

پزشکی شدن جرم و انحراف؛ درآمدی بر تحلیل گفتمان انتقادی رویکرد بالینی به مسئله بزه کاری

محمدعلی اردبیلی*
یاسمن سعیدی نژاد**

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۱

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۱۷

چکیده

رویکرد بالینی به جرم، مجرم، بزه‌دیده و عدالت کیفری، به عنوان یک مدل سیاست جنایی، نزد اغلب جرم‌شناسان جایگاه بی‌بدیل و خدشه‌ناپذیری دارد. در ادبیات جرم‌شناختی گذشته و امروز، رویکرد بالینی مترادف با مفاهیم و موازین حقوق بشری، همچون پیشگیری از تکرار جرم و کثروی‌های اجتماعی، رعایت کرامت انسانی بزه‌کاران، حمایت از حقوق بزه‌دیدگان، بازپروری محکومان کیفری، دادرسی عادلانه، کارکرد اصلاحی کیفر و هم‌سویی منافع بزه‌کار با مصالح حمایتی از جامعه بازشناخته شده است. این مقاله ضمن به چالش کشیدن رویکرد بالینی در حوزه بزه‌کاری از طریق بازتعریف آن با استفاده از مفهوم پزشکی شدن، می‌کوشد نشان دهد فرایند پزشکی شدن جرم و انحراف کجا و چه زمانی، توسط چه کسانی، با چه طریق و قواعدی و با چه طرح ادعاهایی انجام شده یا می‌شود و این فرایند چه نتایج یا بازدهی را برای حرفه پزشکی، بزه‌کاران، بزه‌دیدگان، جرم‌شناسان، سیاست‌گذاران جنایی، دولت‌ها و مردم که جملگی کارگزاران آن می‌باشند، به ارمغان آورده یا خواهد آورد. نتیجه فرایند پزشکی سازی، قدرت اداره عرصه جرم‌شناسی و سیاست جنایی به نفع گروه ادعاساز است؛ پاداشی که تا به امروز نصیب حرفه پزشکی شده است.

کلید واژگان:

انحراف، پزشکی شدن، جرم، جرم‌شناسی، سیاست جنایی.

* استاد دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی.

M-Ardebili@sbu.ac.ir

** دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جزا، دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول)
yasaman.saeedinejad@gmail.com

مقدمه

«پزشکی شدن»^۱ یک فرایند برساخت‌گرایانه اجتماعی است. در تبیین فرایند پزشکی شدن، تمرکز اصلی بر رویکرد «برساخت‌گرایی اجتماعی در تحلیل مسائل اجتماعی» (رویکرد تعریفی نسبت به مسائل اجتماعی) است که در پی فهم فرایند توسعه پدیده‌ها و مسائل اجتماعی در متن جامعه بوده و به طور پیوسته فرایند خلق پدیده‌ها و مسائل اجتماعی، مشروعیت‌سازی و نهادینه‌سازی آنها در جوامع بشری و نمایان شدن آنها به مثابه آداب و رسوم، قوانین، هنجارها و انحرافات را مورد توجه قرار می‌دهد.^۲

از این دیدگاه، مسائل اجتماعی یا آنچه که ما آن را مشکل‌آفرین یا مسئله‌دار می‌بینیم، به خواست پدیدآورندگان آنها و در طی یک فعالیت تعریفی درباره آن شرایط یا رفتار از نظر اجتماعی برساخت شده‌اند.^۳ از این رو، چگونگی تعریف یا طرح ادعای^۴ مسائل اجتماعی، کسانی که آن تعریف یا دعوا را اقامه می‌کنند (کارگزاران)،^۵ ادعاکنندگان یا اقامه‌کنندگان دعاوی مخالف (کنشگران) و مخاطبین فعالیت‌های طرح ادعا در برساخت اجتماعی مسئله نقش مهمی دارند.^۶

با توسعه دانش و علم فناوری‌های پزشکی از نیمه دوم قرن نوزدهم میلادی تا به امروز، جوامع بشری به ویژه دنیای پیشرفته غرب شاهد تحول و جریان گسترده و مهمی در رویکرد مربوط به درک، تعریف، سنخ‌بندی و مدیریت مسائل و تجربیات انسانی بوده است. در این دوران، آدمی بیش از هر زمان دیگری شاهد بسط قلمرو و اقتدار تعاریف پزشکی به سایر حوزه‌ها بوده است. این فرایند برساخت‌گرایانه و مرتبط با فعالیت‌های طرح ادعا را «پزشکی شدن» یا «پزشکی ساختن»^۷ نامیده‌اند.

1. Medicalization

2. Berger, Peter and Thomas Luckmann. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, England: Penguin Books, 1966.

3. Schneider, J. "Social Problems Theory: The Constructionist view", *Annual Review of Sociology*, 11(1985): Pp. 209-229.

4. Claims making

5. Claims maker

6. Best, J. *Constructionism in Context. In Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. Best J (Editor). New York: Published by Aldine De Gruyter, 1995, Pp 337-354.

۷. قاضی طباطبائی، محمود، ابوعلی ودادهیر و علیرضا محسنی تبریزی، **پزشکی شدن به مثابه بازی؛ تحلیلی**

بر برساخت اجتماعی مسایل انسانی، پژوهشنامه علوم انسانی، بهار ۱۳۸۶، ویژه‌نامه علوم اجتماعی، شماره ۵۳، ص ۲۰۹.

پزشکی شدن فرایندی را نشان می‌دهد که در آن حالات یا خصوصیتی از زندگی روزمره که زمانی طبیعی یا عادی تلقی می‌شدند (نظیر تولد، کودکی، سالخوردگی، مادری، پدری، بارداری، تغذیه، لاغری، چاقی و مانند آنها)، یا مسائل و موضوعاتی که تا پیش از آن در حیطه‌ها و علوم غیرپزشکی تعریف، دسته‌بندی و مدیریت می‌شدند (نظیر اعتیاد، بچه‌بازی، قماربازی، هم‌جنس‌گرایی، پرخاشگری، افسردگی و مانند آنها)، در قلمرو اقتدار پزشکی وارد یا به نفع پزشکی صادره و در نهایت توسط رویکردها، تعاریف، ابزارها و مداخله‌های پزشکی کنترل و مدیریت می‌شوند.^۱

پزشکی شدن ممکن است در سه سطح متمایز رخ دهد: ادراکی،^۲ سازمانی^۳ و تعاملی.^۴ در پزشکی شدن ادراکی، مدل‌ها، زبان‌ها، اصطلاحات و چارچوب مفهومی پزشکی برای درک و تعریف یک مسئله اجتماعی یا رفتار به کار گرفته می‌شود. پزشکی شدن سازمانی وقتی رخ می‌دهد که سازمان‌های درگیر با مسئله اجتماعی به منظور درک مسئله، مشروعیت بخشیدن به دیدگاه خود در قبال مسئله یا با هدف حل و مدیریت مسئله، رویکرد پزشکی را در پیش می‌گیرند، یا می‌پذیرند. زمانی که حرفه پزشکی با استفاده از اشکال پزشکی، وظیفه درمان مسئله اجتماعی را بر عهده می‌گیرد یا این وظیفه به آنان محول می‌شود، پزشکی شدن در سطح تعاملی واقع می‌گردد.^۵

موج فراگیر پزشکی شدن جزء غیرقابل انکاری از جامعه حاضر و نظام‌های آن است و با ابعاد و قدرت پیچیده و چند سطحی وارد علوم مختلف شده است. سهم جرم‌شناسی و به تبع آن سیاست جنایی از فرایند پزشکی شدن بسیار گسترده و عمیق است؛ درحالی‌که جرم‌شناسان و دست‌اندرکاران نظام‌های سیاست جنایی نه شناختی از پزشکی شدن و فرایندهای آن دارند و نه ایده و برنامه‌ای را برای مقابله با آثار آن در حوزه کیفری طراحی کرده‌اند.

1. Conrad, P. "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18(1992): Pp.221-223.

2. Conceptual

3. Institutional

4. Interactional

5. Conrad, Peter and Joseph Schneider. "Looking at Levels of Medicalization: A Comment of Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism", *Social Science and Medicine*, 14(1980):Pp.75-79.

این نوشتار با بهره‌گیری از روش تحلیل گفتمان انتقادی که ظرفیت تبیین چرایی و چگونگی فرایند پزشکی شدن جرم و انحراف را دارد و با هدف بازتعریف رویکرد بالینی به جرم و انحراف از طریق شناسایی ریشه‌های حقیقی آن در پدیده پزشکی شدن، در مقام ارزیابی جریان تولید گفتمان بالینی در حوزه جرم و انحراف برآمده است. این ارزیابی جریان تولید گفتمان با دیدگاه اغلب جرم‌شناسان مبنی بر عجز بودن مدل بالینی جرم و انحراف با مفاهیم و موازین حقوق بشری بسیار متضاد است و آن را به چالش می‌کشد.

با عنایت به اینکه پدیده پزشکی شدن ماهیتی فرایندی و انتقالی دارد، این نوشتار نیز برای اولین بار با تبیین فرایند پزشکی شدن جرم و انحراف، تحلیل خود را بر مبنای ماهیت فرایندی این پدیده در مسئله بزه‌کاری ارائه می‌دهد.

۱. پزشکی شدن جرم و انحراف؛ بر ساخت دوباره جرم و انحراف

از ابتدای شکل‌گیری جوامع بشری، معیار داوری در مورد رفتار «صحیح»^۱ اعضای جامعه، هنجارهای اجتماعی،^۲ یعنی مقررات رسمی و غیررسمی تعیین‌کننده رفتار در یک وضعیت مشخص بوده است.^۳ در طول قرن‌ها، هنجارهای اجتماعی بر شالوده ساختارهای دینی و مذهبی بنا شده بود و متولیان امور دینی با الهام از آموزه‌ها و شعائر مقدس، معیارهای انحراف از هنجارهای اجتماعی را تعیین می‌نمودند و اشخاص خاطی را مجازات می‌کردند.^۴ در این دوران انحراف عملی مغایر اوامر و نواهی کتاب و سنت دینی یا گناه «تعریف» می‌شد که از طرف شارع برای آن ضمانت اجرایی مقرر شده است و اجرای آن بر عهده رهبران دینی یا روحانیون قرار دارد.

با آغاز رنسانس یا عصر روشنگری و ظهور دیدگاه‌های فلسفی جدید، همچون نظریه جان لاک^۵ که حکومت را به عنوان یک «قرارداد اجتماعی» میان دولت و شهروندان توجیه می‌کرد،^۶

1. Normal

2. Social norms

۳. صدیق سروستانی، رحمت‌الله، *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)*، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۰، ص ۶

۴. ستوده، هدایت‌الله، *آسیب‌شناسی اجتماعی*، تهران: انتشارات آوای نور، ۱۳۸۰، ص ۳۱.

5. John Locke

۶. سبزه‌ای، محمدتقی، *جامعه مدنی به مثابه قرارداد اجتماعی: تحلیل مقایسه‌ای اندیشه‌های هابز، لاک و روسو*، پژوهش حقوق و سیاست، پاییز ۱۳۸۶، سال نهم، شماره ۲، صص ۸۴-۸۲.

پذیرفته شد که شهروندان تنها بخشی از حقوق طبیعی خویش را که برای دولت به منظور تنظیم اجتماع به نفع همگان و حفاظت از جامعه در برابر خودخواهی و نفع شخصی طبیعی افراد لازم است، تسلیم می‌کنند. بدین‌سان، فقط آن دسته از ناهنجاری‌ها یا انحرافات که ناقض قرارداد اجتماعی است و به منفعت اجتماعی خدشه وارد می‌سازد، باید واجد ضمانت اجرای کیفری باشد. با جدایی مفهوم جرم از انحراف، «تعریف» جرم به عنوان تجاوز به قرارداد اجتماعی یا به عبارت دیگر، بزه اخلاقی علیه جامعه^۱ در صلاحیت حکومت یا قانون‌گذار قرار گرفت و مقنن به واسطه تفویض اختیار از جانب مردم، موظف شد علاوه بر وارد کردن اعمال مغایر شرایط اساسی زندگی اجتماعی در حیطه قوانین کیفری (جرایم طبیعی)، به «تعریف» جرایمی بپردازد که مغایر با نظم و مقتضیات خاص اخلاقی، سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اداری آن جامعه شناخته می‌شود (جرایم قراردادی). انحرافات یا آن دسته از ناهنجاری‌های اجتماعی که فاقد ضمانت اجرای کیفری است، صبغه مذهبی خود را همانند جرایم در جوامع غربی از دست داد و «تعریف» آن بر مبنای تحولات اجتماعی هر جامعه متغیر گشت.

با آغاز فرایند پزشکی‌شدن مسئله بزه‌کاری، کارگزاران این فرایند یا به تعبیر جرم‌شناسان، کارگزاران رویکرد بالینی از جمله ادعاسازان حوزه تعریف جرم و انحراف تلقی می‌شوند که در برساخت اجتماعی جرم و انحراف فعالیت می‌کنند. در گذشته دین و متولیان دینی و سپس نهادهای رسمی و غیررسمی، اعم از اعضای قوای مقننه، مجریه و قضائیه، گروه‌های دارای نفوذ، احزاب، نخبگان و توده مردم عهده‌دار تعریف جرم و انحراف شدند. اما در حال حاضر، کارگزاران فرایند پزشکی‌شدن در کنار نهادهای رسمی و غیررسمی تعریف‌کننده جرم و انحراف، بر اساس یک مفهوم‌سازی جدید، به رفتارهایی که پیش از آن جرم و انحراف تلقی می‌شدند، برچسب بیماری می‌زنند و مدیریت آن را خود به عهده می‌گیرند. از این رو «بیماری‌سازی» شبیه به عمل قانون‌گذاری شده است.^۲ فرایند تغییر جرم و انحراف به بیماری، به این ترتیب است که پس از

۱. ویلیامز، فرانک، مک شین، ماری، *نظریه‌های جرم‌شناسی*، ترجمه حمیدرضا ملک محمدی، تهران: بنیاد حقوقی میزان، ۱۳۸۶، ص ۴۳.

2. Schneider, J. *The Medicalization of Deviance: From Badness to Sickness*. Handbook on Sociology of Deviance, Wiley, 2015, Pp.2-6.

آنکه اعضای حرفه پزشکی در مورد زمینه‌ها و علل زیستی و روانی یک رفتار انحرافی به توافق رسیدند، مقامات رسمی دولتی از طریق قانون‌گذاری این تعاریف جدید را نهادینه می‌سازند.^۱ در واقع، کارگزاران فرایند پزشکی‌شدن برخلاف دیگر ادعاسازان حوزه جرم و انحراف، در ابتدا جرم یا انحراف را تعریف نمی‌کنند، بلکه این فرایند زمانی آغاز می‌گردد که رفتار یا حالت مورد نظر پیش از ظهور و دریافت تعریف پزشکی، برچسب جرم یا انحراف را بخورد. زیرا بر ساخت ابتدایی پزشکی‌شده از یک رفتار یا حالت اجتماعی، در صورتی که آن رفتار یا حالت پیش‌تر به عنوان جرم یا انحراف تعریف نشده باشد، موجب می‌گردد با تلقی شدن آن عمل به عنوان بیماری، فرایند پزشکی‌شدن در سایر مسائل اجتماعی غیر از مسئله بزه‌کاری ورود کند. لذا فرایند پزشکی‌شدن برای یافتن مسیر خود در حیطه جرم و انحراف باید به سراغ رفتار یا حالاتی برود که در یک جامعه جرم یا انحراف محسوب می‌گردد.

بر این اساس، فرایند پزشکی‌شدن با تعاریف و سنخ‌بندی‌های دوباره^۲ یا ساخت دوباره^۳ مفاهیم اجتماعی^۴ از جمله جرم و انحراف، مفهوم‌پردازی دوباره‌ای از مقوله‌های رفتار انحرافی و مجرمانه را الزام‌آور می‌کند و موجب ساختار بندی جدیدی از هنجارهای اجتماعی و رفتارهای صحیح و غیر صحیح می‌گردد. به عبارت دیگر، متعاقب فرایند پزشکی‌شدن، «جرم و انحراف بازآفریده یا بازخلق می‌شود».^۵

تفاوت دیگر فرایند پزشکی‌شدن با سایر فرایندهای برساخت‌گرایی اجتماعی جرم، گسترش دامنه آن به جرایم طبیعی است. در این نوع از فرایند برساخت‌گرایی اجتماعی، علاوه بر انحرافات، جرایم طبیعی نیز مجدد بازآفریده یا بازخلق می‌شوند. از نگاه برساخت‌گرایان، تنها جرایم قراردادی به عنوان یک برساخت اجتماعی محسوب می‌شوند؛ زیرا آنچه که در یک جامعه

1. Loseke, D. *Thinking about Social Problems: An Introduction to Social Constructionist Perspectives*, New York: Aldine de Gruyter, 2003.

2. Redefinition and re-typification

3. Reconstruction

4. Brown, Nik and Andrew Webster. *New Medical Technologies and Society: Recording Life*. Cambridge: Published by Polity Press, 2004.

5. Crime and deviance are recreated

این عبارت را مقایسه کنید با دیدگاه ریچارد کوئینی در نظریه‌پردازی واقعیت اجتماعی از جرم که اظهار می‌دارد: «جرم آفریده یا خلق می‌شود».

یا فرهنگ جرم محسوب می‌شود، ممکن است در جامعه یا فرهنگ دیگر جرم نباشد.^۱ لذا تلقی جرم به عنوان یک «تعریف» در مورد جرایم طبیعی که در کلیه جوامع انسانی مشترک اند، صادق نیست. در حالی که فرایند پزشکی‌شدن با ساخت دوباره جرایم طبیعی، تعریف مجددی از نقض ارزش‌های مشترک انسانی ارائه می‌کند.

رویکرد بالینی به جرم و انحراف یک فرایند برساخت‌گرایانه اجتماعی رفتار انحرافی و مجرمانه است؛ لذا این دیدگاه ریچارد کوئینی که «با تلقی جرم به عنوان یک «تعریف» می‌توان از رویکرد بالینی پرهیز کرد، رویکردی که تنها بر کیفیت عمل تمرکز کرده و چنین می‌پندارد که جرم، پدیده‌ای عینی، در ذات خود مستقل و نوعی آسیب‌شناسی فردی است...»^۲ محل ایراد است. اگرچه نتیجه رویکرد بالینی به جرم و انحراف، شناسایی آن به عنوان یک پدیده عینی و ذاتی است، اما فرایند پزشکی‌کردن یا بالینی‌کردن جرم و انحراف خود یک رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی است.

فرایند بیمارانگاری با تبدیل حرفه پزشکی به نهاد کنترل و مدیریت جرایم و انحرافات، علاوه بر عقیم‌سازی اهداف اولیه تبیین آنها، مانع توجه به دیگر علل و جنبه‌های وقوع جرایم و انحرافات می‌شود. همچنین، برخلاف دیدگاه غالب، بیماری‌سازی جرایم و انحرافات موجب تلطیف نگاه به جرم و انحراف نمی‌گردد، بلکه نگاه و رویکرد کیفری و سرکوب‌گرانه را تشدید می‌کند. همراهی فرایند پزشکی‌سازی جرایم و انحرافات با گروه قدرت برای مشروعیت‌سازی برچسب بیماری و امکان سوءاستفاده گروه قدرت از برچسب بیماری جرایم و انحرافات برای کنترل مرتکبان آنها از دیگر آثار نامطلوب رویکرد بالینی به جرم و انحراف است.

۲. رویکرد بالینی به انحراف؛ برساخت دوباره حالت خطرناک

با ظهور مکتب تحقیقی، انحرافات زمینه‌ساز جرم از بُعد حالت خطرناک شخص منحرف مورد توجه قرار گرفت و بهره‌گیری از سازوکارهای غیرکیفری و غیرقهرآمیز از جمله تدابیر پزشکی و

۱. میرمجیدی، سپیده، محمد جعفر حبیب‌زاده، محمد فرجی‌ها و جلیل امیدی، تحلیل برساخت‌گرایانه فرایند جرم‌انگاری در ایران بر اساس نظریه واقعیت اجتماعی جرم، فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، بهار ۱۳۹۵، سال چهارم، شماره ۱۴، ص ۱۵۰.
 ۲. Quinney 2008 به نقل از منبع پیشین، ص ۱۵۴.

درمانی در مقابله با حالت خطرناک پیشنهاد شد.^۱ اگرچه این مکتب مقابله قهرآمیز کیفری را در قبال بعضی از انحرافات به عنوان مظاهر حالت خطرناک توصیه نمی‌کند، تحت تأثیر نظریه حالت خطرناک راهی که قانون‌گذاران در مقابله با انحرافات زمینه‌ساز جرم پیمودند، منتهی به اقدامات کیفری و گسترش «جرایم مانع» یا «جرایم بازدارنده» گشت.^۲

علت برداشت ناصواب از آموزه‌های مکتب تحقیقی چیست؟ چرا رویه جرم‌انگاری انحرافات و مقابله کیفری با آنها به استناد حالت خطرناک ایجاد شد؟

متعاقب تعریف یا برساخت جدید مکتب تحقیقی از انحرافات زمینه‌ساز جرم با عنوان حالت خطرناک و پیشنهاد بکارگیری تدابیر پزشکی و درمانی برای مقابله با آن، فرایند پزشکی‌شدن با ورود به مقوله انحراف و مصادره حالت خطرناک اعتیاد به مواد مخدر و الکل که ظرفیت بیمارانگاری داشت، ضمن برساخت مجدد حالت خطرناک اعتیاد یا بیماری‌سازی آن، هدف مکتب تحقیقی در تعریف یا برساخت حالت خطرناک را ناکام گذاشت و راهبرد اصلی مقابله با انحرافات زمینه‌ساز جرم را جرم‌انگاری آنها تعیین کرد.

اعتیاد به الکل و مواد مخدر مهم‌ترین دسته از انحرافات زمینه‌ساز جرم است که در ادبیات جرم‌شناختی نیز این نوع حالت خطرناک به صراحت شناسایی شده است. فرایند پزشکی‌سازی حالت خطرناک اعتیاد به مواد مخدر و الکل و به طور کلی، فرایند پزشکی‌سازی انحرافات پنج مرحله را پشت سر می‌گذارد: نخست، تعریف رفتار یا حالت به مثابه انحراف؛ دوم، اعلام یافتن علت یا تشخیص پزشکی برای انحراف؛ سوم، شکل‌گیری فعالیت‌های ادعاسازی پزشکی در مورد انحراف؛ چهارم، مشروعیت‌سازی برساخت پزشکی انحراف؛ پنجم، نهادینه‌شدن برساخت پزشکی انحراف.^۳

ویژگی بسیار قابل توجه در شروع فرایند پزشکی‌سازی انحراف یا حالت خطرناک، تعریف آن رفتار یا حالت به مثابه انحراف یا کژروی است. درحالی‌که از نظر ترتیب زمانی، اولین گام در

۱. نجفی ابرندآبادی، علی حسین، محمد جعفر حبیب‌زاده و محمد علی بابایی، **جرایم مانع (جرایم بازدارنده)**، پژوهش‌های حقوق تطبیقی، زمستان ۱۳۸۳، ویژه نامه (۳۷ پیاپی)، دوره ۸، ص ۲۵.

۲. توجه به این نکته ضروری است که جرم‌انگاری بعضی از انحرافات در پرتو نظریات مجازاتگر ژرمی بنتام آغاز شد، اما گسترش جرایم مانع یا بازدارنده در قوانین کیفری ملهم از نظریه حالت خطرناک است.

3. Conrad, Peter and Joseph Schneider. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

فرایند پزشکی‌سازی باید به گونه‌ای برداشته شود که رفتار یا حالت مورد نظر پیش از ظهور و دریافت تعریف پزشکی، برچسب انحراف یا حالت خطرناک را بخورد، اما فرایند پزشکی‌سازی برای ورود به مسئله و جلب توجه عموم، در ابتدا آن رفتار یا حالت کژروانه را با استفاده از زبان و مدل‌های پزشکی به عنوان رفتار یا حالتی بسیار نامطلوب، نامطبوع و حتی معصیت‌بار تعریف می‌کند. با تأکید شدید بر منحرفانه بودن رفتار یا حالت مدنظر و آثار مصیبت‌بار آن برای فرد و جامعه از طریق تعاریف و اصطلاحات پزشکی، فرایند پزشکی‌سازی درصدد است بین انحراف و بیماری ارتباط برقرار کند.

فرایند بیماری‌سازی حالت خطرناک اعتیاد به مواد مخدر و الکل نیز با استفاده از زبان پزشکی، ضمن تأیید قوی خطرناکی^۱ اعتیاد، آن را به عنوان حالتی بیمارگونه توصیف می‌کند که آثارش برای خود فرد و جامعه فاجعه‌بار است. تلاش فرایند پزشکی‌سازی برای شدید جلوه دادن خطرناکی اعتیاد با هدف تداعی بین حالت خطرناک و بیماری موجب شده است، دولت‌ها در مقابله با اعتیاد به رویکرد سرکوب‌گرانه و قهرآمیز روی آورند؛ در اغلب کشورها، از جمله ایران، اعتیاد به مواد مخدر جرم‌انگاری شده است. در انگلستان، آمریکا و کانادا پلیس می‌تواند بدون ایراد اتهام، مظنونان به ارتکاب جرم را که معتاد به الکل هستند، به طور مستقیم به «مراکز مسمومیت‌زدایی» اعزام نماید.^۲

پس از به راه انداختن موجی از ترس و وحشت از رفتار انحرافی یا حالت خطرناک، در مرحله دوم، فرایند پزشکی‌سازی از طریق رسانه‌های عمومی به مخاطبین خود اعم از سیاست‌گذاران جنایی و مردم بشارت می‌دهد که علت پزشکی و تشخیص تازه‌ای را برای رفتار یا حالت مورد نظر کشف کرده و راهکار مقابله با آن در قلمرو پزشکی یافت شده است. چنان‌که کشف داروی ترک اعتیاد متادون^۳ در زمان خود به عنوان انقلابی در مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر از طریق رسانه‌ها پوشش داده شد.^۴

1. Dangerousness

۲. نجفی ابرنآبادی، علی حسین و حمید هاشم بیکی، *دانشنامه جرم‌شناسی*، تهران: انتشارات گنج دانش، ۱۳۹۵، ص ۴۷.

3. Methadone

4. Payte, T. "A Brief History of Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Personal Perspective". *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(1991): P.104.

در مرحله سوم، فعالیت ادعاسازی پزشکی رسماً آغاز می‌شود و دعاوی و تعاریف پزشکی از رفتار کژروانه یا حالت خطرناک در تقابل با دعاوی و تعاریف غیرپزشکی از آن رفتار یا حالت قرار می‌گیرد. اگر دو مرحله قبلی به نحو موفقیت‌آمیزی طی شده باشد، در این مرحله، نیروها و علایق غیرپزشکی به امید یافتن راه‌حل مؤثر مقابله با انحراف یا حالت خطرناک، در اغلب موارد با نیروها و علایق پزشکی مشارکت خواهند داشت. در حوزه اعتیاد نیز متعاقب همکاری هر دو قلمرو پزشکی و غیر پزشکی، برساخت «معتاد بیمار است» مورد پذیرش هر دو طیف قرار گرفته است. برای اینکه برساخت پزشکی انحراف مشروعیت پیدا کند، لازم است از جانب گروه‌های قدرت تأیید گردد. در این مرحله حرفه پزشکی یا کارگزاران فعالیت پزشکی‌سازی با توسل به سازوکارها و شیوه‌هایی نظیر ترغیب و چانه‌زنی با افراد، گروه‌ها و نهادهای رسمی فعالیت‌های ادعاسازی خود را بسط داده و وارد مرحله مشروعیت‌سازی می‌شوند. به واسطه همراهی و توافق فرایند پزشکی‌سازی با گروه‌های قدرت است که در طبقه‌بندی مواد روان‌فعال‌ساز، الکل در فهرست مواد قرار نمی‌گیرد^۱ و از منظر حقوقی نیز در کشورهای غربی، الکل ماده غیرقانونی محسوب نمی‌گردد. اما در اغلب این کشورها، مواد مخدر زیر نظر کامل دولت‌ها بوده، استعمال آن از هر نوع، ممنوع است و جرم تلقی می‌شود.^۲

سرانجام، وقتی تعریف پزشکی از انحراف یا حالت خطرناک به بخشی از قانون یا نظم رسمی جامعه بدل شد، می‌توان گفت که برساخت پزشکی انحراف یا حالت خطرناک نهادینه شده است. نهادینه‌شدن دارای دو شرط اساسی است: تدوین^۳ و دیوان‌سالاری.^۴ زمانی برساخت پزشکی انحراف یا حالت خطرناک تدوین می‌شود که در متن قوانین گنجانده شود، در تصمیمات قضایی منعکس گردد یا در اسناد یا منابع رسمی (کتاب‌ها، اساس‌نامه‌ها، پروتکل‌ها و مانند آنها) به ثبت رسد. در ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶ با اصلاحات و الحاقات بعدی آن؛ معتادانی که مبادرت به درمان اعتیاد نمایند، از تعقیب کیفری معاف‌اند.

۱. دادستان، پریخ، *روانشناسی جنایی*، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۸۹، ص ۱۹۶.

۲. رحمدل، منصور، *اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر در ایران: جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری*، فصلنامه رفاه اجتماعی، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۹، ص ۲۰.

در سطح بین‌المللی نیز اصطلاح الکلیسم از فهرست واژگان مؤسساتی از قبیل سازمان بهداشت جهانی حذف و به جای این عنوان، تعبیر «سندرم^۱ وابستگی به الکل» مطرح شده است. برخی از جرم‌شناسان معتقدند، استعمال واژه سندرم موجب شده است بخشی از الگوی وابستگی به الکل توسط عوامل اجتماعی و فرهنگی تعیین شود.^۲ درحالی‌که استفاده از زبان پزشکی برای تعریف مسئله اجتماعی موجب به حاشیه راندن طرح ادعاهای غیرپزشکی در مورد ابعاد آن مسئله می‌شود. لذا، مفهوم سندرم نشان می‌دهد، وابستگی یک فرد به الکل صرفاً جنبه فیزیولوژیکی و روان‌شناختی دارد و فقط با مداخلات پزشکی قابل رفع است.

همچنین، نهادینه شدن بر ساخت پزشکی انحراف مستلزم دیوان‌سالاری یا ایجاد نهادهایی است که در عمل از فرایند پزشکی شدن حمایت و پشتیبانی نمایند. تأسیس مراکز ترک اعتیاد برای اجرایی کردن ماده ۱۵ قانون فوق‌الاشعار و همچنین ایجاد مراکز مسمومیت‌زدایی در کشورهای غربی برای درمان وابستگی به الکل نمونه‌هایی از دیوان‌سالاری پزشکی حوزه انحراف و حالت خطرناک است.

الگوی پزشکی‌سازی انحرافات دلالت بر این دارد که بیمارانگاری انحرافات و حالت خطرناک موجب تمایل دولت‌ها به اتخاذ رویکرد سخت‌گیرانه نسبت به رفتار یا حالت کژروانه می‌گردد. چنانچه در فرایند مشروعیت‌سازی، مخالفتی از جانب گروه‌های قدرت یا افکار عمومی شکل نگیرد، جرم‌انگاری گزینه اصلی دولت‌ها برای مقابله با انحراف یا حالت خطرناک خواهد بود. در این میان، سهم کارگزاران فرایند پزشکی‌سازی یا همان حرفه‌مندان پزشکی در مدیریت انحراف یا حالت خطرناک از طریق بیماری‌سازی نسبی آن محفوظ می‌ماند.

تلفیق جرم‌انگاری و بیماری‌سازی انحراف یا حالت خطرناک اعتیاد به مواد مخدر را آشکارا می‌توان در نظام حقوق کیفری ایران مشاهده کرد. در نظام مذکور معتادان تا زمانی که تحت درمان پزشکی قرار دارند، بیمار محسوب می‌شوند و مدیریت حالت خطرناک آنان با حرفه پزشکی است. اما در خصوص معتادانی که مبادرت به درمان نکنند یا درمان را ترک نمایند، حقوق کیفری

1. Syndrom

۲. علی حسین نجفی ابرند آبادی و حمید هاشم بیکی، پیشین.

مداخله کرده، حالت خطرناک معتادان مجرم را از طریق اعمال مجازات‌های کیفری مهار می‌نماید.

فرایند پزشکی‌سازی اعتیاد، راه را برای مقابله قهرآمیز کیفری با دیگر حالات خطرناک یا انحرافات زمینه‌ساز جرم نیز باز کرده است؛ زیرا با پزشکی‌سازی اعتیاد به عنوان مهم‌ترین قسم حالت خطرناک، برساخت «حالت خطرناک مشدد و فاجعه‌بار» در ذهن قانون‌گذار تثبیت شده است. لذا، در موارد مشابه و در صورت نبودن مانع گروه‌های قدرت یا افکار عمومی جرم‌انگاری انواع حالت خطرناک، اعم از اینکه فرایند پزشکی‌شدن را طی کرده باشند یا خیر، به رویه غالب قانون‌گذاران بدل می‌گردد. اما استفاده از حقوق کیفری برای کنترل رفتارهایی که می‌تواند به وسیله پاسخ‌های حقوقی دیگر یا پاسخ‌های جامعه‌ی سایر رشته‌های حقوقی به شکل مؤثری تحت نظم درآمد با معیارهای جرم‌انگاری در فلسفه حقوق کیفری هماهنگ نیست.^۱

بیماری‌سازی انحرافات زمینه‌ساز جرم تالی فاسد دیگری نیز دارد. در پزشکی‌سازی مفهوم انحراف، حتی اگر این فرایند در تلفیق با جرم‌انگاری باشد، به علت تمایل پزشکی‌سازی بر کم‌رنگ کردن مدل‌ها و طرح ادعاهای غیر پزشکی، کفه ترازو به سمت برساخت بیمارگونه از انحراف سنگینی می‌کند. چنان‌که در حقوق کیفری ایران دیدگاه اعتیاد بیماری است بر شناسایی آن به عنوان حالت مجرمانه تقدم دارد.

فرایند پزشکی‌سازی در حالی تعریف بیمارگونه‌ای از انحراف ارائه می‌کند که آن رفتار یا حالت ممکن است هم‌چنان از طرف جامعه به عنوان کژروی تعریف و شناخته شود؛ زیرا این احتمال وجود دارد فرایند پزشکی‌سازی در برساخت برخی «مخاطبین» فعالیت ادعاسازی خود یعنی افکار عمومی موفق عمل نکرده باشد. از این‌رو، حمایت حقوق کیفری از برساخت بیماری برای رفتار یا حالتی که جامعه آن را نه به عنوان بیماری، بلکه کژروی می‌شناسد، میان نیاز به عدالت اکثر شهروندان و واکنش اجتماعی مندرج در قوانین کیفری جدایی و شکاف ایجاد خواهد کرد و زمینه را برای عدم انطباق قوانین کیفری نسبت به اخلاق جوامع امروزی فراهم می‌نماید.

۱. کلارکسون، کریستوفر، *تحلیل مبانی حقوق جزا*، ترجمه حسین میرمحمد صادقی، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، ص ۲۲۴.

از سوی دیگر، دوران اعتیاد بین جرم و بیماری در نظام‌های حقوق کیفری از جمله نظام حقوق کیفری ایران، بیش از هر چیز برای مخاطبین قانون کیفری دلالت بر تردید قانون‌گذار در شناسایی آن به عنوان رفتاری معارض با مبانی اخلاقی جامعه دارد. در نتیجه مشتریان این نوع رفتار آن را به عنوان عملی که از دید قانون‌گذار فاقد رنگ اخلاقی است، تلقی می‌نمایند و حتی به ارتکاب آن جری‌تر می‌گردند.

بدین ترتیب، پزشکی‌سازی اعتیاد به مواد مخدر نه تنها سیاست جنایی مؤثری در مقابله با این انحراف زمینه‌ساز جرم و حالت خطرناک نبوده است، بلکه به سبب عدم کارایی در مهار آن منجر به بحران سیاست جنایی در حوزه مواد مخدر شده است. در حال حاضر فرایند پزشکی‌شدن اعتیاد به مواد مخدر که با ریشه دوانی در ساختار نظام‌های سیاست جنایی، گسترش دامنه خود را به مسئله مصرف و سوءمصرف مواد مخدر تجربه می‌کند، با ادعاسازی جدید مبنی بر اینکه «مصرف مواد مخدر را باید یک بحران بهداشت عمومی تلقی کرد و نه جرم»^۱ و بی‌اعتنا به تعهدات بین‌المللی دولت‌ها به موجب «کنوانسیون واحد مربوط به مواد مخدر» مصوب ۱۹۶۱ و پروتکل اصلاحی آن مصوب ۱۹۷۲، «کنوانسیون مربوط به داروهای روان‌گردان» مصوب ۱۹۷۱ و «کنوانسیون مبارزه با قاچاق مواد مخدر و داروهای روان‌گردان» مصوب ۱۹۸۸ که متعاقب آن دولت‌ها ملزم شده‌اند، استعمال مواد مخدر را جز برای کاربردهای علمی محدود کنند و بدون توجه به اینکه هدف مقابله با مصرف مواد مخدر از طریق تأیید و صحت‌گذاری آن از جانب نهاد قانون‌گذاری به دست نمی‌آید، درصدد پزشکی‌سازی کامل مسئله مواد مخدر از طریق ترغیب دولت‌ها به قانونمندسازی مصرف مواد مخدر است.

نظام‌های سیاست جنایی که عامل شکست مبارزه با مواد مخدر را در جرم‌انگاری مصرف، سوءمصرف و اعتیاد به مواد مخدر می‌بینند، با اعتقاد راسخ به برساخت پزشکی «معتاد بیمار است»، علت شکست سیاست‌های داخلی و بین‌المللی در مبارزه با مواد مخدر را پزشکی‌شدن نسبی آن می‌دانند و تصور می‌کنند با تسری فرایند پزشکی‌شدن به حوزه‌های مصرف و سوء مصرف مواد مخدر و جایگزینی «سیاست قهرآمیز کیفری پزشکی‌شده مصرف مواد مخدر» با

۱. رحمدل، منصور، پیشین، ص ۲۱۵.

«سیاست قانونمندی‌سازی پزشکی‌شده مصرف مواد مخدر» و در نهایت تبدیل رویکرد پزشکی‌شدن نسبی به رویکرد پزشکی‌شدن کامل، در عرصه مبارزه با مواد مخدر پیروز خواهند شد. در حالی که مشکل فرایند پزشکی‌شدن نه نسبی یا کامل بودن آن و نه ورود یا خروج آن از نظام عدالت کیفری است، بلکه جوهره فرایند پزشکی‌شدن آن است که با رویکرد تقلیل‌گرایانه زیست پزشکی به مسئله مواد مخدر منجر به نادیده گرفتن یا کم‌رنگ شدن سایر ابعاد مسئله مواد مخدر مانند ابعاد سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و طرد مدل‌ها و راهکارهای غیر پزشکی در مقابله با آن می‌شود. فرایند طبی‌سازی با تقلیل معضل مواد مخدر به یک معضل پزشکی، در حال راهنمایی مجدد نظام‌های سیاست جنایی برای ورود به مسیر اشتباه مقابله با مسئله مواد مخدر است. آیا سیاست‌گذاران جنایی متوجه خطر پزشکی‌شدن قانونمندی‌سازی مصرف مواد مخدر می‌باشند؟

۳. رویکرد بالینی به جرم؛ بساخت دوباره جرم‌انگاری

آغاز بیماری‌سازی جرم به دهه ۱۹۸۰ میلادی در غرب بازمی‌گردد. در این دوران جرایم جنسی به دلیل شیوع و گستردگی آن و همچنین تلاش‌های طرفداران حقوق زنان و کودکان توجه مجامع جرم‌شناسی، قانونی و عموم مردم را به خود جلب نمود.^۱ یکی از مهم‌ترین و جنجال‌برانگیزترین جرایم جنسی از دهه ۱۹۸۰ تا به امروز آزار جنسی کودکان بوده است. ارتباط جنسی با کودکان تا قبل از دهه ۱۸۸۰ میلادی در جوامع مختلف به عنوان انحراف جنسی شناخته نمی‌شد. نخستین بار زیگموند فروید^۲ پدر علم روان‌کاوی در اواخر سال‌های دهه ۸۰ قرن نوزدهم انحراف جنسی «بچه‌بازی» یا «پدوفیلیا»^۳ را مطرح کرد. فروید در آن زمان در یکی از سخنرانی‌های خود از افرادی یاد کرد که «بدون تفکر و تأمل، نیازهای جنسی خود را از طریق کودکان ارضا می‌کنند».

فروید با انتشار نتیجه تحقیقات خود، ضمن تشریح رابطه جنسی بزرگسالان با کودکان که وابستگی، اعمال قدرت، ضعف نیروی تشخیص، ناآگاهی و ناتوانی دفاع از خود آن را رقم می‌زند،

1. Cacchioni, thea and Andrew Tiefer. "Why Medicalization? Introduction to the Special Issue on the Medicalization of Sex". *Journal of sex research*, 49(2012): P.307.

2. Sigmund Freud

3. Pedophilia

نوشت: «تعرض جنسی به کودک بر تکامل آتی شخصیت فردی و روان او پیامدهای وحشتناک و فاجعه‌بار دارد و ناهنجاری‌های روانی را برای او به بار می‌آورد...»^۱.

به دنبال تأثیر یافته‌های علم پزشکی بر نظام‌های سیاست جنایی، تعرض جنسی به کودکان^۲ به عنوان یکی از اشکال سوءاستفاده جنسی از کودکان جرم‌انگاری شد و در قالب یک سیاست جنایی افتراقی و با معیارهای افتراقی از جرم‌انگاری تعرض جنسی به بزرگسالان، کودکان به عنوان بزه‌دیدگان آسیب‌پذیر حوزه جرایم مورد حمایت ویژه قرار گرفتند. بدین‌سان «انحراف و جرم جنسی در جوامع و نظام‌های عدالت کیفری بازآفریده و بازخلق شد».

تا دهه ۱۹۸۰ میلادی حقوق کیفری از دستاوردهای علم پزشکی برای حمایت از کودکان در برابر سوءاستفاده‌های جنسی بهره می‌برد، اما با تضعیف نظام عدالت کیفری در مقابله با تعرض جنسی به کودکان فرایند پزشکی‌سازی درصدد برآمد تا این نوع جرم جنسی را در هر سه سطح ادراکی، سازمانی و تعاملی به مصادره خود درآورد و مدیریت آن را کامل به دست گیرد.

برای پزشکی‌سازی یا برساخت پزشکی جرم تعرض جنسی به کودکان، اولین قدم به حاشیه راندن مدل‌ها و دعاوی مخالف یا غیر پزشکی در مسئله جرم است. در حالی که تعریف بالینی از پدوفیلیا باید محدود به شاخص‌های بالینی به منظور تشخیص آن باشد، فرایند پزشکی‌شدن تلاش برای تبدیل شاخص‌های بالینی به معیارهای عینی را با هدف به حاشیه راندن معیارهای حقوقی ارتکاب جرم تعرض جنسی به کودکان از جمله معیار تفکیک کودک از بزرگسال در حیطة روابط جنسی در نظام‌های حقوقی غربی آغاز کرده است. این تلاش را می‌توان به روشنی در تدوین «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»^۳ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا مشاهده کرد.

1. Sousa, A . "Freudian Theory and Sexuality: A Conceptual Analysis". *Mens Sana Monogr*,9(2011):P.213.

۲. مقصود از تعرض جنسی به کودکان انجام کلیه فعالیت‌های جنسی با کودک از لمس کودک به منظور تحریک جنسی تا تجاوز به وی است.

۳. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). کتاب «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا تهیه می‌گردد، مرجع اصلی شناسایی و طبقه‌بندی اختلالات روانی در سطح بین‌المللی است. اولین تألیف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا DSM-I در سال ۱۹۵۲ منتشر گردید و پس از آن هفت بار راهنمای مذکور مجدداً تألیف یا اصلاح شده است: DSM-II (دومین تألیف در سال ۱۹۶۸)، DSM-III (سومین تألیف در سال ۱۹۸۰)، DSM-III-R (اصلاحیه سومین تألیف در سال ۱۹۸۰).

انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ در دومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۱۹۶۸ تنها از پدوفیلیا در زیرمجموعه انحرافات جنسی نام می‌برد. در سال ۱۹۸۰ با به کار بردن اصطلاح «پارافیلیا» به جای «انحراف جنسی»^۲، پدوفیلیا به عنوان یکی از انواع پارافیلیا در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تعریف می‌شود. این راهنما، ضمن توصیف پدوفیلیا به عنوان تخیلات یا رفتارهای جنسی واقعی با کودک تصریح می‌کند؛ برای تشخیص بزرگسال از کودک نمی‌توان سن دقیقی را تعیین نمود و با لحاظ بلوغ جنسی کودک باید از قضاوت بالینی در این خصوص استفاده کرد.

بدین ترتیب، سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با تأکید بر استفاده از شاخص‌های بالینی برای تشخیص این نوع اختلال روانی، معیار بلوغ جنسی را برای تفکیک کودک از بزرگسال به رسمیت می‌شناسد و به تفاوت‌های اقلیمی، مذهبی و فرهنگی جوامع برای تشخیص بلوغ جنسی و به تبع آن تشخیص پدوفیلیا احترام می‌گذارد.

اما از چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که در سال ۱۹۹۴ منتشر شد تا آخرین نسخه به‌روز شده آن در سال ۲۰۱۶، انجمن روان‌پزشکی آمریکا با تعیین سن بلوغ، کودک ۱۳ ساله و کم‌سن‌تر را کودک غیر بالغ تعریف می‌کند که تخیلات یا فعالیت جنسی با وی تحت شرایطی نشانگر اختلال روانی است.

فرایند پزشکی‌سازی از طریق تعیین معیار عینی سن کودک برای تشخیص پدوفیلیا، در حال کم‌رنگ کردن تدریجی معیارهای حقوقی ارتکاب جرم تعرض جنسی به کودکان و ورود به تعریف مسئله جرم است. به عنوان نمونه، در بلژیک و فرانسه دولت در حال تدوین لایحه برای جرم‌زدایی از فعالیت جنسی با کودکان بالای سن ۱۳ سال است. نکته قابل توجه اینکه، از جمله شرایط جرم‌زدایی از عمل مذکور در بلژیک، حداکثر تفاوت سنی پنج سال بین کودک و بزرگسال

→ سال ۱۹۸۷، DSM-IV (چهارمین تالیف در سال ۱۹۹۴)، DSM-IV-TR (اصلاحیه چهارمین تالیف در سال ۲۰۰۰)، DSM-V (پنجمین تالیف در سال ۲۰۱۳) و سرانجام DSM-V update یا نسخه به روز شده پنجمین تالیف که در سال ۲۰۱۶ منتشر شده است.

1. American Psychiatric Association (APA).

۲. در اولین و دومین کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انحرافات جنسی (Sexual deviations) به معنای اختلالات شخصیتی بود. اما اصطلاح پارافیلیا (Paraphilia) دلالت بر اختلالات روانی دارد.

اعلام شده است.^۱ در آخرین کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز از جمله ضوابط تشخیص پدوفیلیا، اختلاف سنی پنج سال بین مرتکب و کودک درج شده است و فرد ۱۷ تا ۱۹ ساله‌ای که اقدام به برقراری رابطه جنسی با کودک ۱۳ ساله می‌کند، پدوفیل محسوب نگردیده است.

تعیین معیار عینی سن ۱۳ سال برای کودک قربانی اختلال جنسی پدوفیلیا در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از یک سو موجب تضعیف هر چه بیشتر تعهد دولت‌ها مطابق کنوانسیون حقوق کودک مصوب سال ۱۹۸۹ در حمایت از افراد زیر ۱۸ سال در برابر سوءاستفاده‌های جنسی می‌شود (مواد ۱۹ و ۳۴ کنوانسیون حقوق کودک). از سوی دیگر، بی‌اعتنایی به مؤلفه‌های اقلیمی، مذهبی و اجتماعی در زدن برچسب پدوفیلی به بزرگسالانی که با افراد ۱۳ ساله یا کم‌سن‌تر فعالیت جنسی دارند، موجب وهن تاریخ و فرهنگ جوامعی شده است که به علت بلوغ جنسی زود هنگام کودکان در نتیجه شرایط اقلیمی، نکاح با افراد در رده سنی ۱۳ سال و کمتر را مجاز دانسته‌اند. این موضوع می‌تواند یکی از دلایل مسکوت گذاشتن حمایت قانونی همه‌جانبه از کودکان در برابر تعرض جنسی در این دسته از نظام‌های حقوقی باشد.

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، از اولین کتاب تا اصلاحیه چهارمین کتاب تأکید شده است که انحرافات جنسی یا پارافیلیا تمایلات جنسی^۲ یا میل و انگیزش جنسی^۳ هستند که فرد در انتخاب آنها نقشی ندارد. در مورد اختلال جنسی پدوفیلی نیز پذیرفته شده است؛ هیچ فردی از روی اختیار تمایل یا میل جنسی به کودکان را انتخاب نمی‌کند. این افراد از دوران بلوغ تمایل یا میل جنسی خود را کشف می‌کنند و قادر نیستند رفتار جنسی طبیعی را جایگزین آن کنند.

اگرچه این دیدگاه در بستر و حوزه پزشکی دلالت بر این دارد که باید به پدوفیل‌ها به عنوان بیمارانی که در ایجاد بیماری خود نقشی ندارند، نگاه کنیم و تفاوتی بین این افراد با سایر انسان‌ها به غیر از یک تمایل غیرخودانگیخته جنسی وجود ندارد، زمانی که این رویکرد از طریق

1. Dinham, Paddy. **France to set a Legal Minimum Age of Consent for the First Time-but there are Protests as Justice Minister Suggests it should be just Thirteen / Belgium to Lower Age of Consent to 13.** Daily Mail, (June 2017), available at: <http://www.dailymail.com> (last visited on 6/10/2017).

2. Sexual interest

3. Sexual urges

پزشکی‌سازی وارد مسئله جرم می‌گردد، به علت دغدغه حقوق کیفری برای دفاع از جامعه و بزه‌دیدگان بالقوه کاملاً دگرگون می‌شود. در حوزه جرم، تمایل ذاتی مجرم به ارتکاب جرم یادآور دیدگاه مجرم مادرزاد یا بالفطره لمبروزو است؛ مبنی بر اینکه برخی مجرمان مجرم زاده می‌شوند و نظام کیفری باید با استفاده از روش‌های توان‌گیر یا خنثی‌ساز جامعه را از خطر آنان در امان نگه دارد.

به همین دلیل از زمانی که نظام‌های سیاست جنایی روان‌پزشکان و روان‌شناسان را متعاقب ناکارآمدی نظریه‌های جامعه‌شناختی جرم در مقابله با شیوع جرایم جنسی به کار گرفتند^۱ یا به عبارت دیگر، با پزشکی‌شدن مسئله جرم در سطح سازمانی، راهکارهای اتخاذ شده در نظام‌های سیاست جنایی برای مقابله با جرم تعرض جنسی به کودکان همواره خلاف موازین حقوق بشری و کرامت انسانی بوده است؛ از جمله درمان با ایجاد بی‌زاری، تغییر شخصیت از طریق دارودرمانی و سترون کردن مجرمان.

همچنین، با روی کار آمدن حکومت‌های محافظه‌کار و دست‌راستی در بستر بحران اقتصادی - اجتماعی در بسیاری از کشورهای دموکراتیک غربی و رو آوردن دولت‌ها به سیاست کنترل و مدیریت خطر (ریسک) جرم، قوانین و مقرراتی برای اعمال نظارت بر بالفطرگی مجرمانه پزشکی‌شده مرتکبان تعرض جنسی علیه کودکان وضع شده است که گاه تا مرز نادیده انگاشتن حقوق بنیادین آنها پیش می‌رود. به عنوان مثال، در آمریکا بر اساس قانون مگان مصوب سال ۱۹۹۶ نظام «آگاه‌سازی اجتماع» در خصوص مرتکبان جرم تعرض جنسی به کودکان اجرا شد. بر اساس قانون مگان، علاوه بر ثبت اطلاعات این دسته از مجرمان، خانواده‌ها می‌توانند از بانک اطلاعاتی مذکور مطلع گردند.

نتیجه فرایند پزشکی‌سازی جرم تعرض جنسی به کودکان، لطمه به تلاش‌های بازپروری مرتکبان این جرم به علت انتشار اطلاعات آنان در جامعه است؛ چنان‌که شواهد در آمریکا دلالت دارد، مرتکبان جرم تعرض جنسی به کودکان برای اجتناب از اینکه توسط همسایگان، بزه‌دیده تبعیض ناعادلانه قرار گیرند، به سوی زندگی و فعالیت‌های مخفی کشیده می‌شوند.^۲

۱. دادستان، پریخ، پیشین، صص ۲۱۳ و ۲۱۲.

2. Elliot, Catherine and Frances Quinn. *Criminal Law*. Third Edition, England: Pearson Education, 2000, P.136.

چنانچه فرایند پزشکی سازی جرم تعرض جنسی به کودکان بخواهد ادامه پیدا کند، عواقب آن برای نظام های سیاست جنایی به مراتب سنگین تر خواهد بود. در سال ۲۰۱۳، انجمن روان پزشکی آمریکا در پنجمین تالیف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اصطلاح «اختلال پارافیلی»^۱ را جایگزین «پارافیلیا» نمود و با حذف عنوان «پدوفیلیا»، «اختلال پدوفیلی»^۲ را در زیرمجموعه اختلالات پارافیلی طبقه بندی کرد.

در نتیجه این تمایز، دیگر پدوفیلیا در زیر مجموعه اختلالات روانی قرار نمی گیرد. در عوض، تشخیص اختلال پدوفیلی مطرح شده است؛ یعنی اگر خود افراد شکایت داشته باشند که تمایل جنسی یا ترجیح جنسی آنان به کودکان باعث مشکلات روانی - اجتماعی برای ایشان شده است، این افراد ممکن است مبتلا به اختلال پدوفیلی تشخیص داده شوند. اما اگر افراد هیچ گونه احساس گناه، شرم یا ناراحتی و پریشانی ای نسبت به تمایلات جنسی خود به کودکان نداشته باشند و اظهار شخصی و سوابق قانونی^۳ ایشان دلالت بر این داشته باشد که افراد مورد نظر هیچ گاه بر مبنای تمایلات جنسی خود اقدام نکرده اند، این افراد دارای «گرایش جنسی پدوفیلی» و نه «اختلال پدوفیلی» هستند.^۴

بدین سان، پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در صورت فقدان تشخیص اختلال پدوفیلی، پدوفیلیا را به عنوان یک گرایش جنسی به رسمیت شناخت. در نتیجه این تعریف، گرایش جنسی به کودکان نه تنها اختلال روانی محسوب نمی شود و نیازی به درمان ندارد، بلکه این افراد باید به پذیرش گرایش طبیعی جنسی خود همانند سایر افراد تشویق شوند. اولین چاپ پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در محافل علمی، حقوقی و مذهبی جنجال به پا کرد. شدت انتقادات از انجمن روان پزشکی آمریکا به حدی بود که به فاصله چند روز از انتشار پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجمن روان پزشکی آمریکا رسماً عذرخواهی کرد و اعلام نمود: «پدوفیلیا یک گرایش جنسی نیست و اصطلاح

1. Paraphilic disorder

2. Pedophilic disorder

۳. استفاده از اصطلاح سوابق قانونی (Legally recorded histories) در متن پنجمین راهنما نشانگر تلاش فرایند پزشکی سازی برای مصادره ادراکی مسئله قانونی تعرض جنسی به کودکان و معرفی خود به عنوان «نهاد کنترل اجتماعی» از طریق به حاشیه راندن مرجع قانون گذاری رسمی است.

4. "..., Then these individuals have pedophilic sexual orientation but not pedophilic disorder."

گرایش جنسی به اشتباه در پنجمین راهنما به کار رفته است. این عبارت به زودی اصلاح خواهد شد.^۱ با عقب‌نشینی از موضع خود، انجمن روان‌پزشکی آمریکا در چاپ‌های بعدی پنجمین راهنما، اصطلاح تمایل جنسی را جایگزین گرایش جنسی کرد.

اگرچه انجمن روان‌پزشکی آمریکا فعلاً و در نتیجه فشارهای اجتماعی از دیدگاه خود مبنی بر شناسایی پدوفیلیا به عنوان یک گرایش طبیعی جنسی برگشته است، برای جرم‌شناسان و دست‌اندرکاران نظام‌های سیاست جنایی این اقدام انجمن روان‌پزشکی آمریکا باید زنگ خطری باشد؛ زیرا از یک سو، با به کار رفتن تعبیر گرایش جنسی برای پدوفیلیا احتمال اینکه دولت‌های محافظه‌کار و دست‌راستی با سوءاستفاده از فرایند پزشکی‌سازی درصدد تشدید سیاست کنترل و مدیریت خطر جرم تعرض جنسی به کودکان و حالت خطرناک مرتکبان آن برآیند، زیاد است.

توضیح آنکه، گرایش جنسی در طول زمان پایدار و ثابت است؛ به این معنی که نمی‌تواند تغییر کند یا درمان شود. با طرح مسئله گرایش جنسی به عنوان عامل تعرض جنسی به کودکان و به تبع آن از دست رفتن امیدهای اندک برای درمان مرتکبان تعرض جنسی به کودکان حتی به شیوه‌های غیرانسان‌مدارانه فعلی، فرایند پزشکی‌شدن می‌تواند زمینه‌تضییع هر چه بیشتر کرامت انسانی این دسته از مجرمان را فراهم کند.

از سوی دیگر، فرایند پزشکی‌سازی پیش‌تر رویه مشابهی را در خصوص هم‌جنس‌گرایی طی کرده است و با تفکیک اختلال جهت‌گیری جنسی^۲ و هم‌جنس‌گرایی خود-ناهمخوان^۳ از تمایل هم‌جنس‌گرایی پذیرفته شده از جانب فرد، در نهایت موجب حذف هم‌جنس‌گرایی از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و شناسایی هم‌جنس‌گرایی به عنوان گرایش طبیعی جنسی در جوامع غربی شد. در پایان می‌توان این پرسش را مطرح کرد که آیا در نتیجه فرایند پزشکی‌سازی، جرم‌زدایی و عادی‌سازی روابط جنسی بزرگسالان با کودکان و نابودی کلیه دست‌آوردهای جرم‌شناختی و حقوقی در زمینه حمایت از کودکان به واقعیت دنیای آینده نظام‌های سیاست جنایی غربی تبدیل خواهد شد؟

1. Wetzstein, Cheryl . **APA to Correct Manual: Pedophilia is not a Sexual Orientation.** The Washington Times, (May 2013), available at: <http://www.washingtontimes.com>(last visited on 24/10/2017).

2. Sexual orientation disturbance

3. Ego- dystonic homosexuality

نتیجه گیری

در عصر حاضر فرایند پزشکی سازی با به حاشیه راندن متولیان رسمی و غیررسمی، در حوزه تعریف جرم و انحراف نفوذ کرده است و با رویکرد تقلیل گرایانه زیست پزشکی، بسترزدایی رفتارهای اجتماعی و ایدئولوژی معین در حال نهادینه کردن برساخت دوباره‌ای از جرایم و انحرافات در جوامع است.

در خلق مجدد جرم و انحراف از طریق فرایند پزشکی شدن، بسترها و ابعاد تاریخی، مذهبی، سیاسی و اجتماعی که جرم و انحراف از درون آن سر برآورده‌اند، نادیده انگاشته شده و حذف می‌گردد. رویکرد فرایند پزشکی کردن در تعریف مجدد جرم و انحراف تنها رویکرد زیست پزشکی است؛ از منظر این فرایند، مفهوم پردازی جدید از پدیده جرم و انحراف تفاوتی با تعریف جدید از بیماری‌های جسمانی که در اقصی نقاط جهان به یک شکل بروز می‌کنند، ندارد. همچنین فرایند پزشکی سازی مجالی برای طی شدن تحولات تاریخی، سیاسی و اجتماعی به منظور تغییر برساخت جرایم و انحرافات نمی‌دهد؛ لذا، سنخ بندی‌های جدید پزشکی شده‌ای از هنجارها و ناهنجاری‌های اجتماعی در حال تکوین است که فاقد زیربنای ضروری اجتماعی است.

فرایند پزشکی سازی برای به حاشیه راندن رقبای خود در حوزه تعریف جرم و انحراف، به ویژه نهادهای قانون گذاری، از تمامی شیوه‌ها و ترفندها استفاده می‌کند؛ بی‌اعتبار نشان دادن دیدگاه‌های نظری برخاسته از تحولات اجتماعی در حوزه جرم‌انگاری با ادعاسازی غیرعلمی بودن آن و معرفی دیدگاه‌های تجربی به عنوان تنها دیدگاه‌های علمی و قابل اعتماد، طرد مدل‌ها و دعاوی غیرپزشکی در خصوص علل و ابعاد رفتار انحرافی و مجرمانه، همراهی با گروه قدرت در تعریف و برساخت جرم و انحراف، ورود به جنبه‌هایی از تعریف جرم و انحراف که خارج از صلاحیت رویکرد زیست پزشکی است و مانند آنها.

آثار فرایند پزشکی شدن در برساخت مجدد جرم و انحراف، پس‌رفت نظام‌های سیاست جنایی در زمینه تعریف و مقابله با جرم و انحراف، به علت واگذاشتن دستاوردهای حقوق بشری حوزه بزه کاری است. در این بازگشت به عقب، نظام‌های سیاست جنایی دچار بحران شده‌اند؛ بحرانی که ریشه‌های آن را نه در تمایل حرفه‌مندان پزشکی برای حفظ و تقویت موقعیت خود در جامعه

به عنوان گروه‌های دارای منفعت عمده، بلکه باید در ساختار ضعیف نظام‌های سیاست جنایی جست‌وجو کرد.

تا زمانی که دست‌اندرکاران نظام‌های سیاست جنایی رویکرد حقوقی و جرم‌شناختی به تعریف و مقابله با جرم و انحراف را بازنگری و اصلاح نکنند و صلاحیت و ظرفیت فرایند پزشکی شدن را برای مداخله در مسئله بزه‌کاری مورد تردید قرار ندهند، خروج از بحران پزشکی شده سیاست تعریف و مقابله با بزه‌کاری محقق نخواهد شد.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

کتاب

۱. دادستان، پریخ، *روانشناسی جنایی*، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۸۹.
۲. ستوده، هدایت‌الله، *آسیب‌شناسی اجتماعی*، تهران: انتشارات آوای نور، ۱۳۸۰.
۳. صدیق سروستانی، رحمت‌الله، *آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)*، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۰.
۴. کلارکسون، کریستوفر، *تحلیل مبانی حقوق جزا*، ترجمه حسین میرمحمد صادقی، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی، ۱۳۷۱.
۵. نجفی ابرندآبادی، علی حسین و حمید هاشم بیکی، *دانشنامه جرم‌شناسی*، تهران: انتشارات گنج دانش، ۱۳۹۵.
۶. ویلیامز، فرانک، مک‌شین، ماری، *نظریه‌های جرم‌شناسی*، ترجمه حمیدرضا ملک محمدی، تهران: بنیاد حقوقی میزان، ۱۳۸۶.

مقاله

۷. رحمدل، منصور، *اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر در ایران: جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری*، فصلنامه رفاه اجتماعی، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۹، صص ۲۴۲-۲۰۳.
۸. سبزه‌ای، محمدتقی، *جامعه مدنی به مثابه قرارداد اجتماعی: تحلیل مقایسه‌ای اندیشه‌های هابز، لاک و روسو*، پژوهش حقوق و سیاست، پاییز ۱۳۸۶، سال نهم، شماره ۲، صص ۶۷-۹۸.
۹. قاضی طباطبائی، محمود، ابوعلی ودادهیر و علیرضا محسنی تبریزی، *پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسایل انسانی*، پژوهشنامه علوم انسانی، بهار ۱۳۸۶، ویژه‌نامه علوم اجتماعی، شماره ۵۳، صص ۳۲۴-۲۸۹.

۱۰. میرمجیدی، سپیده، محمدجعفر حبیبزاده، محمد فرجیها و جلیل امیدی، **تحلیل برساخت‌گرایانه‌ی فرایند جرم انگاری در ایران بر اساس نظریه واقعیت اجتماعی جرم**، فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، بهار ۱۳۹۵، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۱۷۲-۱۴۵.
۱۱. نجفی ابرندآبادی، علی حسین، محمدجعفر حبیبزاده و محمدعلی بابایی، **جرایم مانع (جرایم بازدارنده)**، پژوهش‌های حقوق تطبیقی، زمستان ۱۳۸۳، ویژه نامه (۳۷ پیاپی)، دوره ۸، صص ۴۸-۲۳.

ب) منابع انگلیسی

Books

12. Berger Peter and Thomas Luckmann. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, England: Penguin Books, 1966.
13. Conrad, Peter and Joseph Schneider. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
14. Best, J. *Constructionism in Context. In Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. Best J (Editor). New York: Published by Aldine De Gruyter, 1995.
15. Brown, Nik and Andrew Webster. *New Medical Technologies and Society: Recording Life*. Cambridge: Published by Polity Press, 2004.
16. Elliot, Catherine and Frances Quinn. *Criminal Law*. Third Edition, England: Pearson Education, 2000.
17. Loseke, D. *Thinking about Social Problems: An Introduction to Social Constructionist Perspectives*, New York: Aldine de Gruyter, 2003.
18. Schneider, J. *The Medicalization of Deviance: From Badness to Sickness*. Handbook on Sociology of Deviance, Wiley, 2015.

Articles

19. Cacchioni, thea and Andrew Tiefer. "Why Medicalization? Introduction to the Special Issue on the Medicalization of Sex". *Journal of sex research*, 49(2012).
20. Conrad, P. "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18(1992).

21. Conrad, peter and Joseph Schneider. "Looking at Levels of Medicalization: A Comment of Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism", *Social Science and Medicine*, 14(1980).
22. Payte, T. "A Brief History of Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Personal Perspective". *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(1991): P.104.
23. Schneider, J. "Social Problems Theory: The Constructionist view", *Annual Review of Sociology*, 11(1985).
24. Sousa, A. "Freudian Theory and Sexuality: A Conceptual Analysis". *Mens Sana Monogr*, 9(2011).

Internet sites

25. Dinham, Paddy. **France to set a Legal Minimum Age of Consent for the First Time-but there are Protests as Justice Minister Suggests it should be just Thirteen / Belgium to Lower Age of Consent to 13.** Daily Mail, (June 2017), available at: <http://www.dailymail.com> (last visited on 6/10/2017).
26. Wetzstein, Cheryl (May 2013). **APA to Correct Manual: Pedophilia is not a Sexual Orientation.** The Washington Times, (May 2013), available at: <http://www.washingtontimes.com> (last visited on 24/10/2017).

