

بازتوانی در روانپزشکی

مبانی بازتوانی روانی - اجتماعی بر اساس روان پزشکی جامعه‌نگر

تألیف

دکتر حمید طاهرخانی

روان پزشک

با مقدمه

دکتر جعفر بوالهیری

رئیس انستیتو روان پزشکی تهران



کتاب ارجمند

دکتر حمید طاهرخانی

بازتوانی در روانپزشکی: مبانی بازتوانی روانی - اجتماعی براساس روانپزشکی جامعه‌نگر

فروم: ۴۰۲

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرایی: پرستو قدیم‌خانی

طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: سماتنگ، سمانتی، روشنگر

چاپ اول، فروردین ۱۳۹۲، ۱۱۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۰-۰

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

سرشناسه: طاهرخانی، حمید، ۱۳۴۷ -

عنوان و نام پدیدآور: بازتوانی در روانپزشکی: مبانی بازتوانی روانی - اجتماعی براساس روانپزشکی جامعه‌نگر / نویسنده حمید طاهرخانی.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند: نسل فردا، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۲۵۶ ص، قطع: رقعی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۰-۰

وضعیت فهرست‌نویسی: فیا

یادداشت: واژه‌نامه

موضوع: بیماران روانی - توانبخشی، بیماران روانی - راهنمای مهارت‌های زندگی

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ب۲ط۲/۵۴۳۹/۴۳۹۹ RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۰۴۶۹۴

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۱۸۱۵۷۲-۰۳۱۱

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش، تلفن ۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۱۱۵۰۰ تومان

۷	مقدمه
۱۳	پیشگفتار
۱۵	فصل ۱: نگاهی به تاریخ
۱۵	تمدن های اولیه
۱۵	یونان و روم باستان
۱۶	قرون وسطا
۱۸	رنسانس
۱۹	قرن هفدهم
۱۹	قرن هجدهم
۲۰	قرن نوزدهم
۲۲	اوائل قرن بیستم
۲۳	ادامه ی قرن بیستم
۲۴	مؤسسه زدائی
۲۶	بازتوانی روانی اجتماعی
۲۹	فصل ۲: سلامت روان و روان پزشکی جامعه نگر
۲۹	سلامت روان
۳۱	پیشگیری
۳۱	پیشگیری سطح اول
۳۵	پیشگیری سطح دوم
۳۶	اهداف فوق از طریق زیر قابل حصول می باشند:
۳۷	پیشگیری سطح سوم
۳۸	ارتقای سلامت
۳۹	"Community" چیست؟
۴۰	انواع Community
۴۱	روان پزشکی جامعه نگر
۴۵	راه حل ساختاری
۴۹	خدمات سلامت روان در ایران
۵۲	نحوه ی ارائه خدمات سلامت روان در ایران، در حال حاضر

فصل ۳: اصول بازتوانی روانی اجتماعی ۵۵

ادغام درمان و بازتوانی..... ۵۷

چه کسانی به بازتوانی روانی نیاز دارند؟..... ۵۹

خدمات شخص محور، بهبودی محور..... ۶۰

انتخاب خدمات مناسب..... ۶۱

راهبردهای بازتوانی روانی اجتماعی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶)..... ۶۵

درمانهای روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد..... ۶۷

فصل ۴: ارزیابی ۶۹

ارزیابی علامتی..... ۷۱

ارزیابی عملکردی..... ۷۱

ارزیابی شناختی..... ۷۲

راهبرد ارزیابی..... ۷۳

طرح بازتوانی..... ۷۶

اشتباهات رایج در طرح‌های بازتوانی، عبارتند از:..... ۷۶

فصل ۵: درمان دارویی ۷۹

محدودیت‌های واقعی درمان دارویی..... ۸۱

عدم تطابق دیدگاه‌ها..... ۸۳

مداخلات درجهت همکاری بیشتر بیمار..... ۸۶

درمان دارویی مبتنی بر شواهد و تصمیم‌گیری مشترک..... ۸۸

مدیریت درمان دارویی و تصمیم‌گیری مشترک..... ۸۸

نقش درمانگران بازتوانی روانی..... ۸۹

فصل ۶: آموزش مهارت‌های اجتماعی ۷۹

تعمیم برنامه‌ریزی شده..... ۹۶

برنامه‌ی آموزش مهارت‌های اجتماعی..... ۹۶

برنامه‌ی بازگشت به اجتماع..... ۹۸

فصل ۷: درمان شناختی - رفتاری ۱۰۵

درمان شناختی - رفتاری..... ۱۰۵

چرا درمان شناختی رفتاری برای اختلالات شدید روانی بکار گرفته شده است؟..... ۱۰۸

مدل رفتاردرمانی شناختی برای بیماری‌های شدید روانی..... ۱۱۰

کارآیی رفتاردرمانی شناختی در اختلالات شدید روانی..... ۱۱۳

اختلال دوقطبی..... ۱۱۵

افسردگی شدید، مزمن یا مقاوم به درمان..... ۱۱۷

فصل ۸: مداخلات خانوادگی..... ۱۱۸

واکنش‌های خانواده نسبت به بیماری روانی.....	۱۲۰
تجربه‌ی خانوادگی بیمار روانی.....	۱۲۳
مداخلات خانوادگی.....	۱۲۶
آموزش روانی خانواده.....	۱۲۷
انواع مدل‌های آموزش روانی خانواده.....	۱۳۰
مدل برن‌هایم.....	۱۳۰
مدل آندرسون و همکاران.....	۱۳۱
مدل گلدشتاین.....	۱۳۲
مدل آت و همکاران.....	۱۳۳
مدل فالون و همکاران.....	۱۳۴
مدل شنوی و همکاران.....	۱۳۵
مدل کارپنتر و هاین ریچز.....	۱۳۶
مدل میلز و همکاران.....	۱۳۶
مدل سیمون.....	۱۳۶
مدل اتکینسون و کویا.....	۱۳۷
مدل لیبرمن و همکاران.....	۱۳۷
اطلاعاتی برای شروع.....	۱۳۸
ما درباره‌ی بیماری شدید روانی چه می‌دانیم؟.....	۱۳۹
چند توصیه‌ی مفید.....	۱۴۱
قدم اول- ایجاد یک محیط مشارکتی با کارکنان سلامت روان.....	۱۴۲
قدم دوم- کسب اطلاعات مربوط به بیماری‌های روانی.....	۱۴۴
قدم سوم- تقویت تعاملات خانواده و حل مشکل.....	۱۴۵
مهارت‌های حل مشکل.....	۱۴۶
قدم چهارم- آشنایی با نحوه‌ی ارائه خدمات.....	۱۴۸
قدم پنجم - توجه به نیازهای خانواده.....	۱۵۲
قدم ششم - چگونگی برخورد با رفتارهای ویژه‌ی عضو بیمار خانواده.....	۱۵۷
قدم هفتم- حفظ اسرار و تفاوت‌های فرهنگی.....	۱۶۰

فصل ۹: باز توانی شغلی و اشتغال حمایتی..... ۱۶۲

کارگاه حفاظت‌شده.....	۱۶۵
خانه‌ی باشگاهی.....	۱۶۶
شرکت‌های اجتماعی.....	۱۶۷
اشتغال انتقالی.....	۱۶۸
اشتغال حمایتی.....	۱۶۹

فصل ۱۰ : اسکان حمایتی	۱۷۲
بیماران در کجا زندگی می کنند؟	۱۷۳
عواملی که بر انتخاب محل زندگی مراجعین تأثیر می گذارند	۱۷۵
چه کسی مسئول اسکان است؟	۱۷۸
سابقه‌ی خدمات اقامتی	۱۷۹
الگوهای اسکان	۱۷۹
تجربه درهای باز و اسکان حمایتی در ایران	۱۸۲

فصل ۱۱ : مدیریت مورد	۱۸۶
مدیریت مورد واسطه‌ای:	۱۸۸
مدیریت مورد درگاه	۱۸۸
درمان جامع‌های قلمع	۱۹۰
آینده‌ی ACT	۱۹۴
یادآوری	۱۹۵

فصل ۱۲ : تشخیص دوگانه	۱۹۷
خدمات متوالی	۱۹۸
خدمات موازی	۱۹۹
خدمات تلفیقی	۲۰۰
مراحل درمانی اختلالات تشخیصی دوگانه: تلفیقی	۲۰۰
اصول درمان بیماران مبتلا به تشخیص دوگانه	۲۰۶
درمان تلفیقی تشخیص دوگانه، یک درمان مبتنی بر شواهد	۲۰۷

فصل ۱۳ : پیشرفت‌های نوین در باز توانی	۲۰۸
باز توانی شناختی	۲۰۹
گسترش دستیابی به باز توانی از طریق فن آوری	۲۱۶
پیشگیری از معلولیت روانی	۲۲۱
ادغام دورنما و رسالت، برای رسیدن به بهبودی	۲۲۳

منابع	۲۲۸
-------------	-----

دنیا، دوران بازکردن زنجیرها توسط پینل^۱ در پایان قرن هجدهم، گسترش آسایشگاه‌های روانی در قرن نوزدهم، موسسه زدائی^۲ در نیمه اول قرن بیستم را تجربه کرده است. پینل با ارائه درمان اخلاقی^۳ زنجیرها را از پای بیماران گشود در حالیکه هنوز زنجیرهای نامرئی و حتی مرئی بردست و پای بیماران وجود دارد و به جز بیماران و نزدیکان آنها کمتر کسی از این رنج آگاه است و یا برای از میان برداشتن آن دستورالعملی اخلاقی و یا برنامه‌ای اجرایی و آموزشی دارد.

در قرن نوزدهم میلادی گسترش عظیمی در تعداد و اندازه مراکز نگهداری در کشورهای صنعتی غرب رخ داد. در ایالات متحده خانم دروتا دیکس^۴ با تلاش فراوان آسایشگاه‌های روانپزشکی زیادی تأسیس نمود. گرچه تمام تلاش موسسان اولیه این بود که این بناها براساس درمان اخلاقی بنیاد گذاشته شود ولی متأسفانه در عمل نتیجه آن بود که بسیاری از بیماران ارتباط خود را با خانواده و با دنیای واقعی ازدست دادند و از زمان سپرده شدن تا روز مرگ، حتی اگر از بیماری بهبود یافته بودند، در آسایشگاه باقی ماندند. حاصل، اثبات این وهم بود که بیمار روانی بودن معادل طرد اجتماعی است و اینکه این بیمار توانایی و صلاحیت زندگی و کار در جامعه و خانواده را ندارد، تفکری که در حال حاضر هم کمابیش وجود دارد.

کمی بعد از جنگ جهانی دوم، با کشف بعضی درمان‌های جدید و به ویژه داروهای روانپزشکی، جنبش موسسه زدائی^۴ با این فرض که این درمان‌های جدید قادرند بیماران بیشتری را راهی جامعه نمایند شکل گرفت. در آن دوران مثل بسیاری از تفکرات در حال، فکر می‌شد که موسسه زدائی و درمان دارویی به واسطه جلوگیری از بستری‌های طولانی مدت موفقیت آمیز خواهد بود، در حالیکه بسیاری از بیماران بدون آمادگی و حمایت کافی ترخیص می‌گردیدند - و در حال حاضر در ایران ترخیص می‌شوند - و به علت نبود حمایت‌های روانی اجتماعی، نبود درمان و آموزش بیماران و

1. Pinel
2. Moral treatment
3. Dorothea Dix
4. Deinstitutionalization

خانواده‌ها در جامعه و خانه، ادغام نشدن درمان‌های روانپزشکی در شبکه پزشکی و بیمارستان‌های عمومی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، همچنین ناهماهنگی در مجموعه حمایت‌هایی که امروزه و در این کتاب مطرح است؛ داروهای جدید، موثر و گران قیمت همراه خدمات جدید درمانی نیز قادر به برطرف کردن نیازهای پیچیده بیماران نبوده و هستند. با این توصیف بود که به دنبال موسسه‌زدائی بیماران بیشتری در جامعه رها شدند یا به زندان رفتند و بی‌خانمانی‌های گسترده رخ داد. بیماران بیشتری مورد اذیت و آزار قرار گرفتند و خشونت‌های بیشتری درمورد ایشان اعمال گردید. در نهایت با افزایش بیماران روانی کنترل نشده و یا محبوس در زندان‌ها، برنامه‌های اخلاقی و انسان‌گرایی روانپزشکی شکست خورد، هزینه‌های غیر مستقیم زیادی به جامعه تحمیل گردید و دولت‌ها و بیمه‌ها نیز تا توانستند از حمایت بیماران و خانواده‌ها سر باز زدند. ساریجوی غمباری که امروز در ایران، در بیمارستان‌های روانپزشکی و دردناک تر از آن در شب و روز یک بیمار یا خانه یک مادری که خودش بیمار را مراقبت می‌کند دیده می‌شود.

از دهه ۸۰ میلادی بود که با ظهور بازتوانی روانپزشکی یا همان بازتوانی روانی اجتماعی^۱، این امر آشکار گردید که بسیاری از بیماران با دستیابی به خدمات توانبخشی و درمان‌های مبتنی بر شواهد با کیفیت بالا در جامعه - نه در بیمارستان- و با ایجاد رابطه درمانی مناسب همراه با توانمندسازی و واقع‌بینی می‌توانند نقش قابل قبولی در زندگی اجتماعی داشته باشند. در این روند بازتوانی روانی اجتماعی فرایندی تعریف گردید که در آن فرضست برای افرادی که به واسطه اختلال روانی دچار معلولیت و نقصان شده اند فراهم می‌آید تا به سطح مناسبی از عملکرد مستقل در اجتماع برسند. این نکات به ظاهر تاریخی که در این کتاب نیز به تفصیل شرح داده می‌شود، هنوز به طور کامل به تاریخ نپیوسته‌اند، و هنوز هم در جوامع مختلف از جمله کشور ما وجود دارد، چه خوبست که این درس‌ها و تجربه‌هایی که از دیگران می‌گیریم، چراغ راه ما در عمل و در آینده باشد.

حضور در سامانه سلامت روان کشورمان هر فردی را متوجه بی‌توجهی به این تحولات و کم‌انگاشتن پیشگیری سطح سوم یا همان بازتوانی می‌کند. با اینکه نباید

هیچ فاصله عملی بین درمان و بازتوانی وجود داشته باشد، و بیمار روانپزشکی نباید بستری شود و اگر شد توانبخشی و برنامه برگشت به جامعه باید از همان روزهای اول بستری شروع شود، ولی متأسفانه شاهدیم که متخصصین کشورمان به درمان دارویی و برخی درمان‌های محدود غیردارویی بها داده و بازتوانی روانی اجتماعی را نادیده می‌گیرند یا اینکه اهمیت کمی به آن می‌دهند. در اینگونه الگوهای درمانی بیولوژیک و ارگانیک، درمانگران به خدمات کوتاه مدت، منفرد، و عمداً دارویی تأکید دارند نه به خدمات طولانی مدت، تیمی، فراگیر، و روانی اجتماعی.

در حال حاضر آنچه با آن مواجهیم این است که بازگرداندن افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی به جامعه با دشواری‌های جدی روبرو است. در حال حاضر جای نیروهای کارآمد، مدیران و متخصصان توانبخشی، خدمات اجتماعی، پرستاری روانی، مشاوره، کاردرمانی، حرفه درمانی، کارایی، اسکان حمایتی، حمایت و تامین اجتماعی، بیمه‌گری، درمان‌ها یا حمایت‌های دینی معنوی، جنبش‌های مردمی و داوطلب، و کمک‌های خیریه و دینی در بیمارستان‌ها و نظام درمانی و توانبخشی روانپزشکی خالی است. در حال حاضر بودجه، حمایت قانونی، رسانه‌ها و آگاهی عمومی، پژوهش، برنامه آموزشی، اساتید، متون و بسته‌های آموزشی و دهها ابزار کار در بیمارستان‌ها و در تیم‌های درمانی فراهم نیست.

در چند سال اخیر گرچه کارهای زیادی انجام گرفته است، و علاوه بر تجربیاتی که دیگر فعالین سلامت روان در ایران داشتند، ابتکار منحصر به فرد دکتر حمید طاهرخانی روانپزشک - و به نظر من استاد توانمند توانبخشی روانپزشکی جامعه نگر در ایران - در تجربه "بخش‌های روانپزشکی با درهای باز" در مراکز توانبخشی ماهان و طلوع در شهرک گلستان واقع در غرب شهر تهران همراه با برنامه "اسکان حمایتی" بیماراران در خانه‌های مستقل و حمایتی و نیز "برنامه بازگشت به اجتماع" و چند برنامه دیگر، این باور را به وجود آورد که ایجاد تنوع خدمات و ارائه خدمات جامعه‌نگر توانبخشی روانپزشکی در کشورمان ممکن می‌باشد. تجربه مشترک مرکز توانبخشی طلوع با انستیتو روانپزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای اجرای دوره روانپزشکی جامعه‌نگر و بازتوانی روانپزشکی برای دستیاران تخصصی روانپزشکی نیز حاکی از مقبولیت این برنامه، کارآمدی آن و لزوم برآورده کردن نیاز به تجربه‌های جهانی، فراگیری مهارت‌ها و نیز دستیابی به منابع اطلاعاتی بیشتر می‌باشد. این تجربه در فضای

آموزشی روانپزشکی جامعه نگر برای دستیاران خلاق و هوشمند این دو مرکز آموزشی دستگیری نشان داد که به چه میزان منابع موجود به زبان فارسی برای بازتوانی روانپزشکی در ایران کم و نارسا است.

نگارنده کتاب کار جمع‌آوری مطالب این کتاب را از چند سال قبل شروع و سعی نموده از تمام منابع مهم موجود بین المللی مربوط به نویسندگان بزرگی چون لیبرمن^۱، آنتونی^۲، کاپلویتز^۳، کوریگان^۴، پرات^۵، کینگ^۶ و سایرین استفاده کند. و نیز به منابع ایرانی و کارهای عمده انجام شده در حوزه سلامت روان ایران نیز توجه کرده است. مهم تر از این آنچه به ندرت در ایران دیده می‌شود هر سطر، صفحه و بخش این کتاب در تلاشی دراز مدت، پایه پای آموزش به دستیاران و کارکنان مرکز طلوع، و دست به دست دادن با بیماران و خانواده‌های آنها به تجربه گذاشته شده است. درواقع این کتاب حاصل جمع مطالب مهم مربوط به بازتوانی در روانپزشکی از منابع معتبر بین‌المللی و فعالیت‌های انجام شده در ایران و به همراه ارائه بسیاری از تجربیات عملی، بالینی و میدانی یا اجتماعی است.

وجود کاستی‌ها در این کتاب غیرقابل انکار است، این کار مهم باید از جایی شروع می‌شد. علم روز مربوط به سلامت روان، روانپزشکی جامعه‌نگر، و بازتوانی روانی اجتماعی به گونه‌ای تلفیقی یا یکپارچه باید در اختیار متخصصان و کارشناسان سلامت روان و همچنین دانشجویان و دستیاران روانپزشکی قرار می‌گرفت. باید که اگر خوابی سنگین برنامه‌ریزان کشوری توانبخشی روانپزشکی و ناامین‌کنندگان بودجه‌های پژوهشی و تدوین متون آموزشی دانشگاهها را گرفته است، بخشی خصوصی که هر روز زیر ضربان شلاق تورم، افزایش هزینه‌ها، و مقررات ناتوان‌کننده امور توانبخشی تاب توان کمتری پیدا می‌کند، برای ماندن اثرات خدمتش، چنین کتابی را تولید و عرضه کند.

در اینجا لازم می‌دانم ضمن قدردانی وافر از آقای دکتر حمید طاهرخانی و همکارانش که علاوه بر توانایی‌های گفته شده، مدرسی خوب و برجسته برای

-
1. Liberman
 2. Anthony
 3. Kopelowicz
 4. Corrigan
 5. Pratt
 6. King

دستیارانم بوده اند، ازجناب آقای دکتر محسن ارجمند ریاست انتشارات ارجمند نیز که فضای خوبی برای تعالی روانپزشکی و توانبخشی روانپزشکی در کشور ایجاد نموده‌اند، تشکر نمایم.

دکتر جعفر بوالهیری

رئیس انستیتو روانپزشکی تهران
مدیر گروه روانپزشکی (پروفسور)
دانشگاه علوم پزشکی تهران
زمستان ۱۳۹۱

www.ketab.ir

افراد مبتلا به بیماری‌های جدی روانپزشکی و خانواده‌هایشان با مشکلات پیچیده و طاقت‌فرسایی دست به گریبان هستند، این مشکلات تنها به یافتن درمان مناسب ختم نمی‌شود بلکه تمام ارکان زندگی فردی و اجتماعی را در برمی‌گیرد. بیماری روانی، موجب فشار بر فرد مبتلا و همچنین خانواده می‌شود، و آنها اغلب سالها درگیر این بیماری بوده و از آن رهایی نمی‌یابند. این بسیار ساده انگارانه است که فکر کنیم با یک قرص یا یک درمان خاص، می‌توانیم تمام مشکلات مربوط به بیماران و خانواده‌هایشان را برطرف نماییم. استفاده از داروها و رواندرمانی‌ها، اولین قدم در مسیر طولانی بازتوانی می‌باشند. هدف نهایی به کارگیری یک رویکرد جامع درمانی - بازتوانی و بازگرداندن افراد به بهترین سطح ممکن عملکردی می‌باشد.

ذکر این نکته ضروری است در "بازتوانی روانپزشکی" استفاده از لغت "روانپزشکی"، تنها نشان دهنده نوع معلولی است که این نوع بازتوانی بر آن تمرکز دارد و این بدان معنی نیست که درمان فقط باید توسط روانپزشک صورت گیرد و یا اینکه درمان روانپزشکی تنها درمانی است که باید بکار گرفته شود. در واقع منظور از بازتوانی در روانپزشکی، به کارگیری تمام اقدامات درمانی و بازتوانی به صورت روانی اجتماعی توسط تیم چند تخصصی شامل تمامی رشته‌های مرتبط از جمله روانپزشکی، روانشناسی، مددکاری، کاردرمانی، روان پرستاری، پزشک عمومی و سایر تخصص‌های مرتبط می‌باشد.

آماده سازی محتویات این کتاب نیز بر همین اساس بوده است، یعنی داشتن یک نگاه جامع و فراگیر نسبت به بازتوانی و توجه نسبت به کارگیری تمام تخصص‌ها و همکاری متقابل با افراد مبتلا و بستگان آنها. کتاب حاضر حاصل جمع‌آوری مطالب از کتب معتبر بازتوانی و آخرین مقالات موجود در این زمینه می‌باشد، که به همراه آن بعضی تجربیات انجام شده در کشور عزیزمان نیز آمده است. هرچند واقفم که این مجموعه دارای نواقصی می‌باشد ولی معتقدم برای رسیدن به نقطه ای قابل قبول باید از

جایی شروع کرد تا بتوان قدم‌های بعدی را کامل‌تر و مستحکم‌تر برداشت.

از حمایت‌های بی‌دریغ استاد عزیزم جناب آقای دکتر بوالهروی بسیار متشکرم. در طول چند سال اخیر که ایشان به واسطه حضور دستیاران روانپزشکی در مرکز طلوع حضور یافته‌اند، با راهنمایی‌ها و تشویق‌های خود به بنده و همکارانم انرژی مضاعف داده و ما را در مسیر دشوارمان دلگرم نموده‌اند. ایشان همچنین با صبر و حوصله جزئیات کتاب حاضر را مطالعه کرده و راهنمایی‌های مفیدی را ارائه نمودند.

از جناب آقای دکتر ارجمند ریاست محترم انتشارات ارجمند کمال تشکر را دارم. حضور ایشان به‌عنوان فردی مطلع و حساس به مقوله سلامت روان در راس یک مجموعه انتشاراتی معتبر، فرصت مغتنمی برای همه همکاران فعال در زمینه سلامت روان می‌باشد. همچنین از تمامی همکارانم در مرکز توانبخشی طلوع که اجرای سیاست درهای باز، اسکان حمایتی و اجرای برنامه‌های ساختار یافته‌ای نظیر بازگشت به اجتماع، آموزش روانی خانواده و اشتغال حمایتی بدون تلاش آنان ممکن نبود سپاسگزارم. در پایان از اساتید همکاران و دانشجویان محترم، درخواست دارم بنده را از راهنمایی‌ها و نظرات خود محروم سازند.

دکتر حمید طاهرخانی

روانپزشک

زمستان ۱۳۹۱