

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

محمدعلی اردبیلی*

یاسمن سعیدی نژاد**

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۱

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 کژروی‌های اجتماعی، رعایت کرامت انسانی بزه کاران، 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 بزه کاری از طریق بازتعریف آن با استفاده از مفهوم پزشکی شدن، می‌کوشد نشان دهد فرآیند پزشکی شدن جرم و انحراف کجا و چه زمانی، توسط چه کسانی، با چه طریقی و قواعدی و با چه طرح ادعاهایی انجام شده یا می‌شود و این فرآیند 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. نتیجه‌ی فرآیند پزشکی‌سازی،

* استاد حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی

M-Ardebili@sbu.ac.ir

** دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

yasaman.saeedinejad@gmail.com

قدرت اداره عرصه‌ی جرم‌شناسی و سیاست جنایی به نفع گروه ادعاساز است. پاداشی که تا به امروز نصیب حرفه پزشکی شده است.

کلید واژگان:

جرم‌شناسی، سیاست جنایی، پزشکی شدن، جرم، انحراف

مقدمه

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

در میان انواع متفاوت برساخت‌گرایی اجتماعی، رویکرد «برساخت‌گرایی اجتماعی در تحلیل مسائل اجتماعی» بر فرآیند تعریف مسئله اجتماعی به عنوان یکی از شیوه‌های خلق و بازخلق مسئله اجتماعی بیش از موجودیت واقعی آن تمرکز کرده است و به فرآیندی که در طی آن مسئله اجتماعی تعریف و نهادینه‌سازی می‌شود، توجه می‌نماید.^۳ از این دیدگاه، مسائل اجتماعی یا آنچه که ما آن را مشکل آفرین یا مسئله‌دار می‌بینیم، به خواست پدیدآورندگان آن‌ها و در طی یک فعالیت تعریفی درباره آن شرایط یا رفتار از نظر اجتماعی برساخت شده‌اند.^۴ از این‌رو، چگونگی تعریف یا طرح ادعای^۵ مسائل اجتماعی، کسانی که آن تعریف یا دعوی را اقامه می‌کنند (کارگزاران^۶)، ادعاکنندگان یا اقامه‌کنندگان دعوی مخالف (کنشگران) و مخاطبین فعالیت‌های طرح ادعا در برساخت اجتماعی مسئله نقش مهمی دارند.^۷

برساخت‌گرایان اجتماعی معتقدند؛ شیوه‌ها و جنبه‌های متعدد و گوناگونی برای تعریف و برساخت اجتماعی مسائل وجود دارد. لذا، این دیدگاه با برساخت تک بُعدی مسئله اجتماعی به

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. Spector, Malcolm and John Kitsuse. *Constructing Social Problems*, New York: Aldine de Gruyter, 1987.

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

5. Claims making

6. Claims maker

7. 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.

علت مغفول ماندن سایر جنبه‌های آن مخالف است. هریک از کارگزاران فرآیند برساخت اجتماعی مسائل اعم از گروه‌های مذهبی، سیاسی، اجتماعی، اخلاقی و... به علت برخورداری از جهان بینی معین، مسئله اجتماعی را تنها از یک جنبه تعریف می‌نمایند و موجب «سنخ‌بندی مسائل اجتماعی»^۱ می‌شوند. سنخ‌بندی ماهیت مسئله اجتماعی می‌تواند اشکال متعددی به خود بگیرد. یکی از اشکال بسیار رایج سنخ‌بندی، ابراز «موضع یا سوگیری خاص» نسبت به یک مسئله است؛ بدین معنی که مسئله مورد نظر می‌تواند از دیدگاه یا مدل خاصی بهتر درک شود. بخش عمده برساخت اجتماعی مسائل از طریق سنخ‌بندی آن محقق می‌شود.^۲ در سنخ‌بندی مسائل اجتماعی «گفتمان» نقش اساسی دارد. گفتمان را باید نظامی دانست که به شیوه‌های درک ما از واقعیت شکل می‌دهد.^۳

تا زمانی که گفتمان‌های مختلف در رابطه با برساخت اجتماعی مسئله در جریان است، ابعاد مختلف مسئله و راهکارهای متعدد آن قابل تبیین است. اما با تبدیل شدن گفتمان یک گروه از کارگزاران فرآیند برساخت اجتماعی مسائل به گفتمان غالب به علت مناسبات سلطه، «زبان» به ابزاری برای طرد دیگر گروه‌ها، منع و قطع گفتمان‌های دیگر و به حاشیه راندن سایر ابعاد و راه حل‌های مسئله غیر از ابعاد و راه‌حل‌های مدنظر گفتمان غالب بدل می‌شود. در عصر ما یکی از مهم‌ترین گفتمان‌های غالب در حوزه برساخت اجتماعی مسائل، گفتمان «پزشکی شدن» است. با توسعه دانش و علم فن‌آوری‌های 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.

1. Typification of social problem

۲. 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 ۲۹۴ و ۲۹۳.

۳. حاجلی، علی، **فوکو، گفتمان، تحلیل گفتمان**، فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات، بهار ۱۳۹۵، سال دوازدهم، شماره ۴۲، ص ۹۰.

این فرآیند بر ساخت گرایانه و مرتبط با فعالیت های طرح ادعا را «پزشکی شدن» یا «پزشکی ساختن»^۱ نامیده اند.^۲

پزشکی شدن فرآیندی را نشان می دهد که در آن حالات یا خصوصیتی از زندگی روزمره که زمانی طبیعی یا عادی تلقی می شدند (نظیر تولد، کودکی، سالخوردگی، مادری، پدری، بارداری، تغذیه، لاغری، چاقی و مانند آنها) یا مسائل و موضوعاتی که تا پیش از آن در حیطه ها و علوم غیر پزشکی تعریف، دسته بندی و مدیریت می شدند (نظیر اعتیاد، بچه بازی، قماربازی، هم جنس گرایی، پرخاشگری، افسردگی و مانند آنها)، در قلمرو اقتدار پزشکی وارد یا به نفع پزشکی مصادره و در نهایت توسط رویکردها، تعاریف، ابزارها و مداخله های پزشکی کنترل و مدیریت می شوند.^۳

پزشکی شدن می تواند در سه سطح متمایز رخ دهد: ادراکی^۴، سازمانی^۵ و تعاملی^۶. در پزشکی شدن ادراکی، مدل ها، زبان ها، اصطلاحات و چارچوب مفهومی پزشکی برای درک و تعریف یک مسئله اجتماعی یا رفتار به کار گرفته می شود. پزشکی شدن سازمانی وقتی رخ می دهد که سازمان های 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 می گیرند، یا می پذیرند. زمانی که حرفه پزشکی با استفاده از اشکال پزشکی، وظیفه درمان مسئله اجتماعی را

۱. پزشکی شدن یا پزشکی ساختن (To make medical) پدیده اکتشافی ایوان ایلچ (Ivan Illich) متفکر اتریشی در سال ۱۹۷۶ در کتاب «الیه انتقام پزشکی؛ مصادره به مطلوب سلامت» است. او که از موضعی رادیکال و با اتخاذ رویکرد اقتصاد سیاسی در مورد وابستگی فزاینده جوامع به نهاد پزشکی هشدار داده است، بنیان های پزشکی معاصر را به نقد کشیده و در نوشته هایش این موضوع را مطرح کرد که پزشکی تلاش می کند مسائل عادی زندگی بشری را به مشکلات پزشکی تبدیل نماید. ایلچ تأکید داشت که پزشکی در حال ایجاد یک سلامت آسیب رسان است تا خود را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت استوار کند. برای مطالعه بیشتر، رک:

Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. A division of Random House, New York: Pantheon Books, 1976.

۲. قاضی طباطبائی، محمود، ابوعلی ودادهیر و علیرضا محسنی تبریزی، منبع پیشین، ص ۲۰۹.

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

1. Conceptual

2. Institutional

6. Interactional

بر عهده می‌گیرد یا این وظیفه به آنان محول می‌شود، پزشکی شدن در سطح تعاملی واقع می‌گردد.^۱

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 فرآیند پزشکی شدن بسیار گسترده و عمیق است؛ در حالی که جرم‌شناسان و دست‌اندرکاران نظام‌های سیاست جنایی نه شناختی از پزشکی شدن و فرآیندهای آن دارند و نه ایده و برنامه‌ای را برای مقابله با آثار آن در حوزه کیفری طراحی کرده‌اند. اگرچه جرم‌شناسی پست مدرن به موضوع گفتمان‌های غالب و آثار آن در قلمرو عدالت جزایی پرداخته است^۲، اما به واسطه عدم تبیین چرایی و چگونگی پزشکی شدن ابعاد مختلف جرم‌شناسی و سیاست جنایی به‌ویژه در حوزه جرم و انحراف، در شناسایی این فرایند و آثار آن موفق عمل نکرده است. شاهد این امر، گسترش روزافزون نفوذ و اقتدار رویکرد بالینی به حوزه تعریف و بر ساخت جرم و انحراف در نظام‌های سیاست جنایی است.

لذا، این نوشتار با بهره‌گیری از روش تحلیل گفتمان انتقادی که ظرفیت تبیین چرایی و چگونگی فرآیند 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.

بر این اساس، بخش نخست مقاله به تحلیل ساختار پزشکی شدن جرم و انحراف از جمله رویه‌ها و استراتژی‌های فرآیند پزشکی سازی در حوزه جرم و انحراف اختصاص یافته است. در ابتدا با استفاده از مبادی فکری پست‌مدرنیسم، گفتمان‌های غالب بر ساخت جرم و انحراف در دوره‌های زمانی مختلف مطرح می‌گردد و سپس ویژگی‌های گفتمان پزشکی شدن جرم و انحراف

1. 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.

۲. برای مطالعه بیشتر در مورد «جرم‌شناسی پست مدرن»، رک:

Milovanovic, D. "Postmodern Criminology" New York: Garland publishing, 1997.

و آثار کلی آن در حوزه سیاست جنایی برشمرده می‌شود. در بخش‌های دوم و سوم نیز فرآیند و آثار پزشکی شدن گزاره‌های اعتیاد و تعرض جنسی به کودکان از طریق بررسی رابطه تعاملی شکل و ساختار پزشکی شدن این گزاره‌ها با شرایط و ابعاد زمینه‌ای پزشکی‌سازی آن‌ها تحلیل می‌گردد. بدین ترتیب، آرایش گفتمانی پزشکی شدن جرم و انحراف تبیین می‌شود و می‌توان آن را به تعداد بیشتری از گزاره‌های جرم و انحراف با خصوصیات مشابه تعمیم داد. این امر شامل پیش‌بینی نحوه طرح گفتمان پزشکی شدن در وضعیت‌های مشابه در آینده نیز می‌شود. با عنایت به این که پدیده پزشکی شدن ماهیتی فرآیندی و انتقالی دارد، این نوشتار نیز با تبیین فرآیند پزشکی شدن جرم و انحراف، تحلیل خود را بر مبنای ماهیت فرآیندی این پدیده در مسئله بزه‌کاری ارائه می‌دهد.

۱. پزشکی شدن جرم و انحراف؛ بر ساخت دوباره‌ی 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

1. Normal

2. Social norms

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

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

5. John Locke

می‌کرد^۱، 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، تنها 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^۲ 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، صبغه‌ی مذهبی خود را همانند جرایم در جوامع غربی از دست داد و "تعریف" آن بر مبنای تحولات اجتماعی هر جامعه متغیر گشت.

با آغاز فرآیند پزشکی شدن مسئله بزهکاری، کارگزاران این فرآیند 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 فرآیند پزشکی شدن در کنار نهادهای رسمی و غیررسمی تعریف کننده جرم و انحراف، بر اساس یک مفهوم‌سازی جدید، به رفتارهایی که پیش از آن جرم و انحراف تلقی شده‌اند برچسب بیماری می‌زنند و مدیریت آن را خود به عهده می‌گیرند. از این رو "بیماری‌سازی" شبیه به عمل

۱. 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.

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

قانونگذاری شده است.^۱ فرآیند تغییر جرم و انحراف به بیماری به این ترتیب است که پس از آن که 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.^۲ در واقع، کارگزاران فرآیند پزشکی‌شدن برخلاف دیگر ادعاسازان حوزه جرم و انحراف، ابتدائاً جرم یا انحراف را تعریف نمی‌کنند، بلکه این فرآیند 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 پزشکی شده 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، فرآیند پزشکی‌شدن در سایر مسائل اجتماعی غیر از مسئله بزه‌کاری ورود کند. لذا فرآیند 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، فرآیند پزشکی‌شدن با تعاریف و سنخ‌بندی‌های دوباره^۳ یا ساخت دوباره‌ی^۴ مفاهیم اجتماعی^۵ 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 فرآیند پزشکی‌شدن؛ «جرم و انحراف بازآفریده یا بازخلق می‌شود».

تفاوت دیگر فرآیند پزشکی‌شدن با سایر فرآیندهای برساخت‌گرایی اجتماعی جرم، گسترش دامنه آن به جرایم طبیعی است. در این نوع از فرآیند برساخت‌گرایی اجتماعی، علاوه بر

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

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

3. Redefinition and re- typification

4. Reconstruction

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

6. 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».

انحرافات، جرایم طبیعی نیز مجدد بازآفریده یا بازخلق می شوند. از نگاه برساخت‌گرایان، تنها جرایم قراردادی به عنوان یک برساخت اجتماعی محسوب می‌شوند، زیرا آنچه که در یک جامعه 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 ی جوامع انسانی مشترک هستند، صادق نمی‌باشد. در حالی که فرآیند پزشکی شدن با ساخت دوباره‌ی جرایم طبیعی، تعریف مجددی از نقض ارزش‌های مشترک انسانی ارائه می‌کند.

رویکرد بالینی به جرم و انحراف یک فرآیند 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 فرآیند پزشکی کردن یا بالینی کردن جرم و انحراف خود یک رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی است.

فرآیند 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. هم چنین، برخلاف دیدگاه غالب، بیماری‌سازی جرایم و انحرافات موجب تلطیف نگاه به جرم و انحراف نمی‌گردد، بلکه نگاه و رویکرد کیفی و سرکوب‌گرانه را تشدید می‌کند. همراهی فرآیند 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.

۱. میرمجیدی، سپیده، محمد جعفر حبیب‌زاده، محمد فرجی‌ها و جلیل امیدی، **تحلیل برساخت‌گرایانه‌ی فرآیند 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.

۲. رویکرد بالینی به انحراف؛ برساخت دوباره‌ی 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 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، اما تحت تاثیر 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، فرآیند 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. فرآیند پزشکی‌سازی حالت خطرناک اعتیاد به مواد مخدر و الکل و به طور کلی، فرآیند 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

۱. نجفی ابرنآبادی، علی حسین، محمد جعفر حبیب زاده و محمد علی بابایی، **جرایم مانع (جرایم بازدارنده)**، پژوهش‌های حقوق تطبیقی، زمستان ۱۳۸۳، ویژه‌نامه (۳۷ پیاپی)، دوره ۸، ص ۲۵.
 ۲. توجه به این نکته ضروری است که جرم‌انگاری بعضی از انحرافات در پرتو نظریات مجازاتگر ژریمی بنتام آغاز شد، اما گسترش جرایم مانع یا بازدارنده در قوانین کیفری ملهم از نظریه حالت خطرناک است.

انحراف، چهارم، مشروعیت‌سازی برساخت پزشکی انحراف و پنجم، نهادینه‌شدن برساخت پزشکی انحراف.^۱

ویژگی بسیار قابل توجه در شروع فرآیند پزشکی‌سازی انحراف یا حالت خطرناک، تعریف آن رفتار یا حالت به مثابه انحراف یا کژروی است. در حالی که از نظر ترتیب زمانی، اولین گام در فرآیند 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 فرآیند پزشکی‌سازی برای ورود به مسئله و جلب توجه عموم، ابتدائاً آن رفتار یا حالت کژروانه را با استفاده از زبان مدل‌های پزشکی به عنوان رفتار یا حالتی بسیار نامطلوب، نامطبوع و حتی معصیت‌بار تعریف می‌کند. با تاکید شدید بر منحرفانه بودن رفتار یا حالت مدنظر و آثار مصیبت‌بار آن برای فرد و جامعه از طریق تعاریف و اصطلاحات پزشکی، فرآیند پزشکی‌سازی درصدد است بین انحراف و بیماری ارتباط برقرار کند.

فرآیند بیماری‌سازی حالت خطرناک اعتیاد به مواد مخدر و الکل نیز با استفاده از زبان پزشکی، ضمن تایید قوی خطرناکی^۲ اعتیاد، آن را به عنوان حالتی بیمارگونه توصیف می‌کند که آثارش برای خود فرد و جامعه فاجعه‌بار است. تلاش فرآیند 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 جرم انگاری شده است. در انگلستان، آمریکا و کانادا پلیس می‌تواند بدون ایراد اتهام، مظنونان به ارتکاب جرم را که معتاد به الکل هستند مستقیماً به «مراکز مسمومیت زدایی» اعزام نماید.^۳

پس از به راه انداختن موجی از ترس و وحشت از رفتار انحرافی یا حالت خطرناک، در مرحله دوم، فرآیند 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

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

2. Dangerousness

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

نظر کشف کرده است و راهکار مقابله با آن در قلمرو پزشکی یافت شده است. چنانکه کشف داروی ترک اعتیاد متادون^۱ در زمان خود به عنوان انقلابی در مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر از طریق رسانه‌ها پوشش داده شد.^۲

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 راه حل موثر 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 تایید 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 فرآیند پزشکی‌سازی با گروه‌های قدرت است که در طبقه‌بندی مواد روان‌فعال‌ساز، الکل در فهرست مواد قرار نمی‌گیرد^۳ 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 و استعمال آن از هر نوع، ممنوع است و جرم تلقی می‌شود.^۴

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^۵ و دیوان‌سالاری^۶. زمانی برساخت پزشکی

1. Methadone

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

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

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

5. Codification

6. Bureaucratization

انحراف یا حالت خطرناک تدوین می‌شود که در متن قوانین گنجانده شود، در تصمیمات قضایی منعکس گردد و یا در اسناد یا منابع رسمی (کتاب‌ها، اساس نامه‌ها، پروتکل‌ها و مانند آن‌ها) به ثبت رسد. در ماده ۱۵ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب سال ۱۳۷۶ با اصلاحات و الحاقات بعدی آن؛ معنادانی که مبادرت به درمان اعتیاد نمایند از تعقیب کیفری معاف می‌باشند. در سطح بین‌المللی نیز اصطلاح الکلیسم از فهرست واژگان مؤسساتی از قبیل سازمان بهداشت جهانی حذف شده است و به جای این عنوان، تعبیر «سندرم 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.^۱ در حالی که 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 تنها با مداخلات پزشکی قابل رفع است.

هم‌چنین نهادینه شدن برساخت پزشکی انحراف مستلزم دیوان‌سالاری یا ایجاد نهادهایی است که در عمل از فرآیند 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 نمونه‌های 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 فرآیند 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 فرآیند پزشکی‌سازی یا همان حرفه‌مندان پزشکی در مدیریت انحراف یا حالت خطرناک از طریق بیماری‌سازی نسبی آن محفوظ می‌ماند. تلفیق جرم‌انگاری و

۱. Syndrome نشانگان یا سندرم اصطلاحی پزشکی است که به مجموعه‌ای از خصوصیات قابل تشخیص بالینی اطلاق

می‌شود که دلالت بر اختلالی خاص دارد.

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

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

فرآیند 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 فرآیند پزشکی‌شدن را طی کرده باشند یا خیر، به رویه‌ی غالب قانونگذاران بدل می‌گردد. اما استفاده از حقوق کیفری برای کنترل رفتارهایی که می‌تواند به وسیله پاسخ‌های حقوقی دیگر یا پاسخ‌های جامعی سایر رشته‌های حقوقی به شکل موثری تحت نظم درآید 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 فرآیند در تلفیق با جرم‌انگاری باشد، به علت تمایل پزشکی‌سازی بر کم‌رنگ کردن مدل‌ها و طرح ادعاهای غیرپزشکی، کفه ترازو به سمت برساخت بیمارگونه از انحراف سنگینی می‌کند. چنانکه در حقوق کیفری ایران، علی‌رغم اتخاذ رویکرد سرکوبگرانه نسبت به معتادان، دیدگاه اعتیاد بیماری است بر شناسایی آن به عنوان حالت مجرمانه تقدم دارد. فرآیند پزشکی‌سازی در حالی تعریف بیمارگونه‌ای از انحراف ارائه می‌کند که آن رفتار یا حالت ممکن است هم چنان از طرف جامعه به عنوان کژروی تعریف و شناخته شود؛ زیرا این احتمال وجود دارد فرآیند پزشکی‌سازی در برساخت برخی «مخاطبین» فعالیت ادعاسازی خود یعنی افکار عمومی موفق عمل نکرده باشد. از این رو، حمایت حقوق کیفری از برساخت بیماری برای رفتار یا حالتی که جامعه آن را نه به عنوان بیماری بلکه کژروی می‌شناسد، میان تعریف

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

شهروندان با تعریف حقوق کیفری از انحراف جدایی و شکاف ایجاد خواهد کرد و زمینه را برای عدم انطباق قوانین کیفری با اخلاق جوامع امروزی فراهم می نماید.

از سوی دیگر، دوران اعتیاد بین جرم و بیماری در نظام های 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 قانون گذار فاقد رنگ اخلاقی است، تلقی می نمایند و حتی به ارتکاب آن جری تر می گردند.

بدین ترتیب، پزشکی سازی اعتیاد به مواد مخدر نه تنها سیاست جنایی مؤثری در مقابله با این انحراف زمینه ساز 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 فرآیند پزشکی شدن اعتیاد به مواد مخدر که با ریشه دوانی در ساختار نظام های سیاست جنایی، گسترش دامنه خود را به مسئله مصرف و سوء مصرف مواد مخدر تجربه می کند، با ادعاسازی جدید مبنی بر اینکه «مصرف مواد مخدر را باید یک بحران بهداشت عمومی تلقی کرد و نه جرم»^۱ و بی اعتنا به تعهدات بین المللی دولت ها به موجب «کنوانسیون واحد مربوط به مواد مخدر» مصوب ۱۹۶۱ و پروتکل اصلاحی آن مصوب ۱۹۷۲، «کنوانسیون مربوط به داروهای روان گردان» مصوب ۱۹۷۱ و «کنوانسیون مبارزه با قاچاق مواد مخدر و داروهای روان گردان» مصوب ۱۹۸۸ که متعاقب آن دولت ها ملزم شده اند، 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 صحه گذاری آن از جانب نهاد قانون گذاری به دست نمی آید، درصدد پزشکی سازی کامل مسئله مواد مخدر از طریق ترغیب دولت ها به قانونمندی سازی^۲ مصرف مواد مخدر است.

۱. رحمدل، منصور، منبع پیشین، ص ۲۱۵.

۲. امروزه دولت ها در پی آن هستند که بسیاری از مواد مخدر را که اکنون غیرقانونی هستند، به طور قانونی برای بزرگسالان قابل دسترسی سازند؛ به گونه ای که فروش یا استعمال مواد مخدر تنها با نسخه پزشکی مجاز باشد و غیر آن جرم محسوب گردد. قانونمندی سازی مواد مخدر را معادل پزشکی شدن (medicalization) تعبیر کرده اند. برای مطالعه بیشتر، رک:

Szasz, T. Our Right to Drugs: The Case for a Free Market, New York: Syracuse University Press, 1996.

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 فرآیند پزشکی‌شدن به حوزه‌های مصرف و سوء مصرف مواد مخدر و جایگزینی «سیاست قهرآمیز کیفری پزشکی‌شده مصرف مواد مخدر» با «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 فرآیند پزشکی‌شدن نه نسبی یا کامل بودن آن و نه ورود یا خروج آن از نظام عدالت کیفری است، بلکه جوهره فرآیند 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. فرآیند 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 می‌باشد. آیا سیاست‌گذاران جنایی متوجه خطر پزشکی‌شدن قانونمندی‌سازی مصرف مواد مخدر می‌باشند؟

۳. رویکرد بالینی به جرم؛ برساخت دوباره‌ی 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 دهه‌ی ۱۸۸۰ میلادی در جوامع مختلف به عنوان انحراف جنسی شناخته نمی‌شد. نخستین بار زیگموند فروید^۲ پدر علم روان‌کاوی در اواخر سال‌های دهه

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.

^۱- Sigmund Freud

۸۰ قرن نوزدهم انحراف جنسی «بچه‌بازی» یا «پدوفیلیا»^۱ 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 ارضاء می‌کنند». فروید با انتشار نتیجه‌ی تحقیقات خود، ضمن تشریح رابطه‌ی جنسی بزرگسالان با کودکان که وابستگی، اعمال قدرت، ضعف نیروی تشخیص، ناآگاهی و ناتوانی دفاع از خود آن را رقم می‌زند، نوشت: «تعرض جنسی به کودک بر تکامل آتی شخصیت فردی و روان او پیامدهای وحشتناک و فاجعه بار دارد و ناهنجاری‌های روانی را برای او به بار می‌آورد...»^۲.

به دنبال تأثیر یافته‌های علم پزشکی بر نظام‌های سیاست جنایی، تعرض جنسی به کودکان^۳ 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 بزه دیدگان آسیب‌پذیر حوزه جرایم مورد حمایت ویژه قرار گرفتند. بدین سان «انحراف و جرم جنسی در جوامع و نظام‌های عدالت کیفری بازآفریده و بازخلق شد».

تا دهه ۱۹۸۰ میلادی حقوق کیفری از دست آورده‌های 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 فرآیند پزشکی‌سازی در صدد 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 غیرپزشکی در مسئله جرم است. در حالی که تعریف بالینی از پدوفیلیا باید محدود به شاخص‌های بالینی جهت تشخیص آن باشد، فرآیند 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 حیطه روابط

1. Pedophilia

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

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

جنسی در نظام‌های حقوقی غربی را آغاز کرده است. این تلاش را می‌توان به روشنی در تدوین «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»^۱ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا مشاهده کرد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ در دومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۱۹۶۸ تنها از پدوفیلیا در زیرمجموعه‌ی انحرافات جنسی نام می‌برد. در سال ۱۹۸۰ با به کار بردن اصطلاح «پارافیلیا» به جای «انحراف جنسی»^۳، 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 رابطه استفاده کرد.

بدین ترتیب، سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با تاکید 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 به روز شده آن در سال ۲۰۱۶، انجمن روان‌پزشکی آمریکا با تعیین سن بلوغ، کودک ۱۳ ساله و کم سن‌تر را کودک غیر بالغ تعریف می‌کند که تخیلات یا فعالیت جنسی با وی تحت شرایطی نشانگر اختلال روانی است.

1. 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 تالیف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا DSM-I در سال ۱۹۵۲ منتشر گردید و پس از آن هفت بار راهنمای مذکور مجدد تالیف یا اصلاح شده است: DSM-II (دومین تالیف در سال ۱۹۶۸)، DSM-III (سومین تالیف در سال ۱۹۸۰)، DSM-III-R (اصلاحیه سومین تالیف در 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.

2. American Psychiatric Association (APA)

۳. 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.

فرآیند پزشکی سازی از طریق تعیین معیار عینی سن کودک برای تشخیص پدوفیلیا، در حال کم رنگ کردن تدریجی معیارهای حقوقی ارتکاب جرم تعرض جنسی به کودکان و ورود به تعریف مسئله جرم است. به عنوان نمونه، از سال ۱۸۸۵ میلادی سن قانونی برای اعلام رضایت در روابط جنسی در حقوق انگلستان از ۱۳ سال به ۱۶ سال افزایش یافت.^۱ به موجب قانون جرایم جنسی مصوب سال ۱۹۵۶؛ رابطه جنسی با دختر زیر سن ۱۳ سال اعم از اینکه قربانی رضایت بر رابطه جنسی داشته یا خیر، به عنوان جنایت درجه دو قابل مجازات بود؛ هرچند در صورت عدم رضایت، اتهام تجاوز از جانب دادستان قابل ایراد بود. برقراری رابطه جنسی با دختر زیر ۱۶ سال نیز، صرف نظر از اعلام رضایت، فعل مجرمانه تلقی می شد. قانون اصلاح جرایم جنسی مصوب ۲۰۰۰، شرایط مذکور را به قربانیان پسر نیز تسری داد. لذا، تا تصویب قانون جرایم جنسی در سال ۲۰۰۳ هدف اصلی نظام حقوقی انگلستان بهره گیری از سیاست جنایی افتراقی برای حمایت از کودکان زیر ۱۶ سال در برابر تعرض جنسی بود. در عین حال سختگیری قانونی بیشتری در قبال تعرض جنسی به قربانیان زیر ۱۳ سال در مقایسه با قربانیان زیر ۱۶ سال اعمال می شد که ضروری می نمود.

اما در قانون جرایم جنسی مصوب سال ۲۰۰۳، حمایت های قانونی ویژه ای برای کودکان در سن ۱۳ سال و کم تر در برابر تعرض جنسی پیش بینی شده است. اعمال یک سیاست جنایی افتراقی ویژه تر و تا حدود زیادی سرکوبگرانه تر در حمایت از کودکان در رده سنی ۱۳ سال و کم تر در مقایسه با کودکان زیر ۱۶ سال در برابر تعرض جنسی صرف نظر از دیگر عوامل، متاثر از تعیین معیار عینی سن ۱۳ سال و کم تر برای کودک در تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از پدوفیلیا است.

این اقدام قانون گذار هرچند در ابتدا به عنوان یک سیاست مطلوب لحاظ می شود، اما تمرکز شدید قانونی بر گروه سنی ۱۳ سال و کم تر در طول زمان باعث کم رنگ شدن توجه و حمایت قانونگذار از گروه های سنی بالاتر در برابر تعرض جنسی و پذیرش کاهش سن قانونی رضایت بر روابط جنسی می شود. چنانکه خبرگزاری ها گزارش داده اند؛ تحركات جدی از جانب لابی های

1. Bullough, V. "Age of Consent; A Historical Overview". *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(2005): Pp. 25-42.

قدرتمند پزشکی در انگلستان برای کاهش سن قانونی رضایت بر روابط جنسی به بهانه دسترسی آسان تر نوجوانان به مشاوره‌های سلامت جنسی آغاز شده است.^۱ آیا فرآیند پزشکی سازی موجب عقبگرد حقوق انگلستان به سال‌های قبل از ۱۸۸۵ در تعیین سن قانونی رضایت بر روابط جنسی می‌گردد؟

در بلژیک و فرانسه نیز 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 اعلام شده است.^۲ 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 کم سن‌تر 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 همه جانبه از کودکان در برابر تعرض جنسی در این دسته از نظام‌های حقوقی باشد.^۳

1. Cohen, Tamara. Prime Minister Swifty Rejects Top Health Expert's Call to Lower Age of Consent.

Daily Mail, (September 2017), available at: <http://www.dailymail.com> (last visited on 1/2/2018).

2. 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).

۳. این وضعیت را می‌توان با پزشکی شدن مسئله افسردگی مقایسه کرد. در حالی که بسیاری از دردها و رنج‌ها از قبیل درد و رنج اخلاقی- مذهبی، فیزیکی و روان‌شناختی مربوط به جوامع خاص‌اند و در جوامع دیگر نرمال و طبیعی تلقی می‌شوند،^۴

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، از اولین کتاب تا اصلاحیه چهارمین کتاب تأکید شده است که انحرافات جنسی یا پارافیلیا تمایلات جنسی^۱ یا میل و انگیزش جنسی^۲ 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.^۳ 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 غیر خودانگیخته جنسی وجود ندارد، اما زمانی که این رویکرد از طریق پزشکی‌سازی وارد مسئله جرم می‌گردد به علت دغدغه‌ی 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.

→ مطابق متون معتبر روان پزشکی مدت زمان طبیعی برای عزاداری حداکثر دو ماه است و اگر بیش از این طول بکشد در زمره اختلال افسردگی طبقه‌بندی می‌شود و نیاز به درمان دارویی دارد. در حالی که در برخی از فرهنگ‌ها تجربه‌ی چندین سال غم برای عزاداری طبیعی است. در این فرهنگ‌ها غمگین بودن ارزش است و آن را عامل شناخت برتر می‌دانند؛ از جمله مسلمانان شیعه عزاداری را به عنوان تجربه مذهبی درک می‌کنند. برای مطالعه بیشتر، رک:

Krawczyk, L. "The Danger of Medicalizing Depression". *Social Science & Medicine Journal*. 70(2009): Pp. 43-47

1. Sexual interest

2. Sexual urges

۳. فرد برلین (Fred Berlin) موسس کلینیک اختلال‌های جنسی جانز هاپکینز (Johns Hopkins) و استاد روان پزشکی در بیمارستان دانشکده پزشکی جانز هاپکینز اظهار کرده است؛ « تحقیقات انجام شده حکایت از آن دارند که برخی ناهنجاری‌های ژنتیکی و هورمونی احتمالاً نقشی در بروز پدوفیلی دارند... ما اکنون مورد تایید قرار می‌دهیم که این فقط یک موضوع اخلاقی نیست و هیچ کس از روی انتخاب فردی دارای تمایل جنسی نسبت به کودکان نمی‌شود...». برای مطالعه بیشتر، رک:

What Science Reveals about Pedophilia. (August 2016). Available at: <http://www.hopkinsmedicine.org/news/pedophilia/what-science-Reveals-about-pedophilia-288810831.html> (last visited on 18/9/2017).

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 پزشکی شدن 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 بالفطری مجرمانه‌ی پزشکی شده 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 فرآیند پزشکی‌سازی جرم تعرض جنسی به کودکان، لطمه به تلاش‌های بازپروری مرتکبان این جرم به علت انتشار اطلاعات آنان در جامعه است؛ چنان که شواهد در آمریکا دلالت دارد، مرتکبان جرم تعرض جنسی به کودکان برای اجتناب از اینکه توسط همسایگان، بزه‌دیده‌ی تبعیض ناعادلانه قرار گیرند به سوی زندگی و فعالیت‌های مخفی کشیده می‌شوند.^۲

چنانچه فرآیند پزشکی‌سازی جرم تعرض جنسی به کودکان بخواهد ادامه پیدا کند، عواقب آن برای نظام‌های سیاست جنایی به مراتب سنگین‌تر خواهد بود. در سال ۲۰۱۳، انجمن روان‌پزشکی آمریکا در پنجمین تالیف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اصطلاح «اختلال پارافیلی^۳» را جایگزین «پارافیلیا» نمود و با حذف عنوان «پدوفیلیا»، «اختلال

۱. دادستان، پریرخ، منبع پیشین، صص ۲۱۳ و ۲۱۲.

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

3. Paraphilic disorder

پدوفیلی^۱ را در زیرمجموعه‌ی اختلالات پارافیلی طبقه‌بندی کرد. در نتیجه‌ی این تمایز، دیگر پدوفیلیا در زیر مجموعه‌ی اختلالات روانی قرار نمی‌گیرد. 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 هیچ‌گونه احساس گناه، شرم یا ناراحتی و پریشانی‌ای نسبت به تمایلات جنسی خود به کودکان نداشته باشند و اظهار شخصی و سوابق قانونی^۲ ایشان دلالت بر این داشته باشد که افراد مورد نظر هیچ‌گاه بر مبنای تمایلات جنسی خود اقدام نکرده‌اند، این افراد دارای «گرایش جنسی پدوفیلی» و نه «اختلال پدوفیلی» هستند.^۳

بدین‌سان، پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در صورت فقدان تشخیص اختلال پدوفیلی، پدوفیلیا را به عنوان یک گرایش جنسی به رسمیت شناخت. در نتیجه‌ی این تعریف، گرایش جنسی به کودکان نه تنها اختلال روانی محسوب نمی‌شود 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 روان‌پزشکی آمریکا به حدی بود که به فاصله‌ی چند روز از انتشار پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجمن روان‌پزشکی آمریکا رسماً عذرخواهی کرد و اعلام نمود؛ «پدوفیلیا یک گرایش جنسی نیست و اصطلاح گرایش جنسی به اشتباه در پنجمین راهنما به کار رفته است. این عبارت به زودی اصلاح خواهد شد»^۴. با عقب‌نشینی از موضع خود، انجمن روان‌پزشکی آمریکا در چاپ‌های بعدی پنجمین راهنما اصطلاح تمایل جنسی را جایگزین گرایش جنسی کرد.

1. Pedophilic disorder

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

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

4. 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).

اگرچه انجمن روان‌پزشکی آمریکا فعلاً و در نتیجه‌ی فشارهای اجتماعی از دیدگاه خود مبنی بر شناسایی پدوفیلیا به عنوان یک گرایش طبیعی جنسی برگشته است، اما 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 فرآیند 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.^۱ 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 غیر انسان‌مدارانه فعلی، فرآیند پزشکی‌شدن می‌تواند زمینه تضييع هر چه بیشتر کرامت انسانی این دسته از مجرمان را فراهم کند.

از سوی دیگر، فرآیند پزشکی‌سازی پیش‌تر رویه‌ی مشابهی را در خصوص هم‌جنس‌گرایی طی کرده است و با تفکیک اختلال جهت‌گیری جنسی^۲ و هم‌جنس‌گرایی خود-ناهمخوان^۳ از تمایلی 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. آیا در نتیجه فرآیند پزشکی‌سازی، جرم‌زدایی و عادی‌سازی روابط جنسی بزرگسالان با کودکان و نابودی کلیه‌ی دست‌آوردهای جرم‌شناختی و حقوقی در زمینه حمایت از کودکان به واقعیت دنیای آینده نظام‌های سیاست جنایی غربی تبدیل خواهد شد؟

¹- Berlin, F. "Pedophilia and DSM_5: The Importance of Clearly Defining the Nature of a Pedophilia Disorder". *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2014): P.405.

²- Sexual orientation disturbance

³- Ego- dystonic homosexuality

نتیجه گیری

در عصر حاضر فرآیند پزشکی سازی با به حاشیه راندن متولیان رسمی و غیررسمی، در حوزه‌ی تعریف جرم و انحراف نفوذ کرده است و با رویکرد تقلیل گرایانه زیست پزشکی، بستردایی 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 فرآیند 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 فرآیند پزشکی کردن در تعریف مجدد جرم و انحراف تنها رویکرد زیست پزشکی است؛ از منظر این فرآیند، 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. هم چنین فرآیند پزشکی سازی مجالی برای طی شدن تحولات تاریخی، سیاسی و اجتماعی جهت تغییر برساخت جرایم و انحرافات نمی‌دهد؛ لذا، سنخ‌بندی‌های جدید پزشکی شده‌ای از هنجارها و ناهنجاری‌های اجتماعی در حال تکوین است که فاقد زیربنای ضروری اجتماعی است.

فرآیند پزشکی سازی برای به حاشیه راندن رقبای خود در حوزه تعریف جرم و انحراف به ویژه نهادهای قانونگذاری از تمامی شیوه‌ها و ترفندها استفاده می‌کند؛ بی‌اعتبار نشان دادن دیدگاه‌های نظری برخاسته از تحولات اجتماعی در حوزه جرم‌نگاری 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 فرآیند پزشکی شدن در برساخت مجدد جرم و انحراف، پس‌رفت نظام‌های سیاست جنایی در زمینه تعریف و مقابله با جرم و انحراف به علت واگذاشتن دست آوردهای حقوق بشری حوزه بزهکاری 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 جست و جو کرد.

در واقع، فرآیند پزشکی شدن زمانی می‌تواند به نحو موفقیت‌آمیزی اقامه گردد که مدل‌ها و طرح ادعاهای رقیب در موضوع اجتماعی مورد نظر قدرت خود را از دست داده باشند. در صورتی که مدل‌ها، طرح ادعاها و تعاریف پزشکی با باورها، طرح ادعاها و مدل‌های غیرپزشکی بسیار قدرتمند، تثبیت شده و پذیرفته‌شده‌ای هم‌اورد باشند، مجال برای پذیرفته شدن و پیروزی ندارند. چنانچه دست‌اندرکاران نظام‌های سیاست جنایی در تعریف و مقابله با جرایم و انحرافات از منظر حقوقی و جرم‌شناختی به نحو کارآمد و با لحاظ تحولات اجتماعی عمل می‌کردند، فرآیند برساخت‌گرایانه پزشکی شدن در پرتو گفتمان پذیرفته شده حقوقی و جرم‌شناختی عرصه‌ی جرم و انحراف که برای مخاطبان آن آشناتر و ملموس‌تر است و به کلیه ابعاد مسئله بزهکاری و راهکارهای آن توجه دارد، از گردونه رقابت خارج می‌شد. در حالی که نه تنها نظام‌های سیاست جنایی در برابر موج فراگیر پزشکی شدن جرم و انحراف ایده و برنامه‌ای ندارند، امروزه ساختار این نظام‌ها است که با هدف شفافبخشی نسخه‌های پزشکی یا حداقل تجویز مسکنی برای معضل بزهکاری فرآیند برساخت‌گرایانه پزشکی شدن جرم و انحراف را تقویت می‌کند.

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

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 سروسرستانی، 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 ابرنآبادی، 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.

مقالات

۷. حاجلی، علی، **فوکو، گفتمان، تحلیل گفتمان، فصلنامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات**، بهار ۱۳۹۵، سال دوازدهم، شماره ۴۲، ص ۹۰.
۸. رحمدل، منصور. **اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر در ایران: جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری**. فصلنامه رفاه اجتماعی، پاییز ۱۳۸۲، شماره ۹، صص ۲۴۲-۲۰۳.
۹. 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.

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

منابع انگلیسی

Books

13. Berger Peter and Thomas Luckmann. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, England: Penguin Books, 1966.
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. Conrad, Peter and Joseph Schneider. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
17. Elliot, Catherine and Frances Quinn. *Criminal Law*. Third Edition, England: Pearson Education, 2000.
18. Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. A division of Random House, New York: Pantheon Books, 1976.
19. Loseke, D. *Thinking about Social Problems: An Introduction to Social Constructionist Perspectives*, New York: Aldine de Gruyter, 2003.
20. Milovanovic, D. "Postmodern Criminology", New York: Garland publishing, 1997.

21. Schneider, J. The Medicalization of Deviance: From Badness to Sickness. Handbook on Sociology of Deviance, Wiley, 2015.
22. Spector, Malcolm and John Kitsuse. Constructing Social Problems, New York: Aldine de Gruyter, 1987
23. Szasz, T. Our Right to Drugs: The Case for a Free Market, New York: Syracuse University Press, 1996.

Articles

24. Berlin, F. "Pedophilia and DSM_5: The Importance of Clearly Defining the Nature of a Pedophilia Disorder". *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2014).
25. Bullough, V. "Age of Consent; A Historical Overview". *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(2005).
26. Cacchioni, thea and Andrew Tiefer. "Why Medicalization? Introduction to the Special Issue on the Medicalization of Sex". *Journal of sex research*, 49(2012).
27. Conrad, P. "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*, 18(1992).
28. 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).
29. Krawczyk, L. "The Danger of Medicalizing Depression". *Social Science & Medicine Journal*. 70(2009).
30. Payte, T. "A Brief History of Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Personal Perspective". *Journal of Psychoactive Drugs*, 23(1991): P.104.
31. Schneider, J. "Social Problems Theory: The Constructionist view", *Annual Review of Sociology*, 11(1985).
32. Sousa, A. "Freudian Theory and Sexuality: A Conceptual Analysis". *Mens Sana Monogr*, 9(2011).

منابع الکترونیک

33. Cohen, Tamara. **Prime Minister Swifty Rejects Top Health Expert's Call to Lower Age of Consent.** *Daily Mail*, (September 2017), available at: <http://www.dailymail.com> (last visited on 1/2/2018).

34. 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).
35. 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).
36. **What Science Reveals about Pedophilia.** (August 2016). Available at: <http://www.hopkinsmedicine.org/news/pedophilia/what-science-Reveals-about-pedophilia-288810831.html> (last visited on 18/9/2017).

Medicalization of Crime and Deviance

An Introduction to Critical Discourse Analysis of Clinical Approach to Delinquency problem

Abstract:

A clinical approach to crime, offender, victim, and criminal justice as a model of criminal policy has a unique and impeccable position before most of the criminologists.

In the past and present criminology literature, the clinical approach is recognized to have the same meaning as the concepts and standards of human rights such as preventing recidivism and social deviations, observing the human dignity of offenders, supporting the victims' rights, rehabilitation of criminal convicts, fair trial, corrective function of punishment and aligning the offender's interests with the supportive benefits of the society.

While challenging the clinical approach in delinquency field through redefining it, using medicalization concept, this essay tries to show when, where, by whom, with which methods and principles and through what claims-making, the process of medicalization of crime and deviance has been done, and what results or outcomes have been or will be brought by this process for the medical profession, offenders, victims, criminologists, those who lay down criminal policies, the government and the people, who all are the claims makers.

The result of medicalization process is the power to manage the criminology and criminal policy grounds in the favor of claim-making group – the reward which the medical profession has been benefited so far.

Keywords:

criminology, criminal policy, medicalization, crime, deviance