

رسالہ: فروری ۲۰۲۱



5
FEBRUARY

یومِ تحقیقی کشمیر

کراچی نفسیاتی ہسپتال

Karachi Psychiatric Hospital Bulletin
February 2021

تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض

ENGLISH & URDU

مدیر اعلیٰ: ڈاکٹر اختر فرید صدیقی | مدیر: ڈاکٹر اے کے پنجوانی | نائب مدیر: سید خورشید جاوید

M.A (Psychology), CASAC (USA)

MBBS, PGD (HA&M)

(MBBS, F.C.P.S - Psychiatry)

نگراں: ڈاکٹر سید مبین اختر

MBBS, (Diplomate American Board of Psychiatry & Neurology)

تحقیقی مضامین ماہانہ رسالہ کراچی نفسیاتی ہسپتال برائے ذہنی امراض

تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض کے ترجمہ کے حوالے سے
جو ماہرین دلچسپی رکھتے ہیں

اور اچھے طریقے سے انگلش سے اردو ترجمہ کر سکتے ہیں



ہمیں اپنی بہتر ترجمے کی تجاویز ضرور بھیجیں۔



کراچی منشیات ہسپتال

زیر نگرانی کراچی نفسیاتی ہسپتال

نشہ چھوڑنا صرف اہم نہیں ہے نشہ چھوڑے رکھنا اہمیت رکھتا ہے

کراچی منشیات ہسپتال پاکستان کا وہ واحد ادارہ ہے جہاں نشہ چھوڑنے کے ساتھ ساتھ نشہ چھوڑے رکھنے کی تربیت دی جاتی ہے، علاج کا بنیادی مقصد مریض کے اندر وہ مذہبی، نفسیاتی، اور سماجی تبدیلیاں پیدا کرنی ہیں جس کے ذریعے وہ ناصرف نشہ صرف کو چھوڑ سکے بلکہ اپنی بقایا زندگی نشہ سے پاک رہ کر گزار سکے۔

- ☆ صرف ان مریضوں کو داخل کیا جاتا ہے جو منشیات چھوڑنے کے لئے رضامند ہوں۔
- (جو رضامند نہ ہوں ان کو نفسیاتی شعبے میں داخل کیا جاتا ہے)
- ☆ مریضوں کا علاج براہ راست ڈاکٹر سید مبین اختر اور دوسرے امریکی سند یافتہ معالجین کی نگرانی میں ہوتا ہے۔
- ☆ علاج کیلئے مستند ادویات کا استعمال جس سے مریض کو نشہ چھوڑنے میں کوئی تکلیف نہیں اٹھانی پرتی ہے۔
- ☆ باقاعدہ طور پر دینی تعلیمات اور نماز کا اہتمام۔
- ☆ باقاعدہ مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو۔
- ☆ ہپنوسس (Hypnosis) کی مشق کرائی جاتی ہے تاکہ کسی وقت طلب ہو تو اس کا مقابلہ کر سکیں۔
- ☆ مریض کی ذہنی و نفسیاتی تربیت جس کے ذریعے مریض کو آئندہ زندگی میں نشہ چھوڑے رکھنے میں آسانی ہو۔
- ☆ داخلے کے بعد بیرونی مریض کے طور پر ہفتہ وار مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو کا تسلسل۔
- ☆ داخلے کے بعد مریض کی دینی جماعت میں شمولیت، تاکہ ان لوگوں کی صحبت سے چھٹکارا مل سکے جو نشے میں مبتلا ہوتے ہیں۔
- ☆ باقاعدہ طور پر مریض کے گھر والوں سے رابطہ اور ان کے ساتھ مشاورت۔

﴿یہ وہ طریقہ کار ہے جو کراچی منشیات ہسپتال کو دوسروں سے منفرد بناتی ہے﴾

ہفتہ وار فیس بک پر معلوماتی سوال و جواب

(16 - JANUARY - 2021)

دن: بروز ہفتہ وقت: دوپہر 1 سے 2 بجے



Link: <https://fb.watch/3ecW2deibn/>

 [kph.org.pk](https://fb.watch/3ecW2deibn/)

بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال

فہرست مضامین

صفحات

صفحات ماہانہ

سالانہ

1۔ (برقی دماغی علاج Electro Convulsive Therapy) شدید یاسیت کے لئے اتا موثر علاج ہونے کے باوجود اتنی کم کیوں استعمال ہوتی ہے۔ 49
(Electro Convulsive Therapy in Depression)

9۔ بعد حادثہ نفسیاتی مرض (Post Traumatic Stress Disorder) میں نفسیاتی علاج ادویات سے بہتر ہے۔ 57
(Psychotherapy verses pharmacotherapy.)

12۔ کرونا (19-CoVID) وبائی مرض کے لئے تحقیق کی ترجیحات: ذہنی صحت کے لئے عملی اقدامات کا مطالبہ۔ 60
(Multidisciplinary research priorities for the COVID-19.)

27۔ سانس میں رکاوٹ کی وجہ سے نیند کی کمی (Obstructive Sleep Apnea-OA) کے باعث گھبراہٹ اور یاسیت کا خطرہ۔ 75
(Obstructive Sleep Apnea with later Risk for Depression Anxiety)

29۔ امریکن حکومت (FDA) نے بریٹملا ونوٹائڈ (Vyleesi-Bremelanotide) کو خواتین میں جنسی خواہش کی کمی کے علاج کے لئے منظوری دے دی۔ 77
(Hypoactive Sexual Disorder in Women)

31۔ موٹاپا: یاسیت کی ایک وجہ 79
(Obesity as a cause of Depression)

34۔ بچوں میں یاسیت۔

82

(Depression in children)

37۔ نومیت

85

(Hypnosis)

42۔ اردو کو ملا اقوام متحدہ کی زبان کا درجہ۔

90

43۔ جنگ آزادی 1857ء اور تلخ حقائق۔

91

(برقی دماغی علاج (Electro Convulsive Therapy)

شدید یاسیت کے لئے اتنا موثر علاج ہونے کے باوجود اتنی کم کیوں استعمال ہوتی ہے

Acta Psychiatrica Scandinavica

یقین سے کہہ سکتے ہیں کہ برقی دماغی علاج (ECT) شدید یاسیت کا سب سے مؤثر علاج ہے، افاقہ کی شرح اور رفتار دونوں میں۔ اس کی اعلیٰ افادیت کے باوجود، برقی دماغی علاج (ECT) کو سنجیدگی سے استعمال نہیں کیا جا رہا ہے۔ اس کا محدود استعمال شاید علاج سے وابستہ بدنامی، میڈیا میں دقیانوسی منفی تصاویر، منفی اثرات کے بارے میں خدشات اور محدود رسائی کی وجہ سے ہے۔ نیز، متعدد رہنما علاج (Guidelines) میں، مثال کے طور پر (NICE) میں، اس کو بالکل آخر میں رکھا گیا ہے۔

برقی دماغی علاج (ECT) کا جائزہ، جو اس شمارے میں شائع ہوا ہے، اس کے حوالے سے موجودہ مواد میں ایک قابل قدر اضافہ ہے۔ یہ تحریر بہت مفید ہے، کیوں کہ یہ جامع اور پڑھنے میں بھی آسان ہے۔ اس میں موجودہ استعمال کا ذکر ہے، عام اور غیر معمولی علامات میں استعمال کے نتائج کا بتایا گیا ہے، بلکہ کارکردگی، مضر اثرات اور لمبے عرصے کے لئے علاج کا بھی بتایا گیا ہے۔ تاہم، اس جائزے کا مرکزی نکتہ ہے کہ شدید یاسیت (Psychotic Depression) میں برقی دماغی علاج (ECT) بہت فائدہ مند ہوتا ہے۔

جیسا کہ جائزہ میں بتایا گیا ہے، علاج کے حوالے سے بہت ساری رہنمائی تجاویز، شدید یاسیت (Psychotic Depression) میں برقی علاج (ECT) پر غور کرنے کا مشورہ دیتے ہیں۔ مگر پوچھا جاسکتا ہے کیا شدید یاسیت (Psychotic Depression) میں علاج کی ترجیحات میں برقی دماغی علاج (ECT) کو اول نمبر پر رکھنے کے خلاف کوئی معقول دلائل ہیں؟ برقی دماغی علاج (ECT) نے شدید یاسیت (Psychotic Depression) کے مریضوں میں 90 فیصد تک کے فائدے کی شرح حاصل کی ہے۔ یہ شرح یاسیت کی دواؤں سے بہت بہتر ہیں۔

شدید یاسیت (Psychotic Depression) میں دواؤں کی افادیت کے حوالے سے سب سے موثر امپرامین (Imipramine) ہے اور اس کے استعمال کے ساتھ صرف 50 فیصد فائدہ ہوتا ہے۔

ایک تحقیق (STOP_PD) میں، اولنزاپائن (Olanzapine) اور سرٹرلین (Sertraline) کے اکٹھے

استعمال کے نتیجے میں 8 ہفتوں کے بعد 30 فیصد اور 12 ہفتوں کے بعد 42 فیصد کی حد تک افاقہ ہوا، جو برقی دماغی علاج (ECT) کی افادیت سے کہیں کم ہیں۔

برقی دماغی علاج (ECT) کے طویل مدتی نتائج کے سلسلے میں، مثال کے طور پر ایک سال بعد، پھر سے علامات کا ظاہر ہونا باعث تشویش ہو سکتا ہے۔ تاہم، ہمارے گروپ کے ایک مشاہداتی تحقیق میں، 12 ماہ بعد دوبارہ علامات کا پیدا ہونا، صرف 20 فیصد تھا۔ اس گروہ میں برقی دماغی علاج کے ساتھ ساتھ یاسیت کی دوا ٹرائسائیکلک (Tricyclic) یا ٹرائسائیکلک اور لیتھیم (Lithium and TCA) اکٹھے دئے گئے تو شدید یاسیت (Psychotic Depression) میں برقی دماغی علاج (ECT) کے مثبت اثرات مریضوں کی بڑی اکثریت میں برقرار رہے۔ 70-90 فیصد مریض ایک سال کے بعد بھی ٹھیک تھے۔ نتیجے میں یہ بھی کہا جاسکتا ہے، بغیر کسی شک و شبہ کے کہ شدید یاسیت (Psychotic Depression) کے مریضوں میں یہ علاج سب سے پہلے ہونا چاہئے۔

عمر رسیدہ یاسیت کے مریضوں میں بھی خاصی بہتری دیکھی گئی۔ حالانکہ ان میں کچھ میں سائیکوسس (Psychosis) تھا اور کچھ میں نہیں۔ موڈیکٹ (Modect) تحقیق میں یکطرفہ مشینی علاج (Unilateral ECT) والے مریضوں میں بہتری کی شرح 66 فیصد تھی۔ پراسپیکٹ (Prospect) تحقیق میں 73 فیصد افاقہ کی شرح پائی گئی، جن کا علاج، عام برقی دماغی علاج (Bipolar Tempoal) کے ساتھ کیا گیا تھا۔ پرائیڈ (Pride) تحقیق میں اچھی شرح کے ساتھ افاقہ ہوا حالانکہ ان مریضوں میں کچھ کا دائیں طرف سے یکطرفہ برقی دماغی علاج (Right Unilateral) ECT کے ساتھ علاج کیا گیا۔ ان مریضوں کی اکثریت میں یاسیت کے ساتھ سائیکوسس (Psychosis) نہیں تھا۔

طویل مدت تک کی برقی دماغی علاج (ECT) کی افادیت کے بارے میں کافی خدشات ہیں، خاص طور پر بغیر سائیکوسس (Psychosis) کے مریضوں کے لئے۔ ایک تجزیہ میں اندازہ لگایا، کہ صرف ادویات کے علاج سے یا صرف برقی دماغی علاج (ECT) سے تقریباً 50 فیصد مریض 12 ماہ کے اندر دوبارہ بیمار ہو جاتے ہیں۔ تاہم، اگر ادویات اور مشینی علاج (ECT) ساتھ ساتھ کریں تو نتیجے میں مرض کا دوبارہ ہونا کافی حد تک کم ہو سکتا ہے۔

کیلنر (Kellner) نے عمر رسیدہ مریضوں میں اس کا مظاہرہ کیا۔ ان کے تحقیق میں، وینلا فاکسین اور لیتھیم (Venafaxine and Lithium) کے علاوہ چار برقی دماغی علاج (ECT) ہر مریض کو دیئے گئے۔ 6 چھ ماہ کے عرصے میں صرف 13 فیصد کو دوبارہ مرض ہوا۔ برقی دماغی علاج (ECT) کوئی علامات میں فائدہ مند ہوتا ہے۔

یاسیت بمع سائیکوسس (Psychotic Depression) میں نتائج واضح ہیں۔

دوسرے مثبت اثرات کے عوامل مندرجہ ذیل ہیں۔

1 مرض کی شدت کو برقی دماغی علاج (ECT) کے نتائج کا مثبت پیش گوئہ سمجھا جاتا ہے۔

2 وہ یاسیت کے مریض جو ادویات کے علاج کے باوجود ٹھیک نہیں ہوتے (Resistant Depression) میں بہتری کی شرح تقریباً 50 فیصد ہے۔ علاج دیر سے شروع کرنے کی وجہ سے مشینی علاج (ECT) کی افادیت کم ہو جاتی ہے۔ برقی دماغی علاج (ECT) بہت ہی جلدی اثر کرتا ہے، دودفعہ کے بعد ہی یاسیت کی علامات میں ایک نمایاں کمی دیکھی جاسکتی ہے۔ بوڑھے یاسیت (Depression) کے مریضوں کی ایک تحقیق میں، 24 فیصد میں افاقہ 4 مہینوں کے علاج کے بعد ہی ہو گیا۔

ECT اور یاسیت دواؤں کے درمیان انتخاب کرنے میں، ECT کا تیز تر اور بہتری کی شرح ہی اہم ہے۔ ایک ہفتہ کے اندر برقی دماغی علاج کا اثر ہوتا ہے، جو ادویات کے ذریعے ممکن نہیں ہے۔ یاسیت کی ادویات اکثر چار ہفتے اثر پذیر ہونے کے لئے لیتی ہیں۔ یعنی جو مریض خودکشی کی کوئی کوشش نہیں کر رہے ہیں، نہ کیٹاٹونک (Catatonic) خصوصیات دکھا رہے اور قابل قبول خوراک اور مائع کی مقدار لیتے ہیں، ان مریضوں کو بھی چار ہفتوں کا انتظار کرنا انتہائی مشکل ہوتا ہے کیونکہ یاسیت میں ایک علامت ناامیدی بھی ہے اور انہیں یقین ہوتا ہے کہ انہوں نے خوفناک قسم کی غلطیاں کی ہیں جن کی ان کو سزا مل رہی ہے۔

امید یہ ہے کہ، کیلنر (Kellner) کے اس جائزہ سے ماہرین کا برقی دماغی علاج (ECT) کرنے میں کچھ ہچکچاہٹ کم ہوگی اور علاج کی رہنمائی (Guidelines) تعین کرنے والے ادارے بھی اس علاج کو اہمیت دیں گے اور قارئین اس علاج کے بارے میں اپنی غلط فہمیاں دور کر لیں گے۔ یہ جائزہ ظاہر کرتا ہے کہ یاسیت (Depression) خصوصاً سائکوسس (Psychosis) کے ساتھ میں یہ علاج موثر ہے بلکہ ہر یاسیت کے مریض میں پہلی ترجیح ہونا چاہئے۔

Electro Convulsive Therapy in Depression

Acta Psychiatrica Scandinavica

There is little doubt that electroconvulsive therapy (ECT) is the most effective treatment for severe major depression. ECT is superior to other biological treatments for severe depression, both in remission rate and in speed of remission. Despite its superior efficacy, ECT is seriously underused. The limited use of ECT is probably because of stigma associated with the treatment, stereotypical negative images in the media, concerns about adverse effects and limited access. Also, in several guidelines, for example the NICE guideline, ECT is positioned at the very end of the treatment algorithm.

The review by Kellner et al. which is published in this issue, is a valuable addition to ECT literature. This paper is very useful, since it is both comprehensive and easy to read. It covers its current use, common and uncommon indications for ECT, predictors of outcome, but also technical treatment parameters, adverse effects and maintenance treatment. The central point of this review is, however, its main indication, severe major depression.

As stated in the review, many treatment guidelines advise to 'consider ECT in psychotic depression'. The question is as follows: are there altogether reasonable arguments against ECT as first line treatment in psychotic depression?

ECT achieved response rates of up to 90% in patients with psychotic depression. These numbers are way beyond the efficacy of treatment with antidepressants in psychotic depression. The efficacy of antidepressants in

psychotic depression varies between studies, a response rate of 50% to treatment with imipramine being the most favorable result.

There is some evidence to support that the combination of an antidepressant and an anti psychotic may be the superior pharmacotherapy for psychotic depression. However, in the STOPPED study, combination treatment with olanzapine and sertraline resulted in a remission rate of 30% after 8 weeks and 42% after 12 weeks, which are far below the efficacy of ECT.

With regard to the results of ECT in the longer term, for example one year after the ECT course, post-ECT relapse is a major cause for concern. However, in an observational study by our group, post ECT relapse after 12 months appeared to be remarkably low in the sample with psychotic depression, 20%. In this sample, continuation treatment was with a tri-cyclic antidepressant (TCA) or a TCA lithium combination. Apparently, the favorable effect of ECT in psychotic depression is sustained in the large majority of patients: of 90% responders, 80% maintained response = 72% of patients who received ECT remaining well one year post ECT. In conclusion, without any doubt ECT should be the treatment of choice in patients with psychotic depression.

In mixed populations of older patients, consisting of patients both with and without psychotic features, high remission rates were reported as well. In the MODECT study, the remission rate amounted to 66% in patients treated with right unilateral ECT. In the PROSPECT study, a remission rate of 73% was found in another sample of older patients, who were treated with bi-temporal ECT. Finally, in the PRIDE study, a comparable remission rate

was reported, also in a sample of older patients, the large majority without psychotic features, who were treated with right unilateral ECT.

As mentioned above, there are considerable concerns about the efficacy of ECT in the longer term, especially for patients with non psychotic depression. A meta analysis estimated, that even with continuation pharmacotherapy or continuation ECT, about 50% of the patients will relapse within 12 months. However, combining continuation pharmacotherapy and continuation ECT may result in considerably lower relapse rates.

Kellner et al. demonstrated this in a randomized controlled trial in patients with geriatric depression. In their study, a venlafaxine-lithium combination plus a continuation ECT schedule (four continuation ECT treatments followed by further ECT only as needed) resulted in a 13% relapse rate during the 6 months after the index course.

A topic closely related to the efficacy of ECT in major depression is the search for predictors of ECT response. As discussed earlier, psychotic features are an obvious predictor of ECT outcome. Other positive predictors are age and psychomotor symptoms. Melancholia has long been considered to be a good clinical predictor of ECT outcome in depression, but meta analyses on the predictive value of melancholic symptoms were inconclusive because of study heterogeneity. Although there is uncertainty about the predictive value of melancholia, a recent study showed that patients with CORE defined melancholic depression had a five times greater chance of reaching response than those with non melancholic depression. Baseline severity is also considered as a positive predictor of ECT outcome. This is probably correct, albeit that it seems impossible to disentangle severity from

psychotic symptoms or melancholic subtype. Although the literature regarding the influence of treatment resistance is somewhat divided, a recent meta-analysis concluded that treatment resistance is associated with a reduced response to ECT. Still, the overall remission rate in patients with treatment-resistant depression is rather encouraging, around 50%. A longer duration of the index episode reduces the efficacy of ECT, but it is strongly confounded with treatment resistance, so it is hard to tell which of the two is the most relevant predictor.

Furthermore, ECT has a very fast antidepressant effect, a significant improvement in depressive symptomatology may be observed after two ECT sessions. In a recent study with older depressed patients, a substantial number of patients (24%) that attained full remission did so within 4 ECT sessions.

In choosing between ECT and antidepressants, the fast antidepressant effect of ECT may be equally valuable as its superior efficacy. A substantial antidepressant effect within one week, which is often seen during an ECT course, is unfeasible during treatment with antidepressants. It often takes four weeks of antidepressant treatment until an obvious decrease in depression severity can be observed. Even if patients are not actively suicidal, do not show catatonic features and have an acceptable food and fluid intake, waiting four weeks for an antidepressant effect must be extremely long for patients who feel hopeless and are convinced that they have made terrible mistakes.

Hopefully, the review by Kellner et al. can reduce some of the hesitation felt by treating psychiatrists and authors of guidelines. It could help to reduce the negative influence of stigma by educating its readers. Actually, we suggest

that psychiatrists who treat patients with mood disorders or psychotic disorders as well as all residents in psychiatry should read this paper. They are the ones destined to integrate its recommendations into their clinical practice. This review shows that ECT should be first line treatment in patients with psychotic depression. Furthermore, ECT should be considered as first line treatment in patients with severe melancholic depression (without psychotic features).

بعد حادثہ نفسیاتی مرض (Post Traumatic Stress Disorder)

میں نفسیاتی علاج ادویات سے بہتر ہے

خصوصاً فلوکسٹین وغیرہ سے

ڈاکٹر مرز اور ساتھی۔ (Dr.Merz & colleague)

Jun 12 2019 Psychiatry JAMA

ایک نیٹ ورک تجزیہ سے پتہ چلا ہے کہ بعد حادثہ نفسیاتی مرض (PTSD) میں نفسیاتی علاج ادویات سے بہتر ہے، لیکن ہم ابھی بھی مخصوص علاج کے بارے میں نہیں جانتے ہیں۔ بعد حادثہ نفسیاتی مرض (PTSD) کے علاج لئے دوائیں خاص طور فلوکسٹین قسم کی (SSRI's) اور نفسیاتی علاج گفتگو (Psychotherapy) استعمال کی جاتی ہیں۔ محققین نے ایک تجزیہ بعد حادثہ نفسیاتی مرض (PTSD) کے 92 شرکاء پر مشتمل کے علاج کے نتائج کی جانچ پڑتال کی جس میں ادویات کا مقابلہ نفسیاتی علاج منفی خیالات کا جائزہ (CBT) اور خوف کا سامنا کرنا (Exposure Therapy) اور آنکھوں کی نقل و حرکت کے ذریعے علاج Desensitization and Processing پر مشتمل تھا۔ ایک گروہ کو ادویات اور نفسیاتی علاج اکٹھا دیا گیا۔ تینوں نفسیاتی علاج کے گروہ کے مریضوں کو ایک جیسا فائدہ ہوا مگر ادویات اور نفسیاتی علاج اکٹھے پانے والے گروہ میں زیادہ فائدہ دیکھا گیا۔

ڈاکٹر اسٹیون ڈوبسالمی کا تبصرہ

موجودہ صورت حال یہ ہے کہ نفسیاتی علاج بعد حادثہ نفسیاتی مرض (PTSD) کے لئے پہلے نفسیاتی گفتگو کا علاج ہونا چاہئے، اگرچہ لگتا ہے کہ مریض کی اپنی ترجیح بھی نتائج پر اثر انداز ہوتی ہے۔ اگر نفسیاتی علاج گفتگو موثر نہیں ہے، تو ادویات فلوکسٹین کی قسم (SSRI's) وغیرہ کو شامل کیا جانا چاہئے، مگر ہمیں ابھی تک یہ معلوم نہیں ہے کہ ان میں سے کون سی دوا پہلے دینی ہے۔

Psychotherapy verses pharmacotherapy

(Dr. Merz & colleague)

JAMA Psychiatry 2019 Jun 12

A network meta-analysis reveals that psychotherapy is superior to pharmacotherapy in the long run, but we still know little about specific psychotherapies.

Established treatments for post-traumatic stress disorder (PTSD) include medications - especially selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) - and psychotherapies. These researchers conducted a pair wise meta-analysis (directly comparing studies of 2 on -3 treatments) and a network meta-analysis (e.g. comparing treatments A versus B and B versus c, with inferences about A versus c) of 12 randomized, controlled trials involving 922 participants with PTSD and examining outcomes with psychotherapy (including cognitive-behavioral therapy, exposure therapy, prolonged exposure, seeking safety, and eye-movement desensitization and reprocessing), pharmacotherapy, and their combination.

At the end of treatment, the three groups did not differ in outcomes. Available follow-up in both meta-analyses, psychotherapy alone was significantly more effective than pharmacotherapy alone. At long-term follow-up (6 studies), combined treatment was superior to pharmacotherapy alone but only in the network meta-analysis. Dropouts before treatment completion were similar in all three groups.

Comment Dr. Steven Dubuslbey

The meta-analyses' findings are limited by the differing goals and

methodologies of relatively small studies. The take-home message about the current state of knowledge is that psychotherapy should be a first-line treatment for PTSD because it has more enduring benefit. Although patient preference seems to influence outcome, the additional factors to consider in choosing a specific therapy for a specific patient are unknown. If psychotherapy is not fully effective, an SSRI should be added, but we do not yet definitively know which augmentation strategy to consider and which medication to consider first.

کرونا (COVID-19) وبائی مرض کے لئے تحقیق کی ترجیحات:

ذہنی صحت کے لئے عملی اقدامات کا مطالبہ

ایملی اے ہومز اور ساتھی (Emily A Holmes & Colleagues)

کرونا (COVID-19) کے ذہنی صحت پر اثرات کے بارے میں تحقیق کرنا

اس حصے میں ہم کرونا (COVID-19) سے متعلق انفرادی لوگوں میں نفسیاتی عمل اور اثرات پر توجہ مرکوز کرتے ہیں، جیسے کہ ادراک، جذبات اور طرز عمل، جو ذہنی صحت کو متاثر کرتے ہیں۔ کرونا (COVID-19) سے پیدا ہوتے ہیں یاسیت اور دیگر نتائج جیسے کہ خود کو نقصان پہنچانا اور خودکشی کرنا ہے؟

اگرچہ ان غیر معمولی حالات کے دوران پریشانی کی علامات میں اضافے اور تناؤ کے رد عمل سے نمٹنے کی توقع کی جا رہی ہے، لیکن یہ خطرہ ہے کہ طبی طور پر متعلقہ متعدد افراد کی بے چینی، یاسیت اور نقصان دہ سلوک (جیسے خودکشی اور خود کو نقصان پہنچانے) سے دوچار ہو جائیں گے، تاہم، قابل ذکر بات یہ ہے کہ خودکشی میں اضافہ ناگزیر نہیں ہے، خاص طور پر اگر قومی تخفیف کی کوششیں کی جائیں۔ ذہنی صحت پر معاشی بد حالی کا امکان براہ راست متاثرہ افراد اور ان کی دیکھ بھال کرنے والوں کے لئے گہرا ہے۔ 2003 میں شدید سانس لینے والے مرض (Severe Acute Respiratory Syndrome) کی وبا میں 65 سال یا اس سے زیادہ عمر کے افراد میں خودکشی میں 30 فیصد اضافہ ہوا تھا۔ صحت یاب ہونے والے مریضوں میں تقریباً 50 فیصد پریشان رہتے تھے۔ اور صحت کے نتیجے میں 29 فیصد کارکنوں کو گھبراہٹ اور پریشانی کا سامنا کرنا پڑا۔

اس جان لیوا بیماری سے بچنے والے مریضوں کو بعد میں بعد از حادثہ دماغی مرض (PTSD) اور یاسیت ہو گئی تھی۔ قرنطینہ اور اس سے وابستہ معاشرتی اور جسمانی دوری ذہنی صحت کے مسائل کے لئے خود خطرہ کے عوامل ہیں۔ ان میں زیادہ خودکشی اور خود کو نقصان پہنچانا، شراب اور دیگر نشوں کا استعمال، جوا، خواتین اور بچوں سے بد سلوکی، اور نفسیاتی خطرات (جیسے معاشرتی طور پر منقطع ہونا، زندگی کا بے معنی لگنا یا اندیشی کا انحصار، منسلک ہونا، سائبر دھکیلنا، بوجھ محسوس کرنا، مالی تناؤ، سوگ، نقصان، بے روزگاری، بے گھر ہونا، اور تعلقات خراب ہونا)۔ کرونا (COVID-19) وبائی مرض کا ایک بڑا نقصان تنہائی میں اضافے کا خدشہ ہے (جیسا کہ ہمارے جائزے سے ظاہر ہوتا ہے)، جو پوری زندگی میں یاسیت، خود کو نقصان پہنچانے اور خودکشی کی کوششوں سے وابستہ ہیں۔ تنہائی کا سراغ لگانا اور جلدی مداخلت کرنا اہم ترجیحات ہیں۔ اہم طور پر، تنہائی کے مستقل جذبات کو کم کرنا اور اپنے تعلق کو فروغ دینا ہیں، خودکشی، خود کو نقصان پہنچانے اور جذباتی مسائل سے

بچانے کے لئے کیا طریقہ کا ہے۔

کرونا (COVID-19) سے آگاہ کرنے کے لئے، وبائی مرض کا انتظام کرنے کے لئے استعمال کی جانے والے فیصلوں کے معاشرتی و اقتصادی اثرات کو سمجھنا بہت ضروری ہے، جس سے بے روزگاری، مالی عدم تحفظ اور غربت میں اضافے سے ذہنی صحت پر لامحالہ سنگین اثرات مرتب ہوں گے۔ تحقیق کے ساتھ لوگوں کی شمولیت ان طریقوں کی نشاندہی کرنے میں مدد کرے گی جن میں منفی اثر کو ختم کیا جاسکتا ہے۔ بیماری پر قابو پانا اور ان منفی سماجی و اقتصادی اثرات کو کم کرنے کے مابین صحیح توازن پر غور کرنا چاہئے۔

فوری تحقیق کی ترجیحات یہ ہیں کہ سمجھنے کے لئے اور تشویش اور مداخلتوں کو مطلع کرنے کے لئے گھبراہٹ، یاسیت، خود کو نقصان پہنچانے، خودکشی، اور دماغی صحت کے دیگر امور کی شرحوں کی معلومات حاصل کریں اور عوام کو پہچانیں، خصوصاً ڈاکٹروں، نرسوں اور آسانی سے شکار ہونے والے لوگوں کو۔ معاشرے میں حقیقی واقعات کی گرفت کے لئے نگرانی کو سرکاری اداروں کے ریکارڈ سے آگے جانا چاہئے، کیونکہ خود کو نقصان پہنچانا پوشیدہ ہو سکتا ہے۔ ہمیں موجودہ اعداد شمار اور جاری لمبی تحقیقات سے سیکھنا چاہئے، اور تحقیق کے نئے طریقے قائم کرنا ہوں گے جن میں تفصیلی نفسیاتی عوامل بھی شامل ہوں۔ نفسیاتی خطرے کے عوامل میں لمحہ بہ لمحہ تبدیلیوں کا اندازہ لگانے والے طریقوں کو اپنایا جانا چاہئے۔

کرونا (COVID-19) کے خصوصی حالات کو دیکھتے ہوئے، تنہائی اور دخل اندازی سمیت ناقص ذہنی صحت سے وابستہ وجوہات کا تعین کرنے کے لئے اعداد و شمار بہت اہم ہوں گے۔ نفسیاتی علاج کی تاثیر کو بہتر بنانے کے لئے، عوامل کو معلوم کرنا جو کہ خرابی ذہنی صحت سے وابستہ ہیں اور علاج بھی ہیں۔ ایک ہی طرح کا علاج کافی نہیں ہوگا کیونکہ پورے گروہ میں علاج کا رد عمل مختلف ہو سکتا ہے۔ انسانوں کے ذہنی مسائل کے حل کے لئے جہاں دوست احباب اور معالج ضروری ہیں اس کے ساتھ آجکل کمپیوٹر کے علاج کے پروگراموں سے بھی فائدہ اٹھانا چاہئے۔ خودکشی کرنے والے افراد میں سے تقریباً 30 فیصد دماغی معالج سے رابطہ موت سے ایک سال قبل کر چکے ہوتے ہیں۔ کمپیوٹر معالجاتی پروگراموں کے علاوہ ذہنی امراض کے علاج کے لئے فون کو بھی استعمال کرنا چاہئے۔ ان سب کے ذریعے علاج کے علاوہ خودکشی، یا کسی ذہنی مرض کے امکان کا بھی پتہ لگانا چاہئے۔ البتہ کمپیوٹر وغیرہ سے علاج موثر ہونے کے بارے میں حتمی تحقیق کی ضرورت ہے۔

کرونا (COVID-19) کے ماحول میں افراد کے لئے ذہنی طور پر صحت مند زندگی کے بہترین نقشہ بنانے کی ضرورت ہے، حالانکہ ہر فرد کے پس منظر اور انفرادی حالات کی حیثیت مختلف ہوتی ہے۔ نیند اور طرز زندگی کے طرز عمل میں بدلاؤ ہماری ذہنی صحت کو متاثر کرتے ہیں۔ اس لئے خاندان کو ملنا اور مناسب نیند کرنا اہم عوامل ہو سکتے ہیں جو خاص طور پر

دباؤ والے حالات میں ذہنی صحت کو قائم رکھنے کے لئے ضروری ہیں۔ ان چیزوں کو فروغ دینے کے لئے مزید تحقیق کی ضرورت ہے۔

فوری تحقیق کی ترجیحات کو سمجھنا ہے کہ تناؤ کی علامات کو کم کرنے کے لئے مقابلہ کرنے کی حکمت عملی کو بہتر بنانے اور مستقبل میں انسداد مداخلتوں کے نفاذ میں آسانی پیدا کرنے کے لئے کس طرح معالجین اور ان کے اہل خانہ کی مدد کی جاسکتی ہے۔ کرونا (COVID-19) کے وبائی امراض کے دوران، یہ ضروری ہے کہ معالجین کو کام کرنے کے لئے مدد دی جائے، تاکہ ان کی اپنی صحت، ذاتی، معاشرتی اور معاشی زندگی ٹھیک رہے۔ ممکنہ طور پر نفسیاتی طریقوں سے پیچیدہ ذہنی صحت کی صورتحال سے نمٹنے کے طریقہ کار، اور روک تھام کے لئے ایک اہم جز ثابت ہوگا۔ نیند میں خلل اور ذہنی صحت اور خودکشی کے خطرے کے اثرات کو کم کرنے پر تحقیق کی ضرورت ہے۔ طویل المیعاد تحقیق بھی ذہنی تندرستی کو بچانے کے لئے کرنی چاہئے۔ اس میں ہمسایوں کی مدد، ورزشیں، معاشرتی سرگرمیاں، تنازعات کے حل کی تربیت شامل ہیں۔ کرونا (COVID-19) کا ذہنی صحت پر اثر: دوسروں سے دور رہنے کے خراب نفسیاتی اثرات بھی ہوتے ہیں خصوصاً اگر لوگ دوسرے امراض میں بھی مبتلا ہوں۔

کمزور گروہوں کے لئے کرونا (COVID-19) گھر میں بیٹھنا اور معاشرتی تنہائی کے ذہنی صحت کے کیا نتائج ہیں، اور ان کو کیسے کم کیا جاسکتا ہے؟

نقصان دہ گروہوں میں وہ افراد شامل ہیں جو پہلے سے موجود ذہنی یا جسمانی صحت سے متعلق مسائل (مثلاً وہ جو شدید ذہنی بیماریوں کا شکار ہیں)، بازیاب ہوئے افراد، اور جو ذہنی طور پر بیمار ہو جاتے۔ لہذا، ان تک دماغی صحت کی مدد، مثبت سرگرمیوں کے نقصان کے ساتھ خطرے کو بڑھا سکتی ہے۔ وباء کے رد عمل میں گھبراہٹ اور یاسیت کے بڑھتے ہوئے احساسات کو پہلے ہی نمایاں کیا گیا ہے۔ صحت سے متعلق کارکن جو وائرس سے قریبی رابطے میں آتے ہیں اور تکلیف دہ ہوتے ہیں اور انتہائی مشکل فیصلے کرتے ہوئے موت اور موت جیسے واقعات کا سامنا کرتے ہیں خاص طور پر تناؤ کے خطرہ میں ہوتے ہیں۔

اس وبائی مرض میں بچپن اور بڑھاپے میں ذہنی صحت کے مسائل زیادہ پیدا ہوتے ہیں۔ نگہداشت کے متلاشی نوجوانوں کے لئے اسکول کی بندش کے اثرات کا پتہ لگانا اور ان کو کم کرنا ضروری ہے، اس وجہ سے کہ اسکول اور دیگر تعلیمی ادارے بند ہو جاتے ہیں۔ بڑی عمر کی آبادی کے لئے، خود کو الگ تھلگ کرنے کے دوران اچھی ذہنی صحت قائم رکھنا ضروری ہے، جس میں طرز زندگی کی پابندیوں، بڑھتے ہوئے تنہائی، امراض جیسے نسیان کی وجہ سے ان لوگوں سے رابطہ کمپوٹر، فون اور

دیگر ایسے ذرائع سے مدد کی جاسکتی ہے۔ اگرچہ پوری آبادی کو رونا وائرس 2019 کے وبائی امراض سے متاثر ہے، لیکن آبادی کے مختلف حصے اس کا مختلف اثر لیں گے۔ بچے، نوجوان اور ان کے خاندان اسکول بند ہونے سے متاثر ہوں گے۔ وہ نشہ، جوا کھیلے جانے، گھریلو تشدد اور بچوں سے بدتمیزی کرنے، مفت اسکول کے کھانے کی عدم موجودگی، رہائش کے معاملات اور بھیڑ بھاڑ، والدین کی ملازمت، اور سماجی نیٹ ورکس کی تبدیلی اور خلل کی صورت میں بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔

بڑے عمر رسیدہ افراد اور کثیر امراض والے افراد خاص طور پر تنہائی، دیکھ بھال کا خاتمہ اور اعزاء کی مدت اور انٹرنیٹ اور کمپیوٹر سے محرومی جیسے مسائل سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ موجودہ ذہنی مریضوں میں مرض دوبارہ آ سکتا ہے کیونکہ معالج اور ادویات سے دوری ہوتی ہے۔ معالجین کو کرونا لگنے کا خوف ہوتا ہے اور کام کی زیادتی سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ سیکھنے میں دشواریوں اور ذہنی عوارض میں مبتلا افراد کی مدد اور معمولات کی تبدیلی اور تنہائی میں تبدیلیوں اور رکاوٹ سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ معاشرے میں معاشرتی یکجہتی ہوتی ہے مگر فرقہ واریت میں اضافہ بھی ہو سکتا ہے لیکن علاج کی سہولت کھانے کی کمی، نسل پرستی کے بڑھتے ہوئے حملوں اور دیگر خدمات سے منفی اثر بھی پڑتا ہے۔ دیہی لوگ شہری لوگوں سے مختلف طرح سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ قیدیوں، بے گھروں اور مہاجرین سمیت دوسرے کمزور گروہوں کو موثر مدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ غریب افراد کو ملازمت اور مالی عدم تحفظ، تنگ دستی اور انٹرنیٹ تک ناقص رسائی کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

کرونا سے احتیاط ایسے بنائی جائے کہ لوگوں کو پریشانی نہ ہو:

طرز عمل میں تبدیلی جیسے ہاتھ دھونا، چہرے کو نہ چھونا، اور کاغذ کا ٹشو استعمال کرنا اور وبائی جسمانی فاصلہ رکھنے، کی ترغیب دی جاتی ہے۔ اس طرز عمل کو عملی شکل دینے کا ہنر، کوشش اور خواہش حاصل کریں۔ ہم جانتے ہیں کہ لوگ وبائی مرض میں جتنا زیادہ فکر مند ہوں گے، اتنا ہی امکان ہے کہ وہ مشورے پر عمل پیرا ہوں مگر عوام کی بڑھتی ہوئی تشویش پریشانی کو بڑھا سکتی ہے، جو ذہنی صحت کو نقصان پہنچا سکتی ہے۔ بے یقینی کی وجہ سے اور خود کو یا دوسروں کو نقصان پہنچانے کے خدشے سے پریشانی کو ہوا مل سکتی ہے۔

طویل المیعاد تحقیقی ترجیحات مستقبل میں وبائی امراض کے لئے منصوبہ بندی کرنے کے لئے سیکھے جانے والے اسباق کی ایک ثبوت کی بنیاد بنانا ہیں یعنی یہ کہ حکومتوں کی جانب سے صحت سے متعلق پیغام رسائی کے حوالے سے تیز اور مربوط پیغام کو فروغ دینے کے طریقے اور ساتھ ہی ہمارے معاشرے کمزور گروہوں تک پہنچنے اور ان تک رسائی حاصل کرنے کے لئے معاشروں میں سرایت شدہ موثر نظام تیار کرنا، جس میں لوگوں کو مستقبل کے ممکنہ خطرات کے لئے تیار کرنے

اور عملی طور پر منصوبہ بندی کرنے کا طریقہ، اور لوگوں کی دیکھ بھال اور دوسروں کے لئے تشویش کو کیسے فروغ دینا شامل ہے۔ اجتماعی یکجہتی اور اخوت کے جذبے کو فروغ دینا۔ زیادہ سے زیادہ پیغام رسانی کو مختلف سماجی گروہوں کو پہنچائیں۔ مناسب ذہنی صحت سے متعلق معلومات کے وسائل سے آبادی کے مختلف طبقات کو مربوط کریں۔

دماغ کی صحت اور دماغی صحت پر وائرس کے اثرات

انسانی اعصابی نظام پر 2-CoV-SARS انفیکشن کے اثر کے بارے میں یقین کے ساتھ تقریباً کچھ بھی معلوم نہیں ہے۔ 2-CoV-SARS ایک زونوٹک وائرس (Zoonotic Virus) ہے اور 2005 کے جائزے میں بتایا گیا ہے کہ تقریباً نصف زونوٹک وائرس (Zoonotic Virus) کی وباء CNS پر حملہ کرنے والے نیوروٹروپک وائرس (Neurotropic Virus) کی وجہ سے ہوا ہے۔ 2003 میں سنگین شدید سانس لینے میں دشواری (Severe acute respiratory syndrome) کی وبا اور 2012 میں مشرق وسطیٰ کے نام نہاد وسط مشرق سانس میں دشواری سنڈروم کے لئے قریبی سے وابستہ کورونا وائرس حیاتیاتی طور پر نیوروٹروپک Neurotropic اور طبی لحاظ سے نیوروٹوکسک Neurotoxic ہیں، جس کی وجہ سے ذہنی صحت اور اعصابی عوارض پائے جاتے ہیں۔ 2-CoV-SARS میں اسی طرح کے حصے (Receptor binders) جزو ہیں جیسے CoV-SARS میں اور شاید اس نیوروٹراپزم اور نیوروٹوکسٹیٹی میں شریک ہے۔ کرونا (COVID-19) انفیکشن کے دماغی نیورولوجیکل علامات عام، متنوع اور اکثر شدید ہوتے ہیں۔ وہان (چین) میں 214 مریضوں کے ایک سابقہ تحقیق میں، چین میں 36 فیصد میں دماغی (CNS) کی علامات تھے اور شدید سانس کی بیماری والے 88 فیصد مریضوں کے ذیلی گروہ میں دماغی (CNS) کے مسائل کی تعداد 45 فیصد میں نمایاں اضافہ ہوا تھا۔ ظاہر ہونے والے علامات میں سونگھنے اور ذائقہ میں تبدیلی (Anosmia&Ageusia)، پھٹوں میں درد اور کمزوری، شعور کی خرابی اور دماغی پیچیدگیاں تھیں۔ اسی طرح کی اطلاعات اٹلی سے ملنی شروع ہو گئی ہیں۔ کچھ شدید اعصابی تکالیف دماغی علامات کی عکاسی کرتی ہیں، جیسے شریانوں میں خون جمنا (intravascular coagulation disseminated) کی وجہ سے فالج یا شدید سوزش اور آکسیجن کی کمی سے ہڈیاں پیدا ہوتا ہے۔

Multidisciplinary research priorities for the COVID-19

Pandemic: a call for action for mental health science

Emily A Holmes and colleagues.

Psychology and individual factors: researching the effect of COVID-19 on mental health.

In this section, we focus on the psychological processes and effects in individual people related to COVID-19, such as cognition, emotion, and behavior that affect mental health.

What is the effect of COVID-19 on risk of anxiety, depression, and other outcomes, such as self-harm and suicide. Although a rise in symptoms of anxiety and coping responses to stress are expected during these extraordinary circumstances, there is a risk that prevalence of clinically relevant numbers of people with anxiety, depression, and engaging in harmful behaviors (such as suicide and self-harm) will increase. Of note, however, is that a rise in suicide is not inevitable, especially with national mitigation efforts.

The potential fallout of an economic downturn on mental health is likely to be profound on those directly affected and their caregivers. The severe acute respiratory syndrome epidemic in 2003 was associated with a 30% increase in suicide in those aged 65 years and older; around 50% of recovered patients remained anxious; and 29% of health-care workers experienced probable emotional distress.

Patients who survived severe and life-threatening illness were at risk of post-traumatic stress disorder and depression.

Many of the anticipated consequences of quarantine and associated social and physical distancing measures are themselves key risk factors for mental health issues. These include suicide and self-harm, alcohol and substance misuse, gambling, domestic and child abuse, and psychosocial risks (such as social disconnection, lack of meaning or anomie, entrapment, cyber bullying, feeling a burden, financial stress, bereavement, loss, unemployment, homelessness, and relationship breakdown). A major adverse consequence of the COVID-19 pandemic is likely to be increased social isolation and loneliness (as reflected in our surveys),

which are strongly associated with anxiety, depression, self-harm, and suicide attempts across the lifespan. Tracking loneliness and intervening early are important priorities. Crucially, reducing sustained feelings of loneliness and promoting belongingness are candidate mechanisms to protect against suicide, self-harm, and emotional problems. Social isolation and loneliness are distinct and might represent different risk pathways.

To inform management of COVID-19, it is vital to understand the socioeconomic effect of the policies used to manage the pandemic, which will inevitably have serious effects on mental health by increasing unemployment, financial insecurity, and poverty.

Involvement of people with lived experience and rapid qualitative research with diverse people and communities will help to identify ways in which this negative effect might be alleviated. Achieving the right balance between infection control and mitigation of these negative socioeconomic effects must be considered.

The immediate research priorities are to monitor and report rates of anxiety, depression, self-harm, suicide, and other mental health issues both to understand mechanisms and crucially to inform interventions. This should be adopted across the general population and vulnerable groups, including front-line workers. Monitoring must go beyond NHS record linkage to capture the real incidence in the community, because self-harm might become more hidden. We must harness existing datasets and ongoing longitudinal studies, and establish new cohorts with new ways of recording including detailed psychological factors.

Techniques assessing moment to moment changes in psychological risk factors should be embraced.

Given the unique circumstances of COVID-19, data will be vital to determine causal mechanisms associated with poor mental health, including loneliness and entrapment. To optimize effectiveness of psychological treatments, they need to be mechanistically informed—that is, targeting factors which are both causally associated with poor mental health and modifiable by an intervention.

A one-size-fits-all response will not suffice because the effectiveness of interventions can vary across groups.

Digital psychological interventions that are mechanistically informed, alongside better understanding of the buffering effects of social relationships during stressful events, are required in the long term. The digital response is crucial, not only because of social isolation measures but also because less than a third of people who die by suicide have been in contact with mental health services in the 12 months before death.

Digital interventions for anxiety, depression, self-harm, and suicide include

information provision, connectivity and triage, automated and blended therapeutic interventions (such as apps and online programmes), telephone calls and messages to reach those with poorer digital resources (digital poverty), suicide risk assessments, chatlines and forums, and technologies that can be used to monitor risk either passively or actively. The digital landscape extends beyond apps and requires an evidence base. Artificial intelligence-driven adaptive trials could help to evaluate effectiveness, while digital phenotyping could be helpful to ascertain early warning signs for mental ill-health.

Looking beyond digital interventions (as not everyone has access to them), and ascertaining what other mechanistically based psychological interventions are effective and for whom is important.

Risks and buffers for loneliness should be a focal target in interventions to protect wellbeing. The longer-term consequences of COVID-19 for the younger and older generations (and other groups at high risk, including workers, those with existing mental health conditions, and caregivers) are also unknown and must be a priority.

How do individuals build optimal structures for a mentally healthy life that works for them in the wake of COVID-19 and social and physical distancing.

The optimal structure of a mentally healthy life for individuals in the wake of COVID-19 needs to be mapped out. Structure will vary as a function of background and individual circumstances. Changes in sleep and lifestyle behaviors influence our mental health and stress response. Understanding the effective, individualized ways of coping in such a situation is of paramount importance. The social and personal resources (eg, seeing family and getting

sufficient sleep) available to individuals can be important resilience-related factors for mitigating mental health difficulties under particularly stressful circumstances. We need research to foster positive social resources, resilience, and altruism.

The immediate research priorities are to understand how front-line health and social care staff and their families can be supported to optimize coping strategies to mitigate symptoms of stress, and facilitate the implementation of preventive interventions in the future. During the COVID-19 pandemic, it is important that health and social care workers are supported to stay in work, the health, personal, social, and economic benefits of which are vast. Personalized psychological approaches are likely to be a key component to address complex mental health conditions, coping mechanisms, and prevention. Given the association between sleep disturbance and mental health, and the effect of sleep disturbance on the risk of suicide, research on mitigating the effect of such changes on mental health and stress response is required.

The longer-term strategic research programmes are to develop novel interventions to protect mental wellbeing, including those based on positive mechanistically based components (ie, causal, modifiable factors), such as altruism and prosocial behavior. This could include increased opportunities to elicit community support, Exercises, social activities, training in assertiveness and conflict resolution, and group interventions that provide support through peers.

Social and population factors: the effect of COVID-19 on mental health
Population-level factors, such as the effect of social distancing measures

(more recently being rescribed as physical distancing) and other necessary public health measures, affect mental health within a syndemics approach. By syndemics we mean intersecting global trends among demographics (e.g., ageing, rising inequality) and health conditions (e.g., chronic diseases and obesity) that yield resultant co morbidities. These interacting health effects and societal forces that fuel them combine to form syndemics, or complex knots of health determinants. Research priorities around COVID-19 require us to embrace complexity by deploying multidimensional perspectives.

What are the mental health consequences of the COVID-19 lockdown and social isolation for vulnerable groups, and how can these be mitigated under pandemic conditions? Vulnerable groups include those with pre-existing mental or physical health issues (including those with severe mental illnesses), recovered individuals, and those who become mentally unwell (eg, in response to anxiety and loneliness surrounding the pandemic). Therefore, loss of access to mental health support, alongside loss of positive activities, might increase vulnerability during COVID-19 lockdown. Increased feelings of anxiety and depression in response to the outbreak have been highlighted already. Health workers who come in close contact with the virus and are exposed to traumatic events, such as death and dying, while making highly challenging decisions, are particularly at risk of stress responses.

The pandemic intersects with rising mental health issues in childhood and adolescence. Ascertaining and mitigating the effects of school closures for youth seeking care is urgent and essential, given that school is often the first-place children and adolescents seek help, as is considering vulnerabilities, such as special educational needs and developmental disorders, and finding

therapeutic levers. For the older population, promoting good mental health is important during self-isolation, which can be compounded by lifestyle restrictions, exacerbated loneliness, co morbidities (such as dementia), and feelings of worry and guilt for using resources. There is an acute need to identify, in consultation with people with lived experience, remotely delivered interventions that support those at risk of abuse.

Panel 2: Populations of interest, including vulnerable groups

Although the whole population is affected by the corona virus disease 2019 pandemic, specific sections of the population will experience it differently.

Children, young people, and families will be affected by school closures. They might also be affected by exposure to substance misuse, gambling, domestic violence and child maltreatment, absence of free school meals, accommodation issues and overcrowding, parental employment, and change and disruption of social networks.

Older adults and those with multi-morbidities might be particularly affected by issues including isolation, loneliness, end of life care, and bereavement, which may be exacerbated by the so-called digital divide.

People with existing mental health issues, including those with severe mental illnesses, might be particularly affected by relapse, disruptions to services, isolation, the possible exacerbation of symptoms in response to pandemic-related information and behaviors, and changes in mental health law.

Front-line health-care workers might be affected by fears of contamination, moral injury, disruption of normal supportive structures, work stress, and

retention issues.

People with learning difficulties and neuro-developmental disorders might be affected by changes and disruption to support and routines, isolation, and loneliness.

Society might experience increased social cohesion and communitarianism, but also be negatively affected by increased health inequalities, increased food bank use, increased race-based attacks, and other trauma. Rural communities might also be affected differently to urban communities.

Socially excluded groups, including prisoners, the homeless, and refugees, might require a tailored response.

People on low incomes face job and financial insecurity, cramped housing, and poor access to the internet and technology.

What are the best methods for promoting successful adherence to behavioral advice about COVID-19 while enabling mental wellbeing and minimizing distress Behavioral change such as the three-personal protective behaviors of hand washing, not touching the T-zone of the face, and tissue use, and social or physical distancing required to control the pandemic-necessitates ensuring people know what to do, are motivated to do it, and have the skills and opportunity to enact the changed behaviors. Messaging is key for good knowledge, but public health messaging needs to draw on behavioral science if it is to be effective and avoid unintended consequences. We know that the more concerned people are in pandemics, the more likely they are to adhere to advice. However, increasing concern experienced by the public might heighten distress, which could undermine adherence or exacerbate existing mental health issues. Anxiety can be fuelled

by uncertainty and by fears of risk of harm to self or others. For example, feelings of paranoia can be heavily influenced by anxiety, and symptoms of obsessive compulsive disorder can be associated with fear of contagion and rigid hand washing. Increasing people's confidence and clarity in what they need to do fosters adherence to health behaviors and can help people to manage psychological distress.

Longer-term research priorities are to create an evidence base of lessons learned to plan for future pandemics-that is, detailing how to foster a rapid and coordinated response regarding health messaging from governments and simultaneously to develop effective systems embedded in communities to reach out and access the most vulnerable groups in our society, including how to motivate and enable people to prepare psychologically and plan practically for possible future scenarios, and how to promote people's care and concern for others, fostering a sense of collective solidarity and altruism. The optimal messaging should be tailored (including digitally) to different social groups to connect diverse segments of the population to appropriate mental health information resources.

Neuroscience: effects of the virus on brain health and Almost nothing is known with certainty about the effect of mental health on SARS-CoV-2 infection on the human nervous system. SARS-CoV-2 is a zoonotic virus and a review from 2005 suggested that about half of zoonotic virus epidemics have been caused by neurotropic viruses that invade the CNS. The closely related coronaviruses responsible for the severe acute respiratory syndrome epidemic in 2003 and the so-called Middle East respiratory syndrome in 2012 are biologically neurotropic and clinically neurotoxic, causing mental health and neurological disorders. SARS-Cov-2 has

a similar receptor-binding domain structure to SARS-CoV and probably shares its neurotropism and neurotoxicity. Neurological symptoms of COVID-19 infection are common, diverse, and often severe. In a retrospective study of 214 patients in Wuhan, China 36% had CNS symptoms or disorders and the subgroup of 88 patients with severe respiratory disease had significantly increased frequency of CNS problems (45%). The problems reported include dizziness, headache, loss of smell (anosmia), loss of taste (ageusia), muscle pain and weakness, impaired consciousness, and cerebrovascular complications. Similar reports have begun to emerge from Italy. Some of these acute neurological presentations could reflect systemic aspects of infection, such as disseminated intravascular coagulation causing strokes or intense inflammation and hypoxia causing delirium.

سانس میں رکاوٹ کی وجہ سے نیند کی کمی (Obstructive Sleep Apnea-OSA) کے باعث گھبراہٹ اور یاسیت کا خطرہ

امی اور سیاری ہر مین۔ ترمیم آندرے صوفیر، ایم ڈی، ایم پی ایچ

By Amy Orciari Herman Edited by Andre Sofair, MD, MPH

بالغ افراد کو سانس میں رکاوٹ کے باعث نیند کی کمی (Obstructive Sleep Apnea-OSA) کے باعث گھبراہٹ اور یاسیت کا خطرہ ہو سکتا ہے۔ یہ بات JAMA Otolaryngology Head & Neck Surgery میں چھپنے والی ایک تحقیق میں بتایا گیا ہے۔

جنوبی کوریا کے قومی صحت انشورنس ڈیٹا کا استعمال کرتے ہوئے، محققین نے تقریباً 200 بالغ افراد کا جن میں سانس میں رکاوٹ کے باعث نیند کی کمی تھی (OSA)، اور 800 بغیر کسی نیند کی کمی کے تھے، ان میں ایک تحقیق کی گئی۔ اس میں ان لوگوں کو شامل نہیں کیا گیا تھا جن میں پہلے کبھی یاسیت یا گھبراہٹ نہیں ہوئی تھی۔

9 سال کے بعد، موازنہ کرنے پر سانس کی رکاوٹ (OSA) والے گروہ میں 1000 میں 50 افراد میں گھبراہٹ یا یاسیت پائی گئی تھی۔ اور بغیر نیند کی کمی والے گروہ میں 1000 میں سے 27 یعنی پتہ چلا کہ سانس کی شکایت (OSA) والے گروہ میں دوسرے گروہ کے مقابلے یاسیت کا خطرہ لگ بھگ تین گنا تھا اور گھبراہٹ کا خطرہ دو گنا تھا۔ خواتین میں مردوں کے مقابلے خطرات زیادہ تھے۔

Obstructive Sleep Apnea with later Risk for Depression Anxiety

By Amy Orciari Herman Edited by Andre Sofair, MD, MPH

Adults with obstructive sleep apnea (OSA) may face increased risk for affective disorders, according to a prospective study in JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery.

Using national South Korean health insurance data, researchers matched roughly 200 adults with OSA to 800 without apnea. The study excluded those with histories of depression or anxiety. (Information on OSA treatment compliance was unavailable.)

During 9 years' follow-up, the incidence of affective disorders was 50 per 1000 person-years in the OSA group versus 27 per 1000 in the comparison group. After multivariable adjustment, the OSA group had nearly three times the risk for depressive disorders and nearly twice the risk for anxiety disorders as the comparison group. Risks were higher among females than males.

The researchers cite evidence suggesting that daytime sleepiness is associated with depression, while other evidence implicates "structural or metabolic changes in the brains of patients with OSA."

LINK (S):JAMA Otolaryngology - Head & Neck Surgery article(Free abstract)

امریکن حکومت (FDA) نے بریمیلانوٹائیڈ (Vyleesi-Bremelanotide)

کو خواتین میں جنسی خواہش کی کمی کے علاج کے لئے منظوری دے دی۔

کیلی یانگ Kelly Young

ترمیم کردہ سوسن سدونی، ایم ڈی، اور آندے سوفیر ایم ڈی، ایم پی ایچ۔

Edited by Susan Sadoughi, MD, and Andne Sofair, MD, MPH

200 خواتین کی ایک تحقیق میں دیکھا گیا کہ جن خواتین میں (Bremelanotide) کا پیٹ یا ران کی جلد کے نیچے، مباشرت سے کم از کم 45 منٹ پہلے، ٹیکہ لگایا گیا، نقلی دوا (Placebo) والے مریضوں کے مقابلے میں جنسی خواہش میں بہتری دیکھی گئی (25 فیصد بمقابلہ 17 فیصد)۔

امریکن صحت کے ادارے (FDA) نے مشورہ دیا ہے کہ مریضوں کو ایک دن میں ایک سے زیادہ ٹیکہ یا مہینے میں آٹھ ٹیکوں سے زیادہ استعمال نہیں کرنا چاہیے اور 8 ہفتوں میں بھی جنسی خواہش میں کوئی بہتری محسوس نہیں ہو تو علاج بند کر دینا چاہئے۔

تحقیق میں تقریباً چالیس (40) فیصد مریضوں کو متلی کا سامنا کرنا پڑا، اکثر پہلے ٹیکہ کے بعد۔ تقریباً 1 فیصد۔ مسوڑوں اور جلد کا کالا پڑنا بھی دیکھا گیا۔ (بریمیلانوٹائیڈ Bremelanotide میلانوکوٹنن ریسپنڈرز (Melanocortin receptors) کو متحرک کرتے ہیں جو دماغ میں وسیع پیمانے پر ہوتے ہیں)۔

ٹیکوں کے استعمال سے بلند افشارخوں (Blood Pressure) میں اضافہ دیکھا گیا جو عام طور پر 12 گھنٹوں کے اندر ٹھیک ہو گیا، لہذا اس کو قلبی امراض، بے قابو بلند افشار والے مریضوں یا دل اور شریانوں (CVA) کے خطرے میں مبتلا مریضوں میں استعمال نہیں کیا جانا چاہئے۔

Hypoactive Sexual Disorder in Women

[Medical News | PHYSICIAN'S FIRST WATCH, PSYCHIATRY]

By Kelly Young Edited by Susan Sadoughi, MD, and Andne Sofair, MD, MPH

The FDA has approved bremelanotide (Vyleesi) to treat premenopausal women with acquired, generalized hypoactive sexual desire disorder.

In trials of L200 women, those who used bremelanotide - injected under the skin of the abdomen or thigh at least 45 minutes before sexual activity - had improved sexual desire scores compared with Placebo patients (25% vs 17%).

The FDA notes that patients shouldn't use more than one dose a day or eight doses a month. They should stop treatment at 8 weeks if they don't notice any improvement in sexual desire and distress.

Roughly 40% of patients in the studies experienced nausea, often with the first injection. About 1% experienced darkening of the gums and skin (bremelanotide activates melanocontin receptors that are widely expressed in the brain). The drug is also associated with increased blood pressure that usually resolves within 12 hours, so it shouldn't be used in patients with uncontrolled hypertension or cardiovascular disease or in patients at risk for CVD. It is also contraindicated in patients taking oral naltrexone for opioid or alcohol use disorder.

موٹاپا: یاسیت کی ایک وجہ

سپیڈ ایم ایس۔ Speed MS

Transl Psychiatry 5 اگست 2019

ایک تحقیق کے مطابق، پورے جسم میں چربی کی بڑی ہوئی مقدار یاسیت کا باعث بنتی ہے۔ موٹاپے کا اندازہ جسمانی پیمانے (BMI) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ پتہ چلا ہے کہ وہ ذہنی دباؤ کا باعث بنتا ہے، اس کے برعکس نہیں، یعنی یاسیت سے موٹاپا نہیں ہوتا۔ ایک اور مینڈیلین (Mendelian) طریقے سے کی گئی تحقیق سے محققین نے اب اس بات کا پتہ لگایا ہے کہ چربی کا تعلق یاسیت سے ہے، وزن سے نہیں۔

تفتیش کاروں نے انگلستان کے یوتھ باؤ بینک (UK's Youth Biobank) (تقریباً 330000 افراد) اور نفسیاتی جینومکس کنسورٹیم (Psychiatric Genoconsortium) (480000 افراد میں سے تقریباً 135000 افراد میں شدید یاسیت دیکھی گئی)۔ دونوں گروہ میں تقریباً 65 ملین میں واحد نیوکلیوٹائیڈ

(Single Neoclutide Polymorphism-SNP) کا اشتراک پایا گیا۔ عمومی طور پر موٹاپا (BMI) یاسیت کے لئے ایک خطرے کا عنصر تھا، یہ ربط چربی کے بڑے پیمانے پر (387 مختلف SNPs کے ساتھ منسلک تھا)، اور بغیر چربی سے نہیں۔ چربی کے حوالے سے ایک معیاری انحراف دیکھا گیا جو 0.19 اضافے کے مساوی تھا۔ اس کے برعکس، ذہنی دباؤ کسی بھی بشری پیمائش کے لئے خطرے کا عنصر نہیں تھا۔ SNPs چھوٹے قدامت سے عمومی طور پر وابستہ تھے لیکن معمولی سی یاسیت کا خطرہ بھی پایا گیا۔

ڈاکٹر جوں یا گر کا تبصرہ:

اس معقول مفروضے کی بنیاد پر کہ بشری پیمائش سے وابستہ SNPs ان خصلتوں کا سبب ہیں، ان نتائج سے معلوم ہوتا ہے کہ جسم میں چربی کا بڑھا ہوا پیمانہ یاسیت کا باعث ہوتا ہے۔ اس میں نفسیاتی اور جسمانی دونوں عوامل شامل ہو سکتے ہیں، جس میں جسمانی امیج اور اس سے متعلق عدم اطمینان سے لے کر موٹاپا سے متعلق جسمانی خرابی اور سوزش کے عوامل شامل ہیں۔ معالجین کو ان باتوں کے بارے میں چوکس رہنے کی ضرورت ہے۔

Obesity as a cause of Depression

Speed MS et al. Transl Psychiatry 2019 Aug 5

Higher whole-body fat mass causally contributes to risk depression, according to an analysis of large datasets. Obesity, assessed by body-mass index (BMI), has been shown to lead to depression, but not the reverse, in Studies using Mendel randomization (a method that uses genome-wide association data to investigate how much risk factor might cause outcomes). Because BMI Does not differentiate between fat and lean body mass, researchers in another Mendelian randomization study have now ascertained whether fat per se is causally associated with depression.

The investigators examined anthropometric data (height, weight, whole-body fat mass, and whole-body nonfat mass) from the UK Biobank (approximately 330,000 individuals) and from the Psychiatric Genomics Consortium (about 480,000 individuals; about 135,000 cases had major depression, liberally defined). The two data sources shared approximately 6.5 million single nucleotide polymorphisms (SNPs). Whereas overall BMI was a causal risk factor for" depression, this link was due to fat mass (associated with 387 distinct SNPs), not to nonfat mass. One standard deviation in fat mass corresponded to a 0.19 increase in the log-odds ratio for depression. Conversely, depression was not a risk factor for any of the anthropometric measures. SNPs associated with short stature contributed causally but modestly to risk for depression.

Comment Dr. Joel Yager

Based on the reasonable assumption that SNPs associated with anthropometric traits are causal for those traits, these findings suggest that body fat mass contributes causally to the risk for depression. Both psychological and physical pathogenic processes might be involved, ranging from depressogenic dissatisfaction with body image and societal stigmatization to obesity-related metabolic and inflammatory processes. Clinicians can be alert to these connections.

بچوں میں یاسیت

ڈاکٹر اختر فرید صدیقی

ڈپریشن یعنی یاسیت، اداسی اور مایوسی صرف بڑوں میں ہی نہیں بلکہ بچوں میں بھی ہو سکتی ہے۔ تحقیق سے پتہ چلا ہے کہ عہد بلوغت یعنی puberty سے پہلے ایک فیصد بچوں میں ڈپریشن پایا جاتا ہے۔ جبکہ عہد بلوغت کے بعد یہ بڑھ کر تین فیصد ہو جاتی ہے۔

بچوں میں ڈپریشن کے Risk Factors میں مندرجہ ذیل باتیں حاصل اہمیت کی حامل ہیں:

(۱) لڑکیوں میں خصوصی طور پر عہد بلوغت کے بعد۔

(۲) اگر بچوں کے والدین میں بھی ڈپریشن ہو۔

(۳) اگر بچوں کے اندر پہلے سے ڈپریشن کی کچھ علامتیں موجود ہوں۔

(۴) بچوں کی زندگی میں منفی حالات و واقعات مثلاً والدین کی موت۔

(۵) اسکول میں ناکامی۔

(۶) بچوں کا Temperament یعنی مزاج اور طبیعت یعنی جو بچے اپنے ماحول میں شدت کے ساتھ رد عمل کا مظاہرہ کرتے ہیں۔

(۷) گھر کے ماحول کی بہت زیادہ اہمیت ہے یعنی والدین کے درمیان لڑائی یا والدین کا بچوں کو بات بات پر مارنا۔

(۸) ایک Hormone یعنی مادہ جس کا نام Cortisol ہے۔ دیکھا گیا ہے کہ جن بچوں میں Cortisol کی

Secretion زیادہ ہوتی ہے ان میں ڈپریشن زیادہ پایا جاتا ہے۔

بچوں میں ڈپریشن کی علامتیں:

(۱) MOOD یعنی مزاج میں تبدیلی:

ڈپریشن میں بچوں کا مزاج تبدیل ہو جاتا ہے۔ وہ اداس نظر آتے ہیں اور چھوٹی چھوٹی باتوں میں چڑچڑاپن ظاہر

ہونے لگتا ہے۔

وہ پہلے جن چیزوں میں دلچسپی لیتے تھے مثلاً کھیل کود، ٹی وی دیکھنا اور کمپیوٹر کا استعمال ان چیزوں میں دل نہیں لگتا ہے۔

(۲) Thought Changes یعنی سوچ میں تبدیلی:

ڈپریشن میں بچوں میں احساس کمتری کی سوچ رونما ہونے لگتی ہے کہ میں دوسروں سے کمتر ہوں یا پیچھے رہ گیا ہوں۔ خود اعتمادی میں کمی ہو جاتی ہے کہ فلاں کام تو میں کر ہی نہیں پاؤں گا۔ پڑھائی میں Concertation یعنی انہماک میں کمی ہو جاتی ہے اور سبق یاد کرنے میں مشکل ہوتی ہے۔ Decision Making یعنی کوئی بھی فیصلہ کرنے میں مشکل پیش آتی ہے۔ کبھی کبھی بچے ڈپریشن میں خودکشی کرنے کے خیالات کا اظہار بھی کرتے ہیں۔ جس کو بہت Serious اور سنجیدگی کے ساتھ لینا چاہئے۔

(۳) Physical And Behaviour Changes یعنی جسمانی اور رویوں کے طور طریقوں میں تبدیلی:

ڈپریشن میں بچے جسمانی کمزوری محسوس کرتے ہیں اور تھکاوٹ کا احساس ہونے لگتا ہے تھوڑا کام کر کے بھی تھکاوٹ محسوس کرتے ہیں، Motivation یعنی کسی مقصد کے حصول میں کمی ہو جاتی ہے اپنی Self Care یعنی اپنی ذات سے دلچسپی کم ہو جاتی ہے۔ روزمرہ کے معاملات یعنی روزانہ نہانے، کپڑے تبدیل کرنے اور اپنی صفائی ستھرائی میں دلچسپی کم ہو جاتی ہے۔ ڈپریشن میں بچے اپنے دوستوں اور گھر کے لوگوں سے الگ تھلگ ہو جاتے ہیں۔ ان کی نیند اور بھوک کے معاملات میں تبدیلی آنے لگتی ہے۔ کبھی کبھی بچے اپنے آپ کو نقصان پہنچانے والے عمل بھی کر سکتے ہیں مثلاً غصے میں سردیوار پر مار دینا یا بلیڈ سے کلائی میں خراش لگا لینا۔ عہد بلوغت کے بعد یعنی Depression After Puberty میں عموماً اداسی سے زیادہ مزاج میں غصہ دیکھا جاتا ہے۔ ڈپریشن میں بچے نشہ آور Drugs کا بھی استعمال شروع کر سکتے ہیں۔

(۴) Masked Depression

Masked Depression اس طرح کا ڈپریشن ہے جس میں بچوں کے مزاج میں اداسی چڑچڑاپن یا غصہ نہیں ملتا بلکہ بچے دیگر مختلف علامتوں کی شکایت کرتے ہیں یعنی پیٹ میں اور سر میں درد کی شکایت، بھوک نا لگنا یا رات کو سونے میں پیشاب کا نکل جانا۔

Prognosis بچوں میں ڈپریشن کی

ایک تحقیق کے مطابق جن بچوں کا ڈپریشن کے لئے علاج کیا گیا تھا ان میں سے 58 فیصد بچوں کو جوانی میں بھی ڈپریشن تشخیص کیا گیا یعنی اگر بچپن میں ڈپریشن ہو جائے تو بڑے ہو کر بھی اس کے دوبارہ ہونے کا تناسب بہت زیادہ ہوتا ہے۔

General Measures

(۱) اگر کسی بھی طرح کے مناسب حالات کی وجہ سے ڈپریشن ہو رہا ہے تو کوشش کی جائے کہ ان حالات میں کمی کی جائے اور بچوں کو ہمت دلائی جائے اور حوصلہ افزائی کی جائے اور وہ اپنے احساسات اور جذبات کا پوری طرح سے اظہار کریں۔

(Ventilate Out Feeling)

(۲) اگر بچوں کے ڈپریشن کی وجہ والدین کا ڈپریشن ہے تو پھر ایسے والدین کا علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔
 (۳) اسکول جانے والے بچوں میں ان کے اساتذہ کو شامل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے اور ان سے مل کر بات کرنی چاہئے کہ ڈپریشن کی وجہ سے بچوں کی اسکول کا رگدی کس طرح متاثر ہو سکتی ہے۔ اسکول میں اگر بچے کے لئے Stress Factor یعنی دباؤ کے حالات موجود ہیں مثلاً کچھ بچے دوسرے بچوں کے ساتھ Bullying کرتے ہیں بچوں کو تنگ اور پریشان کرتے ہیں تو اساتذہ اس طرح کے ماحول میں بچے کے لئے بہتری لانے کی کوشش کریں۔
 (۴) جن بچوں کو ڈپریشن ہو ان کے والدین کو ڈپریشن کے بارے میں پوری آگاہی دینی چاہئے تاکہ ان کو اس بیماری کے بارے میں پوری طرح سے علم ہو اور وہ بچے کے بارے میں یہ نہ سوچیں کہ بچہ سب کچھ جان بوجھ کر کر رہا ہے۔

Psychological Treatment- نفسیاتی علاج:

اس علاج میں مختلف اقسام کی Psychotherapy یعنی باتوں کے ذریعے علاج شامل ہے۔

اس میں Cognitive therapy, Interpersonal therapy اور Family therapy شامل ہیں۔

Medication یعنی دواؤں سے علاج:

اگر بچے کے ڈپریشن میں General Measures اور Psychotherapy سے افاقہ نہیں ہوتا یا پھر depression شدید نوعیت کا ہو تو پھر Antidepressant Medications دی جاتی ہیں۔ دواؤں کے ساتھ ساتھ Psychotherapy بھی ضروری ہوتی ہے۔ بچوں کا دواؤں کے ذریعے علاج کرنے سے پہلے ہمیشہ والدین کی Consent یعنی اجازت کی ضرورت ہوتی ہے۔

نومیت

(Hypnosis)

ڈاکٹر سید مبین اختر

Directions to the Subject

For this session of hypnosis (relaxation) ask the subject to lie down comfortably. However the session can also be carried out if the subject sits down comfortably in a chair with arms rests and head support. The room should be as quiet as possible the lights should either be dim or completely turned off. Tell the subject to concentrate completely on the message conveyed to him. He should try to imagine all the states suggested. More over gross movement should be avoided including standing up or walking. Most subjects will feel no difference during the session and some feel slightly relaxed but both states should not be a cause for any worry. All question and comments, should be withheld till after the session has been terminated. The hypnotist should give the message in low, monotonous, melodious tones.

آپ آرام سے ہیں۔ بالکل سکون اور چین سے۔ جسم ڈھیلا چھوڑ دیں۔ صرف میری آواز کی طرف دھیان دیں۔ جو میں کہوں وہ اپنے اوپر طاری کرنے کی کوشش کریں۔ پوری کوشش۔ مکمل کوشش۔ کچھ اور نہیں صرف میری آواز سنیں۔ اپنی آنکھیں اوپر کو کریں جیسے اپنے ماتھے کو دیکھنے کی کوشش کر رہے ہوں۔ مزید اوپر کریں تاکہ ماتھا اور بھوئی نظر آ جائیں۔ اس طرح آنکھوں کو اوپر کی طرف مرکوز رکھیں۔ اس طرح آنکھیں قائم رکھیں۔ چند لمحے اور۔

آپ کی آنکھیں بھاری ہو رہی ہیں۔ پلکیں بھاری ہو رہی ہیں۔ بہت بھاری ہیں کہ بند کرنے کی خواہش ہو رہی ہے۔ آنکھیں مزید بھاری محسوس ہو رہی ہیں۔ بہت ہی بھاری اور بوجھل ہو رہی ہیں۔ آنکھیں اب بند ہوئی جا رہی ہیں۔

بلکل بند ہو رہی ہیں۔ بالکل بند ہو گئی ہیں۔ پوری طرح بند ہیں، اب آنکھیں بند کریں۔ پوری طرح بند کریں۔ آنکھیں بند رکھیں اور جسم ڈھیلا چھوڑ دیں۔

سارا جسم ڈھیلا ڈھالا چھوڑ دیں۔ آنکھیں بند رکھیں۔ آرام آرام سے گہرے سانس لیں۔ ہر سانس کے ساتھ جسم میں آرام اور سکون کی ایک کی لہر محسوس ہوگی۔ بہت ہی پرسکون اور آرام دہ۔ سارا جسم سکون، چین، لطف اور سرور محسوس کر رہا ہے۔ سر سے لیکر پیر تک آرام اور سکون محسوس ہو رہا ہے۔ سر بھی آرام دہ ہے اور دماغ میں بھی سکون اور اطمینان ہے۔ گردن بھی ڈھیلی ڈھالی آرام دہ ہے۔ کندھوں میں آرام اور سکون ہے۔ دونوں بازو ڈھیلے ڈھالے ہلکے پھلکے آرام اور سکون سے بھرپور ہیں۔ کندھوں سے لیکر ہاتھ کی تمام انگلیوں تک سینہ اور کمر میں بھی آرام اور سکون ہے دل میں بھی اطمینان اور سکون ہے پیٹ اور کمر میں آرام اور سکون اور مکمل چین ہے۔ دونوں ٹانگوں میں آرام اور چین ہے۔ کولہوں سے لیکر پیروں کی انگلیوں تک بہت آرام اور سکون۔ ڈھیلی ڈھالی آرام دہ پرسکون اور چین سے بھرپور۔ آنکھوں میں بھی ٹھنڈک محسوس ہو رہی ہے اور آرام اور سکون اور چین اور مزہ۔ منہ اور حلق میں بھی مزہ ہے اور ٹھنڈک اور چین اور سرور۔ بہت ہی مزہ اور سرور۔ لطف ہے آرام چین اور سرور اور مزے سے بھرپور ہے۔

میں تین تک گنوں گا اور جب تین پر پہنچوں تو آپ بہت ہی گہرے آرام اور سکون کی دنیا میں پہنچ جائیں گے۔ بہت ہی آرام اور سکون اور چین محسوس کریں گے۔ آپ کے آرام میں تیزی سے اضافہ ہو رہا ہے۔ سارا جسم ڈھیلا ڈھالا آرام دہ محسوس ہو رہا ہے۔ سر سے لیکر پیر تک ڈھیلا ڈھالا، آرام دہ، پرسکون، پرسرور، پُر لطف، مزیدار۔ ہر سانس کے ساتھ اس کیفیت میں اضافہ ہو رہا ہے۔ دماغ میں اطمینان ہے دل پرسکون ہے۔ جسم ڈھیلا ڈھالا آرام دہ۔ پرسرور، پرسکون، پُر لطف محسوس ہو رہا ہے۔

ایک :

صرف میری آواز کی طرف دھیان دیں۔ یہ آواز کانوں میں پڑتے ہی رس گھولتی ہے، آرام پہنچاتی ہے، سکون کی دنیا میں لے جاتی ہے، دل اور دماغ کو سکون پہنچاتی ہے، اور جسم کے ایک حصے کو آرام اور سکون اور چین دیتی ہے۔ جسم کو ڈھیلا چھوڑ دیں۔ اچھے اچھے پُر لطف خیالات طاری ہونے دیں۔ ذہن میں خوشی اور اطمینان ہے۔ دل میں سکون اور چین ہے۔ جسم کا رواں رواں آرام اور چین سے بھرپور ہے۔ بہت لطف اور سرور محسوس ہو رہا ہے۔

دو :

آپ ہدایات پر بہت اچھی طرح عمل کر رہے ہیں۔ اس کا بہت فائدہ بھی ہوگا، آپ کو مزہ بھی آئے گا، لطف بھی محسوس ہوگا۔ اب میں اگلا ہندسہ بولوں تو آپ مزید گہرے آرام میں پہنچ جائیں گی، پُر لطف، پُر سکون، ڈھیلا ڈھالا جسم اور آرام دہ کیفیت۔ اب آرام و سکون عروج پر ہے۔ دل و دماغ پر مزہ اور لطف اور سُرو کی گہری کیفیت طاری ہے۔ مزہ ہی مزہ، سکون ہی سکون، لطف ہی لطف۔ سر سے لیکر پاؤں تک لطف اور سُرو اور آرام۔ سر میں آرام اور سکون ہے، دماغ میں اچھے خیالات ہیں۔ اطمینان اور خوشی ہے۔ آنکھوں میں آرام اور ٹھنڈک ہے، منہ زبان اور گلے میں ٹھنڈک اور خوشبو اور اچھا ذائقہ ہے، خوشبو اور مہک، مزیدار مزہ، شربت کی ٹھنڈک، پُر لطف سکون مزیدار۔ گردن بھی ڈھیلی ڈھالی آرام دہ ہے۔ کندھوں میں سکون اور آرام محسوس ہو رہا ہے۔ بازوؤں میں سکون اور آرام اور ڈھیلا پن ہے۔ کندھوں سے لے کر ہاتھوں کی انگلیوں تک دونوں بازوؤں میں دائیں اور بائیں۔ سینہ اور کمر بھی آرام اور سکون سے بھرپور ہیں، دل بھی خوش و خرم مطمئن ہے۔ پیٹ اور کمر میں آرام اور سکون ہے۔ ٹانگیں بھی ڈھیلی ڈھالی، ہلکی پھلکی، اور آرام دہ محسوس ہو رہی ہیں۔ کولہوں سے لے کر پیروں کی انگلیوں تک بہت ہی آرام اور سکون اور چین۔

تین :

ذہن میں اچھے اچھے خیالات آرہے ہیں۔ ایک باغ کا تصور کریں۔ اس باغ میں سیر کر رہے ہیں۔ بہت لطف آرہا ہے۔ ہر طرف ہری بھری گھاس ہے۔ رنگ برنگے پھول، ٹھنڈی ٹھنڈی ہوا۔ لہلہاتے ہرے بھرے درخت، جیسے جنت میں پہنچ گئے ہیں۔ سکون، چین، لطف، سُرو، خوشی اور مزہ۔

اب آپ اپنی زندگی کا بہترین واقعہ یاد کریں۔ اس واقعہ کو ذہن میں لائیں جس میں آپ کو بہت زیادہ خوشی محسوس ہوئی تھی۔ زندگی میں سب سے زیادہ مزہ آیا تھا۔ سب سے زیادہ یادگار موقع وہ واقعہ اب آپ کے ذہن میں بالکل صاف ہے۔ آپ اس کو دیکھ رہی ہیں جیسے ٹیلیوژن پر پروگرام دیکھتے ہیں۔ وہی لوگ نظر آ رہے ہیں۔ وہی آوازیں سنائی دے رہی ہیں۔ وہی کھانا، پینا، ہنسنا، بولنا، مزہ اور لطف۔ وہی خوشی اور گفتگو۔ یوں لگ رہا ہے جیسے اب دوبارہ وہ واقعہ وقوع پزیر ہو رہا ہے۔ اس وقت وہ سب جذبات محسوس کر رہی ہیں۔ خوشی کے محبت کے لطف کے۔ وہی کیفیت وہی سُرو، وہی مزہ آرہا ہے۔

شاباش آپ نے بہت اچھی طرح ہدایات پر عمل کیا۔ بہت اچھا نتیجہ ہو رہا ہے۔ آپ کو اس سے فائدہ ہوگا۔ یہ آپ

کی توجہ کی وجہ سے ہی ممکن ہوا ہے۔ اسی طرح میری آواز پر توجہ مرکوز رکھیں، صرف میری آواز سنیں اور جو کچھ میں کہوں وہ کیفیت اپنے اوپر طاری کرنے کی کوشش کریں۔ اسی طرح اصل مزہ آئے گا۔ اس طرح حمل اور ڈیلیوری بھی آسان اور آرام دہ ہو جائے گی۔

آئندہ آپ کو ذہنی و جسمانی مشق کیلئے دو تین کہا جائے تو آپ فوراً اسی آرام وہ حالت میں پہنچ جائیں گے تاکہ مزہ اور لطف آئے، یاد رکھیے ہند سے ایک۔ دو۔ تین۔

اب آپ بہت مزہ اور لطف محسوس کر رہے ہیں۔ جسم میں پُر لطف اور پُر سکون ہے۔ دل و دماغ بھی خوش و خرم اور سکون اور اطمینان سے ہیں۔ اب کچھ لمحوں کیلئے خاموشی سے آرام سے لیٹے رہیں اور اس ذہنی و جسمانی سکون کا لطف اٹھائیں۔

آج کل آپ خوش و خرم رہیں گے۔ بھوک صحیح ہوگی۔ ہاضمہ درست ہوگا۔ تروتازہ محسوس کریں گے۔ پیٹ اور کمر میں سکون ہوگا۔ پاؤں اور ٹانگوں میں چین و سکون محسوس ہوگا۔ منہ کا مزہ تروتازہ رہے گا۔ سارا جسم، دل و دماغ تروتازہ، تندرست، صحت مند اور آرام دہ رہیں گے۔ رات کو نیند گہری اور پُر سکون آئے گی۔ صبح کو تروتازہ رہیں گے، سارا دن خوش و خرم رہیں گے۔ اب میں آپ کا ہاتھ دباؤں گا اور آپ کے جسم کا ڈھیلا پن آرام سکون اور لطف کئی سو گنا بڑھ جائے گا۔

(PRESS HAND)

بہت گہرا آرام دہ سکون۔ کئی سو گنا آرام و سکون چین، لطف، سُرو اور ڈھیلا پن۔ سکون میں بے پناہ اضافہ ہو رہا ہے، مزے میں، خوشی میں، سکون میں دل و دماغ کے چین اور اطمینان میں بہت زیادہ اضافہ۔ آئندہ اس کیفیت میں پہنچنے کیلئے صرف ایک، دو، تین کہہ دینا کافی ہوگا۔ یہ یاد رکھیں کہ فوراً آرام و سکون طاری کیا جاسکتا ہے، یاد رکھیے ایک، دو، تین کہتے ہی ایسی ہی گہری آرام و سکون کی کیفیت میں پہنچ جائیں گے۔

اب کچھ لمحے چپ چاپ آرام سے لیٹے رہیں۔ دل و دماغ اور جسم کے آرام اور سکون اور لطف کے مزے لیتے رہیں۔

Stay Quiet For A Few Seconds and then give the suggestions you desire. The suggestion can consists of the following:

- (i) Removal of sympous of conversion neurosis.
- (ii) Removal of anxiety in performing sexual intercourse.

(iii) Temporary anaesthesia in dental extraction, ear and nose piercing, normal delivery, etc.

(vi) Stamping out bad habits like smoking.

اب آپ کو یہ مشق ختم کرنی ہے۔ اب اس مشق کو ختم کرنا چاہتے ہیں۔ جب میں تالی بجاؤں تو آپ کی مشق ختم ہو جائے گی، آنکھیں کھول دیں گے اور اٹھ بیٹھیں گے۔ آپ کی غنودگی کم ہو رہی ہے۔ جسم تروتازہ محسوس ہو رہا ہے۔ دل و دماغ تروتازہ، چاق و چوبند محسوس ہو رہے ہیں۔ غنودگی کم ہو رہی ہے۔ جسم مزید تروتازہ ہو رہا ہے۔ دماغ چاق و چوبند ہو رہا ہے۔ تروتازہ ہو رہا ہے۔ اب غنودگی بالکل غائب ہو گئی ہے۔ جسم تروتازہ اور چاق و چوبند ہو گیا ہے۔ پرسکون اور آرام دہ۔ دل مطمئن اور خوش و خرم ہے۔ دماغ اب چاق و چوبند، خوش و خرم ہے۔ اب آپ بالکل جاگ چکے ہیں۔ جسم بالکل اصلی تروتازہ، چاق و چوبند، متحرک حالت میں آ گیا ہے۔ دل خوش ہے، دماغ چاق و چوبند ہے۔ اب آپ میری تالی کا انتظار کر رہے ہیں۔ جیسے ہی میں تالی بجاؤں آپ آنکھیں کھول دیں گے اور مشق ختم ہو جائے گی۔ اب میں تالی بجانے لگا/ لگی ہوں۔

Clap Once

اردو کو ملا اقوام متحدہ کی زبان کا درجہ

(ایجنسیاں)

جنیوا: اردو اب اقوام متحدہ کی سرکاری زبان بن گئی ہے۔ تاریخ میں پہلی بار اقوام متحدہ کے سکریٹری جنرل کا اردو زبان میں پیغام جاری کیا گیا ہے۔ یہ ایک خوش آئندہ خبر ہے۔ اس طرح اردو اب ایک عالمی زبان بن گئی ہے۔ ایک رپورٹ کے مطابق اقوام متحدہ کی جانب سے 6 زبانوں انگریزی، عربی، چینی، فرانسیسی، روسی اور ہسپانوی کو ہی اقوام متحدہ میں سرکاری زبان و انٹرنیشنل زبان کا رتبہ حاصل تھا۔

اقوام متحدہ میں انہیں زبانوں میں مختلف کارروائیاں اور پیغامات جاری کئے جاتے رہیں ہیں۔ لیکن اب تک کی تاریخ میں یہ پہلا واقعہ ہے کہ اقوام متحدہ کی جانب سے سکریٹری جنرل کا وینٹنیو گوٹریس بیان اردو ترجمہ کے ساتھ بھی نشر کیا گیا ہے۔ غور طلب ہے کہ اردو دنیا کے تقریباً ہر گوشے میں بولی جاتی ہے، برصغیر کا اردو داں طبقہ بڑی تعداد میں 40 سے زائد ملکوں میں مقیم ہے۔

امریکہ، برطانیہ، فرانس، جرمنی کے کئی اہم شہروں سے لیکر ممالک میں بھی اردو کی پڑھائی ہوتی ہے۔ کناڈا، نیو یارک، لندن، جرمنی سے باضابطہ اردو کے اخبارات اور میگزین بھی نکلتے ہیں۔ اقوام متحدہ کے ذریعے اردو زبان کو سرکاری زبان کے طور پر استعمال کئے جانے کا فیصلہ اس زبان کی مقبولیت اور اہمیت کا نتیجہ ہے۔

برصغیر بالخصوص ہند، پاکستان، بنگلہ دیش کے کئی اہم لیڈروں نے اقوام متحدہ کے سکریٹری جنرل اسٹینیو گوٹریس کا شکریہ ادا کیا ہے اور کہا ہے کہ اس عمل سے اس زبان کے فروغ میں تیزی آئے گی اور اس کی مقبولیت میں اضافہ ہوگا۔

جنگ آزادی 1857ء اور تلخ حقائق

شاہنواز فاروقی - جسارت

امریکا اور اس کے اتحادیوں نے عراق کے خلاف جارحیت کے ارتکاب میں کہا تھا کہ صدام حسین کے پاس بڑے پیمانے پر تباہی پھیلانے والے ہتھیار ہیں جن سے امریکا اور دیگر مغربی ملکوں کی سلامتی کو خطرہ ہے۔ لیکن بالآخر ثابت ہوا کہ عراق کے پاس ایسے ہتھیار نہیں تھے۔ اس صورت حال کے بعد برطانیہ کے سابق وزیراعظم ٹونی بلیئر نے اچانک پینتربدلا اور فرمایا کہ ہمیں یقین ہے کہ تاریخ ہمارے اقدام کو صحیح قرار دے گی۔ ٹونی بلیئر نے یہ بات اس طرح کہی کہ جیسے مستقبل میں تاریخ نویسی کا کام انہی کے ہاتھ میں ہوگا اور وہ اپنی جارحیت کے بارے میں جو چاہیں گے لکھ سکیں گے۔ ایسا ناہوتا تو ٹونی بلیئر کو معلوم ہوتا کہ تاریخ بے رحم ہوتی ہے۔ وہ دودھ اور پانی کو الگ کر دیتی ہے، بلکہ ہر حال کے دکھ ماضی کی تلخیوں کو بھی زندہ کر دیتے ہیں۔ اس کا تازہ ترین ثبوت یہ ہے کہ نائن الیون کے بعد مغربی دنیا نے اسلام اور مسلمانوں کو اس طرح دہشت گردی اور انتہا پسندی سے وابستہ کیا ہے کہ مسلمان یورپی طاقتوں کے نوآبادیاتی تجربات کو بھی یاد کرنے پر مجبور ہو گئے ہیں۔

مسلمانوں کا ایک بہت بڑا تلخ نوآبادی تجربہ 1857ء کی جنگ آزادی ہے۔ انگریزوں نے بہادر شاہ ظفر کو اس جنگ آزادی سے دور رکھنے کے لیے یقین دلایا کہ اگر وہ مجاہدین آزادی سے دور رہا تو اس کی بادشاہت اور مراعات کو کوئی خطرہ ہوگا۔ لیکن انگریزوں نے بہادر شاہ ظفر سے کیے گئے عہد کو پورا نہ کیا۔ اس کے برعکس انہوں نے شہزادوں کے سرکاٹ کر بہادر شاہ ظفر کو تحفے کے طور پر بھیجے۔ یہاں تک کہ انہوں نے بہادر شاہ ظفر کو ہندوستان میں مرنے اور دفن بھی نہ ہونے دیا۔ دنیا کی عظیم الشان سلطنت کا مالک رنگوں کے ایک کمرے میں کسمپرسی کی زندگی بسر کرنے پر مجبور ہو گیا اور کمنا می میں مر گیا۔ اس بے بسی اور کسمپرسی کا اظہار بہادر شاہ ظفر کی شاعری میں ہوا ہے جس کی علامت اس کا یہ شعر ہے۔

"کتنا ہے بدنصیب ظفر دفن کے لئے دو گز زمیں بھی نہ ملی کوئے یار میں"

لیکن بہادر شاہ ظفر کا ذاتی المیہ 1857ء کی جنگ آزادی کا محض ایک فی صد ہے۔ انگریزوں نے جنگ آزادی کو غدر اور بغاوت کا نام دیا، حالانکہ انگریزوں کے نقطہ نظر سے دیکھا جائے تو یہ جنگ آزادی زیادہ سے زیادہ "خانہ جنگی" کہلانے کی

مستحق تھی۔ اس کی وجہ یہ تھی کہ پورے ہندوستان پر انگریزوں کی "رعیت" تھے، اور رعیت حکمرانوں سے ناراض ہو تو اس کو قتل عام اور نسل کشی کا نشانہ نہیں بنایا جاتا۔ اس سے بات چیت کی جاتی ہے، مذاکرات کا اہتمام کیا جاتا ہے، رعایا کی جائز شکایات کا ازالہ کیا جاتا ہے اور اسے مطمئن کر کے "زیادہ وفادار" بنایا جاتا ہے۔ اس کی مثال برطانیہ اور آئرلینڈ کی جنگِ آزادی لڑنے والی تنظیم شین فین کے تعلقات ہیں۔ شین فین نے کئی دہائیوں تک مرکزی حکومت کے خلاف مسلح جدوجہد کی، مگر برطانیہ آئرلینڈ کو قتل گاہ میں تبدیل نہیں کیا، بلکہ بالآخر اس نے شین فین کے ساتھ مذاکرات کیے اور پُر امن بقائے باہمی کی صورت نکالی۔ لیکن 1857ء کی جنگِ آزاری کی ہولناکی اتنی بڑھی کہ اس کی مثال نہیں ملتی۔ جنگِ آزاری کے حوالے سے لکھی جانے والی کتابوں کے مطابق چند روز کے اندر صرف دلی میں 27 ہزار افراد شہید کیے گئے۔ ایک اندازے کے مطابق پورے ہندوستان میں تقریباً 52 ہزار علماء کو شہید کیا گیا۔

انگریزوں کے فوجیوں پر طاقت اور انتقام کا بھوت اس طرح سوار تھا کہ صرف مسلمان ہونا بھی جرم بن گیا تھا۔ انگریزوں کے فوجی لوگوں کو پکڑتے اور پوچھتے ہندو ہو یا مسلمان؟ جیسے ہی یہ معلوم ہوتا کہ پکڑا جانے والا مسلمان ہے تو اسے قتل کر دیا جاتا۔ انگریزوں کا ایک زخمی فوجی دلی کی ایک محلے میں داخل ہوا اور اس نے ایک گھر کے زنان خانے میں گھسنے کی کوشش کی۔ اہل خانہ نے اسے ایسا کرنے سے روکا، اور صرف اتنی مزاحمت پورے محلے کا سنگین جرم بن گئی۔ محلے کے تمام مردوں کو جمع کر کے جمنا کے کنارے لے جایا گیا اور کہا گیا کہ جو جمنا کے پانی کی طرف بھاگ کر جان بچا سکتا ہے بھاگ جائے، اور جو نہیں بھاگ سکتا وہ مرنے کے تیار ہو جائے۔ دیکھتے ہی دیکھتے جمنا کی ریت خونِ مسلم سے تر ہونے لگی۔ جن لوگوں نے جمنا میں چھلانگ لگائی وہ جمنا میں ڈوب کر مر گئے۔ جنگِ آزادی نے انگریزوں کی اخلاقیات اور نفسیات کو کتنا پست کر دیا تھا اس کا اندازہ انگریز مصنف پاس ورتھ اسمتھ کے اس اقتباس سے بخوبی کیا جاسکتا ہے۔ پاس ورتھ لکھتا ہے:

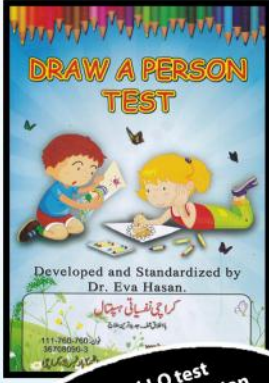
"بعض افسر رومی زندگی کے جوش میں اصرار کر رہے تھے کہ دلی شہر کو جو ہندوستان کا سرمایہ، افتخار اور اس کا دار الحکومت تھا۔ ڈھا کر زمین کے برابر کر دیا جائے اور زمین کو شورزار بنا دیا جائے۔ دوسرے اس سے بھی آگے بڑھ کر مذہبی جنون میں اس بات ہر زور دے رہے تھے کہ جامع مسجد کو جو دنیا کی شاندار ترین اور نفیس ترین عمارتوں میں سے ایک تھی، کھدوا دیا جائے یا کم از کم اس کے کلس پر صلیب نصب کر کے اسے گرے میں تبدیل کر دیا جائے۔"

باس ورتھ کے مطابق بعض انگریزوں نے دہلی میں ہل چلوانے کی تجویز دی۔ بڑی تعداد میں مساجد کو بارکوں میں تبدیل کیا گیا۔ وہاں کتے رکھے جاتے اور خنزیریں بھی کیے جاتے۔ دہلی کے باہر دیگر شہر اور دیہات بھی انگریزوں کی درندگی سے نہ بچے۔ یہ مسلمانوں کی مزاحمت اور حکمت عملی تھی کہ اپنا وجود بچانے میں کامیاب رہے، ورنہ انگریزوں نے نسل کشی میں کو یہ کسر نہ چھوڑی تھی۔ انگریزوں کا دور ظلم و جبر اور ریاستی دہشت گردی کا دور تھا جس میں مسلمانوں کے خاتمے کی کوشش کی گئی۔ یہ یہودیوں کے خلاف ہٹلر کے ہولوکاسٹ سے بھی بڑا ہولوکاسٹ تھا جس میں ایک کروڑ سے زیادہ انسانوں کا خون بہایا گیا۔

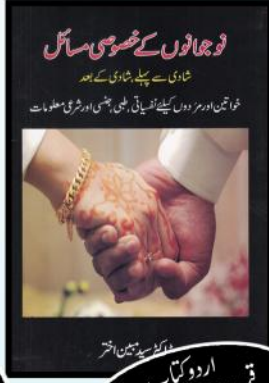
ان حقائق کے باوجود برطانیہ گزشتہ ڈیڑھ سو سال سے جمہوریت کی ماں ہے۔ انسانی حقوق کے منشور میگنا کارٹا کا مرکز ہے۔ تہذیب و شائستگی کی عامت ہے۔ فکر و تدبیر کا استعارہ ہے۔ ڈپلومیسی کا مینارہ ہے، اور ان کا وزیر اعظم پانچ برس میں چھ لاکھ مسلمانوں کو نگل جانے والی جاریت ایجاد کرتے ہوئے کہتا ہے کہ تاریخ ہمارے اقدام کو سراہے گی، اس کا جواز پیش کرے گی۔ لیکن حقیقت یہ ہے کہ تاریخ اگر مغربی دنیا کے خلاف گواہ بن کر کھڑی ہوگئی تو اہل مغرب صدیوں تک کسی کا منہ دکھانے کے قابل نہیں رہیں گے۔

لیکن 1857ء کی جنگِ آزادی میں صرف منفی پہلو ہی نہیں ہیں۔ اس جنگِ آزادی نے برصغیر کی ملتِ اسلامیہ کو غلامی کی نفسیات کا اسیر ہونے سے بچا لیا اور برصغیر کے مسلمان اس جنگ کے صرف 80 سال بعد اس قابل ہو گئے کہ وہ برصغیر میں ایک آزاد وطن کے قیام کے لئے ایک عظیم الشان تحریک برپا کر سکیں۔ 1857ء کی جنگِ آزادی میں مسلمانوں کا جس بڑے پیمانے پر جانی و مالی نقصان ہوا اسے جذب کرنا آسان نہ تھا، مگر برصغیر کی ملتِ اسلامیہ نے اسے جذب کر کے دکھا دیا، اور ثابت کیا کہ وہ انتہائی منفی تجربوں سے بلند ہو کر سوچ اور عمل کر سکتی ہے۔ ایسا نہ ہوتا تو تحریکِ پاکستان کبھی بھی پُر امن نہیں ہو سکتی تھی۔

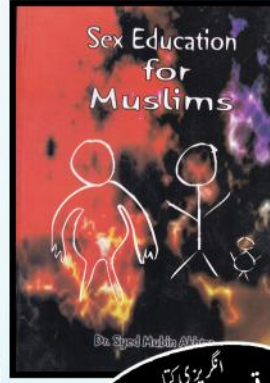
Books for Sale



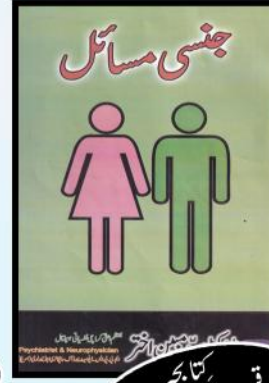
Pakistani I.Q test
Standardized in Pakistan
قیمت 5000 روپے



اردو کتاب
قیمت 500 روپے



انگریزی کتاب
قیمت 500 روپے



کتابچہ
قیمت 50 روپے



اردو کتاب
قیمت 70 روپے

کتابوں کا مختصر تعارف

Sex Education for Muslims

The Quran and Hadees provide guidance in all affairs of life. It is imperative for a Muslim to study the Quran and Hadees. Understand them, and make these principles a part of his daily life. The most important human relationship is that of marriage. It is through this institution that the procreation and training of the human race comes about. So, it's no wonder that the Quran and Hadees give us important guidance on this matter. But it is unfortunate that our authors, teachers and imams avoid this topic in their discourses due to a false sense of embarrassment. Moreover, most of them are not well versed in the field of medicine and psychology. Therefore, it's only people who have knowledge of both religion as well as medicine who should come forward to speak and write on the subject. We have included in this book all passages referring to sexual matters from the Quran, Hadees and Fiqh. These passages provide guidance to married as well as unmarried youngsters. If one reads this matter it would be easier to maintain proper physical and sexual health, along with an enjoyable marital life. The reading of this matter as well as using it in one's life will be considered equal to worship.

یہ کتاب اردو ترجمے کے ساتھ بھی ہے جس کا عنوان ہے
"نوجوانوں کے خصوصی مسائل"

جنسی مسائل

لڑکپن سے جوانی تک کی عمر ایسی ہے جس کے دوران جنسی اعضاء میں کافی تبدیلی آتی ہے۔ اس لئے نوجوانوں کو یہ پریشانی لاحق ہوتی ہے کہ تبدیلیاں فطری ہیں یا کسی بیماری کا مظہر ہیں۔ اتنی بات بتانے کے لئے ہمارے معاشرے میں کوئی تیار نہیں ہوتا۔ نہ والدین، نہ اساتذہ اور دوسرے ذرائع ابلاغ یہ سعی کرتے ہیں۔ اس کے بارے میں مستند کتابیں بھی موجود نہیں ہیں بلکہ اگر غلطی سے کوئی لڑکا یا لڑکی اس موضوع پر کوئی بات کر بیٹھے تو وہ سخت بدلہ تقید بنتا ہے۔ اس لئے ان سب چیزوں کو دیکھتے ہوئے ڈاکٹر سید مبین اختر نے یہ کتابچہ تیار کیا ہے جس میں جنسی مسائل کے حوالے سے قرآن وحدیث کی روشنی میں بنیادی مسائل کا حل تجویز کیا ہے۔

انگریزوں کا ہندوستان پر ظلم و ستم اور قتل و غارت
انگریزوں نے تاجر کے روپ میں ہندوستان آکر مسلم فرماواؤں سے پورا ملک چھین لیا اور پھر شدید ظلم و ستم کیا، مگر ہم لوگ اکثر اس سے نااہل ہیں۔ بلکہ اکثر لوگ تو ان کی تعریف وتوصیف کرتے ہیں۔ امریکہ اور اسٹریلیا میں ان لوگوں نے جا کر قدیم آبادی کو تقریباً نیست و نابود کر دیا مگر ہندوستان میں بھی تباہی، بربادی اور ظلم و ستم کی ایک داستان رقم کر دی۔
یہ کتاب زیادہ تر مولانا حسین احمد مدنی (برطانوی سراج نے ہمیں کیسے لوٹا) اور (Hunter-The Indian Muslims) کی کتابوں سے ماخوذ ہے۔ جن لوگوں کو مزید تفصیلات درکار ہوں ان کو ان کتابوں کا مطالعہ ضرور کرنا چاہئے۔

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Landhi
Al syed Center, Quaidabad
(Opp. Swidish Institute)
Phone: 35016532

We can also send these books by VPP.

For I.Q in Pakistan

DRAW A PERSON TEST



پاکستان میں پہلی دفعہ بچوں کی ذہانت (I.Q) کو جانچنے کے حوالے سے نفسیاتی ٹیسٹ متعارف کیا جا رہا ہے۔ پاکستان میں بچوں کی ذہانت جانچنے کے لئے ابھی تک کوئی ٹیسٹ موجود نہیں ہے جو کہ ہمارے اپنے بچوں کے اعداد و شمار جمع کر کے بنایا گیا ہو۔ ابھی تک ہم دوسرے ملکوں میں استعمال کئے جانے والے ذہانت کے ٹیسٹ استعمال کرتے رہے ہیں جو کہ ان کے حالات اور معاشرے کے حوالے سے ترتیب دیئے گئے ہیں۔ ان ملکوں کے حالات اور سماجی اقدار ہمارے سماجی حالات سے یکسر مختلف ہیں جس کی وجہ موجودہ ذہانت کے آزمائشی ٹیسٹ (I.Q Test) ہمارے بچوں کی ذہانت کو صحیح طرح نہیں جانچ سکتے ہیں۔

اس ضرورت کو سامنے رکھتے ہوئے ملک کی مشہور ماہر نفسیات ایوا حسن (مرحومہ) نے اپنے صلاحیتوں کو بروکار لاتے ہوئے اس ذہانت کے آزمائش کو مقامی سطح پر اپنے ملک کے بچوں پر کام کر کے اس آزمائشی ٹیسٹ کو پاکستان میں رہنے والے (7 سے 12) سال کے بچوں پر استعمال کرنے کے قابل بنایا۔

کراچی نفسیاتی ہسپتال جو کہ گزشتہ 52 سالوں سے علم و ادب، تحقیق و تربیت کے حوالے سے کام کر رہا ہے، ڈاکٹر سید مبین اختر کی سربراہی میں جو کہ اس ملک کے ایک مشہور ماہر ذہنی امراض ہیں نے ڈاکٹر ایوا حسن (مرحومہ) کی اس کاوش کو کتابی شکل میں لا کر عوام الناس کی خدمت کے لئے لوگوں کے استعمال اور بچوں کی ذہانت معلوم کرنے کے لئے پیش کر رہا ہے۔

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
Nazimabad no 3,
karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

Quaidabad
Al syed Center,
(Opp. Swidish Institute)
Phone: 35016532

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital"
(Pakistan)

Qualification:

- * Diplomat of the American Board of Psychiatry
- * DPM, MCPS or FCPS

Send C.V to:

Dr. Syed Mubin Akhtar (Psychiatrist & Neurophysician)
M.D. KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

Address:

Nazimabad No.3 Karachi, Pakistan

E-mail:

mubin@kph.org.pk

Phone No:

111-760-760
0336-7760760

K.P.H. ECT MACHINE MODEL NO. 3000

New Improved Model



Rs. 70,000/=

With 5 year full warranty and after sale services.

Designed & Manufactured By

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

NAZIMABAD NO. 3, KARACHI-PAKISTAN PHONE: 021-111-760-760
0336-7760760

Website: www.kph.org.pk Email: support@kph.org.pk

This is being assembled and used in our hospital since 1970 as well as JPMC and psychiatrists in other cities i.e

Sindh	: Karachi, Sukkar, Nawabshah
Balochistan	: Quetta
Pukhtoon Khuwah	: Peshawar, D.I Khan, Mardan, Mansehra, Kohat
Punjab	: Lahore, Gujranwala, Sarghodka, Faisalabad, Rahimyar Khan, Sialkot
Foreign	: Sudan (Khurtum)

It has been found to be very efficient and useful. We offer this machine to other doctors on a very low price and give hundred percent guarantee for parts and labour for a period of five years.

FIVE YEARS Guarantee, and in addition the price paid will be completely refunded if the buyer is not satisfied for any reason whatsoever and sends it back within one month of purchase.

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL KARACHI ADDICTION HOSPITAL



Established in 1970

Modern Treatment With Loving Care

بااخلاق عملہ - جدید ترین علاج

Main Branch

Nazimabad # 3, Karachi

Phone # 111-760-760
0336-7760760

Other Branches

- **Male Ward:** G/18, Block-B, North Nazimabad, Karachi
- **Quaidabad (Landhi):** Alsyed Center (Opp. Swedish Institute)
- **Karachi Addiction Hospital:**
Mubin House, Block B, North Nazimabad, Karachi

E-mail: support@kph.org.pk

Skype I.D: [online@kph.org.pk](https://www.skype.com/en/contacts/online/kph.org.pk)

Visit our website: <www.kph.org.pk>

MESSAGE FOR PSYCHIATRISTS

Karachi Psychiatric Hospital was established in 1970 in Karachi. It is not only a hospital but an institute which promotes awareness about mental disorders in patients as well as in the general public. Nowadays it has several branches in Nazimabad, North Nazimabad, and in Quaidabad. In addition to this there is a separate hospital for addiction by the name of **Karachi Addiction Hospital**.

We offer our facilities to all Psychiatrists for the indoor treatment of their patients under their own care.

Indoor services include:

- 24 hours well trained staff, available round the clock, including Sundays & Holidays.
- Well trained Psychiatrists, Psychologists, Social Workers, Recreation & Islamic Therapists who will carry out your instructions for the treatment of your patient.
- An Anesthetist and a Consultant Physician are also available.
- The patient admitted by you will be considered yours forever. If your patient by chance comes directly to the hospital, you will be informed to get your treatment instructions, and consultation fee will be paid to you.
- The hospital will pay consultation fee DAILY to the psychiatrist as follows:

Rs 700/=	Semi Private Room Private Room
Rs 600/=	General Ward
Rs 500/=	Charitable Ward (Ibn-e-Sina)

The hospital publishes a monthly journal in its website by the name "The Karachi Psychiatric Hospital Bulletin" with latest Psychiatric researches. We also conduct monthly meetings of our hospital psychiatrists in which all the psychiatrists in the city are welcome to participate.

Assuring you of our best services.

C.E.O

Contact # 0336-7760760

111-760-760

Email: support@kph.org.pk



Our Professional Staff for Patient Care

❖ Doctors:

1. **Dr. Syed Mubin Akhtar**
MBBS. (Diplomate American Board of Psychiatry & Neurology)
2. **Dr. Muhammad Shafi Mansuri**
MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
3. **Dr. Akhtar Fareed Siddiqui**
MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
4. **Dr. Major (Rtd) Masood Ashfaq**
MBBS, MCPS (Psychiatry)
5. **Dr. Javed Sheikh**
MBBS, DPM (Psychiatry)
6. **Dr. Syed Abdurrehman**
MBBS
7. **Dr. Salahuddin Siddiqui**
MBBS (Psychiatrist)
8. **Dr. Sadiq Mohiuddin**
MBBS
9. **Dr. Zeenatullah**
MBBS, IMM (Psychiatry)
10. **Dr. A.K. Panjawani**
MBBS
11. **Dr. Habib Baig**
MBBS
12. **Dr. Ashfaq**
MBBS
13. **Dr. Murtaza**
MBBS
14. **Dr. Salim Ahmed**
MBBS
15. **Dr. Sanaullah**
MBBS
16. **Dr. Javeria**
MBBS
17. **Dr. Sumiya Jibran**
MBBS

❖ Psychologists:

1. **Syed Haider Ali (Director)**
MA (Psychology)
2. **Shoaib Ahmed**
MA (Psychology), DCP (KU)
3. **Syed Khurshied Javaid**
M.A (Psychology), CASAC (USA)
4. **Farzana Shafi**
M.S.C(Psychology), PMD (KU)
5. **Rano Irfan**
M.S (Psychology)

6. **Sanoober Ayub Mayo**
M.S.C (Psychology)

7. **Madiha Obaid**
M.S.C (Psychology)

8. **Danish Rasheed**
M.S. (Psychology)

9. **Naveeda Naz**
M.S.C (Psychology)

10. **Hira Rehman**
M.S.C (Psychology)

11. **Anis ur Rehman**
M.A (Psychology)

12. **Farah Syed**
M.S(Psychology)

11. **Sadaqat Hussain**
M.A (Psychology)

❖ Social Therapists

1. **Kausar Mubin Akhtar**
M.A (Social Work) Director Administration
2. **Roohi Afroz**
M.A (Social Work)
3. **Talat Hyder**
M.A (Social Work)
4. **Mohammad Ibrahim**
M.A (Social Work)
5. **Syeda Mehjabeen Akhtar**
B.S (USA)
6. **Muhammad Ibrahim Essa**
M.A (Social Work)/ General Manger

❖ Research Advisor

Prof. Dr. Mohammad Iqbal Afridi
MRC Psych, FRC Psych
Head of the Department Of psychiatry, JPMC, Karachi

❖ Medical Specialist:

Dr. Afzal Qasim. F.C.P.S
Associate Prof. D.U.H.S

❖ Anesthetist

Dr. Shafiq-ur-Rehman
Director Anesthetist Department
Karachi Psychiatric Hospital.

❖ Dr. Vikram

Anesthetist,
Benazir Shaheed Hospital
Trauma Centre, Karachi

آ

آسٹرلین پالیسی 21

ا

اردو 90

اقوام متحدہ 90

ب

بڑھتی عمر 18

بچوں کو دماغی چوٹ 35

بلند فشارخون 39

برقی دماغی علاج 49

بعد حادثہ نفسیاتی مرض 57

بچوں میں یاسیت 82

پ

پریشانی 18

ج

جنسی خواہش 01

جنت 45

جنسی خواہش 77

جنگِ آزادی 1857ء 91

دل

دل 18

ذ

ذہانت 31

س

سائنس میں رکاوٹ 75

ش

شریانوں 18

شراب 31

ک

کمپیوٹر پروگرام 44

کرونا (Covid-19) 60

م

مرگی 05

میتھائل فینیڈیٹ 35

مشینی علاج 42

م

موٹاپا 79

ن

نفسیاتی دورے 05

ی

یاسیت 18

نومیت (Hypnosis) 85



نشست برائے ماہرین نفسیات

14-JAN-2021



نشست برائے معاون معالج گروپ D

08-JAN-2021

نشست برائے انتظامیہ

11-JAN-2021



بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال