

## اختلال‌های شخصیتی و شیوه‌های رویارویی در زنان روسپی

سارا انصاری<sup>۱</sup>، دکتر بنفشه غرایی<sup>۲</sup>، دکتر پروین افسر کازرونی<sup>۳</sup>

### Personality Disorders and Coping Strategies in Female Sex-workers

Sara Ansari\*, Banafsheh Gharraee<sup>a</sup>, Parvin Afsar-Kazerouni<sup>b</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aim of the present study was to assess the rate of personality disorders and coping strategies in female sex-workers. **Method:** In this observational cross-sectional study 30 female sex-workers who were selected using convenience sampling, completed the Structured Clinical Interview DSM-IV axis II disorders (SCID-II) and Billings Coping Style Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** The findings showed a prevalence of 90% for personality disorders, with passive-aggressive personality disorder having the highest prevalence of 53.3%. Also, schizotypal personality disorder was not present in subjects. Among coping strategies, emotion-focused coping (56.7%) and somatization-focused coping (23.3%) were the most prevalent. **Conclusion:** Considering the high prevalence of personality disorder among female sex-workers and their high use of emotion-focused coping in confronting life events, training this group with coping and problem solving skills is recommended.

**Key words:** sex-worker; personality; coping

[Received: 21 September 2009; Accepted: 8 June 2010]

#### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اختلال‌های شخصیت و شیوه‌های رویارویی در زنان روسپی انجام شد. **روش:** در این پژوهش مشاهده‌ای - مقطعی ۳۰ زن روسپی به روش نمونه‌گیری دردسترس به دو پرسش‌نامه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور II از DSM-IV و پرسش‌نامه شیوه‌های رویارویی پاسخ دادند. داده‌ها به روش درصد فراوانی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** ۹۰ درصد آزمودنی‌ها اختلال شخصیت داشتند که بیشترین فراوانی به اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر (۵۳/۳٪) مربوط بود و هیچ‌یک از آنها اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نداشتند. در میان شیوه‌های رویارویی با رویدادهای زندگی، دو شیوه رویارویی متمرکز بر هیجان (۵۶/۷٪) و متمرکز بر جسمانی کردن (۲۳/۳٪) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به میزان بالای اختلال‌های شخصیت در زنان روسپی و بیشترین میزان استفاده آنان از شیوه رویارویی متمرکز بر هیجان در مواجهه با رویدادهای زندگی، آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت حل مسئله می‌تواند مفید باشد.

**کلیدواژه‌ها:** روسپی‌گری؛ اختلال‌های شخصیت؛ شیوه‌های رویارویی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۳۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۱۸]

اسکارتشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی استان فارس. شیراز، خیابان زند، جنب هلال احمر، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس، طبقه چهارم، واحد بهداشت روان. دورنگار: ۲۳۴۷۳۱۵-۰۷۱۱ (نویسنده مسئول) E-mail: sara\_ansarimotlagh@yahoo.com<sup>۱</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان پزشکی تهران؛<sup>۲</sup> دکترای پزشکی اجتماعی، مرکز مبارزه با بیماری‌ها، دانشگاه علوم پزشکی استان فارس.

\* Corresponding author: Masers in Clinical Psychology, Shiraz University of Medical Sciences, Department of Mental Health, 4<sup>th</sup> Floor. Besides Helale-ahmar, Zand St., Shiraz, Iran, IR. Fax: +98711-2347315. E-mail: sara\_ansarimotlagh@yahoo.com; <sup>a</sup> PhD. in Clinical Psychology, Assistan Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Resrarch Centre, Tehran Psychiatric Institute; <sup>b</sup> PhD. in Social Medicine, Center for Disease Control, Shiraz University of Medical Science.

## مقدمه

روسی‌گری<sup>۱</sup> در بیشتر کشورهای آسیایی رو به رشد است و درآمد حاصل از صنعت سکس<sup>۲</sup> در مالزی، تایلند، اندونزی و فیلیپین حدود ۲ تا ۱۴ درصد تولید خالص سرانه کشور تخمین زده شده است (لیم<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، به نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). روسپی‌گری در بیشتر کشورها به عنوان یک واقعیت تلخ اجتماعی و تاریخی مورد توجه قرار گرفته، اقدام‌هایی برای کنترل آن انجام شده است (شرافتی‌پور، ۲۰۰۴).

زنان روسپی افزون بر تنزل معنوی و اخلاقی، دچار اختلال‌های روانی، افزایش افکار منفی و مخرب و آشفتگی‌های هیجانی می‌شوند، که این امر زمینه را برای بزه بیشتر مهیا می‌کند (زارعی‌دوست، ۲۰۰۳). حال پرسش اینجاست که چرا این پیامدهای وخیم روسپی‌گری به کاهش آن نمی‌انجامد (مانسینی<sup>۴</sup>، ۱۹۶۸). بررسی‌ها نشان داده است این افراد نمی‌دانند چه وضعی در شخصیت، افکار، عواطف یا سبک زندگی آنان وجود دارد، یا اگر هم بدانند در چه جنبه‌ای ضعف دارند، نمی‌دانند چه افکار یا رفتاری را باید جایگزین آن کنند (زارعی‌دوست، ۲۰۰۳).

یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی دخیل در گرایش به بزه، استرس و شیوه رویارویی با آن است (هولین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). از سوی دیگر بسیاری از بررسی‌ها ارتباط اختلال‌های شخصیتی و ارتکاب جرم را نشان داده‌اند؛ برای مثال ارونن<sup>۶</sup>، هکولا<sup>۷</sup> و تیهونن<sup>۸</sup> (۱۹۹۶) نشان دادند اختلال شخصیت ضداجتماعی احتمال ارتکاب قتل را در مردان ۱۵ و در زنان ۲۵ برابر افزایش می‌دهد. هولین (۱۹۹۶) نشان داد عواملی مانند شیوه‌های رویارویی و اختلال‌های شخصیت در گرایش به روسپی‌گری و سوء‌مصرف مواد مخدر دخیل است. شخصیت به صورت «الگوی منحصربه‌فرد و همیشگی تجارب درونی و رفتار بیرونی» تعریف شده است. واکنش بیشتر مردم نسبت به پدیده‌ها، به‌طور نسبی قابل پیش‌بینی است، ولی هم‌زمان نوعی انعطاف‌پذیری سازگارانه نیز دارند. این یادگیری و سازگاری چیزی است که مبتلایان به اختلال شخصیت از عهده آن برنمی‌آیند (کامر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹). این افراد در توان کارکردن، عشق‌ورزی و دوستی نارسایی‌های مزمن دارند، معمولاً مجردند، سطح تحصیل پایین‌تر و اعتیاد به دارو دارند و به ناهنجاری‌های جنسی مبتلا هستند (سادوک<sup>۱۰</sup> و سادوک، ۲۰۰۷).

بررسی‌ها نشان داده است بیشتر زنان روسپی از وضع موجودشان ناخرسند هستند و زجر می‌کشند، ولی به تنهایی نمی‌توانند تغییر مثبتی در زندگی‌شان پدید آورند (شه‌ستا، ۱۹۷۹). کمک به زنان روسپی سابقه تاریخی دارد و در بیشتر کشورهای دنیا برنامه‌های رفاهی خاص، هم‌چنین برنامه‌هایی برای آماده کردن آنان برای بازگشت به زندگی عادی در نظر گرفته می‌شود (همان‌جا). اگر فرد در مواجهه با رویدادهای زندگی نتواند شیوه‌های رویارویی سالم را شناسایی کند، در واکنش فعال و مؤثر نسبت به چالش‌های زندگی به مشکل برخورد خواهد خورد و ممکن است برای حل نارسایی‌های زندگی خود به رفتارهای انحرافی روی آورد (کلینک<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸، به نقل از هولین، ۱۹۹۶). در صورتی که اگر رویدادهای زندگی فرصتی برای دست‌وپنجه نرم کردن در نظر گرفته شود، از ابراز هیجان بیش از حد یا انجام رفتارهای خلاف هنجار پرهیز شده، فرد نسبت به خود و مسایل زندگی خود احساس مسئولیت بیشتری می‌کند. برخی بررسی‌ها نشان داده است منبع کنترل در افراد بزهکار بیرونی است و بر باور آنان چیزهایی ورای کنترل شخصی، هدایت رفتار را به عهده دارد (بک<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۶، کامچی<sup>۱۳</sup> و همکاران ۱۹۸۰، به نقل از همان‌جا).

با توجه به مطلب بالا پژوهش حاضر با دو هدف بررسی میزان اختلال‌های شخصیت در زنان روسپی و بررسی شیوه‌های رویارویی زنان روسپی انجام شد.

## روش

جامعه آماری پژوهش مشاهده‌ای- مقطعی حاضر زنان روسپی شهر شیراز در سال ۲۰۰۸ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. منظور از روسپی، زنی بود که در ازای رابطه جنسی پول دریافت می‌کرد. این زنان به‌وسیله یک آرایشگر و دو نفر سیار در پارک‌ها برای همکاری در پژوهش معرفی شدند. نخست در مورد هدف پژوهش و روند آن توضیح ارائه شده، در صورت موافقت آنان، رضایت‌نامه کتبی گرفته می‌شد. برای گردآوری اطلاعات ابزارهای زیر به کار برده شد:

1- prostitution	2- sex industry
3- Lim	4- Mansiny
5- Hollin	6- Eronon
7- Hakola	8- Tihonen
9- Comer	10- Sadock
11- Kleink	12- Beak
13- Kumchy	

تأهلی ازدواج دایم، ازدواج موقت، تجرد، طلاق و سایر موارد به ترتیب به وسیله ۹ (۳۰٪)، ۱ (۳/۳٪)، ۳ (۱۰٪)، ۱۲ (۴۰٪) و ۵ (۱۶/۷٪) نفر از آزمودنی‌ها گزارش شد. ۷ (۲۳/۳٪)، ۲۲ (۷۳/۳٪) و ۱ (۳/۳٪) نفر به ترتیب تحصیلات راهنمایی، دبیرستانی و دانشگاهی داشتند و محل سکونت ۲۹ نفر شیراز و یک نفر دیگر شهرستان‌ها بود. از ۳۰ آزمونی ۱۱ نفر (۳۶/۶۷٪) به روانپزشک مراجعه کرده بودند؛ عصبانیت، سردرد و مشکلات خانوادگی به ترتیب به وسیله ۶ (۲۰٪)، ۱ (۳/۳٪) و ۴ (۱۳/۳٪) نفر از آزمودنی‌ها به‌عنوان دلیل مراجعه بیان شد.

کاربرد درصد فراوانی نشان داد اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواسی-اجباری، افسرده، پارانوئید، اسکیزوئید، نمایشی، خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی، منفعل-پرخاشگر و افسرده به ترتیب در ۵ (۱۶/۷٪)، ۶ (۲۰٪)، ۲ (۶/۷٪)، ۱۰ (۳۳/۳٪)، ۷ (۲۳/۳٪)، ۴ (۱۳/۳٪)، ۴ (۱۳/۳٪)، ۳ (۱۰٪)، ۱۲ (۴۰٪)، ۱۰ (۳۳/۳٪)، ۱۶ (۵۳/۳٪) و ۱ (۳/۳٪) نفر از آزمودنی‌ها دیده شد. هیچ‌یک اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نداشتند. در کل ۹۰٪ آزمودنی‌ها اختلال شخصیت داشتند که ۶۳/۳٪ بیش از یک اختلال و ۲۶/۷٪ تنها یک اختلال داشتند.

کاربرد درصد فراوانی در مورد شیوه‌های رویارویی نشان داد شیوه‌های رویارویی متمرکز بر ارزیابی شناختی، متمرکز بر حل مسأله، متمرکز بر هیجان، متمرکز بر حمایت اجتماعی و متمرکز بر جسمانی کردن به ترتیب در ۱ (۳/۳٪)، ۲ (۶/۷٪)، ۱۷ (۵۶/۷٪)، ۳ (۱۰٪) و ۷ (۲۳/۳٪) نفر از آزمودنی‌ها به کار می‌رود.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- Structured Clinical Interview for DSM-IV                 |                          |
| 2- First  | 3- Spitzer               |
| 4- Gibbon   | 5- Williams              |
| 6- avoidant   | 7- dependent             |
| 8- obsessive-compulsive                                     | 9- paranoid              |
| 10- schizotypal   | 11- schizoid             |
| 12- histrionic  | 13- narcissistic         |
| 14- borderline  | 15- antisocial           |
| 16- Not Otherwise Specified                                 | 17- depressive           |
| 18- passive-aggressive                                      | 19- Renneberg            |
| 20- Kap   |                          |
| 21- test-retest reliability                                 |                          |
| 22- Coping Styles Questionnaire                             |                          |
| 23- Billings  | 24- Moss                 |
| 25- active behavior   | 26- active cognitive     |
| 27- social  |                          |
| 28- cognitive assessment focused                            |                          |
| 29- problem solving focused                                 | 30- emotion focused      |
| 31- social support focused                                  | 32- somatization focused |
| 33- internal validity                                       | 34- Sperman Brown        |
| 35- Statistical Package for the Social Science-version 11.5 |                          |

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور II از DSM-IV (SCID-II) (فرست<sup>۲</sup>، اسپیتزر<sup>۳</sup>، گیون<sup>۴</sup> و ویلیامز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶) برای سنجش یازده اختلال شخصیت محور II از DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) (اجتنابی<sup>۶</sup>، وابسته<sup>۷</sup>، وسواسی-اجباری<sup>۸</sup>، پارانوئید<sup>۹</sup>، اسکیزوتایپال<sup>۱۰</sup>، اسکیزوئید<sup>۱۱</sup>، نمایشی<sup>۱۲</sup>، خودشیفته<sup>۱۳</sup>، مرزی<sup>۱۴</sup>، ضداجتماعی<sup>۱۵</sup>) و دو اختلال مشخص نشده به گونه دیگر<sup>۱۶</sup> شامل اختلال شخصیت افسرده<sup>۱۷</sup> و اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر<sup>۱۸</sup> به کار می‌رود. رنبرگ<sup>۱۹</sup> و همکاران (۱۹۹۲)، به نقل از بختیاری، (۱۳۷۹) با کاربرد SCID-II، اختلال‌های شخصیت را در ۳۲ بیمار سرپایی بررسی کردند؛ ضریب توافق کاپا<sup>۲۰</sup> بر وجود هر نوع اختلال شخصیت ۰/۷۵ و در دامنه‌ای از ۰/۶۱ (برای اختلال شخصیت پارانوئید) تا ۰/۸۱ (برای اختلال شخصیت اجتنابی) متفاوت بود. ضریب پایایی آزمون-بازآزمون<sup>۲۱</sup> نسخه فارسی SCID-II به فاصله یک هفته ۰/۸۷ گزارش شده است (بختیاری، ۲۰۰۰).

۲- پرسش‌نامه شیوه‌های رویارویی<sup>۲۲</sup> (CSQ) (بیلینگز<sup>۲۳</sup> و موس<sup>۲۴</sup>، ۱۹۸۴). نسخه ابتدایی این پرسش‌نامه که سه شیوه پاسخ‌گویی افراد به رویدادهای استرس‌زا (رفتاری فعال<sup>۲۵</sup>، شناختی فعال<sup>۲۶</sup> و اجتماعی<sup>۲۷</sup>) را می‌سنجید، ۱۹ گویه داشت و به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شد. پس از آن در بررسی شیوه‌های رویارویی گروهی از بیماران افسرده، گویه‌های پرسش‌نامه به ۳۲ مورد افزایش یافت و مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت برای پاسخ‌گویی به کار برده شد. این پرسش‌نامه جدید پنج شیوه رویارویی متمرکز بر ارزیابی شناختی<sup>۲۸</sup> (پنج گویه)، متمرکز بر حل مسأله<sup>۲۹</sup> (سه گویه)، متمرکز بر هیجان<sup>۳۰</sup> (۱۱ گویه)، متمرکز بر حمایت اجتماعی<sup>۳۱</sup> (چهار گویه) و متمرکز بر جسمانی کردن<sup>۳۲</sup> (نه گویه) را می‌سنجد. ضریب پایایی آزمون-بازآزمون و اعتبار هم‌سانی درونی<sup>۳۳</sup> نسخه فارسی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۶-۰/۴۱ و ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب بالا ۰/۶۸، ۰/۹۰، ۰/۶۵، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ گزارش شده است (قدمگاهی، ۱۹۹۷). پورشه‌باز (۱۹۹۳) نیز با کاربرد فرمول تصحیح اسپرمن براون<sup>۳۴</sup> ضریب پایایی ۰/۷۸ را گزارش کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-11.5<sup>۳۵</sup> و به روش درصد فراوانی انجام شد.

## یافته‌ها

میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۱/۳۳، ۹/۷۰، ۱۶/۰۰ و ۵۱/۰۰ سال بود. وضعیت

## بحث

یافته‌ها نشان داد ۹۰٪ آزمودنی‌ها اختلال شخصیت داشتند که اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر با فراوانی ۵۳/۳٪ بیشترین مورد را به خود اختصاص داد. در بررسی پیشینه پژوهشی در مورد همه‌گیرشناسی اختلال‌های شخصیت در ایران، تا آنجا که بررسی به عمل آمد، تنها یک بررسی (محمدی‌ضرون و شاکری، ۲۰۰۰) شیوع اختلال‌های شخصیت در جمعیت عمومی کرمانشاه را ۸/۱۶٪ گزارش کرده است. معینی (۲۰۰۲) نشان داد زنان روسپی نسبت به زنان عادی با گستره وسیع‌تری از اختلال‌های شخصیتی روبه‌رو هستند و اختلال خودبیمارانگاری<sup>۱</sup>، انحراف روانی-اجتماعی<sup>۲</sup> و اسکیزوفرنیا<sup>۳</sup> در میان آنان شایع‌تر است. کامرانی‌فکور (۲۰۰۲) نیز نشان داد هیجان‌طلبی<sup>۴</sup> زنان روسپی نسبت به زنان عادی بالاتر است. وروایی (۲۰۰۵) نیز نشان داد زنان روسپی خیابانی به انواع اختلال‌های شخصیت مبتلا بوده، با پایین آمدن سن، شدت اختلال‌های روانی در آن‌ها بیشتر می‌شود. حدود ۵۰ تا ۶۵ درصد زنان روسپی در بررسی کامرانی‌فکور (۲۰۰۲) و وروایی (۲۰۰۵) سابقه بیماری روانی داشتند. در بررسی کامرانی‌فکور (۲۰۰۲) هیپومانیا<sup>۵</sup>، ضعف روانی<sup>۶</sup>، اسکیزوفرنیا و افسردگی و در بررسی وروایی (۲۰۰۵) پارانوئا، هیستری و افسردگی بیشترین فراوانی را داشتند. یافته‌های این دو پژوهش نشان‌گر شیوع بالای اختلال‌های روانی در زنان روسپی بود که از این نظر با یافته پژوهش حاضر هم‌سو است، ولی در پژوهش حاضر اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر بیشترین فراوانی را داشت. از نظر فراوانی اختلال‌های شخصیت، یافته پژوهش حاضر با یافته دولی<sup>۷</sup> (۱۹۵۴)، به نقل از عبدالهادی، فروغان، دادخواه و دلاور، (۲۰۰۳) مبنی بر وجود اختلال شخصیت در بیش از ۹۰٪ زنان زندانی هم‌سو است، ولی با یافته‌های پالانگ، وکیل‌زاده و دریس (۲۰۰۳) که فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمان زندانی شهر کرد را ۵۲/۲٪ و اختلال شخصیت ضداجتماعی را شایع‌ترین اختلال گزارش کردند، هم‌سو نیست. عبدالهادی و همکاران (۲۰۰۳) نیز فراوانی اختلال‌های شخصیت در زنان زندانی را ۶۰٪ گزارش کردند که با یافته پژوهش حاضر هم‌سو نیست.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد بیشتر آزمودنی‌ها (۵۶/۷٪) شیوه رویارویی متمرکز بر هیجان را به کار می‌برند. در بررسی پیشینه مربوط به شیوه‌های رویارویی، تا آنجا که بررسی به عمل آمد، دو مورد انجام شده بود؛ در زنان نابارور

تحت درمان IVF<sup>۸</sup> با افزایش اختلال روانی، کاربرد شیوه رویارویی هیجان‌مدار افزایش می‌یابد (شاکری، حسینی، گلشنی، صادقی و فیض‌الهی، ۲۰۰۳) و زنان بزهدکار شهر تهران نسبت به زنان بهنجار بیشتر از شیوه رویارویی متمرکز بر هیجان استفاده می‌کنند (زارعی‌دوست، ۲۰۰۳).

تعداد کم نمونه، شیوه نمونه‌گیری دردسترس، شمار اندک پژوهش‌های انجام‌شده در داخل و مجازنبودن کلیدواژه‌ها در جست‌وجوی اینترنتی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بدیهی است تعداد بیشتر نمونه، امکان تعمیم‌دهی یافته‌ها را افزایش می‌دهد. هم‌چنین برنامه‌های مداخله‌ای مانند آموزش مهارت مدیریت استرس و آموزش مهارت‌های زندگی (قاطعیت، مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله و اعتماد به نفس) برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

## سپاسگزاری

از مدیریت مرکز مبارزه با بیماری‌های وزارت بهداشت و درمان برای حمایت مالی، صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسؤل مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

## منابع

- Abdolhadi, B. O., Frooghan, M., Dadkhah, A., & Delavar, A. (2003). Personality disorders in female prisoners in Karaj and Tehran. *Quarterly of Social Welfare*, 3 (12), 301-308. (Persian)
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). The role of coping responses and social resources in attenuating the stressor life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 139-157.
- Commer, R. (1999). *Abnormal psychology*. Princenton University: Worth Publishers.
- Eronen, M., Hakola, P., & Tihonen, J. (1996). Mental disorder and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 501-504.

1- hypochondriasis                      2- psychosocial deviance  
3- schizophrenia                        4- emotion seeking  
5- hypomania                            6- psychoasthenia  
7- Doli                                        8- In Vitro Fertilisation

- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: SCID-I clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bakhtiary, M. (2000). *Surveying mental disorders in patients with body dysmorphic disorder*. MA thesis, Clinical psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatry Institute, Tehran, Iran. (Persian)
- Ghadamgahi, J. (1997). *The quality of social relationships, stress and coping strategies in coronary heart disease patients*. MA thesis, Clinical psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatry Institute, Tehran, Iran. (Persian)
- Kamrani-Fakoor, S. (2002). *The Comparative Study of psychological characteristics between prostitute women and normal women*. MA thesis, Psychology, Tarbiate Modares University, Tehran, Iran. (persian)
- Hollin, C. L. (1996). *Psychology and crime: An introduction to criminological psychology (5<sup>th</sup>ed)*. London: Routledge.
- Mansini, J. G. (1968). *Prostitution and procuration*. (Translated by Foroogh Shahab). Tehran: The organization of publication and Islamic Culture. (Persian)
- Moeini, N. (1381). *Comparative survey of personality characteristics, religious identity and social supports for special women in Tehran*. MA thesis, Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Persian)
- Mohammadi-Zaroon, M., & Shakeri, J. (2000). *Prevalence of personality disorders among the hospitalized patients at Farabi Psychiatric Center in Kermanshah*. MD thesis, General medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kerman, Iran. (Persian)
- Palahang H., Vakilzadeh, B., Deris, F. (2003). The prevalence of personality disorders in male prisoners of Shahr-e-Kord Prison. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 8 (3), 57-64. (Persian)
- Poorshahbaz, A. (1993). *Surveying the relationship between stress, life events and personality type of patients suffering from blood cancer*. MA thesis, Clinical psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatry Institute, Tehran, Iran. (Persian)
- Sadock B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive text book of psychiatry (7<sup>th</sup>ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shahseta, F. (2006). *Surveying the reasons for the avoidance of prostitutes residing in Ghaleh Shahre-eno to the community*. MA thesis, Mental nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatry Institute, Tehran, Iran. (Persian)
- Shakeri, J. Hosseini, M., Gholshani, S., Sadeghi, K., & Feizolahi, V. (2003). Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in sterile women undergoing IVF treatment. *Journal of Reproduction & Infertility*, 85, 269-275.
- Sherafatipour, J. (2004). Social and Economic Features of Streetwalker Females in Tehran. *Quarterly of Social Welfare*, 22, 173-196. (Persian)
- Zareiedoost, E. (2003). *Comparison of locus of control, coping style and irrational beliefs in delinquent and non-delinquent women in Tehran*. MA thesis, Clinical psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatry Institute, Tehran, Iran. (Persian)
- Varvaei, A. (2005). *Studying the factors in street prostitution in Tehran*. Ph.D. thesis, Law, Tehran University, Tehran, Iran.
- World Health Organization (2001). *STI/ HIV sex work in Asia*. World Health Organization, Regional office for the western pacific.