguilhem, Georges, 101, 264, 279
človeške izboljšave, 6, 7, 142, 147, 154, 155, 156, 157,
158, 160, 162, 163, 165, 266, 269
Conrad, Peter, 6, 88, 89, 92, 108, 109, 118, 121, 122,
123, 124, 126, 130, 134, 135, 136, 139, 140, 141, 143,
144, 172, 173, 176, 178, 180, 181, 182, 183, 185, 186,
187, 188, 189, 210, 214, 215, 266, 279

Corsaro, William A., 20, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 280
Côté, James E., 28, 73, 280
Crichton, Alexander, 178
čustven, 116

D

delikventnost, 22, 122
delo, 20, 22, 26, 28, 39, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 72,
100, 109, 111, 112, 113, 122, 161, 162, 163, 192, 193,
233, 286, 288
deMause, Lloyd, 19, 25
deprivilegiranost, 5, 40, 42, 43, 44, 45, 59, 83, 84, 152,
194, 196, 205, 207, 209, 211, 218, 219, 223, 232, 233,
234, 235, 237, 238, 240, 241, 242, 246, 251, 259, 285
destigmatizacija, 109, 123, 133, 135, 136, 224, 231
deterministični model, 31
detomor, 25
diagnosticiranje, 102, 120, 210, 233
diagnostična merila, 154, 167, 212, 245, 246, 269
diagnoza, 6, 94, 101, 105, 106, 109, 116, 117, 123, 124,
136, 138, 164, 178, 187, 203, 204, 212, 224, 225, 228,
230, 233, 234, 252, 267, 271, 272, 275
discipliniranje, 38, 39, 160, 190
diskurz, 19, 25, 40, 64, 65, 67, 73, 87, 93, 99, 113, 126,
132, 141, 156, 158, 192, 296
dispraksija, 87
dodatna strokovna pomoč, 225, 227
družba, 19, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 44, 47,
55, 56, 57, 62, 65, 71, 72, 73, 79, 83, 85, 92, 94, 98,
104, 105, 106, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 117, 120,
123, 124, 126, 131, 132, 139, 147, 166, 203, 229, 295,
297
družba tveganja, 126
družboslovci, 30, 35
družina, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 29, 35, 36, 37, 41, 42, 50,
54, 55, 57, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72,
73, 84, 85, 209, 281, 295
država, 22, 94
DSM, 13, 15, 87, 137, 138, 154, 167, 169, 170, 171, 172,
174, 176, 177, 178, 181, 182, 186, 215, 268, 269, 280,
290
duševna bolezen, 99, 113, 137, 182
duševno zdravje, 167, 168, 183, 195

E

etnografska metoda, 28, 29, 46, 258, 275
evgenika, 158
Evropa, 29, 48, 62, 63, 64, 66, 71, 72, 118
evropeizacija, 217

F

familializacija, 221, 222
farmaceutizacija, 18, 88, 91, 140, 141, 142, 143, 146,
166, 263
farmacevtska industrija, 90, 109, 140, 143, 144, 145,
146, 166, 183, 210, 211, 263, 269

feminizem, 21
Flandrin, Jean Louis, 20, 281
fokusna skupina, 191, 193, 194, 197, 198, 199, 204, 205, 209
Foucault, Michel, 23, 111, 125, 146, 233, 281
Freud, Sigmund, 32, 114
Fukuyama, Francis, 158, 281
funkcionalizem, 101, 102

G

genetizacija, 18, 88, 91, 140, 141, 142, 263
genom, 141, 154
Giddens, Anthony, 47, 48, 53, 73, 114, 282
GOETE, 7, 18, 219, 220, 223, 227, 228, 229, 231, 233, 236, 240, 246, 247, 249, 254, 256, 271, 275, 291
Goffman, Erving, 111, 118, 282

H

habitus, 32
Harrington, Anne, 182, 195, 196, 282
hendikep, 86, 106, 163, 239, 240
hiperaktivnost, 122, 134, 139, 154, 171, 175, 177, 180
hiperkinetična motnja, 5, 6, 7, 13, 15, 16, 17, 18, 167, 169, 171, 173, 174, 182, 190, 208, 210, 213, 214, 215, 219, 235, 275, 290, 298
hiperkinetični sindrom, 87
historiografija, 21, 114
Hochschild, Arlie Russell, 64, 65, 283
Hoffmann, Heinrich, 178
humanitarnost, 134
humanizem, 25
Humer, Živa, 54, 60, 66, 283, 284, 292

I

ICD, 175
ideal, 6, 9, 22, 43, 59, 63, 91, 110, 131, 133, 136, 143, 183, 225, 239, 264, 265, 269
identiteta, 48, 49, 66, 73, 295
ideologija, 28, 40, 44, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 73, 80, 108, 109, 110, 123, 124, 127, 128, 163, 236
Illich, Ivan, 95, 105, 106, 108, 109, 110, 140, 278, 284, 290
impulzivnost, 169, 170, 171, 175, 176, 177, 179, 181, 187, 204, 206, 209, 210, 212, 215, 274
individualizacija, 47, 48, 114, 123, 232
industrializacija, 59, 63
inkluzija, 7, 16, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 243, 246, 249, 273, 274, 287, 288, 292
institucionalizacija, 111, 112
integracija, 162, 232, 238
interpretativna reprodukcija, 31
izboljšava, 158, 161, 163, 187, 266
izključenost, 71, 243
izključevanje, 147, 152, 217, 218, 239
izobraževalne zahteve, 220
izobraževalni sistem, 52, 217, 218, 219, 226, 228, 236, 237, 240, 243, 244, 272, 274
izobraževanje, 6, 7, 13, 18, 21, 22, 23, 27, 32, 36, 41, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 59, 63, 73, 78, 79, 82, 83, 96, 108, 159, 173, 176, 189, 190, 203, 216, 217, 218, 219, 220,

221, 222, 223, 227, 235, 237, 241, 243, 244, 246, 248, 251, 253, 255, 256, 257, 269, 281, 285, 289, 293, 298

J

Jenks, Chris, 19, 20, 32, 33, 35, 36, 40, 73, 80, 284

K

kiborg, 148
kiborgizacija, 91, 141, 142
kognitivno-vedenjska terapija, 188
kohabitacija, 64
komisija za usmerjanje, 226
komodifikacija, 80
konceptualizacija, 22, 23, 24, 26, 30, 34, 39, 63, 70, 71, 73, 113, 153, 156
konstrukt, 29, 36, 37, 40, 41, 83
konvencija, 81
kritika, 19, 26, 28, 33, 35, 89, 91, 104, 105, 108, 109, 111, 112, 113, 147
Kroflič, Robi, 29, 74, 218, 234, 237, 238, 239, 256, 284, 285, 286
krpanka, 194
Kuhar, Metka, 47, 48, 50, 53, 54, 55, 73, 296
kultura, 19, 34, 42, 59, 93, 96, 101, 108, 122, 130, 258
kulturna antropologija, 29

L

Lesar, Irena, 200, 222, 235, 237, 238, 240, 244, 285, 287, 291, 294
ligatura, 47, 48
Lupton, Deborah, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 124, 125, 133, 287

M

marginaliziranost, 30, 45, 46, 79, 214, 237, 238, 240, 258, 259, 268
materinjenje, 54, 65
materinska vloga, 60
materinstvo, 25, 67, 73
mati, 25, 26, 43, 56, 59, 64, 65, 69, 72, 94, 204
Mayall, Berry, 37, 276, 288
Mead, Margaret, 20, 27, 28
medicina, 6, 14, 22, 55, 56, 59, 63, 87, 88, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 130, 132, 133, 134, 139, 140, 142, 146, 147, 153, 154, 156, 157, 163, 164, 178, 195, 197, 211, 216, 257, 263, 265, 266, 267, 296
medikalizacija, 1, 2, 5, 20, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 133, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 153, 155, 156, 159, 162, 163, 167, 190, 202, 203, 208, 211, 216, 230
medikament, 120, 140, 228
metafora, 34, 98, 99, 113, 294
metilfenidat, 160, 169, 171, 173, 176, 177, 184, 185, 269, 270
mikrosgodovina, 21

Mikuš Kos, Anica, 46, 87, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 201, 202, 203, 204, 209, 211, 212, 214, 224, 227, 228, 230, 232, 288, 289
minimalna cerebralna disfunkcija, 13, 181, 182, 203
MKB (Mednarodna klasifikacija bolezni Svetovne zdravstvene organizacije), 13, 15, 115, 154, 167, 172, 174, 175, 176, 182, 289
mladi, 39, 42, 48, 50, 51, 62, 63, 64, 70, 72, 80, 296
mladost, 41, 50, 51
moderna, 92, 94, 114, 127
moški, 30, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 72
motnja, 1, 2, 46, 80, 88, 98, 101, 102, 104, 113, 115, 148, 152, 153, 159, 163, 165, 181, 182, 189, 190, 191, 195, 196, 201, 210, 211, 212, 214, 285

N

nadzor, 22, 28, 32, 54, 57, 64, 78, 80, 90, 93, 104, 106, 109, 110, 111, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 131, 144, 159
nadzorovanje, 23
nanotehnologija, 148
narava, 22, 24, 38, 42, 101, 127, 132, 147, 191
neenakost, 32, 66, 83, 84, 127, 147, 158, 160, 176, 218, 222, 262, 270
negotovost, 101, 127
nemirni otroci, 15, 18, 115, 169, 178, 180, 183, 191, 196, 197, 198, 200, 202, 203, 204, 205, 208, 209, 210, 214, 215, 229, 269, 271
nemirnost, 79, 175, 176, 178, 187, 212, 245, 269
neo-freudizem, 196
nepozornost, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 185, 186, 187, 209, 212, 215, 245, 269
nevrodiverziteta (tudi nevrorazličnost), 152, 153, 154, 202, 212
nevrologija, 114, 195, 208, 209, 211
nevrologizacija, 91
nevronaprava, 148
nevroprotetika, 148
nevroevolucija, 91, 263
nevroznanost, 168, 211
norma, 6, 57, 82, 83, 85, 235
normalizacija, 229
normativizem, 101, 102
nove družbene študije otroštva, 20, 25, 38, 39, 40, 41, 44
nozologija, 115, 117, 137, 138, 164, 169, 178, 215, 265

O

Oakley, Ann, 63, 70, 290
očetovanje, 67, 70
očetovstvo, 30, 54, 63, 66, 70, 71, 72, 292, 295
odgovornost, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 68, 70, 104, 111, 114, 115, 117, 120, 162, 164, 165, 190
odklonsko vedenje, 135
odrasli, 20, 27, 29, 30, 34, 35, 37, 38, 39, 42, 44, 62, 71, 80, 86, 97
otroci, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 50, 57, 59, 64, 65, 67, 78, 80, 81, 84, 85, 86, 97, 115, 180, 191, 193, 196, 197, 198, 202, 203, 204, 209, 210, 211, 228, 229, 230, 232, 258, 259, 288, 289, 291, 296

otroci s posebnimi potrebami, 7, 13, 17, 173, 219, 225, 226, 233, 235, 236, 237, 238, 240, 242, 245, 246, 272, 274, 275, 281
otrok, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 67, 71, 72, 73, 78, 79, 80, 81, 85, 86, 101, 115, 116, 121, 158, 182, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 201, 202, 203, 204, 208, 213, 214, 216, 228, 229, 233, 257, 258, 259, 260
otrokocentričnost, 5, 14, 16, 19, 60, 74, 76, 77, 78, 82, 83, 84, 222
otročstvo, 1, 2, 5, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 57, 58, 59, 69, 73, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 121, 190, 216, 258, 280, 291, 298
ovira, 269
oviranost, 170, 176, 239, 240

P

Parsons, Talcott, 19, 31, 32, 104, 115, 291
participacija, 34, 45, 66, 75, 78, 82, 163, 235, 240, 258, 259
patologija, 154, 159
patologizacija, 90, 112
pedagogika, 59
pedagoška stroka, 17, 274
perspektiva, 28, 30, 33, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 88, 104, 113, 124, 194
Piaget, Jean, 19, 33, 35, 258
poročilo, 62, 66, 160, 161, 292
posameznik, 49, 58, 80, 98, 103, 110, 116, 117, 127, 149, 163, 165, 202, 229
Postman, Neil, 24
postmedicina, 165
potrošništvo, 41, 50, 66, 80
pouk, 225, 232, 241, 246, 250, 252, 253
praksa, 23, 25, 26, 28, 53, 66, 70, 93, 121, 139
pravica, 27, 37, 38, 41, 81, 287
pravice otrok, 41, 47, 49, 58, 81, 86, 105, 131, 255, 291
prehod, 49, 50, 73
premeščanje odgovornosti, 6, 17, 18, 89, 91, 103, 104, 143, 217, 234, 252, 267, 271, 272, 273
pretirano odgovorno starševstvo, 5, 6, 7, 16, 17, 54, 61, 63, 76, 78, 82, 83, 220, 224, 230, 261, 271, 272, 273, 274
primanjkljaji na posameznih področjih učenja, 13, 173, 226
protektivno otroštvo, 5, 6, 16, 16, 17, 18, 20, 67, 73, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 167, 220, 224, 230, 252, 254, 257, 269, 271, 274
protektivnost, 7, 16, 74, 76, 77, 82
Prout, Alan, 19, 30, 35, 36, 40, 284, 291
psihater, 23, 56, 112, 113, 116, 196, 203, 211
psihiatrija, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 121, 137, 140, 153, 182, 192, 195, 204, 209, 211, 216, 233
psihoanaliza, 25
psihodinamske teorije, 213, 270
psihofarmaki, 141, 144, 166
psihologija, 33, 35, 38, 59, 233
PTSD, 268
Puhar, Alenka, 25, 26, 291

Q

Qvortrup, Jens, 19, 36, 37, 40, 43, 44, 291, 292

R

Radley, Alan, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 105
ranljive skupine otrok, 45
ranljivost, 219
ravnatelj, 17, 197, 241
raziskovalec, 22, 30, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 53, 57, 66, 73, 87, 90, 97
razvoj, 23, 29, 33, 41, 56, 58, 59, 73, 90, 92, 140, 161, 209
Renner, Tanja, 26, 53, 54, 63, 66, 67, 292
reprezentacija, 30, 39, 97, 140
ritalin, 144, 159, 160, 171, 172, 174, 184, 185, 194, 195, 205, 209, 210
Rose, Nicolas, 130, 142, 143, 146, 149, 150, 151, 152, 159, 199, 265, 292, 293, 297

S

Salamanška izjava, 235
Salecl, Renata, 80, 293
Schneider, Joseph W., 92, 109, 118, 121, 122, 123, 124, 139, 144, 279
segregirane oblike izobraževanja, 238
Sevenhuijsen, Selma, 63, 294
simptom, 80, 88, 100, 101, 102, 103, 106, 116, 119, 129, 138, 168, 170, 171, 172, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 185, 186, 188, 189, 195, 200, 212, 215, 262, 269
Skinner, F. B., 189
skrbstvena praksa, 66
skrbstveno delo, 62, 68, 224
Slovenija, 51, 54, 68, 71, 81
socializacija, 19, 30, 31, 33, 34, 35, 38, 49, 58, 70, 203
sociologija, 19, 20, 30, 35, 36, 38, 101, 125
šolski uspeh, 222, 229, 247
Sontag, Susan, 98, 99, 294
specialni pedagogi, 17, 208, 241, 245, 274
specifične učne težave, 13, 204, 216, 228, 271
starševanje, 30, 58, 60, 62, 63, 70, 72, 73, 261
starševska odgovornost, 55, 62, 262
starševska vključenost, 73, 78, 223
starševska vpletenost, 221, 223
starševstvo, 24, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 62, 63, 64, 70, 71, 72, 296, 298
starši, 23, 25, 26, 31, 38, 42, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 64, 67, 71, 72, 81, 84, 190, 191, 195, 196, 197, 203, 204, 210, 227, 228, 285
stigma, 118, 133, 134, 135, 137, 164
stigmatizacija, 135, 137
Still, George Frederic, 179, 180
storilnost, 200, 202, 218, 219, 226, 231, 232, 236, 237, 248, 249, 251, 252, 253, 256, 271, 273
strokovni delavci, 225
študija, 36, 39, 62, 195
študije otroštva, 19, 27, 36, 81
subjekt, 41, 48
Švab, Alenka, 54, 66, 69, 70, 73, 79
svetovni delavci, 17, 18, 205, 206, 210, 219

Szasz, Thomas, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 295

T

telo, 63, 92, 93, 94, 98, 99, 100, 102, 103, 109, 114, 115, 127, 128, 131, 132, 133, 164
teoretizacija, 41
teorija, 19, 25, 30, 31, 34, 35, 40, 42, 91, 103, 113, 140, 146, 147, 195, 202, 212
Thorne, Barrie, 20, 38
trg dela, 64, 71, 72, 83, 161, 163, 224, 233, 261
trpljenje, 46, 100, 105, 110
Turk Niskač, Barbara, 29, 30, 42, 296
Turner, Bryan S., 89, 100, 102, 103, 140, 296
tveganja, 127

U

učenec, 17, 18, 205, 207, 208, 217, 219, 222, 226, 227, 228, 236, 240, 241, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 253, 254, 255, 256, 274, 284, 285
učitelji, 17, 18, 23, 168, 189, 197, 203, 205, 206, 207, 208, 210, 215, 219, 223, 227, 228, 229, 232, 234, 236, 237, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 272, 273, 274
učna težava, 176
učni uspeh, 272
Ule, Mirjana, 2, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 73, 92, 93, 94, 96, 98, 103, 104, 125, 126, 127, 128, 166, 296

V

vedenje, 17, 27, 29, 35, 56, 58, 82, 102, 115, 135, 150, 151, 158, 177, 178, 179, 181, 183, 184, 185, 187, 189, 190, 197, 198, 200, 203, 208, 210, 212, 215, 216, 230, 231, 250, 253, 266, 269, 270
vedenjska motnja, 167, 176, 180, 230, 269
Vigotsky, Lev, 19, 33
VIZ (tudi vzgoja in izobraževanje), 13, 235, 238, 255
vzgoja, 26, 29, 57, 58, 59, 60, 61, 74, 75, 173, 223, 227, 235, 236, 237, 247, 249, 253, 254, 255, 256, 269, 273, 285, 298

Z

zahteve starševstva, 224
zasebnost, 24, 53, 164
zdravje, 20, 55, 57, 59, 87, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 102, 104, 108, 109, 110, 118, 119, 120, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 140, 143, 156, 162, 164, 165, 195, 286, 289
zdravljenje, 93, 94, 96, 108, 117, 130, 147, 208, 209
zdravnik, 23, 89, 93, 94, 100, 105, 109, 114, 116, 119, 122, 123, 125, 128, 139, 144, 180
Zelizer, Viviana, 80
ženska, 20, 21, 30, 54, 56, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 166, 196
zgodovinarji, 19, 20, 23, 24, 26, 27
zgodovinopisje, 20, 21, 27, 38
življenjski potek, 48, 49, 53
Zola, Irving Kenneth, 119, 120, 121, 299