

HAPPY
NEW
YEAR



رسالہ: جنوری ۲۰۲۱

کراچی نفسیاتی ہسپتال

Karachi Psychiatric Hospital Bulletin - Month January 2021

تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض

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

نگراں: ڈاکٹر سید مبین اختر



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﴾

نشست برائے ماہر ذہنی امراض

(07 - DECEMBER - 2020)



بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال

فہرست مضامین

صفحات ماہانہ

صفحات سالانہ

:

- 1۔ جنسی خواہش کی کمی (Hypoactive Sexual Desire Disorder) والی خواتین میں مردانہ ہارمون (Testosterone) سے علاج 1
(Consensus Statement Says Testosterone Therapy Is Warranted in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder)
- 5۔ نفسیاتی دورے جو مرگی (Epilepsy) کی وجہ سے نہیں ہوتے بنیامین ٹولچن، ایم ڈی، ایم ایس، حمادا التالیب، ڈی او، ایم پی ایچ۔ 5
(Addressing Psychogenic Non epileptic Seizures: Conversion Disorder.)
- 18۔ کس طرح بڑھتی عمر، پریشانیاں اور یاسیت دل اور شریانوں کی بیماری کا سبب بنتی ہیں۔ 18
(HOW AGING, STRESS AND DEPRESSION CONTRIBUTE TO VASCULAR DISEASE.)
- 21۔ صرف گوروں کے لئے (White Australian Policy) کے اثرات ابھی بھی ہیں۔ 21
(White Australia' Policy Lives On in Immigrant Detention)
- 31۔ شراب کا استعمال اور ذہانت میں کمی۔ 31
(EXCESSIVE ALCOHOL USE AND COGNITIVE DECLINE)
- 35۔ بچوں کو دماغی چوٹ (Traumatic Brain Injury) کے بعد میتھائل فیڈیٹ 35
(Methylphenidate) کے علاج سے ادراک کی مسائل میں بہتری دیکھی گئی۔
(METHYPHENIDATE IMPROVES COGNITIVE PROBLEMS AFTER CHILDHOOD TBI)

39۔ بلند فشار خون دماغی بیماریوں کا باعث بنتا ہے۔

39

(Midlife Blood Pressure and Brian Abnormalities Decades later)

42۔ خوشی اور زیادہ متحرک (Manic/hypomanic) مریضوں میں چھوٹی عمر والے مشینی علاج

42

(Ultrabrief electroconvulsive Therapy for Mania)

44۔ چین میں کمپیوٹر پروگرام سے مسلمانوں کا تعاقب۔

44

45۔ جنت کی نعمتیں۔

45

جنسی خواہش کی کمی (Hypoactive Sexual Desire Disorder)

والی خواتین میں مردانہ ہارمون (Testosterone) سے علاج

ڈاکٹر ڈیویس ایس آر اور ساتھی (Dr. Davis et al)

(Journal Clinical Endocrinological Metabolism)

اگرچہ خواتین میں مردانہ ہارمون (Testosterone) سے علاج کے بارے میں کوئی واضح اصول نہیں ہے اور امریکہ (FDA) سے منظور شدہ کوئی دوائی نہیں ہے پھر بھی چند معالجین نے علامات کو دور کرنے کے لئے کئی دوائیں تجویز کی ہیں حالانکہ وہ اس کے فوائد اور نقصانہ اثرات کے بارے میں مکمل معلومات نہیں رکھتے۔ متعدد بین الاقوامی اداروں کی نمائندگی کرنے والا ایک گروہ (Task Force) کا ایک بیانیہ ہے جو تقریباً 12 ہفتوں تک جاری رہنے والے تجربہ (Control Trials) کے نتائج کی بنیاد پر تیار کیا گیا ہے۔

نکات درج ذیل ہیں:

- 1۔ مردانہ ہارمون (Testosterone Therapy) صرف بعد بندش ایام (Post Menopausal) والی خواتین میں جن کو جنسی خواہش میں کمی (Hypo active sexual desire disorder-HSDD) ہے، اس علاج سے کافی فائدہ دیکھنے میں آیا ہے۔
- 2۔ مردانہ ہارمون (Testosterone) کی خون کی سطح وہی رکھنا چاہئے جو حیض بند ہونے سے پہلے تھی۔
- 3۔ دستیاب اعداد و شمار سے کوئی شدید نقصان اب تک نہیں ملا ہے مگر طویل مدت کے استعمال کے بارے میں ابھی نہیں کہا جاتا۔
- 4۔ جنسی خواہش کی کمی (HSDD) کی تشخیص کے لئے مکمل طبی معائنات کرنے چاہیں لیکن اس میں خون میں مردانہ

ہارمون (Testosterone) کی پیمائش شامل نہیں ہے۔

5۔ خواتین کے لئے کسی منظور شدہ دوا کی عدم موجودگی میں، مردوں میں منظور شدہ ادویات مناسب مقدار میں استعمال کی جاسکتی ہے مگر خون میں مردانہ ہارمون (Testosterone) مقدار پر نظر رکھنے کی ضرورت ہے۔

Consensus Statement Says Testosterone Therapy Is Warranted in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder

Davis SR et al. J Clin Endocrinol Metab 2019 Oct 1

Although testosterone administration has no definitive indications in women - and FDA-approved testosterone-containing products for women are lacking - clinicians have prescribed various preparations to alleviate a variety of symptoms in women despite uncertain benefits and risks. A task force representing several international societies has developed a position statement based on findings from randomized controlled trials lasting 12 weeks.

Key points include:

- Testosterone therapy is indicated only for postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder (HSDD), with evidence suggesting moderate therapeutic effects.
- Doses yielding premenopausal physiologic blood levels of testosterone should be used.
- Although available data have not documented severe adverse events, the long-term safety of testosterone therapy has not been established.
- The diagnosis of HSDD involves complete clinical assessment but does not entail measurement of serum testosterone

concentrations.

- In the absence of any approved product for women, products approved for men can be used at doses appropriate for premenopausal women (with monitoring of serum testosterone concentrations).
- Compounded testosterone preparations are not recommended.

نفسیاتی دورے جو مرگی (Epilepsy) کی وجہ سے نہیں ہوتے بنیامین ٹولچن، ایم ڈی، ایم ایس، حمادا التالیب، ڈی او، ایم پی ایچ

Hamaqda Altalib, DO & By Benjamin Tolochin, MD, MS

جینس (Janice)، جس کی عمر 42 سال ہے، کو گزشتہ 4 سالوں سے دورے آتے ہیں، جو انسداد مرگی کی ادویات سے ٹھیک نہیں ہوتے۔ دوروں کے دوران اس کا جسم میں جھٹکے آتے ہیں، اس کی کمر اکڑ جاتی ہے، شدید درد ہوتا ہے، اور وہ اکثر گر بھی جاتی ہے۔ اس کا گردن نواح دھندلا دکھائی دیتا ہے، اور آوازیں کم سنائی دیتی ہیں یا ناقابل سماعت ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد، اس کے دورے کی یاد دھندلی اور نامکمل ہوتی ہے اور کبھی کبھی پوری طرح سے بے خبر رہتی ہے کہ کوئی واقعہ پیش آیا ہے۔

جینس کوئی ملازمت نہیں کرتی ہے اور 2 سال قبل خاوند سے علیحدگی ہو گئی ہے کیونکہ وہ شک کرتا تھا اور وہ بیماری کے باعث اب وہ اپنا زیادہ تر وقت تنہا گزارتی ہے۔ اس کی دوستوں سے ملنے میں دلچسپی ختم ہو گئی ہے اور دن میں بھی زیادہ تر سوتی رہتی ہے۔ اور اس کا سبب وہ اپنی یاسیت، بڑھتی ہوئی بے چینی، بار بار دورے اور ڈاکٹروں کے علاج کی ناکام کوششوں کو قرار دیتی ہے۔

4 سال کے دوران 5 مختلف مرگی کی ادویات کی ناکامی کی وجہ سے، ابھی نیورولوجسٹ (Neurologist) نے اس کو مرگی کے علاج کے مرکز میں داخلے کا مشورہ دیا۔ مرگی کے یونٹ میں وہ 5 دن تک مسلسل برقی خاکہ دماغ کی ویڈیو (vEEG) اور الیکٹروکارڈیوگرام (ECG) کرواتی رہی، جب کہ اس کی مرگی والی ادویات بند کر دی گئیں۔ اس دوران دو دورے دیکھے گئے جن میں برقی خاکہ دماغ (EEG) میں کوئی خامی نہیں آئی، اس لئے ان کو نفسیاتی دورے (Psychogenic Non Epileptic Seizures) تشخیص کیا گیا۔

جینس کو ذہنی امراض کے ماہر سے علاج کا مشورہ دیا گیا اور جب وہ وہاں گئیں تو انتظار گاہ میں ہی اس کو دورہ پڑا اور ہسپتال لے جایا گیا۔ وہاں سے رخصت کے وقت اس کو اپنے نیورولوجسٹ (Neurologist) سے علاج کروانے کی

ہدایت کی گئی۔ جب اس ماہر دماغی امراض (Neurologist) کو فون کیا تو اس نے کہا کہ اسے اعصابی عارضہ نہیں ہے اور اسے ماہر ذہنی امراض (Psychiatrist) سے علاج کروانا چاہئے مگر جب ماہر ذہنی امراض (Psychiatrist) سے رابطہ کیا گیا تو وہ اس نے کہا کہ اسے اعصابی (Neurological) مسئلہ ہے اور اسے مزید ذہنی علاج کی ضرورت ہے۔

آخر کار، آگے پیچھے سے مایوس ہو کر، جنینس کے بنیادی نگہداشت کا معالج اسے دوسرے مرگی کے مرکز بھیجتا ہے، جہاں اس کا دوبارہ ویڈیو برقی خاکہ دماغ کی (vEEG) سے جائزہ لیا جاتا ہے اور اس کی تصدیق ہوتی ہے کہ اسے نفسیاتی دورے (Conversions) ہوتے ہیں۔ اس بار ایک نیورولوجسٹ (Neurologist) اور ماہر نفسیات (Psychiatrist) نے مشترکہ طور پر جنینس کو یاسیت کے عارضہ کے ساتھ نفسیاتی دورے کی تشخیص کی اور مشترکہ طور پر وینلافاکسین (Venlafaxine) کی ابتدا کی گئی اور جنینس کو بیرونی شعبہ میں ماہر نفسیات اور سائکوپتھراپسٹ (Psychotherapist) سے رجوع کرنے کا بھی مشورہ دیا گیا۔

جنینس 4 مہینوں تک ہفتہ وار نفسیاتی علاج (CBT) کرواتی ہے۔ ابتدا میں نفسیاتی علاج سے وہ اپنی صلاحیتوں کو بھی جاننے لگتی ہے، جس سے وہ اپنی ذہنی پریشانیوں کی نشاندہی کرنے اور ان کا نظم و نسق سیکھنے لگتی ہے اور نفسیاتی حملے سے خود کو بچانے کے قابل بن جاتی ہے۔ وہ اپنی اس اداسی اور ڈر کو سمجھنا شروع کرتی ہے جو بچپن میں اسے مار پیٹ کی وجہ سے ہوئے تھیا اور ان پر قابو پانے لگی ہے۔ دورے آہستہ آہستہ کم ہو جاتے ہیں اور آخر میں مکمل طور پر رک جاتے ہیں۔ اس کی یاسیت کی علامات بھی وینلافاکسین (Venlafaxine) اور CBT کے ساتھ نمایاں طور پر کم ہو جاتے ہیں۔ اور اس نے جانوروں کی ایک پناہ گاہ میں رضا کار کی حیثیت سے 4 سال میں پہلی بار گھر کے باہر بھی کام کرنا شروع کر دیا۔

1۔ دوروں کا جائزہ

DSM-5، اس مرض کو ایک نفسیاتی اعصابی خرابی یا نفسیاتی دورے کے طور پر درجہ بندی کرتا ہے۔ یہ دورے عارضی اور اکثر پریشانی کے وقت ہوتے ہیں۔ زیادہ تر مریض جذباتی، جسمانی، یا جنسی صدمے کے شکار ہوتے ہیں اور 94 فیصد افراد ایک یا زیادہ دیگر امراض میں بھی مبتلا ہوتے ہیں بشمول، یاسیت، گھبراہٹ، پس صدمہ مرض (PTSD)، اور شخصیت کی خرابی (Personality Disorder)۔ دیگر طبی طور پر امراض جیسے جسم میں درد (Fibromyalgia)، دائمی

تھکاوٹ (Chronic Fatigue Syndrome)، اور آنتوں کی سوزش
(Irritable Bowel Syndrome) بھی ان مریضوں میں زیادہ عام ہیں، اور الکسیٹھیمیا (Alexithymia)
یعنی جذبات کے اظہار میں دقت کا مرض بھی ہوتا ہے۔ نفسیاتی دوروں (Conversion Disorder) کے مریض
شعوری طور پر علامات پیدا نہیں کرتے ہیں اور ابتدائی یا ثانوی فائدہ کا کوئی امکان نہ ہونے پر بھی علامات کا شکار ہوتے ہیں۔

تشخیص

سب سے حتمی طریقہ تشخیص کا تو یہ ہی ہے وڈیو برقی رودماغ (v EEG) دیکھا جائے۔ اس کے علاوہ دوروں کی تفصیلات
معلوم کی جائیں۔ بار بار برقی خا کہ دماغ بھی مددگار ہوتا ہے۔

علاج

ایک بار جب نفسیاتی دوروں (PNES or Conversion Disorder) کی تشخیص ہو جائے تو، اس کا نفسیاتی
علاج ہی موثر علاج ہے۔ نفسیاتی علاج کے لئے بہت سارے طریقوں کی کوشش کی گئی ہے، جس میں مختصر باہمی نفسیاتی
گفتگو، تحلیل نفسی (Brief Interpersonal psychodynamic psychotherap)، قبولیت اور عزم
تھراپی (Acceptance and Commitment)، دماغ کو موجودہ حالات میں مرکوز کرنا
(Mindfulness based therapy)، نو میت (Hypnosis)، اور نفسیاتی تعلیم شامل ہیں۔ تاہم، ان سب
طریقوں کو پائیدار ثبوت تک کو نہیں پہنچایا گیا ہے۔

تحقیقوں کی ایک بڑھتی ہوئی تعداد موجودہ چس میں دو چھوٹے بے ترتیب تحقیق بھی شامل ہیں جو ظاہر کر رہے ہیں کہ منہی
خیالات کا جائزہ (CBT) کی ہفتہ وار گفتگو دوروں کی تعداد کو کم کرنے اور معیار زندگی کو بہتر بنانے میں کارآمد ہیں۔ پہلی
تحقیق، گولڈسٹین (Goldstein) اور ساتھیوں نے کی جو بنیادی طور پر معیاری منہی خیالات کے جائزے (CBT) کے
اصولوں اور تراکیب پر مبنی تھا۔ دوسرا، جس کا آغاز لافرنس اور ساتھیوں نے کیا جس میں کئی قسم کے نفسیاتی گفتگو کے علاج
ساتھ ساتھ کئے گئے۔

دونوں میں 12 ملاقاتیں کیں اور علاج کا بنیادی ہدف نفسیاتی دوروں کی تعدد کو کم کرنا تھا۔ دونوں علاج مریضوں کو اپنے ماحولیاتی ماحول کی شناخت کرنا سکھاتے ہیں، جسمانی، اور جذباتی محرکات اور منفی سوچ کو نفسیاتی دوروں تک بڑھنے سے روکتے ہیں۔

لافنس اور ساتھیوں کے ذریعہ استعمال کیے جانے والے اس ماڈل میں اضافی سیشن شامل ہوتے ہیں جو طرز عمل میں تبدیلی کے محرکات کی نشاندہی کرتے ہیں اور مسائل اور تنازعات کے حل کی مہارت سکھاتے ہیں۔ دواؤں کے استعمال کے متعلق بھی ایک ملاقات شامل تھی۔ یاسیت کی ادویات فائدہ مند نہیں ہیں بلکہ مرگی کی ادویات کو بھی تیزی سے کم کر دینا چاہئے۔

تبصرہ ڈاکٹر مبین:

اگرچہ بعض اوقات مرگی کے ساتھ، نفسیاتی بیماری کے دورے بھی پائے جاتے ہیں لیکن سب سے اہم پہلو یہ ہے کہ دونوں کے درمیان علامات کے لحاظ سے فرق کریں۔ نفسیاتی دورے میں مندرجہ ذیل خصوصیات نہیں ہوتی ہیں یعنی۔

1۔ شدید چوٹ یا گرنا

2۔ پیشاب یا پاخانہ کا یا دونوں کا دورے کے دوران کپڑوں میں نکلنا

3۔ زبان یا ہونٹوں کو دانتوں کے بیچ آنے کی وجہ سے زخم

4۔ جسمانی حرکات ہر بار ایک جیسے ہی ہوتی ہیں

5۔ دورے کے بعد غنودگی یا نیند آنا

6۔ دورے میں آنکھیں کھلی رہنا

سب سے زیادہ مؤثر علاج نومیت (Hypnosis) ہے۔ اس کے ساتھ سکون کی ادویات (Anxiolytics) کا استعمال کرنا چاہئے۔ چونکہ نفسیاتی دورے (Conversion Disorder) عام طور پر تکلیف دہ معاشرتی حالات میں پائے جاتے ہیں، لہذا کنبہ کو گھر، اسکول یا کام میں بہتر ماحول فراہم کرنے کا مشورہ دیا جانا چاہئے۔ انہیں بتایا جائے کہ یہ بیماری پریشانیوں سے بڑھتی ہے۔ اس لئے مریض کو پریشانی سے چھٹکارا دلانے کی کوشش کریں۔ کبھی یہ مت کہیں کہ بیماری نفسیاتی ہے اور سنگین نہیں ہے۔

Addressing Psychogenic Non epileptic Seizures: Conversion Disorder

By Benjamin Tolchin, MD, MS , Hamada Altalib, DO, MPH

Janice, aged 42 years, has been having seizure-like events for the past 4 years, uncontrolled by a series of anti-seizure medication trials. During the seizures her body shakes uncontrollably, her back arches painfully, and she frequently falls. Her surroundings appear blurry, and sounds are muffled or entirely inaudible. Afterwards, her memory of the seizure is patchy and incomplete, and she is sometimes entirely unaware she has had an event.

Janice has been unable to work and is on medical disability from her job as a home health aide. She left a physically abusive relationship 2 years ago and now spends much of her time alone. She has lost interest in visiting with friends and sleeps for much of the day. She attributes her depressed mood and increasing anxiety to the frequent seizures and to her doctors' failed efforts to treat them.

Prompted by the failure of 5 different anti-seizure medications over 4 years, Janice's neurologist refers her to a tertiary care epilepsy center. In the epilepsy unit she is continuously monitored with digital video-electroencephalogram (vEEG) and electrocardiogram for 5 days

while her anti-seizure medications are withdrawn. Two typical seizure-like events are captured on vEEG, and based on normal brain activity and the clinical appearance on video review, the diagnosis is psychogenic nonepileptic seizures (PNES).

Janice is advised to obtain psychiatric care and given contact information for three psychiatrists:

one is not accepting new patients, one did not accept Janice's Medicaid insurance, and the third offers her an appointment in 6 months. When Janice finally presents for the appointment, she has a seizure in the waiting room, prompting the psychiatrist to summon paramedics who take her to a hospital emergency department. Janice is discharged with instructions to follow up with her neurologist. When she calls the neurologist, he tells her that she does not have a neurological disorder and that she should schedule another appointment with the psychiatrist. When Janice calls the psychiatrist, he tells her that she has a neurological problem and requires further neurological evaluation.

Finally, frustrated by the back and forth, Janice's primary care physician refers her to a second epilepsy center, where she is again evaluated with vEEG and confirmed to have PNES. This time a neurologist and psychiatrist collaborate and jointly make and

communicate to Janice a diagnosis of PNES with comorbid MDD. Venlafaxine is initiated, and Janice is referred to an outpatient psychiatrist and psychotherapist.

Janice receives intensive weekly cognitive-behavioral therapy (CBT) over 4 months. She initially struggles to engage with psychotherapy, and cancels or reschedules nearly half her appointments, but she also recognizes the value of the skills she learns to identify and manage her stress before it builds to the point of a psychogenic attack. She begins to recognize the sadness and fear she still experiences because of the abuse she experienced and develops skills to manage these emotions. The PNES gradually decrease and finally stop entirely. Her depressive symptoms also improve significantly with venlafaxine and CBT. Janice remains PNES-free and participates in psychotherapy every 2 weeks. She begins working outside the home for the first time in 4 years as a volunteer in an animal shelter.

Overview of the disorder:

DSM-5 categorizes PNES as a functional neurological disorder or conversion disorder with seizures. In contrast to other functional neurological disorders, such as functional movement disorders and psychogenic paralysis, PNES are transient and paroxysmal, often

triggered by a stressor. The majority of patients have a history of emotional, physical, or sexual trauma, and 94% have one or more psychiatric comorbidities including (in order of decreasing frequency) depression, anxiety, PTSD, and personality disorders. Other medically unexplained symptoms such as fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and irritable bowel syndrome are also disproportionately common among patients with PNES, and measures of alexithymia are elevated.

Unlike factitious disorder and malingering, patients with PNES and other functional neurological disorders do not consciously produce symptoms and may experience symptoms even when there is no possibility of primary or secondary gain.

Early structural and functional magnetic resonance imaging (MRI) studies suggest that there are both structural and functional differences between the brains of patients with PNES and the brains of healthy controls. However the detected differences vary somewhat between studies, suggesting possible heterogeneity in underlying neuro- pathological correlates, and are not yet validated for diagnosing individual patients in a clinical setting.

PNES cause significant suffering and disability, with worse health care

related quality of life than that associated with epileptic seizures. Most patients with undiagnosed and/or untreated PNES continue to have seizures and remain on disability. The majority of patients with PNES are misdiagnosed with epilepsy and are treated with at least one anti-seizure medication before the correct diagnosis is made.

Unlike epileptic seizures that are caused by abnormal hyper-synchronized electrical discharges in the cortex of the brain, PNES are not associated with abnormal neuronal discharges. This means that PNES do not benefit from anti-seizure medications, and that they can be readily distinguished from most epileptic seizures by evaluation of brain activity during a typical event with an EEG. Fully a quarter of civilians and veterans evaluated for putative epilepsy in epilepsy monitoring units ultimately receive a diagnosis of PNES. The average time from the onset of symptoms to the correct diagnosis is several years. Unfortunately a prolonged delay to diagnosis is a prognostic marker for poor treatment outcome.

Diagnosis

The gold standard for diagnosis of PNES entails capture of all habitual episode types on vEEG, with normal brain activity before, during, and following the event as well as semiology (signs and symptoms)

consistent with PNES. While vEEG capture of all typical events is necessary to make a diagnosis of PNES, the diagnosis may be made with lower levels of certainty as possible or probable PNES based on interictal EEGs and verbal descriptions or video recordings of typical seizures.

In some cases, where typical attacks occur rarely (less than once per 2 weeks), it may be impossible to capture events on vEEG, and a diagnosis of probable PNES made with smartphone video recordings of seizures may be the next best alternative. A promising alternative for such cases may be surface electro-myelo-graphy, which can be employed for weeks or months at a time and may be able to reliably distinguish PNES from epileptic seizures in the near future.

Treatment

Once the diagnosis of PNES is made, psychotherapy is the treatment of choice. Many approaches have been attempted to treat PNES, including brief interpersonal psychodynamic psychotherapy, acceptance and commitment therapy, mindfulness-based therapy, hypnosis, and psychosocial education. However, studies either did not compare treatment outcomes to those of a control group or were underpowered to demonstrate efficacy among patients with PNES.

There is a growing body of evidence, including two small randomized trials, demonstrating that weekly CBT informed regimens are effective in reducing PNES frequency and improving quality of life. The first trial, undertaken by Goldstein and colleagues draws primarily on standard CBT principles and techniques. The second, undertaken by LaFrance and colleagues is more eclectic. It incorporates psycho -education, mindfulness, and interpersonal therapy theory and techniques into the CBT.

For both 12-session regimens, the primary goal of treatment is to reduce the frequency of psychogenic attacks. Both modalities teach patients to identify their environmental, physical, and emotional triggers and to use various relaxation and cognitive techniques to prevent negative thought patterns from progressing to psychogenic attacks.

The model used by LaFrance and colleagues includes additional sessions that identify motivations for behavior change and teach communication and conflict resolution skills. A session on medication management is also included.

SSRIs have not shown a consistent benefit for PNES.

Psychopharmacologic therapy is therefore recommended for treatment

of psychiatric comorbidities but not for PNES itself. Rapid titration off all anti-seizure medications under vEEG monitoring at the time of diagnosis has been shown to result in improved seizure frequency and a greater internal locus of control for patients.

Obstacles to care

While vEEG has become increasingly widespread, and awareness of the disorder is increasing, the majority of patients still do not receive a prompt diagnosis and evidence-based treatment. Obstacles to care include limited access to vEEG monitoring, stigma from clinicians and the public, a lack of training for clinicians, a shortage of behavioral health specialists, restrictions on driving, and poor communication between the neurologists who diagnose PNES and behavioral health specialists who provide treatment.

Even in circumstances where these systemic obstacles are successfully addressed patient ambivalence about the condition and treatment can result in the majority of patients dropping out of treatment. Treatment non-adherence results in worse outcomes. Interventions such as motivational interviewing and improved communication between specialists can help to improve patient adherence with psychotherapy as well as treatment outcomes.

Dr. Mubin's Note:

Although at times Non-epileptic seizures occur along with epileptic ones but the most important aspect is to differentiate between the two clinically. Non epileptic seizures are due to conversion disorder and do not have other characteristics of epileptic seizures i.e.

1. Severe injury or fall
2. Incontinence of urine or feaces or both
3. Injury to tongue or lips
4. Body movements
5. Are the exact repli9cation in each seizure
6. Drowsiness or sleep after attack
7. Eyes remain open

The most effective treatment is hypnosis along with anxiolytics.

Since Conversion Disorder usually occurs in painful social circumstances, the family should be advised to provide a better environment at home, school or work. They should be told that this illness is aggravated by social problems. Never say that illness is psychological and not serious.

ReferenceLink:

<https://www.psychiatrictimes.com/view/addressing-psychogenic-nonepileptic-seizures-clinical-challenges>

کس طرح بڑھتی عمر، پریشانیاں اور یاسیت، دل اور شریانوں کی بیماری کا سبب بنتی ہیں

Jun 42019As et al. Proc Natl Acad, Sci USAZannas

فیناس اے ایس پروک نکل ایکڈ، سائنس امریکہ 2019 جون 4

بڑی ہوئی، ایف کے بی پی 5 پروٹین (proteinFKBP5) کا سوزش (Inflammation) کو فروغ دیتی ہیں۔
بڑھتی عمر، پریشانی (خاص طور پر بچپن کا صدمہ)، اور یاسیت دل کی بیماری پیدا کرتے ہیں، لیکن کیسے؟ چار بڑے گروہوں کا
تجزیہ کیا گیا جس میں 3000 سے زیادہ افراد شامل تھے اور ایک طریقے کی نشاندہی کی۔

بڑھتی عمر، پریشانی اور یاسیت سے نہ صرف دل کی بیماری بڑھتی ہے بلکہ FKBP5 نامی پروٹین بھی بڑھتی ہے۔ انسانی
خلیوں میں تجربات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ایف کے بی پی 5 پروٹین FKBP5 میں اضافہ KBNF کی پیداوار میں
اضافے کا باعث بنتا ہے۔ جین میں ترمیم کر کے ایف کے بی پی 5 FKBP5 کی تیاری کو کم کرنا، اور دوا کے اثر کو روکنے
والے ایف کے بی پی 5 FKBP5 کے ذریعہ کی کارروائی کو مسدود کرنے سے، سوزش کے رد عمل کو بہت کم کیا جاتا ہے۔

تبصرہ: ڈاکٹر اینتھونی کوماروف (Dr. Anthony Komerof)

جین میں، کچھ وراثت میں ہوئی رد و بدل (جیسے، LDL کو لیسٹرول رسیپٹر کے لئے جین میں تغیرات) کے اثر سے قلبی
مرض کا باعث بنتا ہے۔ تاہم، اس تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ جین (ڈھانچے کی نہیں) کو تبدیل کرنا ایک طریقہ ہے، کہ عمر
بڑھنے، طرز زندگی اور زندگی کے واقعات خطرے کو متاثر کر سکتے ہیں۔ اس بڑھتے ہوئے اظہار کو ظاہر کرنے میں کہ اگر ایف
کے بی پی 5 جین FKBP5 سوزش کو فروغ دیتا ہے، جس سے دل کی بیماری کا خطرہ ہوتا ہے، تفتیش کاروں نے بھی ایف
کے بی پی 5 پروٹین FKBP5 کو تبدیل کر کے دل کے مرض میں کمی لائی جاسکتی ہے۔

Reference Link: https://www.jwatch.org/na49357?query=etoc_jwpsych&jwd=000101093688jspy=p

HOW AGING, STRESS AND DEPRESSION CONTRIBUTE TO VASCULAR DISEASE:

Zannas As et al. Proc Natl Acad, Sci USA 2019 Jun 4

Elevated expression of FKBP5 protein promotes inflammation.

Aging, stress (particularly childhood trauma), and depression are associated with elevated risk for cardiovascular disease, but how? An international consortium studied four large cohorts that involved more than 3000 people and identified one potentially important mechanism.

Aging, stress and depression all were correlated not only with the incidence of cardiovascular disease but also with increased production (expression) of a protein called FKBP5. In vitro experiments in human cells showed that increased FKBP5 protein leads to increased production of NF - KBP (a master molecule that activates inflammation). Diminishing the production of FKBP5 by gene editing, and blocking the action of FKBP5 by pharmacological inhibitors, both greatly diminishing the inflammatory response.

Comments:

Certain inherited alteration in gene structure (e.g, mutations in the gene for the LDL cholesterol receptor) effect cardiovascular risk. However, this study suggests that changing the expression (not the

structure) of gene is one way that aging, lifestyle, and life events might effects risk. In showing that increased expression if the FKBP5 gene promotes inflammation, which confers vascular disease risk, the investigators also have identified the FKBP5 protein as a potential target for therapeutic intervention.

Reference Link:https://www.jwatch.org/na49357?query=etoc_jwpsych&jwd=000101093688jspy=p

صرف گوروں کے لئے (White Australian Policy) کے اثرات ابھی بھی ہیں بہروز بوجانی - (نیویارک ٹائمز)

ناورو (Nauru) اور پاپوا نیوگنی (Papua New Guinea) میں آسٹریلیا نے پناہ گزینوں کو رکھ کر اور ظلم کر کے آسٹریلیا کی صرف گوروں کے لئے (White Australian Policy) کے قانون کی جھلک ہے۔

ایران کے صوبہ الہام کے ایک کرد خاندان میں پرورش پذیر، میں نے کبھی توقع نہیں کی تھی کہ آسٹریلیائی تاریخ کی سفید بالادستی اور آباد کاری نوآبادیات سے میری زندگی متاثر ہوگی۔ مجھے آسٹریلیا سے بہت کم آگاہی تھی، ایک دور دراز ملک، جسے تعزیری کالونی کی حیثیت سے قائم کیا تھا، اور یہ اپنے دیسی لوگوں کے قتل عام اور یورپی ہجرت پر بنایا گیا تھا۔ جس میں 1901 سے 1973 کے درمیان عمل درآمد ہوا تھا، جس میں دوسرے لوگوں کو ملک ہجرت کرنے سے روک دیا گیا تھا اور آسٹریلیا کو ایک سفید فام قوم بنانے کا ارادہ تھا۔

صرف گوروں کے لئے (White Australian Policy) کی نفرت نے نہ صرف میری زندگی پر ایک خاص اثر ڈالا بلکہ اس نے ہزاروں پناہ گزینوں اور تارکین وطن لوگوں کا جینا مشکل کر دیا، جو آسٹریلیائی فوج نے اس کی سابقہ کالونی پاپوا نیوگنی میں غیر ملکی نظر بند مراکز میں رکھے تھے۔ ایک سرکاری یونیورسٹی سے فارغ التحصیل ہونے کے بعد، میں نے الام میں ایک کریمینال کے لئے تھوڑا کچھ تحریر کیا تھا جو زیادہ تر ایران سے باہر کرداشتوں میں شائع ہوا جس میں کرد ثقافت کے تحفظ کی حمایت کی گئی تھی، جسے ایرانی سخت گیر نظریہ رکھنے والوں نے اپنے لئے ایک خطرہ کے طور پر دیکھا۔

2013 میں، ایرانی انقلابی گارڈز نے میرے کچھ صحافی ساتھیوں کو گرفتار کیا اور میری تلاش کی جارہی تھی تو میں روپوش ہو گیا۔ دباؤ بہت تھا لہذا مجھے ایران چھوڑنا پڑا تھا۔

میں انڈونیشیا چلا گیا اور وہاں سے 60 دیگر افراد کے ساتھ کشتی میں آسٹریلیا کا رخ کیا۔ ہمیں آسٹریلیائی بحریہ نے بحر ہند میں

واقعہ آسٹریلیائی علاقہ کسمس آئی لینڈ میں روک لیا۔ اس کے بعد، آسٹریلیائی حکومت کے ایک چونکا دینے والے اقدام میں، مجھے، پناہ کی تلاش میں سیکڑوں دیگر افراد کے ساتھ، پاپوا نیوگنی کے صوبے مانس میں خاموش سمندر کے وسط میں واقع ایک دور دراز جیل میں پابند سلاسل کر دیا۔

میں اسی ہفتہ کے دوران وہاں پہنچا تھا جب اس وقت کے آسٹریلیائی وزیراعظم، کیون روڈ نے ایک ہولناک امیگریشن پالیسی بنائی تھی۔ 19 جولائی، 2013 کو، انہوں نے اعلان کیا کہ آسٹریلیائی ساحلوں پر کشتی پر سوار پناہ گزینوں کو کبھی بھی آسٹریلیا میں آباد نہیں ہونے دیا جائے گا اور انہیں زبردستی پاپوا نیوگنی اور نورولے جایا جائے گا۔ آسٹریلیا نے پاپوا نیوگنی کی حکومت کو رقم ادا کیا کہ وہ ہم جیسے سیکڑوں پناہ گزینوں کو اس دور دراز جزیرے کے ناکارہ بحری اڈے میں قید رکھیں۔

جب میں نے جزیرے پر قدم رکھے تو مجھے ایک بہت ہی برے اور گھناؤنی جیل کا سامنا کرنا پڑا، اور پناہ گزینوں کے ایک گروہ کو دیکھا۔ مرد، خواتین اور بچے جو پہلے سے وہاں قید تھے۔ انہوں نے ہمیں بتایا کہ وہ 2012 سے وہاں موجود تھے۔ شروع ہی سے مجھے احساس ہوا کہ میں ظالموں کی گرفت میں ہوں۔

سیکڑوں مضامین اور ایک کتاب لکھ کر اور ایک فلم بنانے کے ذریعہ آسٹریلیائی نظربندی کے نظام کو بے نقاب کرنے کے لئے چھ سال جدوجہد کرنے کے بعد، ہرپیرا گراف، ہرشیہہ۔ ایک اسمگل شدہ موبائل فون پر، تحریری اور تصاویری پیغام کے ذریعہ منتقل کیا گیا جس کے نتیجے میں، آخر کار نیوزی لینڈ میں 2019 کے ورلڈ کرائسٹ چرچ فیسٹیول میں شرکت کی دعوت دی گئی۔

36 گھنٹے کی ایک حیرت انگیز پرواز کے سفر کے بعد، میں خوبصورت نیوزی لینڈ میں کرائسٹ چرچ پہنچا۔ پہلے ہفتے کے دوران، میں نے ایک تقریر آکلینڈ میں کی۔ میری تقریر کے بعد ایک فرد نے مجھ سے کہا کہ اس کے والد مجھ سے ملنا چاہتے ہیں۔ میں ان کے گھر گیا اور ایک 60 سالہ شخص سے بات کی جس نے مجھ سے کہا، "میں بھی مانس جزیرہ سے یہاں آیا ہوں۔"

وہ ایک ایرانی پناہ گزین تھا جسے 2001 میں مانس جزیرہ پر قید کیا گیا تھا۔ میں ایک ایسے شخص کے آمنے سامنے تھا جو 2001 سے وہاں قید تھا۔ اس شخص سے نے مجھے بتایا کہ وہ ان 438 پناہ گزینوں میں شامل ہے جنہیں 2001 میں

نارویجن بحری جہاز ایم وی تمپا نے بحر ہند میں پھنسنے والی انڈونیشی ماہی گیری کشتی سے بچایا تھا۔ آسٹریلیائی حکومت نے مال بردار بحری جہاز کے کپتان کو پناہ گزینوں کو ملک میں لانے سے روک دیا۔

آسٹریلیا اپنی ایک خوبصورت اور پرکشش شبیہ دنیا کے سامنے پیش کرتا ہے لیکن آسٹریلیا کی جدید تاریخ انسانی مظالم سے بھری ہوئی ہے۔ اس کہانی کا ایک اور باب ہے۔ کئی دہائیوں سے، ہزاروں دیسی بچوں کو ریاست نے انکے والدین سے الگ کر دیا۔

2008 کو 12 سال گزر چکے ہیں جب مسٹر روڈ نے وزیراعظم کی حیثیت سے اپنی پہلے میعاد کے دوران آسٹریلیائی عوام سے ان کے مقامی لوگوں کے ساتھ ہونے والے پر تشدد سلوک، اور ان کے بچوں کو چوری کرنے پر معافی مانگی تھی مگر شمالی علاقہ، کوئینزلینڈ اور آسٹریلیا کے دیگر مقامات میں قید بچوں اور نوجوانوں کی بڑی تعداد اب بھی وہیں ہے۔

دیسی لوگوں سے معافی مانگنے کے پانچ سال بعد، اسی مسٹر روڈ نے مجھے اور مجھ جیسے ہزاروں افراد کو زبردستی منوس جزیرے میں قید کر دیا۔ ان کی حکومت کی پالیسیاں، ان کے بعد آنے والے تین وزرائے اعظم یعنی ٹونی ایبٹ، میلکم ٹرن بل اور اب اسکاٹ مورسین کی طرف سے مزید سخت ہو گئیں، جس کے نتیجے میں کئی بچے کئی سالوں سے اپنے کنبے سے الگ ہو گئے۔ صرف گوروں کے لئے (White Australian Policy) کی پالیسی، جو سرکاری طور پر 1973 میں ختم ہوئی، ایک اور طریقے سے جاری رہی۔ حکومت نور واوراپوا نیوگنی کو ناپسندیدہ لوگوں کے لئے جیل کے طور پر استعمال کر رہی ہے۔ آسٹریلیا ایک خوبصورت ملک ہے جس میں عظیم فنکار اور مصنفین ہیں لیکن یہ ایک ایسا ملک بھی ہے جہاں ظلم و بربریت موجود ہے۔ مجھ جیسے لوگ اس کی غیر سرکاری تاریخ کے ایک حصے کی نمائندگی کرتے ہیں، ایسی تاریخ جو ظلم اور تشدد سے بھری ہوئی ہے۔

(بہروز بوچانی "کوئی دوست نہیں بلکہ پہاڑ: مانوس جیل سے تحریر"، کے مصنف ہیں۔ ایک ڈاکیومنٹری فلم "چوکہ برائے مہربانی وقت بتائیں گے" کے کوڈائریکٹر اور ناگی تاؤ ریسرچ سینٹر کیئر بری یونیورسٹی کے ریسرچ فیلو ہیں۔)

'White Australia' Policy Lives On in Immigrant Detention

The government abuse of refugees in offshore facilities on Nauru and Papua

New Guinea has its roots in the country's racist, colonial history.

By Behrouz Boochani - (The NewYork Times)

CHRISTCHURCH, New Zealand - Growing up in a Kurdish family in the Ilam Province of Iran, I never expected my life to be affected by Australia's history of white supremacy and settler colonialism. I had little awareness of Australia, a faraway country founded as a penal colony, and built on the massacres of its Indigenous people and on European migration. It was to be decades before I would hear about the White Australia policy, an official state immigration policy, in effect between 1901 and 1973, barring nonwhite people from immigrating to the country and intent on making Australia a white nation. Yet the xenophobic legacy of the White Australia policy had a significant impact on the trajectory of my life and choked the lives of thousands of asylum-seekers and migrants who were held by Australia in offshore detention centers in its former colony Papua New Guinea and on the island of Nauru, a former protectorate.

After graduating from a public university, I wrote a bit for a Kurdish magazine in Ilam but mostly contributed to Kurdish publications outside Iran and advocated the preservation of Kurdish culture, which was seen as a threat by Iranian hard-liners.

In 2013, the Iranian Revolutionary Guards Corps arrested some of my journalist colleagues. I was being followed and shriveled, and I went into hiding. The pressure was relentless; I had no choice but to flee Iran. I flew to Indonesia and from there traveled with 60 other people by boat to Australia. We were intercepted and taken by the Australian Navy to Christmas Island, an Australian territory in the Indian Ocean. Subsequently, in a shocking move by the Australian government, I, along with hundreds of other people seeking asylum, was banished from there to a remote prison in the middle of a silent ocean in Manus Province on Papua New Guinea.

I arrived there during the same week that Kevin Rudd, then the prime minister of Australia, brought in a horrific immigration policy. On July 19, 2013, he announced that asylum seekers arriving on the Australian shores on a boat would never be allowed to settle in Australia and would be forcibly taken to Papua New Guinea and Nauru. Australia paid the government of Papua New Guinea to keep hundreds of asylum seekers like me imprisoned in a disused naval base on Manus Island.

When I set foot on the island I was confronted with a decrepit and filthy prison, and saw a group of refugees - men, women and children - who had been imprisoned there before us. They told us they had been

there since 2012. A few days after we arrived they were transferred to Australia. We were their replacements. I had no pre-existing knowledge of this prison and thought it was extraordinary after I found out that hundreds of people had been held there in 2001. The Australian government led by Julia Gillard, the prime minister between 2010 and 2013, had reopened it in 2012.

In 2013, we were forced to be the new subjects of this system of torture and banishment; a system by which the Australian government could control our bodies through contractors and guards but not be held responsible for the horrors that were visited upon us.

From the very beginning I realized that I was submerged in a tragedy, and that I had been thrown into an important chapter of Australia's modern history. After struggling for six years to expose Australia's detention system through writing hundreds of articles and a book and making a film - every paragraph, every image - created and transmitted text message by text message, shot by shot, on a smuggled mobile phone, I was eventually invited to participate in the 2019 WORD Christchurch Festival in New Zealand.

After a 36-hour flight, a remarkable journey, I arrived in Christchurch in beautiful New Zealand. During that first week in the country, I spoke at

the Gus Fisher Gallery in Auckland. After my talk someone told me that his father wanted to see me. He insisted I visit their family. I went to their home and spoke to a 60-year-old man who said to me, "I also came here from Manus Island."

It was unbelievable. He was an Iranian asylum-seeker who had been imprisoned on Manus Island in 2001. I was face to face with someone who was imprisoned there in 2001. It was as if two parts of Australia's forgotten history were meeting in another land after two decades. material remnants represented the human beings who had been there a decade before us.

Looking at those signs, I would try to imagine who those people were and wonder where they were. Now I was sitting across the table from one of them, hearing the accounts of the torture he and hundreds of others had to endure.

I met a man at a winery who told me he was among the 438 refugees who were rescued in 2001 from an Indonesian fishing boat stranded in the Indian Ocean by a Norwegian freighter, MV Tampa. The Australian government blocked the captain of the freighter from bringing the refugees onshore, sending troops onboard the ship.

What became known as "The Tampa Affair" intensified the brutal anti-immigrant policies that culminated in the offshore incarceration of people like me at Manus Island and Nauru. The people on MV Tampa were rejected by Australia and accepted by New Zealand.

Australia presents a beautiful and attractive image of itself to the world but the modern history of Australia is full of puzzles. The more you investigate the more absorbed you become in its history. My journey educated me in its hidden, darker history of prejudice and xenophobia. It is a history written in places like Manus Island and Nauru, and has its roots in its settler colonial origins.

The Stolen Generation is another chapter in this story; for many decades, thousands of Indigenous children were separated from their parents by the state and forced to assimilate into settler colonial society.

When I was at Manus Island, I saw small strips of fabric tied to the fences of our remote prison. The prisoners from 2001 had tied them there to symbolize the days of their captivity. There were also drawings and poetry written on the walls of the rooms. Those Twelve years have passed since 2008 when Mr. Rudd, during his first term as prime minister, apologized for Australia's violent mistreatment of its

Indigenous people, for stealing their children. Still a disproportionate number of children and youth incarcerated in the Northern Territory, in Queensland and elsewhere in Australia, are Indigenous. Five years after apologizing to the Indigenous people, the same Mr. Rudd forcibly sent me and thousands like me to imprisonment at Manus Island. His government's policies, hardened further by the three prime ministers who came after him - Tony Abbott, Malcolm Turnbull and now Scott Morrison - have resulted in many children being separated from their families for years.

The White Australia policy, which officially ended in 1973, continued under another guise. The colonial habit continues in Australia, with the government using Nauru and Papua New Guinea for exiling undesirable people. Australia's presence on Manus and Nauru seems like a thread that leads you further into a dark cave with no end.

Australia is a beautiful country with great artists and writers but it is also a country where brutality and suffering are interwoven into the socio-cultural fabric, ingrained in the soul of the nation. People like me represent a part of its unofficial history, a history that is full of trauma and violence.

Behrouz Boochani is the author of "No Friend but the Mountains: Writing From Manus Prison," a co-director of the documentary film

"Chauka, Please Tell Us the Time" and a senior adjunct research fellow with the Ngai Tahu Research Center at the University of Canterbury. This essay was translated from the Farsi by Omid Tofighian.

Reference Link: <https://www.nytimes.com/2020/09/20/opinion/australia-white-supremacy-refugees.html>

شراب کا استعمال اور ذہانت میں کمی

Aug 6 et al. Alcohol Clin Exp res 2019 reviewing Gronkjar MCLAire Wilcox, MD

شراب کے استعمال سے ذہانت میں کمی دیکھی گئی ہے۔

شراب کے استعمال سے ذہانت میں کمی کی تحقیق میں دیکھا گیا ہے کہ قلیل مدتی نقصان دہ اثرات معلومات طویل عرصے سے کی جا چکی ہیں، لیکن طویل مدتی نتائج غیر واضح ہیں۔

اب، ڈنمارک کے محققین نے ایک مطالعہ کیا ہے جس میں 2499 افراد اور طرز زندگی اور ادراک میں تحقیق 2015 میں کی گئی، دو اوقات پر، جب ان کی (عمر 28 سال اور 62 سال تھی)۔ شراب کا استعمال اور ذہانت کے معیار میں تبدیلی کا اندازہ کیا گیا۔ اس گروہ میں سے، 167 میں نفسیاتی مسائل تھے، 13 میں جسمانی (ARHD)، اور 27 میں دونوں تھے۔ مردوں میں (جس کا مطلب فرق، -5.0 پوائنٹس) پر نمایاں طور پر کم پیمانہ عقل IQ تھا اور بیس لائن سے پیروی تک IQ اسکور میں نمایاں حد تک کمی (مطلب فرق، -3.7 پوائنٹس) کے لئے ایڈجسٹ کردہ تجزیوں میں صوماتی جسمانی (ARHDs) میں اس سے بھی زیادہ کمی واقع ہوئی ہے، اور کبھی کبھی پینے سے پتہ چلتا ہے کہ اس کے اثرات شدت میں کم تھے لیکن پھر بھی نمایاں ہیں۔ متعدد تجزیوں میں، یہ معلوم ہوا ہے کہ حالیہ شراب پینے سے اس کے اثرات مرتب نہیں ہوئے ہیں۔ اس طرح شراب کے زیادہ استعمال کے عقل و سمجھ (Cognitive) اثرات دیر پا معلوم ہوتے ہیں۔

تبصرہ:

اگرچہ یہ مطالعہ اس بات کا قطعی ثبوت فراہم نہیں کرتا ہے کہ شراب کے استعمال سے طویل المیعاد ادراک کی کمی واقع ہوتی ہے۔ کیوں کہ اس میں دیگر امراض بھی ہو سکتے ہیں جو کسی کو دونوں طول البلد اعداد و شمار کا شکار کر سکتے ہیں، یہ خطے کے مختلف

مطالعات کے اعداد و شمار سے کہیں زیادہ قائل ہیں۔ ان نتائج کو فراہم کنندگان تکلیف دہ شراب پینے والے مریضوں کو تعلیم دینے کے لئے استعمال ہو سکتے ہیں جو شراب کی بھاری مقدار میں استعمال سے مسلسل عقل و سمجھ (Cognitive) کی کمی کو بڑھاوا دیتا ہے۔

Reference Link:

https://www.jwatch.org/na49851/2019/09/05/excessive-alcohol-use-and-cognitive-decline?1=10&ctl=63095:F2D9FA04B9C3F03F0B8A5046B71D9A95FA21D3&query=etoc_jwpsych&jwd=000101093688&jspc=p

EXCESSIVE ALCOHOL USE AND COGNITIVE DECLINE

Claire Wilcox, MD reviewing Gronkjaar M et al. Alcohol Clin Exp res 2019 Aug 6

Alcohol-use disorder is both preceded by and predictive of lower intelligence.

Most studies of the relationship between alcohol use and intelligence scores are cross-sectional, leaving the questions of cause and effect unresolved. The short-term detrimental effects of excessive alcohol use on intellectual performance have long been documented, but the long-term consequences are unclear.

Now, researchers in Denmark have conducted a longitudinal study in which 2499 men in Danish health registries and the lifestyle and cognition follow-up study 2015 were assessed for alcohol-related disorders and changes in intelligence test scores at two time points (mean ages, 20 and 6 years). A history of alcohol-related hospital diagnoses (ARHD; psychiatric, somatic, or both) was used as a proxy for the diagnosis of alcohol-use disorder. Of the cohort, 167 had psychiatric ARHDs, 13 had somatic ARHDs, and 27 had both.

Men with versus without ARHDs had significantly lower IQ scores at baseline (mean difference, -5.0 points) and significantly greater declines in IQ scores from baseline to follow-up (mean difference, -3.7

points) men with versus without somatic ARHDs had an even greater men decline in IQ score (-7.6 points) analyses adjusted for average units of alcohol consumed, psychiatric or medical co- morbidity, and binge drinking showed that the effects were lower in magnitude but still significant. In several follow-up analyses, the effects were found not to be driven by recent alcohol problems. Thus, the effects of excessive alcohol use on cognitive function appear to be long-lasting.

COMMENT:

Although this study does not provide definitive proof that problematic alcohol use causes long-term cognitive decline - as there may be unmeasured co-morbidities that could predispose someone to both the longitudinal data are more convincing than data from cross-sectional studies. These results can be used by providers to educate patients with problematic drinking that continued heavy alcohol consumption will accelerate cognitive decline.

Reference Link:

<http://response.jwatch.org/t?r=3963&c=10050&1=10&ctl=63095:F2D9FA04B9>

C3F03F0B8A5046B71D9A95FA21D3&query=etoc_jwpsych&jwd=000101093688&jspc=p

بچوں کو دماغی چوٹ (Traumatic Brain Injury) کے بعد میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) کے علاج سے ادراکی مسائل میں بہتری دیکھی گئی

AugInt Neuropsychol Soc 2019 et al. JLeBlond E

اس مختصر تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ دماغی چوٹ کے بعد میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) دوا کو موثر سمجھا جانا چاہئے، کیونکہ یہ ادویات دماغی چوٹ (TBI) والے بالغ افراد میں توجہ کی خرابی کو کم کرتی ہیں۔ دماغی چوٹ (TBI) والے بچوں میں بھی مرض توجہ کی کمی اور متحرک (ADHD) کی طرح توجہ کی شکایات ہوتی ہیں۔ اس تحقیق میں 26 ایسے بچوں کو دیکھا گیا جس کے سر کی چوٹ شدید یا درمیانی شدت کی تھی اور عمریں 6 سے 17 سال کے درمیان تھیں۔ ان بچوں میں میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) دی گئی اور معلومات اکٹھی کی گئیں جس میں روزمرہ کی زندگی اور خصوصی معانہ جات بھی شامل تھے۔

ایسے بچے لئے گئے جن کو گزشتہ 6 مہینے میں دماغی چوٹ (TBI) لگی تھی، اور والدین کے ذریعہ معلوم ہوا کہ انہیں توجہ کی کمی اور متحرک مرض (ADHD) کے ایک گروہ کو 4 ہفتوں تک میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) اور ایک گروہ کو نقلی دوا (Placebo) دیئے گئے۔ اس کے بعد فوراً ہی علاج بدل دیا گیا۔ عقل اور سمجھ (Cognitive functions) کی درجہ بندی 4 اور 8 ہفتوں تک دوا لینے والوں پر حاصل کی گئی۔ خوراک کی مقدار میں اضافہ عمر کے مطابق کیا گیا۔ چوٹ کے وقت اوسط عمر 6.3 سال تھی اور تحقیق شروع کرنے کے وقت 11.5 سال تھی اور خوراک دوا 40.5 ملی گرام تھی۔ میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) پانے والے بچوں کی رفتار، مستقل توجہ، اور کام کی صلاحیت میں نمایاں بہتری تھی۔ جن بچوں نے پہلے میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) حاصل کیا اور بعد میں نقلی دوا (Placebo)، ان کی کارکردگی خراب رہی۔ چوٹ سے پہلے یا بعد کے متحرک (ADHD) کے مابین کوئی فرق نہیں تھا۔

تبصرہ SILVERDR. JONOTHANMD

بچوں میں دماغی چوٹ (TBI) کے نتیجے میں مرض کم توجہ زیادہ متحرک (ADHD) کے علاج کے لئے میتھائل فینیڈیٹ (Methylphenidate) کی افادیت ہے، چاہے چوٹ سے قبل (ADHD) مرض تھا یا بعد میں

(Methylphenidate) کی بندش کے بعد خراب ہونے والی کارکردگی سے یہ سبق لینا چاہئے کہ ادویات کی بندش یا ہفتے میں دودن کی دوائیوں کو بند کرنا نقصان دہ ثابت ہو سکتا ہے۔ بچپن کی دماغی چوٹ (TBI) کے بعد ان ادویات کو موثر اور محفوظ سمجھا جانا چاہئے۔

METHYPHENIDATE IMPROVES COGNITIVE PROBLEMS AFTER CHILDHOOD TBI

LeBlond E et al. J Int Neuropsychol Soc 2019 Aug

This small study shows the drug should be considered effective after these injuries.

Stimulants improved impaired attention and processing speed in adults with traumatic brain injury (TBI). Children with TBI are certainly vulnerable to the same problems in addition to pre-injury attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In this double-blind, placebo-controlled, crossover trial of methylphenidate in 26 children with moderate -to-severe TBI and attentional complaints (age range, 6-17), research evaluated both lab-based and everyday measures of attention, speed of processing, and executive functioning.

This children had a TBI 6 or more months previously and had screen positive for ADHD via a parent-rating scale, participants underwent randomization to receive methylphenidate (MPH) or Placebo for 4 weeks; they then immediately crossed over to the other treatment. Rating of executive and cognitive function were obtained at the "optimal dose visit" (weeks 4 and 8). Doses were increased to optimal response (children <25 kg: low, medium, and high doses, 18, 27 and 36 mg; children > 25kg, 18, 36, and 54 mg, respectively).

Mean age was 6.3 years at injury and 11.5 years at the baseline visit (mean Glasgow come scale score, 11.9). The mean optimal does was 40.5 mg (1.00mg/kg/day). MPH was associated with significant improvements in processing speed, sustained attention, and executive function. Children who received MPH first and then crossed to placebo had worse performance then those who received placebo first. No test difference was seen between pre-injury and secondary ADHD.

COMMENT-DR.JONOTHAN SILVER, MD

MPH has efficacy for treating attentional problems resulting from TBI in children, whether or not there was preinjury ADHD. The "rebound" effect of worsening performance after MPH discontinuation suggests that "drug holidays" or days off medications could be detrimental. Stimulants should be considered potentially effective and safe after childhood TBI.

بلند فشار خون دماغی بیماریوں کا باعث بنتا ہے

لیٹن CA لانسٹ نیورول Oct et al Lancet Neurol 2019 Lane CN

بلند فشار خون بعد میں ذہنی بیماریوں کا باعث بنتا ہے۔

بلند فشار خون، دماغ میں خون کی کمی اور رگ پھٹنے کا مہلک سبب بنتا ہے۔ وسط عمر میں بلند فشار خون کی وجہ سے بعد میں دماغ میں خرابی ہوتی ہے اور ذہنی صلاحیتیں بھی کم ہوتی ہیں۔

برطانیہ کی ایک طویل عرصے والی تحقیق میں، 1946 میں پیدا ہونے والے رضا کاروں کا 36، 43، 53، 60، 69 سے 69 سال کی عمر کے بعد جائزہ لیا گیا۔ 69 اور 71 سال کی عمر کے درمیان، نسیان سے پاک شرکاء کے دماغ کی مقناطیسی عکاسی (MRI) کروائے گئے تاکہ دماغ میں خرابی کے نشانات (WHHV) کا تخمینہ لگایا جائے اور پورے دماغ (Whole brain) اور ہپوکیمپس (Hippocampus) کے حجم کا جائزہ لیا جائے۔ شرکاء کی امیلائڈ (Amyloid) عکاسی (PET) اسکیننگ اور عقل و سمجھ (Cognitive) کی جانچ بھی کروائی گئی۔

465 شرکاء (اوسط عمر 71 اور 51 فیصد مرد)، 18 فیصد (PET) امیلائڈ (Amyloid) موجود تھا۔ اور 29 فیصد (E4 allele) کے ساتھ تھے۔ 69 سال کی عمر میں، اوسط فشار خون 132/71 تھا اور 40 فیصد شرکاء بلند فشار خون (High blood pressure) کی دوائیں لے رہے تھے۔ 43 اور 53 سال کی عمر میں فشار خون اوپر والا (Systolic) یا نیچے والا (Diastolic)، بعد میں دماغ میں خرابی کے نشانات (WMHV) میں اضافے سے وابستہ تھے۔ 53 سال کی عمر میں فشار خون اوپر والا (Systolic) میں ہر 10 ملی میٹر مرکزی (Hg) میں اضافے کے بعد دماغ میں خرابی کے نشانات (WMHV) میں 7 فیصد اضافہ ہوتا ہے۔ نیچے والا فشار خون (DBP) میں دماغ میں خرابی کے نشانات (WMHV) میں 15 فیصد اضافہ ہوا۔ 36 اور 43 سال کی عمر میں جتنا فشار خون میں اضافہ ہوا تو بعد میں، پپو کیمپل حجم (Volume Hippocampal) اتنا ہی کم ہوا۔ فشار خون (BP) کی تبدیلیوں کی وجہ سے امیلائڈ (Amyloid) اور مجموعی طور پر سمجھ اور عقل کمی (Cognitive loss) میں کوئی فرق نہیں پڑا۔

Midlife Blood Pressure and Brain Abnormalities Decades later

Lane CA Neurol et al. Lancet Neurol

In cognitively normal adults, hypertension in midlife was associated with later-life white matter lesions of presumed ischemic origin.

Hypertension is a powerful risk factor for ischemic and hemorrhagic stroke. The effects of blood pressure (BP) values and trajectories in midlife on subsequent brain morphologic changes are less clear, as is the effect of midlife hypertension on later cognitive decline.

In this substudy of a long-running project from the United Kingdom, investigators evaluated volunteers born in 1946 at age 36, 43, 53, 60 to 69 years. Between ages 69 and 71, participants free of dementia underwent brain MRI to assess White-matter hyperintensity volumes (WMHV) and Whole-brain and hippocampal volumes. Participants also underwent amyloid PET scanning and cognitive testing.

Of 465 participants (mean age, 71; 51% men) who complete imaging and cognitive testing, 18% were amyloid positive on PET imaging and 29% were carriers of the Apo E4 allele. At age 69, mean BP was 132/71 mm hg and 40% of participants were taking antihypertensive medication. Higher systolic or diastolic BP at age 43 and 53, were associated with increase in later WMHV. For every 10mm Hg increase

in systolic BP at age 53, subsequent WMHV increase by 7%; for comparable increase in diastolic BP, WMHV increase by 15%. The greater the increase in BP between ages 36 and 43, the smaller the hippocampal volume at ages 69 to 73 years. Absolute BP Changes were not linked with amyloid positive or overall cognitive scores.

Comment Dr. Seemant Chaturvedi

These investigators are to be commended for assessing study participants at regular intervals and then correlation these assessments with a multifaceted brain-imaging protocol.

خوشی اور زیادہ متحرک (Manic/hypomanic) مریضوں میں
 چھوٹی لہروں والا مشینی علاج (Ultrabrief Electroconvulsive Therapy)
 البی الیاس اور، ساتھی

DOI: 10.1097/YCT.0000000000000322

خلاصہ:

مشینی علاج (ECT) خوشی اور زیادہ متحرک دور (Manic/hypomanic) کا ایک موثر علاج ہے۔ چھوٹی عمروں والا مشینی علاج (Ultrabrief Electroconvulsive Therapy) ایک جدید اور معیاری علاج ہے جس میں بجلی کی لہر (wave) کی چوڑائی مختصر ہوتی ہے اور اس سے بھول بھی نہیں ہوتی۔ یاسیت میں اس کا تجربہ کیا گیا تھا تاہم، جنون میں (Mania) اس کا استعمال ابھی تک معلوم نہیں تھا۔ اس لئے بیاض کی مدد سے مریضوں کے ایک گروہ میں جنون (Mania) کے لئے دائیں یکطرفہ مختصر شعاع (RUB-ECT) کے اثر کا جائزہ لیا گیا۔ نوں (9) مریضوں کے لئے گیارہ کا علاج کیا گیا اور 72.8 فیصد میں افاقہ دیکھا گیا۔ کم افاقہ کی وجہ سے دو مریضوں کو سر کے دونوں طرف کنیٹی (Bitemporal ECT) کا علاج کرنا پڑا اور ایک مریض کو یکطرفہ دائیں معمولی مشینی علاج۔ جنون میں انتہائی مختصر مشینی علاج (ECT) کے طبی فوائد دیکھے گئے اور سب مریضوں میں فائدہ ہوا۔

Ultrabrief electroconvulsive Therapy for Mania: Data From 11

Acute Treatment courses

Alby Elsas, Jithi Ramalinga, Nobia Abidi, Sathish Thangapandiam, Ravi Bhat

DOL: 10.1097/YCT.0000000000000322

Abstract:

Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective treatment of mania. Ultrabrief ECT is a novel modality that is associated with fewer cognitive adverse effects than the standard pulse width brief ECT. It has been well studied in depression. However, its use in mania is not yet known. Following a retrospective chart review, we report a small sample of patients who had Right Unilateral ECT (RUB-ECT) for mania. Eleven RUB-ECT were identified for 9 patients. 72.8% remission rate was observed with RUB-ECT. Two patients required switch into bitemporal ECT in view of minimal clinical response and 1 patient to right unilateral brief pulse ECT because of poor seizure parameters. All patients achieved remission eventually. The possible mechanisms of ECT in mania and clinical implication of ultrabrief ECT are discussed.

چین میں کمپیوٹر پروگرام سے مسلمانوں کا تعاقب

نیویارک (انٹرنیشنل ڈیسک) چینی پولیس کے ڈیٹا سے انکشاف ہوا ہے کہ چین میں ایغور مسلمانوں کو کمپیوٹر پروگرام کے ذریعے گرفتار کیا جا رہا ہے۔ یہ کمپیوٹر پروگرام خود کار طریقے سے لوگوں کو حراستی مراکز منتقل کرنے کا انتخاب کرتا ہے۔ یہ بات انسانی حقوق کے بین الاقوامی ادارے ہیومن رائٹس واچ نے چینی صوبے سنکیانگ کی پولیس کے افشا شدہ ڈیٹا کے حوالے سے بتائی ہے۔ انسانی حقوق کی تنظیم نے اس پروگرام کے استعمال کی مذمت کرتے ہوئے اسے کمپیوٹر کے ذریعے حقوق کی خلاف ورزی سے جوڑا ہے۔

چینی حکومت ان حراستی مراکز کو پیشہ ورانہ تربیت کے سینٹر قرار دیتی ہے۔ ہیومن رائٹس واچ سے وابستہ مایا وانگ کا کہنا ہے کہ سنکیانگ کے ایغور نسل باشندوں کو اب کمپیوٹر کے ذریعے حکومتی جبر کا سامنا ہے۔ ہیومن رائٹس واچ نے معلومات کے ذرائع کا انکشاف نہیں کیا، کیوں کہ ایسا کرنے پر معلومات مہیا کرنے والے افراد کو حکومتی تشدد اور گرفتاری کا سامنا ہو سکتا ہے۔ پولیس کے کمپیوٹر پروگرام کا نام انٹی گریٹڈ جوائنٹ آپریشنز پلیٹ فارم (آئی جے او پی) ہے اور اس میں تقریباً تمام ایغور نسل کے مسلمانوں کا ڈیٹا محفوظ ہے۔ یہ پروگرام جس بنیاد پر افراد کا انتخاب کرتا ہے اس میں ایغور مسلمان آبادی کی فراہم کردہ بنیادی ذاتی معلومات ہیں، جن میں قرآن پاک پڑھنے، نماز ادا کرنے، ظاہری وضع قطع جیسے داڑھی رکھنے اور مذہبی لباس کا استعمال شامل ہیں۔ مذہبی پہناوے میں مردوں کے لیے ٹوپی اور عورتوں کے لیے حجاب یا سر پر چادر رکھنا مراد ہے۔ اس پروگرام کی مدد سے صوبہ سنکیانگ میں صرف ضلع آکسو سے 2 ہزار افراد کو حراستی مراکز منتقل کیا جا چکا ہے۔ آئی جے او پی کا ایک اور کام پولیس کی مدد کے لیے آئندہ حکمت عملی کے حوالے سے مشورہ دینا ہے۔ سنکیانگ پولیس کے زیر استعمال آئی جے او پی پروگرام نے ایغور نسل کے افراد کے ناموں کو ان کی مذہبی عادات کی روشنی میں مخصوص علامت دے دی ہے۔ ان علامت زدہ افراد کو تحویل میں لینا آسان ہے۔ ذرائع کے مطابق کمپیوٹر پروگرام نے ایغور آبادی کے بے شمار افراد کو نشان زدہ کر رکھا ہے، تاکہ انہیں حکام کے قانونی یا تادیبی سلوک کا با آسانی سامنا ہو سکے۔ ایسے افراد کے جو رشتہ دار بیرون ممالک ہیں، انہیں بھی پروگرام نے علامت زدہ کر دیا ہے۔ ابھی تک اس پروگرام کی مدد سے 10 فیصد افراد کو دہشت گردی کے شبہ میں حراست میں لیا جا چکا ہے۔ بظاہر اس عمل کو ماہرین ناقابل اعتبار قرار دے رہے ہیں۔ عالمی برادری چین کے ایغور باشندوں کے ساتھ روار کھے گئے سلوک پر تنقید جاری رکھے ہوئے ہے۔ ان میں امریکا اور یورپی یونین خاص طور پر نمایاں ہیں۔ اس تنقید میں پیشہ ورانہ تربیت کے مبینہ مراکز کو حراستی مراکز قرار دیا جاتا ہے۔ انسانی حقوق کے گروپوں کا کہنا ہے کہ ان مراکز میں 10 لاکھ کے لگ بھگ افراد مقید ہیں۔ ان مراکز کی چینی حکام نے سخت نگرانی کا سلسلہ بھی شروع کر رکھا ہے۔

جنت کی نعمتیں

اشیخ صلاح بن محمد البدر

جو بھی جنت میں داخل ہوگا کبھی بیمار نہیں ہوگا، اس کا لباس پرانا نہیں ہوگا، نہ ہی اس کی جوانی ختم ہوگی۔ صدالگانے والا کہے گا: (بیشک تمہارے لیے صحت لکھ دی گئی ہے تم کبھی بیمار نہیں پڑو گے، اور بیشک تمہارے لیے سرمدی زندگی لکھ دی گئی ہے تمہیں کبھی موت نہیں آئے گی، تمہارے لیے دائمی جوانی لکھ دی گئی ہے تم کبھی بوڑھے نہیں ہو گے، اور بیشک تمہارے لیے دائمی راحت لکھ دی گئی ہے تم کبھی بھی تنگی نہیں دیکھو گے۔ جنت میں وہ کچھ ہے جو کسی آنکھ نہیں دیکھا، کسی کے کان میں اس کی آواز تک نہیں پہنچی بلکہ کسی انسان کے دل میں اس کا خیال تک نہیں آیا)۔ ”فرشتے ان پر ہر دروازے سے داخل ہوں گے، تمہارے صبر کی بدولت تم پر سلامتی ہو، آخرت کا ٹھکانا بہت ہی عمدہ ہے۔“ (الرعد: 23، 24)

فرشتے ان کے پاس آئیں گے! فرشتے ان کا استقبال کریں گے! فرشتے انہیں سلام کریں گے! اور فرشتے ہی انہیں مبارکباد دیں گے! ”تم پر سلامتی ہو، خوشحال رہو اور ہمیشہ کے لیے جنت میں داخل ہو جاؤ؟“۔ (الزمر: 73) یہ سلامتی اور نعمتوں والی جنت میں اللہ تعالیٰ کی جانب سے کتنی عظیم قرب نوازی اور تکریم ہے۔

اللہ تعالیٰ جنت والوں کو پکارے گا: ”اے جنت والو!“ جنت والے جواب دیں گے: ”اے پروردگار! ہم حاضر ہیں، بھلائی تیرے ہاتھوں میں ہے۔“ اللہ فرمائے گا: ”کیا تم لوگ خوش ہو؟“ وہ جواب دیں گے: ”اے رب! ہم کیوں خوش نہ ہوں؟ تو نے ہم پر اتنی عنایتیں کی ہیں کہ مخلوق میں سے کسی پر بھی اتنی عنایات نہیں ہوتیں۔“ اللہ تعالیٰ فرمائے گا: ”کیا تم کو اس سے بہتر کوئی چیز نہ دوں؟“ وہ عرض کریں گے: ”اس سے بڑھ کر کون سی چیز ہوگی!“ اللہ تعالیٰ فرمائے گا: ”میں تم سے راضی ہو رہا

ہوں اب اس کے بعد کبھی تم پر ناراض نہ ہوں گا۔“ ترجمہ: ”اور اللہ کی رضامندی ہر چیز سے بڑی ہے۔ (التوبہ: 72) یعنی اللہ کی رضامندی جنت کے باغوں، نہروں، محلات، لباس اور تمام تر نعمتوں سے بڑی ہے۔

ابوموسیٰؓ بیان کرتے ہیں کہ رسول اللہؐ نے فرمایا: ”دو جنتیں جن کے برتن اور تمام چیزیں چاندی کی ہیں، اور دو جنتیں جن کے برتن اور وہاں کی تمام چیزیں سونے کی ہیں، اور جنت عدن میں لوگوں کے درمیان اور پروردگار کے دیدار کے درمیان حجابِ کبریا کے علاوہ کوئی چیز اللہ کے چہرے پر نہ ہوگی۔“ (متفق علیہ)

سیدنا صہیبؓ سے روایت ہے کہ نبیؐ نے فرمایا: ”جب تمام جنت والے جنت میں چلے جائیں گے تو اس وقت اللہ تعالیٰ ان سے فرمائے گا: کیا تم مزید کچھ چاہتے ہو؟ جنتی عرض کریں گے: اے اللہ کیا تو نے ہمارے چہروں کو روشن نہیں کیا؟ کیا تو نے ہمیں جنت میں داخل نہیں کیا؟ کیا تو نے ہم کو دوزخ سے نجات نہیں دی؟ رسول اللہؐ نے فرمایا کہ پھر اللہ حجاب اٹھا دے گا اور جنتی اللہ کا دیدار کریں گے تو جنتیوں کو اس دیدار سے زیادہ کوئی چیز پیاری نہیں ہوگی۔“ (مسلم)

ابھی وہ اسی حالت میں ہوں گے کہ ایک نور جلوہ گر ہوگا اور اس نور سے جنت چمک اٹھے گی، تو وہ اپنے سر اوپر اٹھائیں گے تو الجبار جل جلالہ و تقدست اسماء؟ ہ ان کے اوپر جلوہ افروز ہوگا، اور فرمائے گا: اے اہل جنت! السلام علیکم۔ جنتی انتہائی احسن ترین انداز میں سلام کا جواب دیں گے اور کہیں گے: ”اللَّهُمَّ أَنْتَ السَّلَامُ وَمِنْكَ السَّلَامُ تَبَارَكْتَ يَا ذَا الْجَلَالِ وَالْإِكْرَامِ“۔ (یا اللہ! تو ہی سلامتی والا ہے اور تیری جانب سے ہی سلامتی مہیا ہوتی ہے، تو بابرکت ہے یا ذالجلال والاکرام!)۔

اللہ تبارک و تعالیٰ ان کے سامنے تجلی فرمائے گا اور ان کے سامنے مسکرائے گا اور فرمائے گا: اے اہل جنت! یہ سب سے پہلا کلمہ ہوگا جو جنتی اللہ سے سنیں گے: ”کہاں ہیں میرے وہ بندے جنہوں نے میری غیبی اور بنادیکھے عبادت کی؟ آج کا دن

مزید اجر کا دن ہے، اس پر تمام جنتی بیک زبان کہیں گے: اللہ ہم راضی ہو گئے ہیں، تو بھی ہم سے راضی ہو جا۔ اللہ تعالیٰ فرمائے گا: اے اہل جنت! اگر میں تم سے راضی نہ ہوتا تو تمہیں اپنی جنت میں رہائش ہرگز نہ دیتا، آج کا دن مزید مانگنے کا دن ہے، مجھ سے مانگو۔ سب کے سب بیک زبان کہیں گے: ہمیں اپنا چہرہ دکھا دے، ہم دیکھیں گے، تو اللہ جل جلالہ پردہ ہٹا دے گا اور بے حجاب ہو جائے گا، اللہ کا نور انہیں ڈھانپ لے گا، جنتی پہلے دیکھی ہوئی ہر نعمت کو بھول جائیں گے، اگر اللہ نے یہ فیصلہ نہ کیا ہوتا کہ وہ جل کر راکھ نہ ہوں، تو وہ جل کر راکھ ہو چکے ہوتے، اس مجلس میں ہر ایک سے اللہ تعالیٰ آمنے سامنے گفتگو فرمائے گا، حتیٰ کہ اللہ تعالیٰ یہاں تک فرمائے گا: اے فلاں! تمہیں یاد ہے کہ فلاں دن تم نے یہ اور وہ کیا تھا؟ اللہ تعالیٰ اسے دنیا کی کچھ کارستانیوں یاد کروائے گا۔ وہ کہے گا: پروردگار! کیا آپ نے مجھے معاف نہیں کر دیا تھا! اللہ تعالیٰ فرمائے گا: کیوں نہیں، میرے معاف کرنے کی وجہ سے ہی تو یہاں پہنچا ہے۔ اللہ اکبر! اللہ اکبر! کتنی بڑی اور عظیم نعمت ہے، کتنے کرم کی بات ہے کہ جنتی جنت میں اپنے پروردگار کو دیکھیں گے۔

یا اللہ! ہم تجھ سے تیرے چہرے کے دیدار کا سوال کرتے ہیں، تجھ سے ملنے کا اشتیاق مانگتے ہیں، جو کہ بنا کسی تکلیف کے ہو اور کسی آزمائش کے بغیر حاصل ہو جائے۔ (آمین)

(اقتباس از خطبہ جمعہ، مسجد نبوی، 21 رجب 1439)

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
3. **Dr. Akhtar Fareed Siddiqui**
MBBS, F.C.P.S (Psychiatrist)
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
8. **Dr. Sadiq Mohiuddin**
MBBS
9. **Dr. Zeenatullah**
MBBS
10. **Dr. A.K. Panjawani**
MBBS
11. **Dr. Habib Baig**
MBBS
12. **Dr. Ashfaque**
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

7. **Gulam Sarwar**

MA (Social Work)

❖ 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.

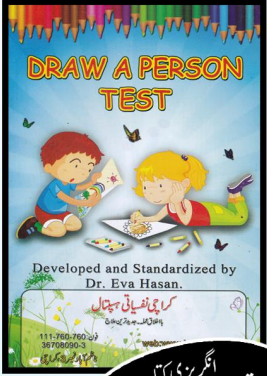
❖ Dr. Vikram

Anesthetist,

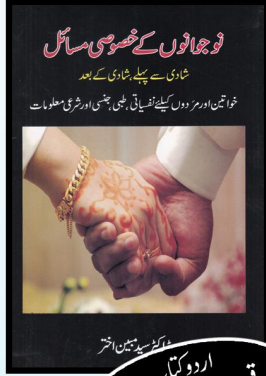
Benazir Shaheed Hospital

Trauma Centre, Karachi

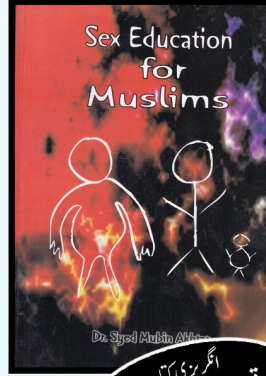
Books for Sale



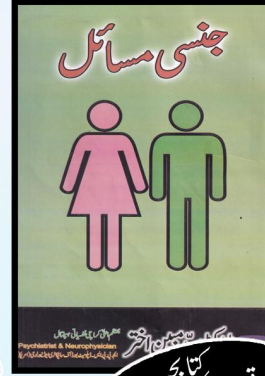
انگریزی کتاب
قیمت 5000 روپے



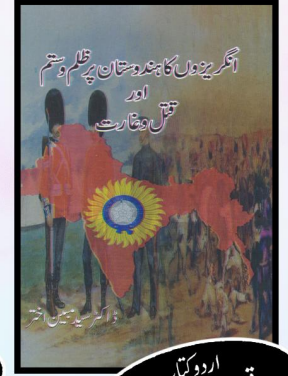
اردو کتاب
قیمت 275 روپے



انگریزی کتاب
قیمت 250 روپے



کتابچہ
قیمت 20 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.

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، 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 نقد 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 فرما رواؤں 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 و توصیف کرتے ہیں۔ امریکہ اور اسرائیلیاں میں ان لوگوں نے جا کر قدیم آبادی کو تقریباً غیبت 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 سمرانج 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۔

The same book has been translated into Urdu under the title of "نوجوانوں کے خصوصی مسائل"

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter (M.B.B.S)**
Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office
B-1/14 Nazimabad no 3,
karachi
Phone: (021) 111-760-760
0336-7760760

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

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital"
(Pakistan)

Qualification:

- * Diplomate 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.

آ

آسٹر لین پالیسی 21

ب

بڑھتی عمر 18

بچوں کو دماغی چوٹ 35

بلند فشار خون 39

پ

پریشانی 18

ج

جنسی خواہش 01

جنت 45

دل

دل 18

ذ

ذہانت 31

ش

شریانوں 18

شراب 31

ک

کمپیوٹر پروگرام 44

م

مرگی 05

میتھائل فینڈیٹ 35

مشینی علاج 42

ن

نفسیاتی دورے 05

ی

یاسیت 18



نشست برائے انتظامیہ

14-DEC-2020



نشست برائے ماہرین نفسیات

10-DEC-2020

تریتی نشست برائے کارکنان

15-DEC-2020



بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال