

МЕДИКАЛИЗАЦИЯТА НА ЖИВОТА, МЕДИКАЛИЗАЦИЯТА НА УЧИЛИЩЕТО

Наталия Христова
Софийски университет „Св. Климент Охридски“

Резюме: Статията проблематизира съвременните процеси на медикализация и медикаментализация на живота. Текстът фокусира вниманието си върху медикализацията и медикаментализацията на училището, върху епидемията от диагностицирани дисфункции като хиперактивност с дефицит на вниманието и свързаното с нея масово предписване на метилфенидатсъдържащи препарати на деца в училищна възраст.

Ключови думи: медикализация, медикаментализация, училище, хиперактивност с дефицит на вниманието, метилфенидат, Риталин

Abstract: This article problematizes the contemporary processes of medicalization and medicamentation of life. Specifically, it focuses on medicalization and medicamentation of education, on the epidemic of diagnosed dysfunctions such as attention-deficit/hyperactivity disorder and the increase in prescriptions for methylphenidate-based drugs for school-aged children.

Keywords: medicalization, medicamentation, school, attention-deficit /hyperactivity disorder (ADHD), methylphenidate, Ritalin

Понятието *медикализация* се появява в полето на социалните науки през 60-70-те години на 20. век, за да обозначи нарастването и разпростирането на професионалната власт на медицината, както и предефинирането на редица явления от социален или друг порядък в медицински категории. В историята на развитите страни подобни процеси са наблюдавани по отношение на алкохолизма, лудостта, старостта, смъртта, престъпността, бременността, раждането и т.н., т.е. тези явления в определени периоди се преосмислят като медицински проблеми, а на здравните специалисти започва да се гледа като легитимните притежатели на знанието за тях и за тяхното третиране. Започнала още през 18. век (Foucault 1988), медикализацията като „процес, в който все по-голяма част от ежедневието попада под медицинска власт, влияние и надзор“ (цит. по: Mircheva 2018a:

46) според Ъ. Зола е резултат както от променящия се статут на медицинската професия, така и от секуларизацията. Както посочва авторът, медицината се е превърнала в основна институция на социален контрол, измествайки влиянието на религията и правото като „хранилища на истината” (цит. по: Mircheva 2018a: 46).

През 70-те години на 20. век се появява и може би най-радикалната критика на медикализацията – тази на Иван Илич, който в книгата си *Медицинската Немезида. Експроприацията на здравето* разкрива увреждащото действие на модерната медицина, нейните *ятрогенни ефекти*¹, т.е. обусловеността на множество заболявания от медицински вмешателства. Освен клиничната ятрогенеза в книгата си И. Илич разглежда и социалната и културна ятрогенеза, при които посредством фармакологичната инвазия, нарастването на показанията за диагностични тестове („диагностичен империализъм”), умножаването на профилактичните вмешателства създават едно болно общество.

И макар критиката на Иван Илич по отношение на развитието на медицината да е изключително радикална, интуициите на автора и някои от тревожните му заключения се споделят от една немалка част от по-късните изследователи, а и от част медицинското съсловие. Така например едно от най-авторитетните британски медицински издания, *Британско медицинско списание*, публикува през 2002 г. брой, посветен на творчеството на Илич (Duru 2004). В този брой, както и в последващата го дискусия в други издания, могат да се чуят гласовете на самите медици, които четвърт век след *Медицинската Немезида* признават, че са заставени да се занимават с несвойствени за професията им, псевдомедицински проблеми. „Децата, които някога бяха просто непокорни и немирни, ни казва един от авторите, днес се оказва, че страдат от дефицит на вниманието и хиперактивност. Остаряващите мъже, изглежда, страдат от мъжка менопауза и имат нужда от хормонална терапия, а онези, които вече не изпълняват съпружеските си задължения, трябва да се диагностицират с еректилна дисфункция и да им се изпише хапче, за да се поправи това...” (Duru 2004: 32). Списанието инициира и свое изследване, което да установи в каква степен подобни новомедикализирани състояния и проблеми се възприемат като болести/синдроми/разстройства от самите лекари. Заключениеето през 1979 г. е, че едва 20 % от медиците ги считат за такива (Duru 2004).

¹ Терминът „ятрогенеза” произлиза от гръцките думи „*iatros*” – „лечител” и „*genesis*” – „произход”.

Както е видно, медикализацията далеч не се изчерпва с колонизирането на социалното поле от медицината, или с т.нар. медицински империализъм, а представлява един далеч по-сложен и хетерогенен процес. В своите изследвания от 70-те години на 20. в. и от началото на следващото столетие Питър Конрад (Conrad 1976; Conrad 2007) многократно подчертава комплексността на медикализацията, като разграничава различните ѝ нива и различните агенти в нейното разгръщане. Така например, ако при медицинските интервенции и при сътрудничество между медицина и образователни, социални, правни и пр. институции имаме участие или съучастие на медицински специалисти, то на концептуално и идеологическо равнище медикализацията на определен проблем може и да не включва подобно активно (съ)участие.

Особено мощен агент в тези процеси са фармацевтичните компании, чиято цел е посредством маркетинговите си стратегии да продават винаги повече, възможно по-бързо и за по-продължително време. Като финансира научни изследвания, университетски изследователски центрове, контролира публикациите, формира лобита, прикрива конфликти на интереси, спонсорира научни форуми и обучение на медици, фармацевтичната индустрия колонизира медицинските практики. Чрез директно насочената към пациента реклама, спонсорирането на пациентски организации, прикритата реклама под формата на информация за здравословни проблеми, за които се предлагат медикаменти или добавки, разработването на редица тестове и процедури за самодиагностициране фармацевтичната индустрия разпростира влиянието си и непосредствено върху потребителите (Gori, Del Volgo 2005). Актуалните процеси на *disease mongering*, на създаването на нови болести с цел продажба на медикаменти, на разпростиране медикализацията до очевидно обусловени от социално-икономическите трансформации страдания (киберзависимост, социални фобии и тревожност, компулсивно пазаруване и т.н.) или до доскоро считани за нормални състояния и процеси (остаряване, предменструален синдром, менопауза, предменопауза и пр.) свидетелстват както за една все по-усилваща се патологизация на човешкия живот, така и за съвременните биополитически, биоикономически механизми на управление на самия живот (Rose 2007). Постигането на перфектното здраве се превръща във върховна и същевременно недостижима цел на съвременния човек, защото здравето днес не е възприемано просто като „тишината на органите”, а като „пълното физическо, емоционално, психическо

благополучие на човека” (СЗО). С развитието на превантивната и предиктивна медицина ние достигаме до онзи момент, предречен от Олдъс Хъксли, при който медицината толкова е напреднала, че вече никой не може да бъде здрав. Модификацията на границите между болест и здраве, стремежът да се откриват вероятности, предразположения, рискове за развитие на определени заболявания водят до това, че човешкото същество се оказва обект на медицински контрол още преди да е родено, а медицинското експертно знание направлява живота му до самия му край.

В своето изследване *Медикализацията на училищния провал* Станислас Морел съсредоточава вниманието си върху съвременните процеси на медицинация на училището и техните динамики в последните десетилетия (Morel 2014). Бидейки резултат от дадени социоисторически контексти, от определени обществени и институционални динамики и борби, процесът на медицинация търпи определени флукутации, интензификации или спадове в своето разгръщане. Така например, ако медицинацията на училището е процес, който може да бъде наблюдаван от 19 в. насетне (Mircheva 2018 b), то в периода 1960-1980 г. социалните и хуманитарните науки фокусират вниманието си върху социогенезиса на обучителните трудности. Като оспорват разпространените възгледи за наследствеността, вродеността на проблемите в ученето, те успяват да наложат визията си за социоекономическите, политическите, идеологически причини за образователните затруднения, да убедят актьорите в образователното поле, че ако част от децата изостават или не се справят с учебния материал, то това най-често не се дължи на никакви биологически, наследствени причини, а на социалните неравенства и определени специфики на самата училищна институция. Затова и по отношение на медицинацията на затрудненията в ученето в последните десетилетия се наблюдава напрежение, конкуренция между медико/невро/когнитивните интерпретации, от една страна, и социологическите, от друга.

След 1990 г. обаче, подчертава Морел (Morel 2014), ставаме свидетели на все по-широкото разпростиране на индивидуализацията на третирането на образователните проблеми на децата, като на преден план излизат генетичните и неврокогнитивните интерпретации на проблемите в ученето. Експлозията на диагностицирани дисфункции – дислексия, дисграфия, дискалкулия, диспраксия, хиперактивност със или без дефицит на вниманието и т.н., е свързана не само с усилването на влиянието на невронаучните и/или

генетичните режими на истина, но и с пренебрегването на социално-политическите, икономическите, културните и институционалните предпоставки за развитието на тези затруднения. В този смисъл няма да е чудно, както ни предупреждава Филип Мейрийо (Meirieu 2012), в скоро време да се окаже, че децата ни страдат и от дисгеография, дисфилософия, дисистория и прочие разстройства, като причините и решенията за тези нарушения ще се търсят не на социокултурно или институционално ниво, а в полето на невронауките и медико-фармацевтичните интервенции. Така обучението в клас ще стане излишно, а училището, по думите на Мейрийо, окончателно ще се превърне просто в разпределителна гара, в която се диагностицират различни състояния, изискващи специализирана медицинска интервенция и подкрепа, а децата се пренасочват към индивидуална работа с помощта на експерт, какъвто учителят вече не е, за да се справят със затрудненията в ученето.

Типичен пример за медикализация на училището в последните десетилетия е лавинообразното увеличаване на случаите на дислексия. Според специалисти между 5 и 7% от децата страдат от това разстройство, а според други процентното съотношение достига и до 10%. От гледна точка на редица социолози, педагози, психоаналитици и психолози обаче става въпрос за една политика на свръхдиагностициране на състояние, което засяга значително по-малък процент от децата. Според хуманитарните и социалните науки затрудненията, които все повече съвременни деца изпитват при четене, се дължат не толкова на неврологични и генетични причини, а на културни, социално-икономически и институционални фактори.

Същевременно обаче немалоко логопеди изтъкват, че при преpraщането на децата към тях образователната институция се освобождава от „мръсната работа” на началното ограмотяване, от „горещия картоф” на затрудненията с четенето, превърнали се в последните десетилетия в обект на множество национални и наднационални политики. Учителите от своя страна признават, че вече не се чувстват компетентни, за да се справят с подобни проблеми, защото те не са в тяхната експертиза, а липсата на време и натискът за постигане на по-високи резултати при национални и супранационални външни оценявания ги кара да насърчават индивидуалната работа с логопеди. При всички случаи обаче самата промяна на професионалния статут на логопеда, преминаването на тази професия от

полето на педагогиката към медицината, е сама по себе си симптоматична за съвременната медикализация на образованието. Както посочват Виолета Боянова и съавтори, през 2007 г. е взето решението професията на езиковите и говорни терапевти (логопеди) да бъде включена в категорията „други медицински специалисти” (Boyanova, Asenova, Vinarova 2013).

Но може би най-обезпокоителният симптом на съвременната медикализация и медикаментализация на училището е епидемията от диагностициране на детска хиперактивност.

„Хиперактивното разстройство с дефицит на вниманието е чудесен пример за една измислена диагноза” – това е парадоксалното признание не на друг, а на един от бащите на медикализацията и медикаментализацията на детската хиперактивност – Леон Ейзенберг². Месеци преди смъртта си през 2009 г. в своя апартамент в Бостън Ейзенберг споделя пред интервюиращия го, че никога не е предполагал, че начинанието му от 60-те години на миналия век ще добие такива размери и че с ужас наблюдава как в настоящето всяко десето момче в САЩ е заставено всеки ден да взима предписаната му доза Риталин. И в действителност през последните четири десетилетия това е най-експлозивно разпространящата се диагноза в детската психиатрия, като терапевтирането на това разстройство в масовия случай се осъществява чрез предписването и приемането на психостимуланта метилфенидат, познат най-вече под търговското название Риталин³. Както посочва П. Петров, хиперкинетичното разстройство със или без нарушение на вниманието е най-често диагностицираното поведенческо разстройство в детска възраст и едно от най-честите разстройства на нервно-психичното развитие в педиатричната популация. Според П. Петров, който се позовава на метаанализ на 102 проучвания, направени през периода 1978-2005 година, предполагаемата болестност в световен мащаб при лица под 18-годишна възраст е 5.29% (Petrov 2001). Според други автори обаче процентното съотношение на страдащи деца достига до 18-26% (Simon-Pezeshknia 2011).

² <http://www.hoaxorfact.com/health/inventor-of-adhd-called-it-a-fictitious-disease-facts-analysis.html>

³ Метилфенидат се разпространява в България под търговското название Concerta на Johnson&Johnson.

От своя страна харвардският психолог Джером Каган, един от най-изтъкнатите специалисти по детско развитие, в едно свое интервю за Шпигел⁴ казва: „Нека се върнем петдесет години назад и да си представим едно седемгодишно дете, което се отегчава в училище и пречи на класа. По онова време се е казвало, че детето е мързеливо. Днес се казва, че страда от ХАДВ (хиперактивност с дефицит на вниманието). Всяко дете, което не се справя в училище, е изпращано при педиатъра, който заключава: „Това е ХАДВ, да изпишем Риталин”. В действителност обаче при 90% процента от 5,4 милиона деца в САЩ, които са диагностицирани с хиперактивност, не се наблюдава никаква аномалия в метаболизма на допамина, подчертава Каган, т.е. няма никакви медицински основания за поставяне на тази диагноза и предписване на метилфенидат.

Метилфенидат е синтезиран през 1944 г. от Леандро Панизон в швейцарската лаборатория СИВА, чийто наследник е днешната Новартис (Duranloup 2004: 126). През 1954 г. амфетаминopodobният препарат е разрешен за употреба в Швейцария и Германия, а от 1956 г. се разпространява и в САЩ. Медикаментът носи името на съпругата на доктор Панизон – Рита (*Риталин*), защото тя заедно със своя съпруг е първата, която го използва и свидетелства за неговите благотворни ефекти. Препаратът е рекламиран като лек психостимулант с отлична поносимост, който позволява „след една безсънна нощ човек да бъде в отлична работоспособност” (Duranloup 2004). Подобряващ настроението, физическите и интелектуалните постижения, Риталинът намалява и апетита и така съдейства за постигане на идеалното тегло. Благодарение на Риталина госпожа Панизон значително подобрява играта си на тенис, като не чувства никаква умора. Лекарите и фармацевтите са призовавани да последват примера на семейство Панизон и да изпробват медикамента върху себе си. В един медицински наръчник от 1961 г. този „лек амфетамин” е представен като тонизиращ препарат с действие, подобно на кофеина, пчелното млечице и малцовия екстракт. През 1956 г. СИВА лансира и детския вариант на Риталин – Серпатонил, предназначен за третиране на „афективната лабилност на учениците” (Duranloup 2004). След намеса на Швейцарското психиатрично общество тази употреба на Серпатонил е възпрепятствана, но опитът на фармацевтичната индустрия да разпростре прилагането на амфетаминopodobни препарати и до детската популация и училището е

⁴ <https://www.spiegel.de/international/world/child-psychologist-jerome-kagan-on-overprescribing-drugs-to-children-a-847500.html>

симптоматичен за бъдещата медикализация и медикаментализация на детството (Duranloup 2004).

През 1973 г. са разработени първите въпросници, предназначени за разпознаване на хиперкинетичното разстройство от учители, възпитатели и родители. Изследванията и публикациите по проблема се умножават, без това да води обаче до определена яснота относно етиологията и патогенезата на хиперактивността. Единственото, което има значение, е, че Риталинът действа, но не за да лекува, а да премахне нежеланите реакции и поведения. Въпреки противоречивите хипотези относно етиологията на болестното състояние, американските учени и лекари в по-голямата си част са обединени относно положителните ефекти от прилагането на метилфенидат, като обичайно се изтъкват три основни довода: на първо място, Риталинът наистина подобрява поведението, усилвайки вниманието и намалявайки импулсивността, на второ място, той позволява с по-малко да се постигне повече, защото в сравнение с други, психоаналитични терапии например, спестява време, средства и усилия, и на трето, приемането на медикамента облекчава родителите в грижите им за техните трудни деца. По отношение на институционалното възпитание и обучение Риталинът, подчертават специалистите, притежава изключителен педагогически потенциал, тъй като, от една страна, подобрява способностите за учене на децата, а от друга, третирането на децата с метилфенидат позволява на учители и възпитатели да изоставят „варварските“ дисциплинарни възпитателни методи, използвани за справяне с проблемните ученици, и да се придържат към една хуманна педагогика (Duranloup 2004). Педагогика, която обаче разчита на медикаментозното невроусилване и подобряване, на ерозирането на границите между медицина и образование.

През 80-те години на века се надига обществено недоволство срещу свръхмедикализацията на детството, което кара CIBA-Novartis да се откаже от директно насочената към пациента реклама. Междувременно в третия американски класификатор на болестите DSM-III са диференцирани разновидностите на хиперактивното разстройство, като по това време се подемаат инициативи за регулиране на предписването и приема на Риталин, като се отчитат и нежеланите странични ефекти на препарата. Тези обществени съпротиви са преодолени през 90-те години, за да се реактивират спорадично и до днес. В техен отговор обаче се прибъгва до арсенал от стратегии, които обезоръжават подобни обществени мобилизации. От една страна, фармацевтичните компании вече разчитат на

далеч по-дискретни маркетингови стратегии, които правят все по-малко видима разпростираща се употреба на метилфенидат. От друга страна, научните публикации в далеч по-голяма степен са фокусирани върху ефективността на психостимуланта, отколкото върху страничните му ефекти (Duranloup 2004). А наднационалните регулаторни органи, като се ангажират с проследяването на съотношението полза/риск, в крайна сметка изтъкват заключения в полза на прилагането на метилфенидат.

Така например през 2007 г. Европейската комисия отправя искане за сезиране на Европейската агенция по лекарствата, като настоява да бъдат разгледани някои опасения, свързани с безопасността при лечението с метилфенидат⁵. Оценката на безопасността при тази процедура е фокусирана върху потенциално свързаните с лечението с метилфенидат сърдечно-съдови и мозъчно-съдови рискове, психиатрични разстройства, канцерогенност, влияние върху растежа и ефектите от продължителното лечение.

По данни на Европейската агенция по лекарствата метилфенидатът може да е *причина за развитието на сериозни психиатрични разстройства*, като *„психиатричните нежелани събития*, свързани с метилфенидат, съобщени от клиничните изпитвания, включват *агресия, буйно поведение, психоза, мания, раздразнителност и склонност към самоубийство*. Най-често съобщаваните психиатрични нежелани събития от спонтанни доклади, представляващи интерес, са *нарушения в поведението и мисленето, ярост, враждебност, агресия, възбуда, тикове, раздразнителност, напрегнатост, плач, депресия, сънливост, усилване на ХАДВ, психомоторна свръхактивност, емоционални нарушения, нервност, психотични разстройства, резки промени в настроението, мисли за смърт, обсеивнокомпулсивно разстройство, личностни промени/разстройства, неспокойствие, състояние на обърканост, халюцинации, летаргия, параноя и склонност към самоубийство*”. (пак там; курсивът мой – Н.Х.).

От друга страна, спонтанни данни след пускане на продукта в употреба показват, че настъпилите вследствие на прием на метилфенидат *„мозъчно-съдовите събития се състоят основно от следните случаи: мозъчно-съдови инциденти, удар, мозъчен инфаркт и мозъчна исхемия*, както и няколко случая на други събития. *Има недвусмислени случаи без*

⁵ https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/methylphenidate-article-31-referral-annex-i-ii-iii-iv_bg.pdf

анамнеза за мозъчно-съдови нарушения, докладващи за мозъчен инфаркт и запушване на мозъчна артерия, дясна церебрална оклузия и случай на мозъчна исхемия. Представените данни предполагат, че събитията настъпват в рамките на препоръчителните дозировки” (пак там; курсивът мой – Н.Х.). По отношение на сърдечно-съдовите събития е съобщено основно за „*сърдечни аритмии (вкл. тахикардия), хипертония, сърдечен арест, исхемия, удължаване на QT интервала с някои случаи на внезапна смърт*” (пак там; курсивът мой – Н.Х.).

Въз основа на тези и други данни от клинични изпитвания, предклинични проучвания, спонтанни доклади и публикувана литература Агенцията препоръчва да се въведат мерки за минимизиране на риска, като се сформира работна група за фармакологична бдителност и се прецизира и хармонизира съответната информация в листовките за нежеланите реакции и противопоказанията. Листовката ще бъде изследвана за разбиране от потребителя и получените резултати ще бъдат предадени на регулаторните органи. Като се вземат предвид всички тези елементи, Агенцията заключава, че *съотношението полза/риск за метилфенидатсъдържащи продукти при лечението на ХАДВ при деца на 6 и повече години се смята за благоприятно и препоръчва запазване на Разрешението за употреба в съответствие с измененията на Кратката характеристика на продукта и листовката* (пак там; подчертаното мое – Н.Х.).

От друга страна, все по-мощното разпространение на диагнозата хиперактивност и последващата я медикаментозна терапия се дължи на придържането не само към разработения от СЗО международен статистически класификатор на болестите и проблемите, свързани със здравето в неговата 10-та версия, а и към американския класификатор DSM IV. Както отбелязва П. Петров (Petrov 2011), разликите между двете класификации МКБ 10 и DSM IV по отношение на критериите за разстройството и клиничното диагностициране на ХАДВ са значителни. Тъй като при изработването на критериите за болестност МКБ се фокусира върху изявени симптоми, а не върху субклиничните такива, то диагностицирането и медикаментозното третиране на разстройството в европейските страни по традиция е много по-рядко в сравнение със САЩ и Канада. Всъщност хиперкинетичното разстройство по МКБ-10 отговаря на смесения субтип на ХАДВ по DSM-IV. От друга страна обаче, DSM-критериите в последните

десетилетия все по-широко се използват и в Европа, включително и в България, което води до подобна на случилата се в САЩ и Канада медикализация и медикаментализация. DSM-IV се оказва предпочитан от специалистите, тъй като от тяхна гледна точка той дава една по-широка дефиниция на разстройството и е по-удобен за скрининг. Макар че малка част от скрининг позитивните по критериите на DSM-IV отговарят на критериите по МКБ-10, според съвременните, вече широко разпространени в Европа, медицински схващания цялата категория е рискова за развитието на поведенчески разстройства. Затова използването на американския класификатор е утвърдено в европейските страни, тъй като от гледна точка на специалистите той спомага за ранното откриване на разстройството и има превантивна, а ние бихме казали – и предиктивна функция.

Така, спрямо потенциалния риск от болестност, която не е налична, се действа така сякаш тя вече е факт, а детето/ученикът, който е в риск, става обект на медикаментозна терапия. А ученици в риск са всъщност всички онези, които демонстрират неприемливо за училищната среда поведение, като например невъзможност да седят мълчаливо и неподвижно на чина, без да се въртят, шават, мърдат отделни части на тялото си; допускат чести грешки в училищна или друга активност; обикновено изглежда, че не слушат, когато им се говори, не се придържат към инструкциите, които им се дават, и се провалят в домашните работи; често избягват това, което не им харесва, и не са склонни да се обвързват със задачи, които изискват активизиране на менталните процеси; често губят вещите, които са им необходими за техните задачи или активности; много лесно се разсейват под влияние на външен стимул; често отговарят преди да е довършен въпросът; имат затруднения в изчакването на реда си; обикновено прекъсват и се включват в разговорите на другите. Като посредством въпросници би следвало да се установи дали поне шест от симптомите, свързани с импулсивност и/или хиперактивност и дефицит на вниманието, са характерни за училищната и семейната среда.

И макар че медицинските специалисти изтъкват, че е трудно да се разграничи хиперактивното поведение от редица нормални прояви на детството и че често се натъкват на свръхдиагностициране на това състояние от страна на учителите, то признават и че самите те все по-често прибегват до предписване на метилфенидатсъдържащи препарати, без да са убедени в тяхната необходимост.

Какви обаче са преживяванията на самите деца, които са обекти на подобни терапии, и какви са последиците за тяхното бъдеще? Тук ще се позовем на разказа на един канадски млад мъж, диагностициран с ХАДВ, когато е бил на единайсет години, след като е „направил някаква глупост” в училище и директорката е извикала родителите му в кабинета си:

„После, да, родителите ми трябваше да се срещнат с директорката и тя им каза: ‘Вижте, Чарлз има проблемно поведение, не внимава в час и т.н.’ Аз не си давах много сметка за това, не разбирах какво се случва. Не обичах училището и наистина витаех в облаците. Бях разсеян, обичах да чета фантастика и често мислех за други неща, особено когато в час се говореше за нещо, което ми е безинтересно” (Robert 2017).

След две-три срещи с неврофизиолог, при които си спомня смътно, че са му правени някакви тестове, Чарлз започва приема на Риталин: „Спомням си, че не харесвах особено ефекта, който имаше върху мен. Казвам ти, вече не се чувствах себе си, сякаш бях някакъв друг човек... Да, внимавах в час, но беше някак странно, като в желе... концентриран си, но е като *спийд*. Да, има ефекта на *спийд*... Не мога да ти обясня как точно се чувствах, то е сякаш не си вече същият, не мислиш за същите обичайни неща. После, особено е, защото, когато му свърши ефектът, когато се прибереш вкъщи, пак ставаш себе си и си способен да си кажеш: това беше Чарлз с Риталин, а това е Чарлз без Риталин, но това е усещане, което е много трудно да бъде обяснено” (Robert 2017: 51-52).

Чарлз споделя, че през цялото си средно образование е приемал медикамента, но въпреки това не е започнал да харесва училището, нито му е станало интересно в часовете. С подкрепата на родителите си едва е издържал да завърши, а вече по-късно в университета, когато се е занимавал с неща, които са му интересни, и е срещнал преподаватели, които са се отнасяли с него като с равен, е променил отношението си към ученето. От друга страна обаче, дори и по време на следването си, особено при работа с учени, на които се възхищава, у него често се появявало усещането, че ги мами и че внезапно ще си дадат сметка, че не е такъв, за какъвто го мислят, а е един посредствен младеж, страдащ от дефицит на вниманието (Robert 2017: 55).

И ако Чарлз, изглежда, че по някакво щастливо стечение на обстоятелствата е преодолял, макар и не напълно, негативните ефекти от захвата на една медико-педагогическа биовласт, за която личният свят, опит, мечти нямат особено значение, то не

всички деца и млади хора имат този шанс. Превърнати в субекти на биополитическа управляемост, чиято цел е в името на сигурността и контрола да се моделират абсолютно предвидими поведения, немалка част от съвременните деца са лишени от възможността да направят нещо, което не е било програмирано за тях, да се окажат там, където не е било предвидено да бъдат.

Библиография

Boyanova, Asenova, Vinarova 2013: Boyanova, V., I. Asenova, Zh. Vinarova. Izsledvane I analiza na komunikativni narusheniya v detski zavedeniya. V: Balgarsko spisanie za obshtestveno zdrave. T. 5, kn. 4, 2013. [*Боянова, Асенова, Винарова 2013*: Боянова, В., И. Асенова, Ж. Винарова. Изследване и анализа на комуникативни нарушения в детски заведения. В: Българско списание за обществено здраве. Т. 5, кн. 4, 2013]. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/502305.pdf>

Conrad 1976: Conrad, P. Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior, Hardcover, 1976.

Conrad 2007: Conrad, P. The Medicalization of Society On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2007.

Dupanloup 2004: Dupanloup, A. L'hyperactivité infantile : analyse sociologique d'une controverse socio-médicale, Neuchatel, 2004.

Dupuy 2004: Dupuy, J.-P. La médicalisation de la vie. Médecine et pouvoir: en hommage à Ivan Illich. In: *Esprit*, octobre 2004, p. 26-39.

Foucault 1988: Foucault, M. Histoire de la médicalisation. Hermès, La Revue, 1988/2 n 2, p. 11– 29.

Gori, Del Volgo 2005 : Gori, R., M-J. Del Volgo. La santé totalitaire: Essai sur la médicalisation de l'existence. Denoel, Paris, 2005.

Illich 1975: Illich, I. Némésis médicale, Seuil, 1975.

Meirieu 2012: Meirieu, Ph., D. Kambouchner, B. Stiegler, J. Gautier, G. Vergne. *L'école, le numérique et la société qui vient*. Paris: Fayard/Mille-et-une nuits, 2012.

Mircheva 2018a: Mircheva, G. Anormalnost i medikalizatsiya: debati i metodologicheski V: Balkanistichen forum, №2, 2018, s. 46-62. [*Мирчева 2018a*: Мирчева, Г. Анормалност и медицинализация: дебати и методологически перспективи. В: Балканистичен форум, №2, 2018, с. 46-62].

Mircheva 2018b: Mircheva, G. (A)normalnost i dostap do publichnostta: sotsialno-institutsionalni prostranstva na biomeditsinskite diskursi v Bulgariya (1878-1939). UI „Sv. Kliment Ohridski”, Sofiya, 2018. [*Мирчева 2018b*: Мирчева, Г. (А)нормалност и достъп до публичността: социално-институционални пространства на биомедицинските дискурси в България (1878-1939). УИ „Св. Климент Охридски”, София, 2018].

Morel 2014 : Morel, S. La médicalisation de l'échec scolaire. La Dispute, Paris, 2014.

Petrov 2011: Petrov, P. Izsledvane na detsa s hiperkinetichno razstroystvo s narushenie na vnimaniето. Avtoreferat na disertatsionen trud za pridobivani na obrazovatelната i nauchna stepen „doktor” po meditsina, Varna, 2011. [*Петров 2011:* Петров, П. Изследване на деца с хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието. Автореферат на дисертационен труд за придобивани на образователната и научна степен „доктор” по медицина, Варна, 2011].

Robert 2017: Robert, A. Vivre avec les conséquences d’un diagnostic de TDA/H : la voix des personnes diagnostiquées, Mémoire Maître ès Sciences (M. Sc) en sociologie, Faculté des Études Supérieures Université de Montréal, Janvier 2017.
<https://pdfs.semanticscholar.org/9028/34cdb5559022ac5c111a664166d4e81d554d.pdf>

Rose 2007: Rose, N. The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press, 2007.

Simon-Pezeshknia 2011: Simon-Pezeshknia, E. Le Trouble Déficit de l’Attention / Hyperactivité (TDAH): agitation des psychiatres autour d’un diagnostic. Comment comprendre les résistances et les réticences, 2011. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733101>