تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض

BULLETIN JANUARY 2022

ENGLISH & URDU

HAPPY NEW YEAR

2022

مدیر اعلیٰ: ڈاکٹر اختر فرید صدیقی
(MBBS, F.C.P.S - Psychiatry)

مدیر: محترمہ مہہ جبیں اختر
B.S (USA)

نائب مدیر: سید خورشید جاوید
(M.A (Psychology), CASAC (USA)

نگراں: ڈاکٹر سید مبین اختر MBBS,(Diplomate of the American Board of Psychiatry & Neurology)

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

با اخلاق عملہ
جدید ترین علاج

مبین ہاوس منشیات ہسپتال

زیرِ نگرانی ڈاکٹر سید مبین اختر

نشہ چھوڑنا اہم ہے　　　　مگر نشہ چھوڑے رکھنا زیادہ اہمیت رکھتا ہے

مبین ہاوس 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 زریعے وہ نا صرف نشہ 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 ڈاکٹر سید مبین اختر اور دوسرے ماہر معالجین کی نگرانی میں ہوتا ہے۔

☆ علاج کیلئے مستند ادویات کا استعمال جس سے مریض کو نشہ چھوڑنے میں کوئی تکلیف نہیں اُٹھانی پڑتی ہے۔

☆ باقائدہ طور پر دینی تعلیمات اور نماز کا اہتمام۔

☆ باقائدہ مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو۔(Psychotherapy)

☆ ہپنوسس (Hypnosis) کی مشق کرائی جاتی ہے تاکہ کسی وقت طلب ہو تو اس کو ختم کر سکیں۔

☆ مریض کی ذہنی و نفسیاتی تربیت جس کے زریعے مریض کو آئندہ زندگی میں نشہ چھوڑے رکھنا ممکن 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۔

☆ باقائدہ طور پر مریض کے گھر والوں سے رابطہ اور انکے ساتھ مشاورت۔

☆ مریضوں کے لئے تفریح کا باقائدہ انتظام۔

☆ وسیع صحن (LAWN) جہاں مریضوں کو کھیل کود کا انتظام ہے۔

﴿ یہ وہ طریقہ کار ہے جو مبین ہاوس کو دوسرے سب اداروں سے مختلف بناتا ہے ﴾

تحقیقی مضامین کا ماہانہ رسالہ کراچی نفسیاتی ہسپتال

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 ترجمے کی تجاویز ضرور بھیجیں۔

محترمہ کوثر صاحبہ کی ماہانہ انعامات تقسیم کرتے ہوئے تصویری جھلکیاں۔

ماہ اگست 2021

بمقام: کراچی نفسیاتی ہسپتال

با اخلاق عملہ
جدید ترین علاج

کراچی نفسیاتی ہسپتال

صحت بڑی نعمت ہے۔

نفسیاتی / ذہنی امراض گھر والوں اور معاشرے پر بوجھ سمجھا جاتا ہے۔

انہیں دوبارہ اپنی زندگی میں واپس لانا صدقہ جاریہ ہے۔

اس کارِخیر میں **کراچی نفسیاتی ہسپتال** کا ساتھ دیں۔

اور دل کھول کر اپنے صدقہ، خیرات اور زکواۃ

ڈاکٹر سید مبین اختر ٹرسٹ میں جمع کروائیں۔

DONATE

FOR DONATION

Title : SYED MUBIN AKHTAR / KAUSAR PARVEEN

Meezan Bank Ltd. Account # : 0131-0100002099

IBAN : PK95 MEZN 0001 3101 0000 2099

فہرست مضامین

صفحات ماہانہ : صفحات سالانہ

1۔ خیالات کے تسلط اور تکرار عمل کے شدید مریضوں کے علاج کے لیے دماغ کی گہرائی میں جا کر برقی بہتری پیدا کرنا 1

(DEEP BRAIN STIMULATION FOR INTRACTABLE OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: PROGRESS AND OPPORTUNITIES)

16۔ یادداشت اور مشینی علاج۔ 16

(Autobiographical Memory and ECT)

56۔ بڑھتی عمر، تناؤ اور یاسیت کس طرح دل کی بیماری کا باعث بنتے ہیں۔ 56

(How Aging, Stress, and Depression Contribute to Vascular Disease:)

59۔کینیڈا۔ 59

(CANADA)

62۔ شدید صدمے کا تعارف۔ 62

69۔ طالبان، انسانی حقوق اور مغرب۔ 69

73۔ کیا پاکستان ایک غریب ملک ہے؟ ۔ 73

79۔ مغربی دنیا اسلام اور مسلمانوں سے نفرت اسباب کیا ہیں؟ ۔ 79

..................☆☆☆☆☆☆☆..................

خیالات کے تسلط اور تکرار عمل کے شدید مریضوں کے علاج کے لیے دماغ کی گہرائی میں جا کر برقی بہتری پیدا کرنا

گڈمین اور ساتھی

Ajp.psychiatryonline.org

اس تجزیے میں 70 خیالات کے تسلط (OCD) کی بیماری میں مبتلا افراد کو دوطرفہ، جسم کے سامنے کا حصہ جو جھلی میں ملفوف ہے۔ اس پر Deep Brain Stimulation (DBS) دماغ کی گہرائی میں جا کر بجلی سے متحرک کیا گیا۔ یہ OCD میں مبتلا افراد کو بجلی کے علاج (DBS) کے ذریعے علاج کرنے پر بڑی تحقیق تھی۔ اس کے ساتھ ہی تفصیلی طبی جانچ و پڑتال اور اس علاج میں مریضوں کے تحفظ کے حوالے سے معلومات کی وجہ سے مصنف Ventral anterior limb of internal capsule (VALIC) کے بجلی (DBS) سے علاج کو مرض وہم (OCD) کے مریضوں کے لیے موثر اور محفوظ سمجھتے ہیں۔ یہ علاج ایسے لوگوں کے لیے تجویز کیا جاتا ہے جنہوں نے کئی دوائیوں کا ناکام علاج کرلیا ہو اور ساتھ اس سے متعلق مشاورت بھی کرائی ہوں۔

12 مہینے کے علاج کے بعد 52% مریضوں کو فائدہ ہوا اور 17% کو کچھ حد تک فائدہ ہوا۔ اس پیمانے میں 35% سے کم یعنی 34% - 25% کی ایک اور جانچنے کے طریقے میں بھی شامل ہے جس کو Y-BOGS (Yale - Brown Obsessive Complusive Scale) کہا جاتا ہے۔ 35% والا پیمائش کا طریقہ دشوار سمجھا جاتا ہے کیونکہ دماغ کی تہہ میں پہنچنے میں خطرہ زیادہ ہوسکتا ہے جبکہ 25% سے کم معیار پر بھی تحقیق کو قابل قبول سمجھا گیا ہے۔ ان دونوں گروہوں جس میں 69% مریضوں میں بہتری دیکھی گئی جبکہ دوسرے 31% مریضوں کو اپنی علامات میں بہتری نظر نہیں آئی۔

اس تحقیق سے یہ ثبوت ملتا ہے کہ بجلی کا علاج (DBS) دماغ کی گہرائی میں تحرک پیدا کرنا عمومی طور پر محفوظ اور شدید

مرض وہم (OCD) میں مبتلا مریضوں کے لیے برداشت کے قابل ہوتا ہے۔منفی اثرات کو 3 حصوں میں تقسیم کیا گیا۔:

۱) جراحی SURGERY

۲) اوزار HARDWARE

۳) کمپیوٹر پروگرام PROGRAMMING

گیارہ میں سے 2 مریضوں کو سرجری کے بعد انفیکشن ہوئی جس کی وجہ غلط استعمال ہونے والے آلات تھے اور آلات کو بہتر کیا گیا۔جس کی وجہ سے 6 مریضوں میں برقیئے (Electrodes) کی وجہ سے خرابی کو ٹھیک کرنے کے لیے دوبارہ سرجری کرنا پڑی۔اطمینان بخش یہ بات تھی کہ دماغ میں خون نہیں بہا اور نہ ہی جھٹکے یا دورے پڑے۔3 مریضوں نے خودکشی کی کوشش کی جو کہ علاج کی وجہ سے ظہور پذیر نہیں تھی بلکہ ایک مریض نے علاج میں بہتری نہ ہونے سے مایوس ہو کر اپنی زندگی ختم کرنے کی کوشش کی۔

39 فیصد مریضوں میں عارضی خفیف جنوں (Transient hypomania) دیکھا گیا جن میں 30 فیصد چڑ چڑاپن (Agitation) اور 19 فیصد میں جلد بازی (Impulsivity) کی علامات تھیں۔

جنون کی یہ کیفیت کئی دن تک جاری رہتی ہیں اس کو بجلی (DBS) یعنی دماغ کی گہرائی میں جا کر ایک حصے کو متحرک کرنے کے ردعمل میں مسکرانے یا خوشی کا احساس ہوتا ہے جو علاج کے موثر ہونے کی علامت ہے۔بجلی (DBS) کے لیے عام طور پر پورا بے ہوش (General Anesthesia) کیا جاتا ہے جس کی وجہ سے رویے میں تبدیلی نہیں دیکھی جا سکتی۔ہم نے سرجری کے دوران اثرات جیسے کہ خوشی یا پھر گھبراہٹ کے احساسات اور علامات کے ذریعے سیبر قئیے (Electrode) کی جگہ مقرر کرنے میں مدد کی۔دوسری صورت میں برقیئے (Electrodes) کے صحیح مقام تعین کے لیے خوشی کے جذبات محسوس ہونے پر جگہ کا تعین کیا۔ہم نے یہ طریقہ کار میں آخری سات مریضوں پر اختیار کیا اور دماغ کے دونوں حصوں (Hemisphere) میں سے ایک طرف خوشی کا احساس ہوا۔7 میں سے 6 مریضوں میں زیادہ فائدہ ہوا۔ان معلومات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خوشی کا احساس یا تو جراحی کے دوران یا علاج بذریعہ گفتگو میں ضروری ہوسکتا

ہے۔ علاج بذریعہ گفتگو کی وجہ سے وہم(OCD)میں بہتری کا مکان ہے۔

اس مشاہدے کو قابل اعتماد سمجھنے کے لیے مزید تحقیقات کی ضرورت ہے اور یہ معلوم کرنے کی ضرورت ہے کہ آیا خوشی یا مسرت کے احساسات موجود ہونے کا مطلب ہے کہ دماغ کے درست جگہ پر بجلی لگائی گئی ہے یا پھر یہ معیار علاج کے موثر اثرات معلوم کرنے کا ایک طریقہ ہے۔

مرض وہم(OCD)کے لیے ایک عالمی معلومات کی فراہمی کا کوئی ریکارڈ کار ہونا چاہیئے جہاں سارے وہم(OCD)کے مریضوں پر ہونے والے علاج اور اس کے موثر ہونے کے حوالے سے معلومات ہوں۔ فی الحال بجلی(DBS)کے ذریعے OCD کے علاج کا دارومدار دماغ میں پیدا ہونے والی "خوشی"، "توانائی" اور گھبراہٹ جیسے احساسات کی موجودگی ہے۔ جو کہ مریض خود بتاتے ہیں اور پھر معالجین اندازہ لگاتے ہیں۔

اس کے برعکس کپکپاہٹ (Parkinsonism) کے لیے بجلی(DBS) کا استعمال سے فوری طور پر مثبت نتائج سامنے آتے ہیں لیکن وہم(OCD)کے علامات بجلی(DBS)کے دوران قابل شناخت اثرات نظر نہیں آتے ہیں۔ اس کے بجائے آزمائش اور غلطی کے ذریعے تجزیہ کیا جاتا ہے۔ جس میں آخری بجلی(DBS)کے علاج کے بعد علامات کی شدت کا مشاہدہ کیا جاتا ہے اور پھر اس کے متعین معیار مقرر ہوتا ہے۔ تاہم ایک کمپیوٹر پروگرام(AFAR)" خودکار نظام کے ساتھ چہروں کے علامات کی نشاندہی" کے نام سے تیار کیا جا رہا ہے۔ یہ علاج کے دوران ہی چہرے کے بدلتے ہوئے پٹھوں سے اسی لمحے احساسات کو جانچ لیتے ہیں۔ چہرے کے ردوبدل چاہیئے مثبت ہو یا منفی، دونوں قسم کی جذباتی کیفیت کو پہچان لیتے ہیں۔ جیسے کہ اس مضمون اور دیگر اداروں میں تجزیے سے معلوم ہوا ہے کہ مزاج اور گھبراہٹ والے افراد میں مثبت کیفیات لمبے مدت کے لیے طاری کی جائے تو بجلی(DBS)کے ذریعے مرض وہم(OCD)کے علاج میں بہتری آجاتی ہے۔ خاص طور پر دماغ کے مخصوص حصوں جیسے کہ Nucleus Accubens، Ventral Striatum، یا پھر Bed Nucleus of Stria Terminalis پر شعاعتیں زیادہ مثبت اثر دکھائی ہیں۔

ایک مفروضہ یہ بھی ہے کہ شعاعوں کی زیادہ ارتعاش سے DBS علاج میں تکرار عمل کے علامت کو ختم کردیتا ہے

لیکن یہ مفروضہ جدید ابھرتے ہوئے ماہرین اعصابی سائنسدانوں نے مسترد کر دیا ہے۔ان کے مطابق بجلی (DBS) کے علاج سے ہونے والے نتائج کہیں زیادہ پیچیدہ ہیں۔

چند اور تحقیقات کے مطابق بجلی کا علاج (DBS) اعصابی نظام کو فروغ دیتا ہے۔ یہ اثرات مقامی اور بعیدی طور پر Cortico - Striato - Thalamo Cortical پر اثر انداز ہوتا ہے۔ یہ دماغ کے وہ اعصاب ہوتے ہیں جو کہ متحرک اور فیصلے کی اہلیت رکھتے ہیں۔اس کے علاوہ عادت اور جزا اور انعام کو محسوس کرواتے ہیں۔ یہ وہم (OCD) کی بیماری میں دماغ کے رابطی نظام کو تیز اور باقاعدگی لاتے ہیں۔

ایک دوسرے مفروضے کے مطابق بجلی کا علاج (DBS) سے دماغ منفی اور مثبت جذباتی کیفیات پر اثر پڑتا ہے۔ یہ اعصابی نظام میں تبدیلی لاکر مثبت سوچ کو بڑھاتا ہے اور نقصان سے بچنے کے ردعمل کو کم کرتا ہے۔ سائنسدان فگی (FIGEE) نے وہم کے مرض (OCD) میں ہونے والی بے بنیاد سوچوں کو مثبت سوچ سے تبدیل کیا جاتا ہے۔ یہ تحقیق صحتمند اور وہم (OCD) کے مریضوں کے تقابلی جائزے کے ذریعے لی گئی۔اس تحقیق میں دماغ کے مخصوص حصے جو انعام یا جزا کے لیے اقدامات کرنے کے مظہر ہیں۔ان کیفیات میں بہتری دیکھی گئی۔اس کا ثبوت دماغ کے MRI سے ظاہر ہوتا ہے۔جس میں ایک شعاع بھیج کر تین جہتی (THREE DIMESIONAL) شکل بناتا ہے جس سے یہ معلوم ہوا کہ یہ علاج وہم (OCD) کے مریضوں میں ڈوپامین (DOPAMINE) کے اخراج کو بہتر بناتا ہے۔AFAR یعنی خودکار نظام کے ذریعے چہرے کے تاثرات کی نشاندہی کرنے والے کمپیوٹر پروگرام سے یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ علاج کسی مثبت اثر کے لیے اقدامات کی اہلیت کو بڑھاتا ہے۔زیادہ تر وہم (OCD) کے مریض کسی نقصان کے خوف سے بچنے کے لیے لاحاصل اقدامات کرتے ہیں۔ یہ اقدامات بنیادی طور پر خوشی اور اطمینان کا باعث نہیں ہوتے ہیں۔اس لیے AFAR کے ذریعے یہ معلوم ہوا کے کہ دماغ کے درمیانی حصے (Ventral Striatum) پر شعاعیں دینے سے مثبت انجام کے لیے کوشش کی اہلیت اور سوچ برھتی ہے۔اس کے لیے مختلف قسم کے تکرار عمل اور خاص رویے کی عادت پڑنے پر فرق نظر آجاتا ہے۔

دماغ کے مرکزی حصے میں بجلی (DBS) کا علاج کرنے کے بعد وہم (OCD) کے مریض میں مثبت اقدامات کی اہلیت زیادہ ہوجاتی ہے۔لیکن نگرانی کے بغیر بعض دفعہ مزاج میں زیادہ تیزی بھی ہوسکتی ہے۔خوشی کے لیے اقدامات کی

چاہت ضرورت سے زیادہ ہونے کا خطرہ موجود ہے۔عالمی صحت کے ادارے(NHS) نے ایک تحقیق کے لیے امداد فراہم کی ہے دماغ کے مرکزی حصے میں بجلی (DBS) گہری متحرک شعاعوں کے ذریعے علاج رویے کی بہتری بڑھانے کے لیے بہتر انتظامات کی ضرورت ہے۔اس کا فائدہ وہم کا مرض (OCD) کے مریضوں کے لیے مخصوص DBS علاج کو بہتر بنانے کی کوشش کی جاری ہے۔NHS دماغ کے مرکزی حصے میں بجلی (DBS) لگانے کے بعد رویوں اور اعصابی کارکردگی کا مشاہدہ کررہی ہے۔اور مریض میں علاج کے بعد مزید بیمار ہونے کے اثرات کا بھی مشاہدہ کررہی ہے۔

ڈینی (DENY) کی تحقیق میں جن مریضوں کا علاج ہورہا تھا۔اس میں مریض اور معالجین کو یہ معلوم تھا کہ کون سا علاج کیا جارہا ہے۔(OPEN LABEL FASHION)۔ایک دوسری تحقیق میں 16 مریضوں کولیا گیا۔اس میں DOUBLE BLIND STUDY یعنی ایسی تحقیق جس میں مریض اور معالجین دونوں کوعلاج کے بارے میں علم نہیں ہوتا۔اس میں اصل بجلی کے علاج (DBS) کے مقابلے میں جعلی بجلی کا علاج (DBS) کا موازنہ کیا گیا۔اس تجزیے میں اصلی کا نتیجہ اچھا رہا۔ بقیہ 54 مریض پر دونوں اصلی اور نقلی علاج کیا گیا۔بجلی کے علاج (DBS) کے ذریعے دوائی سے بہتر نہ ہونے والے یاسیت کے مریضوں میں توقع سے زیادہ اچھے نتائج آئے۔حالانکہ یہ تحقیق ایسی تھی جس میں مریضوں اور معالجین کوعلاج کا علم نہیں تھا۔

اس کے علاوہ بجلی کے علاج (DBS) کے ساتھ علاج برائے گفتگو کوبھی استعمال کیا گیا۔تمام شرکاء ایسے تھے جن پر تھراپی کی جاسکتی تھی اوراس سے ٹھیک نہ ہونے والوں کوبجلی کے علاج (DBS) علاج کے لیے چنا گیا تھا۔مطالعے سے یہ بھی معلوم ہوا کہ دونوں قسم کے علاج میں کس علاج کے نتائج بہتر ہیں۔

یہ اقدامات بجلی کے علاج (DBS) کومتحرک کرنے کے بعد کئے گئے 16 مریضوں پر 24 ہفتے تک ہر ایک ہفتے بعد گفتگو کے ذریعے علاج کیا گیا اور ساتھ ہی اعلانیہ بجلی کا علاج (DBS) کا علاج بھی کیا۔نفسیاتی علاج کا بذریعہ گفتگو علاج کے علاج سے بجلی کے علاج (DBS) کے علاج کے ساتھ زیادہ تر بہتر نتائج سامنے آئے۔لیکن بعد میں ایسی تحقیق کی گئی جس میں مریضوں اور معالجین علاج سے لاعلم تھے۔ان پر بجلی کا علاج (DBS) کا علاج رک جانے سے ان میں وہم کا مرض (OCD) کی علامات واپس آگئیں۔حالانکہ ان کا ساتھ میں علاج بذریعہ گفتگو ہو چکا تھا۔اور اس علاج کے

ساتھ ساتھ بجلی (DBS) کا علاج اچھے نتائج دے رہا تھا۔

حالیہ تحقیق کے مطابق یہ علاج 50% بہتری لاتا ہے چاہے وہم کا مرض (OCD) کتنا ہی شدید یا پرانا ہو۔ یہ نتائج جونیدرلینڈ میں معلوم ہوئے جس کی وجہ سے امریکہ میں بھی اس طریقہ علاج کو موزوں سمجھا گیا۔ امریکہ کی خوراک اور ادویات کے ادارے (FDA) نے دماغ کے مختلف حصّوں یا کئی حصّوں پر بیک وقت علاج کرنے کی منظوری دے دی ہے۔ خاص طور پر OCD میں مبتلا مریضوں کے لیے جس کو عرصے سے کسی علاج سے فرق نہیں پڑا ہے۔ غرض یہ کہ لمبے علاج سے ٹھیک نہ ہونے والی OCD کے لیے مرکزی دماغ کے حصے میں بجلی کا علاج (DBS) کرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ اسمیں بہتری کی ضرورت ہے۔ خاص طور پر نتائج کے اعداد و شمار بہتری کی شرح اور DBS علاج کے نتیجے میں ہونے والے منفی اثرات زیرِ غور ہیں۔ ان منفی اثرات میں متحرک (Hypomania) شامل ہے۔

دماغ کے مرکزی حصے (Ventral Striatum) پر (DBS) بجلی کا علاج وہم کے مرض (OCD) کے مریضوں پر مثبت اثرات مزید تحقیق کے ذریعے بڑھایا جاسکتا ہے۔ ایک طریقہ یہ ہے کہ فرد کے دماغی اعصاب اور اس کے آپس میں ملاپ کی ساخت کے لحاظ سے DBS کے برقیرہ لگانے (Electrodes) کی جگہ کا تعین کیا جاسکتا ہے۔ خیال یہ ہے کہ چونکہ ہر فرد کی دماغی ساخت مختلف ہوتی ہے۔ اس لیے اس علاج کو ہر فرد کی بیماری کی ذاتی نوعیت کو ذہن میں رکھ کر بجلی (D B S) کرنا چاہیئے۔ اس تجزیے میں ڈینی (D E N Y) نے باقاعدہ دماغ کی نقشہ (DTI TACTOGRAPHY) نہیں کرائی البتہ تحقیقوں نے اپنی جدا رپورٹ پیش کیں۔

ابھی کوئی ایسا طریقہ معلوم نہیں ہے کہ دماغ میں کس جگہ برقیرہ (Electrodes) لگائیں۔ اس میدان میں ابھی اختلاف اپنی جگہ پر ہیں۔ دوسرے محققیں مختلف نتائج بتارہے ہیں۔ ان کی ممکنہ ہدف پر توجہ مرکوز کرنی چاہیئے۔ بدقسمتی سے کوئی ایسی منظّم معلومات نہیں ہیں جس سے یہ معلوم ہو کہ کس طرح کے مریض کو بجلی (DBS) سے زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ ہم ابھی زیادہ تر بیماری کی شدت، مدت مرض، اور دستاویزات کے ذریعے بجلی کے (DBS) علاج کا فیصلہ کرتے ہیں۔ تشخیص کے ساتھ مضبوط دستاویزی ثبوت اور اس کے ممکنہ افادیت اور متبادل علاج کی بھی صورت نکالی جاسکتی ہے۔

وہم کا مرض (OCD) کے لیے عالمی معلوماتی ادارے کا قیام جیسے کہ TOURETTE'S SYNDROME میں DBS کا استعمال موثر ہے۔اس بیماری میں ردعمل کی پہلے سے نشاندہی کی پہلے سے کرلی جاتی ہے۔ہمیں جدید آلات بنانے اور طریقہ کار واضح کرنے کی اشد ضرورت ہے۔اس کے ذریعے OCD میں ردعمل کو اعتدال میں لانے کے لیے اہداف مقرر کرنے پڑیں گے۔

DEEP BRAIN STIMULATION FOR INTRACTABLE OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: PROGRESS AND OPPORTUNITIES

Wayne K. Goodman, M.D., Eric A. Storch, Ph.D., Jeffrey F. Cohn, Ph.D., and Sameer A. Sheth, M.D., Ph.D.

Ajp.psychiatryonline.org

Reference Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7239379/

In this issue of the Journal, Denys et al. describe the response of 70 patients with severe and intractable obsessive-compulsive disorder (OCD) treated with bilateral ventral anterior limb of the internal capsule (vALIC) deep brain stimulation (DBS). This is the largest cohort study of DBS for OCD ever reported and includes detailed clinical outcomes and safety data that led the authors to conclude that vALIC is generally effective and safe for patients with severe and chronic OCD whose symptoms were nonresponsive to a wide range of medications as well as exposure and response prevention therapy.

At the 12-month follow-up, 52% of patients were categorized as "responders," and 17% were categorized as "partial responders," as determined by ?35% and 25% - 34% decreases, respectively, in scores on the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) . The 35% metric is used as a more stringent criterion for DBS, whose invasiveness warrants a higher bar, but a 25% decrease is also considered to be an acceptable measure of response in clinical trials. Combining these two categories, 69% of patients showed meaningful clinical improvement. On the other hand, that leaves 31% who experienced no relief from their obsessive-compulsive symptoms.

This study adds to a growing body of evidence that DBS is generally safe

and well tolerated for patients with intractable OCD (4, 5). Adverse events were categorized as either related to surgery, the hardware, or programming. Among the 11 serious adverse events, two patients developed postsurgical infections involving components of the device that required explanation and reimplantation several months later. Six patients required revision surgery to correct malposition of the electrodes. Importantly, no intracerebral hemorrhages or seizures were reported. There were three suicide attempts without sequelae, and only one was classified as related to stimulation changes in a patient who was reported to be disappointed with her response to DBS.

Transient hypomania occurred in 39% of patients, along with agitation (30%) and impulsivity (19%). It is unclear whether the authors' use of the term hypomania, which connotes a clinically significant mood disorder lasting days, is synonymous with a mirth response, the immediate induction of a smile/laughter and euphoria during DBS programming. Some studies maintain that a mirth response during initial programming may be a positive predictor of eventual OCD outcome. In the Denys et al. study, implantation of DBS leads was performed under general anesthesia, rendering behavioral testing impossible. In our hands, we use intraoperative behavioral effects (i.e., mirth response and absence of anxiety) to confirm electrode placement, and, if necessary, we will adjust the position of the lead until a mirth response is obtained. We have used this approach in our last seven patients and have elicited a mirth response from at least one hemisphere (one lead) in each case. To date, six of these seven patients are responders (unpublished data). Together, these published (and unpublished) data suggest that the presence

of a mirth response-whether intraoperatively or in the first programming session-may be a necessary (but not sufficient) condition tied to OCD response. Further research is needed to confirm this observation and to determine whether the mirth response is truly a signature of target engagement or simply a convenient clinical marker to guide programming.

The creation of a worldwide database for OCD…would be an important step toward defining predictors of response.

Currently, programming adjustments for DBS for OCD are made largely on the basis of acute beneficial effects on "mood," "energy," and "anxiety" as described by the patient and evaluated by the clinician. In contrast to DBS for tremor, in which immediate symptomatic benefits are observable, direct effects on the core obsessive-compulsive symptoms are not discernable during a programming session. Instead, parameters are adjusted, in a largely trial-and-error fashion, based on changes in OCD symptom severity since the last visit. We are exploring the use of Automated Facial Affect Recognition (AFAR), a computer-vision machine-learning based approach that objectively measures real-time changes in anatomically based facial actions and positive (and negative) valence of emotional state to aid in programming.

As stated in this article and elsewhere, sustained positive effects on mood and anxiety invariably precede improvement in OCD during DBS targeting the vALIC (or related neighboring regions such as the ventral striatum, nucleus accumbens, or bed nucleus of the stria terminalis). On the other hand, improvement in mood does not guarantee a successful outcome for OCD. Patient-rated measures of increased energy and motivation accompany the positive mood effects of ventral striatum DBS for OCD. It is noteworthy that no

patient in the Denys et al. cohort requested explanation, including those who were OCD nonresponders. The authors attribute this preference to the beneficial effects of DBS on mood and anxiety.

The prevailing neurocircuit-based framework for the pathophysiology of OCD points to dysfunction in specific cortico-striato-thalamo-cortical loops. The first study of DBS for OCD targeted the ALIC based on prior positive experience with stereotactic ablation in this region and supported by the rationale that fibers coursing through the ALIC, forming part of the relevant cortico-striato-thalamo-cortical circuit, would be interrupted, along with the symptoms of OCD. The original assumption that high-frequency DBS (e.g., 130 Hz) would act as "functional ablation" has been challenged by emerging basic neuroscience research showing that the therapeutic mechanisms of DBS are far more complex. Several research groups have proposed that DBS exerts neuromodulatory effects, both locally and distally throughout the cortico-striato-thalamo-cortical circuit, that normalize hyperconnected network activity in OCD.

An alternate but complementary hypothesis is that ventral striatum DBS for OCD affects the balance between positive and negative valence systems in the brain such that circuit bias is changed in the direction of reward/approach over harm avoidance. Figee et al. highlighted the importance of disordered reward processing in OCD based on several lines of evidence, including a functional MRI study showing diminished nucleus accumbens activity during a reward anticipation task in patients with OCD compared with healthy control subjects. A study using single-photon emission computed tomography found that nucleus accumbens DBS induced striatal dopamine release in patients

with OCD. Using AFAR, we have been able to demonstrate that ventral striatum DBS can turn up the gain on positive valence affect. For the most part, patients with OCD are driven by harm avoidance, and their compulsions are aimed at preventing negative outcomes and are not inherently pleasurable, thus differentiating compulsions from behavioral addictions. During ventral striatum DBS, patients with OCD become more engaged in rewarding activities, but without close monitoring and careful adjustments, there can be overshoot into excessive reward-seeking behaviors as manifestations of a hypomanic state. Better management of this behavioral side effect of ventral striatum DBS is one of the aims of a current project funded by the National Institutes of Health (NIH) to develop adaptive DBS for OCD (clinical trials identifier, NCT03457675). In this NIH study, local field potentials are being recorded chronically from the ventral striatum together with other neural and behavioral data in an effort to identify classifiers of hypomania and exacerbations of OCD.

The main limitation of the Denys et al. study is that the majority of patients received DBS in an open-label fashion. The first 16 patients were enrolled in a double-blind sham-controlled crossover study that showed active DBS as superior to sham DBS; the remaining 54 patients were treated openly. Concerns have emerged about higher than expected sham response rates in double-blind trials of DBS for treatment-resistant depression, including for the ventral striatum target. In a recent meta-analysis (N=24), Schruers et al. found evidence for nonstimulation effects of DBS on symptoms of OCD. However, Denys et al. point out that the magnitude of the sham effects identified by Schruers el al. is smaller than the mean Y-BOCS reduction shown in their

study. To address sham response-due to either insertion effects or expectation bias-our preferred study design for DBS in psychiatric disorders is to conduct a blinded, discontinuation phase at the conclusion of open-label DBS. This approach allows for individualized programming to optimize outcome, establish a stable continuation period, and then identify sham responders by gradually withdrawing stimulation over a period of several weeks.

An important takeaway from the Denys et al. study is the clinical value of providing exposure and response prevention therapy during DBS. Importantly, all patients had previous failed trials of exposure and response prevention before becoming eligible for DBS. One of the confounds of the study is that it is hard to disentangle the effects of DBS alone from that of combined DBS and exposure and response prevention therapy. The majority of patients (N=57) received individualized exposure and response prevention sessions from a skilled therapist starting at different time points after the activation of DBS. The first 16 patients received weekly sessions for 24 weeks during open-label DBS .Exposure and response prevention therapy appeared to augment the effects of DBS on OCD beyond benefits already achieved through DBS; patients attained an average point reduction of 7.3 (SD=11.3) on the Y-BOCS after exposure and response prevention (in addition to the 8.3 [SD=7.8] Y-BOCS point reduction post-DBS). However, the absence of a control group for exposure and response prevention does not allow for definitive conclusions.
During a subsequent double-blind discontinuation phase of this cohort (N=16), all responders rapidly and completely relapsed once DBS was turned off, despite having been treated with exposure and response prevention. The authors suggest that the gains seen with exposure and response prevention

therapy were dependent on the presence of active DBS. Preclinical studies show that nucleus accumbens DBS enhances fear extinction, which may help explain how it augments exposure and response prevention in humans.

Overall, the response rates reported by Denys et al. are in line with recent meta-analytic findings showing that DBS is a highly effective intervention for more than 50% of patients with severe, chronic, and treatment-resistant OCD. The current findings from the Netherlands are germane to clinicians and patients in the United States, where an overlapping brain region, the ventral striatum, is approved by the Food and Drug Administration (under a Humanitarian Device Exemption) as a DBS target in the treatment of refractory OCD. While ventral striatum DBS is an important option for intractable OCD, there is room for improvement in outcome rates, magnitude of response, and mitigation of DBS-induced side effects, particularly hypomania.

There are several opportunities for improving outcomes of ventral striatum DBS for OCD. One such approach is individualization of DBS lead placement using measures of structural connectivity within the brain, usually with diffusion tensor imaging (DTI). Proponents argue that because the connectivity profile of each patient's brain is unique, the target should be defined in a personalized manner, taking into account individual variability. Although Denys et al. did not use DTI tractography in this series, they have separately reported their retrospective experience, using it to help identify optimal lead location. There is still controversy in this arena, however, as other investigators have arrived at sometimes conflicting conclusions. Studies that test these methods using prospective targeting are needed.

Unfortunately, there are no established clinical predictors informing us

which patients are most likely to respond to DBS. We rely mostly on illness severity, chronicity, and well-documented evidence of treatment resistance to determine eligibility for DBS in adults with a primary diagnosis of OCD. This assessment is coupled with a robust informed consent process that covers risks, potential benefits, and alternatives. The creation of a worldwide database for OCD, like the one developed for DBS in Tourette's syndrome, would be an important step toward defining predictors of response. Finally, we need to leverage state-of-the-art neurotechnologies (like chronic sensing of local field potentials) to learn more about the neurocircuitry of OCD to discover biomarkers of response and to identify nodes (besides those already studied) that may be targeted to directly modulate the symptoms of OCD.

یادداشت اور مشینی علاج

ہیلرلڈا ے سکیم ۔ پی۔ایچ۔ڈی

Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141894/

خلاصہ:

مشینی علاج سے زندگی کے پرانے واقعات بھولنا سب سے زیادہ تکلیف دہ کیفیت ہے کئی مریض مشینی علاج سے ایسے واقعات بھول جاتے ہیں جو علاج کے دوران ہوتے ہیں، اور وہ بھی جو علاج سے ہفتوں اور مہینوں پہلے ہوتے ہیں۔

یہ بھول کافی شدید ہوتی ہے کچھ مریضوں میں یعنی واقعات کی بھول مثلاً شادیاں، بیماریاں یا سفر وغیرہ اور کئی سال کے واقعات کی یاد غائب ہوجاتی ہے۔حالانکہ مشینی علاج سے ذہنی عمل مشینی علاج کے بعد کئی طریقوں سے بہتر بھی ہوجاتا ہے۔

اس بھول کا اندازہ مندرجہ ذیل دو معائناجات سے لگایا گیا ہے۔

1) کولمبیا یونیورسٹی زندگی کی یادداشت (C.U.A.M.I)

2) یا مندرجہ بالا معائنے کا مختصر سوالنامہ (C.U.A.M.I - SF)

محققین نے ان دونوں معائناجات کو غلط قرار دیا ہے البتہ اس سے اختلاف کیا جاسکتا ہے کیونکہ 80 سال سے یہ ہی استعمال ہورہے ہیں۔

مشینی علاج کے بعد مریضوں کی اپنی یادداشت کے خرابی یا کمی کے بارے میں مریضوں سے معلومات کرنا ہے۔

ماہرین کے مطابق یہ سوالنامے معیاری نہیں ہیں ان کے نتائج غلط ہیں اور نظر انداز کر دینے چاہیئے۔اس سوالنامے کے طریقہ کار قابل اعتماد اور درست ہونے پر بھی شک ہے۔ان سوالناموں کے ارتقاء اور استعمال کے حوالے سے تبصرہ کیا جائے گا۔

یہ دیکھا گیا ہے کہ SEMKOVSKA اور MCLOUGHLIN کی تنقید درست نہیں ہے کیونکہ قابل اعتماد معلومات پر تحقیق سے اپنی طریقہ کار سے اکھٹی کی گئی تھیں۔مزید برآں اس کے پیمانے کے قابل اعتماد کے ثبوت موجود نہیں ہے۔ یہ امتحان اعصابی/ نفسیاتی معاملات کو سمجھنے کا واحد طریقہ ہے۔ اس ضمن میں مریضوں کو مشین کے علاج (ECT) لگنے کے بعد اپنی یادداشت کو ریکارڈ کرنے میں کافی فرق آجاتا ہے۔ اس کے علاوہ مشین کے علاج (ECT) کے بعد کی رپورٹ میں یہ معلوم نہیں ہے کہ کتنے لوگوں میں نسیان کی بیماری موجود تھی۔

CUAMI اور CUAMI-SF کی معلومات سے یہ بات ثابت ہے کہ مشینی علاج (ECT) کے بعد شخصیت میں ادراک کی کمی ہو جاتی ہے۔ECT کے بعد لمبی مدت کی یاداشت پر اثر ہونا کی نفی نہیں کرنی چاہیئے۔

مشینی علاج (ECT) کے بعد اپنی یادداشت کے حوالے سے معلومات دینا اس کے منفی اثرات کو واضح کرتا ہے۔ECT کا کورس کے دوران کئی مریض اس دورانیے میں ہونے والے واقعات کو بھول جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ علاج سے 6 سے 8 مہینے پہلے ہونے والی یادیں بھی بھول رہے تھے۔کچھ مریض پرانی یادداشت میں زوال یعنی (RETROGRADE AMNESIA) اور اپنے حالات زندگی کے کچھ واقعات جیسے کہ سیر و تفریح، بیماریاں اور شادی وغیرہ کے واقعات کے کچھ حصوں کو بھولنے لگے تھے۔مشینی علاج (ECT) کے کورس کے فوری بعد بہتری کا مطلب یہ نہیں ہے کہ حافظہ سابقہ کی یادداشت اثر انداز نہیں ہوگی۔

JANIS اور SQUIRE نے ECT کے بعد خود مریضوں کے بتائے ہوئے یادداشت کے انحطاط کی معلومات دینے کے حوالے سے ایک تحقیق کی۔انہوں نے پہلی بار ECT کے بعد بھولنے کے عمل کے حوالے سے معلومات کا تجزیہ کیا۔ان کے تجزیے میں تھوڑے سے افراد تھے جس میں محدود ذرائع استعمال ہوئے۔ یہ تجزیہ باقی دوسری جدید

تحقیقات کی تصدیق کرتی ہیں۔ کچھ تحقیقات میں مشینی علاج کے بعد یادداشت کے زوال پذیر ہونے پر تحقیق ہوئی ہے۔ یادداشت کی جانچ کے لیے کولمبیا یونیورسٹی کے بنائے گئے سوالنامہ (CUAMI) استعمال کئے گئے یا پھر اسی سوالنامے کا مختصر شکل بھی موجود ہے۔ (CUAMI - SF) میری تحقیقاتی ٹیم نے نیویارک کے نفسیاتی ادارے (NYSPI) اور کولمبیا یونیورسٹی نے تیار کیے ہیں۔ ایک حالیہ تجزیے کے مطابق مندرجہ بالا یادداشت کے سوالنامے کو دوسائنسدان نے غلط قرار دیا ہے اور اس کے تحت ہونے والے نتائج کو نظر انداز کرنے کی حمایت کی ہے۔

مشینی علاج (E C T) کے استعمال کے بعد ادراک پر اثر کے حوالے سے تحقیقات ہوئی ہیں لیکن مشینی علاج (ECT) کے بعد یادداشت کے زوال پذیر ہونے پر طویل مدتی جائزہ اب تک نہیں کیا گیا۔ دوسائنسدان کے مطابق ان سوالناموں سے اخذ کیے گئے نتائج کی کوئی ٹھوس اعداد و شمار نہیں ہیں۔ جس کا مطلب ہے کہ مشینی علاج (ECT) کے نتیجے میں مریضوں سے معلوم کیے گئے یادداشت میں خرابی پیدا ہونے کے کوئی ثبوت نہیں ملے ہیں۔

نیویارک کے نفسیاتی ہسپتال میں چار لگاتار تجزیے کیے گئے جس میں شرکاء اور تجزیہ کرنے والے تحقیق کے موضوع کو نہیں جانتے تھے (CUAMI (DOUBLE BLIND جو کہ کولمبیا یونیورسٹی کی جانب سے یادداشت کے متعلق سوالنامے بنائے گئے تھے۔ جو کہ دائیں طرف سے یکطرفہ اور دونوں جانب سے ECT لگانے پر تحقیق کی گئی۔ ECT دونوں طریقوں میں مریض کو جھٹکے آنے تک لگائی گئی۔ اس کے بعد CUAMI سوالنامہ مریضوں پر استعمال کیا گیا۔ یہ سوالنامہ منظّم انداز میں لیا جاتا ہے اس سوالنامے کو ECT لگنے سے پہلے 281 سوالات میں ذاتی نوعیت اور واقعات سے متعلق سوالات کیے جاتے ہیں۔ ان واقعات میں بیماریوں، ہسپتال میں داخلے، ملازمت، گھر کے علاقے، سفر اور تفریح کی معلومات پوچھی جاتی ہیں۔ ان اہم سوالات کے علاوہ روزانہ کے حالات، ان کے دوست احباب اور رشتے داروں کے ساتھ روزمرہ کے معمول کے حوالے سے بھی سوال کیے جاتے ہیں۔ ان میں 185 سوالات کے تفصیلی جواب دیے ہوتے ہیں جیسے کہ نام اور گھر کے پتے پر مبنی ہوتے ہیں۔ کچھ سوالات صرف ہاں / نہیں پر مشتمل ہیں یا پھر تاریخ اور مختصر سوال ہوتے ہیں۔ وقتی بھول کا اندازہ لگانے کے لیے 28 ایسے سوالات ہیں جو تازہ ترین واقعات سے متعلق ہوتے ہیں (واقعات جو سال کے اندر ہوں) اور 40 سوالات پرانے واقعات پر مبنی ہوتے ہیں۔ (یعنی ایک سال سے پرانے واقعات)۔ کچھ ذہنی سوالات بھی ہوتے ہیں۔ جس میں تازہ ترین اور پرانے واقعات کو سابق جوابات سے موازنہ کیا جاتا ہے۔ ایسے واقعات

سے متعلق سوال بھی ہوتے ہیں جو کہ منفی یا مثبت اور یا پھر وہ غیر جانبدارہ واقعات ہوں۔ مثال کے طور پر شرکاء سے بہترین اور بدترین واقعات کی نشاندہی کروا کہ یہ دیکھا جاتا ہے کہ ان واقعات سے متعلق یادداشت کو پرکھا جاتا ہے۔

نیویارک یونیورسٹی کے بنائے ہوئے 3 سوالنامے میں مشینی علاج (ECT) ہونے سے پہلے یاسیت کے مریضوں کو جو دوائی بھی نہیں لے رہے تھے بغیر مشینی (ECT) کے پھر ان ہی مریضوں سے سوال کیا گیا اور تیسرے بار 6 مہینے بعد ان ہی مریضوں کا یادداشت کا سوالنامہ کیا گیا۔ اس تجزیے سے پہلے مشینی علاج (ECT) کے بعد طویل مدتی اثرات کو جانچا گیا۔ یہ سوالنامے تقریباً ایک گھنٹے سے لے کر 3.5 گھنٹے لیتے ہیں۔ اس کے ساتھ مریض کے رشتے دار، احباب سے بھی سوال کیے جاتے ہیں۔ پھر اس کا موازنہ مریض کے بتائے ہوئے واقعات اور حالات سے کیا جاتا ہے یہ طریقہ اس لیے وضع کیا گیا ہے کہ یاسیت کے مریضوں پرانی یادوں کو غلط دہرا سکتے ہیں۔ اس کے علاوہ پرانے واقعات کے صحیح یادداشت بھی ہوسکتی ہے چونکہ انہوں نے پرانے واقعات کی یاد تازہ کر کے اپنی یادداشت کی تصیح کر لی ہوں۔

پہلی تحقیق میں چند افراد کا ایک گروپ بنا کر ان سے سوالنامے بھروائے گئے۔ دوسرا گروپ جو کہ نفسیاتی امراض زندگی کے کسی حصے میں شکار ہونے والے افراد تھے۔ ان دونوں اعداد و شمار کو آپس میں موازنہ کیا گیا ساتھ ہی ان معلومات کو عمر، جنسی، تعلیم، مالی و معاشرتی حالت اور زبانی ذہنی صلاحیت پر مشتمل حصوں میں شرکاء کو بانٹا گیا۔ اس تحقیق کا مقصد صحت مند افراد اور یاسیت کے مریضوں کی یادداشت کا موازنہ تھا۔ جس کی وجہ سے مشینی علاج (ECT) کے بعد یادداشت میں خرابی کا تجزیہ جانبدار ہوسکتا ہے۔

اس سوالنامے میں ECT لگنے کے فوراً بعد ایسے سوالات پوچھے گئے جس کے جوابات حتمی تھے۔ (Definite)۔ ایسے سوالات شامل نہیں کیئے گئے تھے جن کے جوابات غیر یقینی ہوں یا پھر شرکاء نے ان واقعات کا تجزیہ نہ کیا ہو اور اس کے بارے میں معلومات نہ ہوں۔ اس کے بعد ہر شرکاء کے لئے مزید سوالات بنائے گئے جس میں مریضوں کو واقعات کے بارے میں حتمی اور یقینی یادداشت موجود ہوں۔ یہ تجزیہ جب ہی کیا جاسکتا ہے کہ جب شرکاء کی یادداشت مشینی علاج (ECT) سے پہلے بھی پرکھی جائے۔

یہ سوالنامہ 43 سوالات پر مبنی انفرادی زندگی سے متعلق واقعات کی یاد دلاتا ہے (بہترین یاد - اٹلی کا سفر) اور جب بعد میں یادداشت میں خرابی ہو یا پھر یاد ہی نہ ہو تو اس سے متعلق مزید معلومات لینے کی کوشش نہیں کی جاتی۔ لیکن اگر شرکاء کی واقعات سے متعلق یادداشت ٹھیک ہو تو پھر مزید سوالات اور تفصیلات لی جا سکتی ہیں۔

MC Alhiney کی تحقیقی دستاویز کے مطابق یہ بات واضح ہوئی کہ بے ترتیب دو طرفہ مشینی علاج (ECT) کرنے کے فوراً بعد شرکاء کے جوابات متضاد تھے اور یادداشت قدرے زیادہ کمزوری تھی۔ اس کے مقابلے میں سیدھے ہاتھ کی طرف یک طرفہ (BUL) مشینی علاج سے حافظ حالیہ اور سابقہ میں بہتری تھی۔ یکطرفہ مشینی علاج کے بعد پرانے واقعات اور معلومات میں کوئی خاص خرابی نہیں دیکھی گئی۔ ایسا کوئی اشارہ نہیں ملتا جس میں بجلی کی مقدار کے حوالے سے حافظے میں کمی (RA) کی خبر ہو۔

دو مہینے گزرنے کے بعد جن شرکاء کو دوسری بار دو طرفہ (BL) مشینی علاج کا کورس دیا گیا، تو ان کی یادداشت میں زیادہ خرابی دیکھی گئی بہ نسبت ان افراد کے جن کو مشینی علاج کا ایک ہی کورس کرایا گیا تھا۔ اس کے علاوہ سر پر Electrode کو خاص جگہ پر لگانے سے بھی لمبی مدت کی یادداشت زوال پذیر ہونے کے علامات ہیں۔ بے ترتیب چناو کے ذریعے جن کو دو طرفہ (BL) مشینی علاج دیا گیا ان کی یادداشت میں زیادہ انحطاط دیکھا گیا۔ یہ علامات مشینی علاج کے دو مہینے بعد دیکھے گئے تھے۔ بے ترتیب چناو کے ذریعے جن افراد کو یک طرفہ (RUL) مشینی علاج ہوا تھا ان کی نسبتاً یادداشت میں کم خرابی دیکھی گئی۔

(ECT) مشینی علاج میں ٹیکنیکی وجوہات خاص طور پر Electrode کی مناسب جگہ اور دو کورس بمقابلہ ایک کورس کے اثرات مختلف ہو سکتے ہیں لیکن بجلی کی مقدار کا کوئی قابل ذکر اثر نہیں ہے۔

ایک رائے یہ بھی ہے کہ ممکن ہے کہ ایک ذیلی گروہ افراد جو وقت کے ساتھ یادداشت کے حوالے سے متصاد بیانات دے رہے ہیں۔ ان کی یادداشت میں تضاد بہتر ہونے کے بجائے بدتر ہو رہی ہو۔ یہ ممکن ہے کہ یادیں رپورٹنگ کے وقت غیر ارادی طور پر مائل ہو رہی ہوں۔ تین الگ ثبوت کی نشاندہی میں اس کا امکان بہت کم ہے کہ CUAMI سوالنامے میں

درستگی میں کوئی عنصر مائل ہو رہا ہو۔مختلف تحقیقات میں جن شرکاء کی یادداشت میں تضاد تھا ان لوگوں کا زیادہ تر جواب " مجھے یادنہیں" تھا۔ یہ کہنا بے جا ہوگا کہ دوطرفہ مشینی علاج سے پرانی یادیں واپس ذہن میں لانے میں بہتری آتی ہے۔ان گروہ میں مریض صرف یہ کہہ رہے کہ " ہمیں یادنہیں ہے۔" یہ بھی کہنا بے جا ہوگا کہ دوطرفہ مشینی علاج سے یادداشت یا واقعات کودوبارہ ذہن میں لانے میں بہتری پائی گئی ہے۔وجہ یہ ہے کہ ایک گروہ کے شرکاء پہلے سوال کے جواب میں صحیح واقعات بیان کرر ہے تھےاوردوسرے سوالات کے دور میں " ہمیں یادنہیں" کہہ رہے تھے۔CUAMI کی افادیت میں شبہ اس لیے بھی کیا جاتا ہے کہ وقت کے ساتھ یادوں کوذہن میں لانے اوراس کی تفصیلات رشتے داروں اوردوست احباب تصدیق نہیں کر سکے۔

خلاصہ:۔

CUAMIاورCUAMI-SF صرف انہی تحقیقات کا تجزیہ کیا گیا جو میرے زیرنگرانی کرائے گئے تھے۔ CUAMI-SF یعنی مختصر سوالنامہ ECT اوراس سے ملتے جلتے تحقیقات میں زیادہ استعمال ہوا ہے۔ان تحقیقات پرتجزیے کے بعدکئی شواہدایسے سامنے آئے ہیں جواس تحقیق کوحقیر بناتی ہے بلکہ بار بار تحقیق کرنے کے بعدبھی متعدد بارایک ہی نتیجہ آیا۔5 اہم تجزیات، جس میںCUAMI اورCUAMI-SF سوالنامے استعمال کئے گئے تھے۔اس میں اعصابی/ نفسیاتی پیمائش کاایک بڑا حصہ جوکہ CUAMI اورCUAMI-SF کےنتائج پراثر انداز ہوا جس میں ہرگروہ کے مختلف علاج ایک وجہ تھی۔ECT لگنے کے بعد یادداشت میں کمی کا رجحان دیکھا گیا۔چونکہ تمام پانچ تحقیقات میں دو طرفہ ECT(BL) کےفوراً بعدیادداشت میں کمی آتی ہے۔3ایسی تحقیقات جن میں 2 سے 6 مہینے کے بعد بھی یادداشت میں ECTلگانے کے مشتمل کمی دیکھی گئی۔اسی طرح دوطرفہ ECT کےفوری بعد یا پھر کچھ مہینے بعد یادداشت میں یکساں خرابی دیکھی گئی۔یہ سمجھناضروری ہے کہ یادداشت کے جانچنے اورطبی جانچ کا آپس میں کوئی تعلق نہیں تھا۔

ان معلومات سے یہ بات سامنے آئی کہ ECT سے مشتمل منفی اثر یہ ہے کہ شرکاء نے اپنی یادداشت میں خرابی دیکھی۔ یہ بھی دیکھا گیا کہ شرکاء کی اپنی خود دی گئی یادداشت کی معلومات اور معالجین کے ذریعے معلومات تقریباً یکساں تھیں۔

Autobiographical Memory and ECT:

Harold A. Sackeim, PhD

Link:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141894/

Abstract

Amnesia for autobiographical information is the most critical adverse cognitive effect of ECT.1-3 Following ECT, many patients report persistent memory loss for events that occurred during the ECT course and the weeks and months before the course.4,5 Indeed, some patients report a dense retrograde amnesia (RA), with gaps in memory of autobiographical events (e.g., vacations, illnesses, weddings, etc.) extending back several years. This phenomenon stands in contrast to the improvement in many neuropsychological domains seen shortly following the ECT course.

Janis9-11 and Squire12-16 pioneered the study of postECT RA for autobiographical information. Their descriptions of this phenomenon, derived from studies of small samples using limited instruments, nonetheless is largely consonant with the conclusions of modern research. Many, if not most, modern studies of autobiographical RA following ECT have used either the Columbia University Autobiographical Memory Interview (CUAMI) or the Columbia University Autobiographical Memory Interview - Short Form (CUAMI-SF). My research team and I at the New York State Psychiatric Institute (NYSPI) and Columbia University developed these instruments, based on an earlier measure, the Personal Memory Interview, authored by Weiner

and Squire. In a recent review in this journal, Semkovska and McLoughlin21 claimed that studies using the CUAMI and CUAMI-SF should be dismissed and their findings regarding RA ignored. Indeed, in their earlier meta-analysis of the objective cognitive effects of ECT they did not include autobiographical amnesia among the domains examined because of their contention that the standard measures in ECT to assess this domain, the CUAMI and CUAMI-SF, lack reliability and validity.

Were the position of Semkovska and McLoughlin taken seriously (and it should not be), the implication would be that, after nearly 80 years of clinical use, the field of ECT has failed to assess properly its most critical and persistent side effect, and the one that is the most frequent source of patient complaint. In fact, Semkovska and McLoughlin go further and conclude that by rejecting the findings using these scales, there is no empirical evidence that ECT results in RA for autobiographical information at any time point.

Later, we will examine the basis for Semkovska and McLoughlin's misgivings about these scales and see that they are patently wrong, based principally on a fundamental misunderstanding about our work, or otherwise, remarkably narrow. However, before evaluating Semkovska and McLoughlin's concerns and deciding whether or not to throw the baby out with the bath water, let's examine the baby - what have we learned with the CUAMI and CUAMI-SF.

Studies Using the CUAMI

Four consecutive, double-blind, randomized trials were conducted at the NYSPI. The CUAMI was developed during the first of these trials, which

contrasted right unilateral (RUL) and bilateral (BL) ECT, with both administered with an electrical dosage just above the seizure threshold. The CUAMI was then used in the next three studies.

The CUAMI is administered in a structured interview format. The baseline interview conducted prior to ECT involves queries about 281 personal events or event details. The events include illnesses and hospitalizations, work history, places of residence, travel and entertainment activities, and significant, as well as, everyday events experienced by the patients, their families, or their friends. Of these queries, 185 items require a descriptive response, such as providing an address or naming a person. Other items require a yes/no, date, or list answer. To test for a temporal gradient in RA, there are 28 queries explicitly about recent events (i.e., took place within the prior year), and 40 queries explicitly about remote events (i.e., took place more than 1 year earlier). A subset of these recent and remote event queries are matched for item content. To examine RA as a function of the affectivity of memories, inquiries also deliberately focus on negatively-charged, positively-charged, and emotionally-neutral events. Subsets of the queries about negative and positive events are also matched for content. For example, participants identify both the best and worst trip they had ever taken and are asked to provide the same details about these events.

In the 3 NYSPI studies to use the CUAMI, interviews were conducted with depressed patients while medication-free prior to ECT, medication-free within a few days of terminating the randomized ECT course, and at two-month follow-up. In the third study, the CUAMI was also administered at a six-month follow-up to further examine the persistence of deficits.

The baseline CUAMI interview in depressed patients typically took between 1-3.5 hr. In the first NYSPI study to use the CUAMI, family members or close friends were also administered the interview (from the point of view of the patient) to identify a subset of items that could be corroborated for accuracy. This was done to guard against the possibility that depressed patients may be especially likely to be inaccurate in their recall of prior events and that inconsistency in responses over time could be due to more accurate recall at later time points. In this first study, of the 75 patients with baseline CUAMI data, a family member or close friend corroboration interview was available in 52 instances.

In this first study, a normal control sample was also interviewed on one occasion. This group, negative for lifetime psychiatric disorder, was matched to the patient sample in the distributions of age, gender, education, socioeconomic status, and verbal IQ.26 The purpose of the normal control group was to estimate the extent to which productivity of memory at baseline was reduced in the patient group, thereby perhaps biasing postECT RA measures.19 In the second and third studies to use the CUAMI, a similarly selected normal control group was tested on two occasions, averaging about 4 weeks apart, corresponding to the average interval between preECTand immediate postECT testing in patients. This allowed for the determination of the extent to which CUAMI amnesia scores in patients exceeded the rates of normal forgetting or inconsistency in memory reports over time.

In all studies, CUAMI interviews after baseline (e.g., immediate postECT) only inquired about items that had a definite reply at baseline. Inquiries were not made about items that at baseline participants said they did not know or

could not remember the answer or that the query did not apply to them. In this way, a subset of items was identified for each participant such that the participant had evidence of a definite memory at baseline. Thus, the CUAMI RA scores concerned only material that was previously "known" and did not attempt to quantify the extent that participants would provide responses at follow-up when they could not do so at baseline.

The CUAMI elicits multiple details about 43 discrete events (e.g., best trip = a trip to Italy). If at follow-up testing, the participant did not spontaneously recall a specific event or were inconsistent in the event reported (e.g., now a trip to California instead of Italy), they were reminded about the original description. When participants explicitly recognized the original event, subsequent queries about details pertained to the event described at baseline. When participants did not recognize the original event, there was no questioning about the details of this event.

The primary outcome measures in all three NYSPI studies using the CUAMI focused on the 185 items requiring a descriptive response (43 discrete events and 142 event details). The key measures of RA were the percentage of responses at follow-up that were consistent with responses at baseline and the number of pure memory failures. Pure memory failures were instances in which the participant could no longer provide any information about a query that was previously definitely answered. Consistency (or its inverse, inconsistency) provides a more liberal measure as it includes, as indexing RA, both pure memory failures and changes in the description of events and event details.

The first study using the CUAMI at NYSPI randomized patients to right

unilateral (RUL) and bilateral (BL) electrode placements.19,23 Patients were also randomized to low (just above seizure threshold [ST]) and moderate (2.5 x ST) dosage conditions. Patients who did not meet response criteria received a second, crossover course of BL ECT at 2.5 x ST, regardless of their original randomized treatment assignment.

The findings in this study, reported in detail by McElhiney et al.,19 demonstrated that immediately following the randomized ECT course, patients treated with BL ECT were more inconsistent in their responses and had substantially more pure memory failures than patients randomized to RUL ECT. This advantage for RUL ECT was maintained across multiple consistency measures, including separate analyses for recent and remote events, and affectively-charged and neutral events. In contrast, there was no indication that electrical dosage condition impacted on RA scores.

At two-month follow-up, patients who received a second, crossover course of BL ECT had inferior RA scores than those who received only one course of ECT. Indeed, relative to the assessment immediately after the randomized ECT course, RA scores deteriorated in the crossover patients and improved somewhat in the patients who received only one ECT course. Furthermore, there were also effects of initial electrode placement on the long-term RA measures. Patients randomized to BL ECT had inferior consistency scores at the two-month reassessment than patients randomized to RUL ECT.

Thus technical factors in the administration of ECT, specifically electrode placement and receiving 2 vs. 1 courses of ECT, but not electrical dosage, impacted on CUAMI RA scores. There is the theoretical possibility that when a subgroup demonstrates greater inconsistency over time in memory reports,

increased rather than decreased accuracy in memory recall may be mediating this difference. There were three sets of evidence that indicated that this was a very unlikely explanation of the effects found with the CUAMI. Across multiple analyses, the effects obtained with inconsistency scores were tracked by those obtained with scores for pure memory failure, the "don't remember" responses. It would be absurd to argue that the higher rate of pure memory failure with BL or crossover ECT reflected an improvement in the accuracy of recall, since patients in these groups were more commonly stating they did not remember the answer to a query that they previously provided a definite response. While the effects seen with the primary consistency measure were tracked by the measure of pure memory failure, the effect sizes tended to be greater with the consistency measure. This led to its preferential use in subsequent studies.

A second reason for doubting that improved accuracy over time substantially impacted on the CUAMI findings concerned the corroboration provided by family members and friends. In the patient group as a whole, there was greater consistency over time for corroborated vs. non-corroborated items, demonstrating perhaps a difference in the memorability or resistance to RA of events and event details known by others. Regardless, when restricting analyses to only corroborated baseline reports, the pattern of findings was unaltered. For example, the effects of treatment parameters (electrode placement, number of ECT courses) were maintained. Indeed, in light of the fact that there was marked redundancy in the effects observed with all items and only corroborated items, the use of family/friend corroboration was deemed unnecessary and dropped in future studies using the CUAMI.

The third factor impacting on the role of improved accuracy was the fact

that in this study consistency scores at two-month follow-up were computed in two ways. By one method, responses at two-month follow-up were rated as consistent only if they matched the response at baseline. By a second method, responses were scored as consistent if they matched either the baseline or immediate postECT response. The second method allows for the theoretical possibility that patients provide a more accurate response at immediate postECT relative to baseline and then maintain that response at follow-up. However, intensive analyses revealed no difference between these scoring methods in the patterns revealed at two-month follow-up. Consequently, in all future work, the CUAMI and CUAMI-SF consistency scores have been computed only in relation to agreement with baseline responses.

The negative findings in this first study are also noteworthy. In line with previous research on anterograde memory and RA for public events, there was no evidence that RA for autobiographical information was associated with clinical outcome. Some psychological theories of ECT mechanisms had argued that RA, especially for negative memories, was responsible for ECT's therapeutic benefit. In contrast, whether examined using dichotomous classification of response or using continuous measures of symptom severity, there was no indication that symptomatic improvement covaried with CUAMI RA scores. Indeed, in contrast to some theories of mood congruence, there was also no evidence that the degree of RA varied for positively- vs. negatively-charged memories for the sample as a whole or as a function of clinical outcome.

The second NYSPI study to use the CUAMI randomized depressed patients to 3 forms of RUL ECT (1.5, 2.5 or 6.0 x ST) or a gold standard BL

ECT (2.5 x ST).24 CUAMI consistency and pure memory failure scores were primary outcomes measures immediately following ECT and at two-month follow-up. The principal findings were that immediately following ECT patients randomized to BL ECT had significantly more inconsistency and more pure memory failures than each of the three RUL groups, which did not differ from each other. Particularly important clinically was the fact that high-dosage RUL ECT (6 x ST) was superior in CUAMI RA measures than the BL ECT (2.5 x ST) condition. Furthermore, the advantage of a single course of RUL ECT over a single course of BL ECT remained signficant at the two-month follow-up. These findings replicated the findings of the prior study and indicated that electrode placement was more critical than dosage condition in moderating RA for autobiographical information and that electrode placement effects could be discerned two months after the completion of ECT.

The last NYSPI trial to use the CUAMI randomized depressed patients to pulse width (ultrabrief: 0.3 ms vs. standard brief pulse: 1.5 ms) and electrode placement (RUL ECT at 6 x ST vs. BL ECT at 2.5 x ST) conditions. In this study only CUAMI consistency scores were reported, although the effects again were paralleled in pure memory failure scores (unpublished data). Immediately following ECT, there were marked effects of pulse width, electrode placement, and number of treatments. Patients who received standard brief pulse ECT (1.5 ms) were markedly less consistent in their responses than patients treated with an ultrabrief stimulus (0.3 ms.). Patients treated with BL ECT had poorer consistency scores than patients treated with RUL ECT, regardless of pulse width. Further, across the sample, a larger number of treatments was associated with poorer consistency scores.

Follow-up investigations were conducted immediately following receipt of a crossover course (BL ECT, 1.5 pulse width, 2.5 times ST) in nonresponders, and at two- and six-month follow-up in all patients. The findings again indicated that receipt of a second, crossover course of ECT resulted in further deterioration of CUAMI consistency scores. At the two-month and six-month follow-ups, patients who received ultrabrief ECT, whether RUL or BL, had markedly superior consistency scores compared to patients treated with a single course of RUL or BL brief pulse ECT or who had received a second crossover course. While there were indications that patients treated with a single course of brief pulse BL ECT or crossover ECT had inferior scores at both follow-ups than patients treated with a single course of RUL ECT, the effects of pulse width were far more substantial. Thus, it was concluded that choice of pulse width profoundly impacts on the extent of long-term RA for autobiographical information. It was also observed that the number of ECT treatments administered in the randomized phase was associated with RA scores at the two- and six-month follow-up, with more treatments linked to greater RA.

While conducting these randomized clinical trials, we also used the CUAMI to examine key issues in our understanding of ECT-induced RA for autobiographical information. Clinically, it is critical to identify predictors of the extent of long-term RA in order to identify beforehand the most vulnerable patients or to modify the administration of the treatment to lessen the probability of long-term adverse outcomes. Two possibilities had been previously suggested. There is a widely held view that individuals withpre-existing cognitive impairment or neurological insult may be more at

risk for persistent negative cognitive outcomes following ECT. It had also been speculated that the disorientation that immediately follows ECT seizure termination is a form of rapidly shrinking RA. It was thought that the more severe the disorientation, as measured by time to recover full orientation, the greater the RA following the treatment course.

Sobin et al. used the sample from the first NYSPI trial to apply the CUAMI to test whether modified Mini-Mental State (mMMS) scores prior to ECT and postictal orientation recovery times during ECT predicted CUAMI consistency scores. Indeed, there were strong, linear relationships between both baseline mMMS score and postictal reorientation time in predicting the extent of RA at the CUAMI assessment during the week following ECT. These effects remained signficant when controlling for age, dosage and electrode placement condition, absolute electrical dosage, seizure duration, and total number of ECT treatments. The associations with baseline mMMS score and with postictal reorientation time were also signficant when predicting the RA consistency score assessed two months following the ECT course. Thus, this study presented the first empirical evidence that pre-existing global cognitive impairment and the duration of postictal disorientation predicted the magnitude of RA following ECT both in the short- and long-term.

Sackeim et al. recorded resting, eyes closed, 19-lead EEG prior to ECT, before the penultimate treatment, and during the week following the ECT course in the sample that also participated in the first of the NYSPI trials to apply the CUAMI. They demonstrated a specific topography of EEG changes in the theta band correlated with CUAMI consistency scores during the week following ECT. Increased theta band activity in left frontotemporal regions was

associated with increased RA. The same topographic EEG pattern was also associated with the duration of postictal disorientation during the ECT course, providing further linkage between this phenomenon and RA for autobiographical information. In contrast, other EEG changes were associated with the change in mMMS scores, demonstrating specificity in neuropsychological correlates. The findings associating RA with increased left frontotemporal theta activity were consonant with the view that the altered septohippocampal function subserved the neuropsychological deficit. It has long been thought that dysfunction in medial temporal lobe structures, and the hippocampus in particular, contribute to the RA following ECT.

The foregoing studies demonstrated that CUAMI RA scores are sensitive to aspects of treatment administration (i.e., electrode placement, pulse width, treatment number), individual differences in global cognitive status prior to ECT, and the duration of postictal disorientation during the ECT course. These scores were also found to covary with a specific topographic pattern of altered physiological activity. Brakemeier et al. using the sample from the third NYSPI trial to apply the CUAMI, linked CUAMI consistency scores to an entirely different domain, patient's self-evaluation of their memory functioning.

Historically, studies of patient subjective reports of cognitive function following ECT found no relationship with objective neuropsychological measures. Indeed, at time points when objective amnestic effects can be readily identified, ECT patients typically report improved cognitive status on subjective measures like the Squire Memory Complaint Questionnaire (SMCQ) and Cognitive Failures Questionnaire (CFQ). Change in scores on these subjective instruments usually covary strongly with the extent of clinical

improvement, raising doubt about their validity. In addition to administering the SMCQ and CFQ, Brakemeier et al. used a novel instrument, the Global Self-Evaluation of Memory (GSE-My) (see also). The GSE-My has only a single item, modeled after Clinical Global Impression (CGI) scales. Using a Likert-scale, patients rate the extent to which they believe the course of ECT helped or hurt their memory.

Across the sample, as expected, patients had improved scores on the SMCQ and the CFQ when assessed during the week following the randomized ECT course. In contrast, as a group, the sample reported poorer memory function on the GSE-My. Also in contrast to the GSE-My, the traditional scales were insensitive to the forms of ECT administered or number of treatments. On the GSE-My, however, patients who received ultrabrief RUL ECT had the most positive evaluations and differed significantly from the brief pulse, RUL ECT group. Across the sample, a larger number of ECT treatments was associated with reports of greater impairment on the GSE-My. Associations were also examined between the three subjective measures and five measures of cognitive change, including the CUAMI. No signficant relationship emerged with the SMCQ or the CFQ with any neuropsychological measure. In contrast, GSE-My scores showed trends with a measure of spatial anterograde amnesia and a measure of RA for public events. A significant association was found for a measure of verbal anterograde amnesia. However, by far, the most robust association was found with the CUAMI consistency score. Greater subjective memory impairment following ECT was associated with more severe RA.

Studies Using the CUAMI-SF

A major drawback of the CUAMI is its time demands; baseline interviews can require more than 3 hours to administer, and considerable additional time is needed for transcribing and scoring these interviews. It was clear that this instrument could be used with severely depressed patients only in highly specialized research settings, especially given the typical time pressures to start ECT. From a measurement viewpoint, it was also clear that the CUAMI was highly reliable, as it had revealed persistent deficits months after ECT, and strong relations with treatment parameters, individual difference measures, physiological indices, and patient self-report. However, it is likely that the instrument has many extraneous items, as the principal dependent measures derived only from the subset of items that required a descriptive response, while other types of items were ignored. Furthermore, the instrument includes sampling of recent and remote events, and emotionally-charged (positive and negative) and neutral events. These items were included to examine the intrinsic characteristics of the RA, but were likely "overkill" in providing a measure of the overall severity of RA for autobiographical information. Thus, the CUAMI-SF was created to address the need for a much briefer instrument for use in multisite studies and in routine clinical practice.

The items on the CUAMI-SF concern 6 events: last major overnight trip, last New Year's Eve, last birthday, most recent employment, most recent medical illness, and details about an important family member or friend. For each of these six categories, five queries are made to probe memory of specific details, producing a total of 30 items. The event and detail queries

were selected from the much larger set in the CUAMI on the basis of two criteria. First, we identified events and details that produced high and equivalent rates of response at baseline in the depressed patients and matched normal control sample administered the CUAMI at NYSPI. Second, among potential items, we selected those that maximized the difference between RUL and BL ECT in the randomized NYSPI studies. We presumed these selection criteria would enhance sensitivity of the instrument to RA for autobiographical information.

The CUAMI-SF is administered and scored in a manner similar to the CUAMI. In particular, at follow-up testing, inquiries are only made about items that had a definite response at baseline. Thus the collection of memories subject to assessment is individualized for each participant and memory consistency is tested only for items that at baseline provoke an identifiable memory. Scoring at follow-up allows partial credit when reports partially correspond to baseline responses. The baseline response is automatically scored 2 if a definite and identifiable memory is elicited and otherwise scored 0, corresponding to reports that participants do not know or remember the answer to the question or that the query does not apply to them. Only queries scored as 2 at baseline provide the material tested at follow-up. Follow-up responses are scored as 0 (no response or fully inconsistent), 1 (partially consistent), or 2 (fully consistent). The RA score used in research with the CUAMI-SF is the total score at a follow-up relative to the score at baseline. This reflects the percent consistency in responses and is maximally 100%, with increasing inconsistency resulting in lower scores. The CUAMI-SF usually takes 15-20 minutes to administer.

The CUAMI-SF was first applied in the multisite study examining efficacy and cognitive effects in community ECT settings, often referred to as the "Services" study. This prospective, observational study was conducted with an intent-to-treat sample of 347 depressed patients, who received ECT at 7 different hospitals in the New York City metropolitan area. The CUAMI-SF, a primary outcome measure in this study, was administered as part of a larger neuropsychological battery prior to ECT, within a few days of ECT termination, and at six-month follow-up. Normal controls, never psychiatrically ill and matched to the patient sample in the distributions of age, gender, and education were tested at the same intervals as patients. CUAMI-SF consistency scores in patients were adjusted for the extent of inconsistency found in the normal comparison sample over time. This allowed determination of the extent to which CUAMI-SF inconsistency scores at follow-up exceeded the normal rate of inconsistency in autobiographical recall.

In the total patient sample, deficits on the CUAMI-SF were marked at postECT. While most neuropsychological measures showed improvement relative to baseline at the six-month follow-up, consistency (RA) scores remained significantly reduced compared to normal controls. In a large neuropsychological battery, the CUAMI-SF provided the measure most sensitive to short- and long-term impairment. Patients at the 7 hospitals did not differ at baseline in any neuropsychological measure. However, these hospitals differed in CUAMI-SF RA scores at both the immediate postECT and six-month time points. These differences among the hospitals were maintained after controlling for patient factors associated with neuropsychological performance. Rather, these differences in the extent of RA were attributable to

differences among the hospitals in ECT technique. Once the contribution of technical factors was considered, hospital differences disappeared.

Both immediately following ECT and at the six-month follow-up, patients treated with BL ECT had greater impairment (more inconsistency) on the CUAMI-SF than patients treated with RUL ECT. Immediately following ECT, for all electrode placements, a larger number of ECT treatments was associated with poorer consistency scores. However, the slope of this decline was significantly steeper for those treated with BL than RUL or bifrontal ECT. At the six-month follow-up, a signficant relationship with treatment number was restricted to those treated with BL ECT. Increasing number of BL treatments was associated with greater inconsistency on the CUAMI-SF.

This study attempted to identify individual patients with a marked and persistent RA. To be so classified, patients had to have CUAMI-SF consistency scores at both the immediate postECT and 6-month follow-up time points that were more than 2 standard deviations below the average score of the total patient sample. Of 306 patients so classified, 38 (12.4%) met these a priori criteria for marked and persistent RA. Membership in this group was significantly greater among patients treated with BL ECT and among women.

Thus, the Services study found that psychiatric facilities differed in the severity of short- and long-term RA. These hospital differences, in turn, were attributable to variation in the practice of ECT. In particular, larger number of treatment with BL ECT was associated with greater quantitative short- and long-term RA deficits. Patient treated with BL ECT had greater representation among those with especially marked and persistent deficits.

Berman et al. examined patient subjective evaluation of memory functioning in the Services study sample. As part of the neuropsychological battery, the CFQ and GSE-My were administered at baseline, during the week following ECT, and at six-month follow-up. In the total sample there was a substantial reduction in cognitive complaints on the CFQ both immediately and six months following ECT, replicating the well established phenomenon of improved cognitive self-evaluation after ECT on most instruments. In contrast, GSE-My scores decreased at the two time points. In fact, the majority of patients rated their memory as poorer both immediately following ECT (53.1%) and six-months later (64.3%).

Treatment variables had no relation to CFQ scores at either time point. Rather, the level of depressive symptomatology was strongly related to these scores at both postECT time points. GSE-My scores also had signficant covariation with concurrent Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) scores, but these relationships were much weaker. Instead, GSE-My scores were related to technical factors in ECT administration. In particular, six months following ECT, patients' global self-evaluation of memory functioning was poorer with larger numbers of treatment with BL ECT, paralleling the effect observed on the CUAMI-SF.

Berman et al. directly examined the relationship between change in objective neuropsychological measures (mMMS, verbal learning task, CUAMI-SF) and CFQ and GSE-My self-report scores. There were no signficant associations between neuropsychological measures and the CFQ at either time point. At both time points, GSE-My scores covaried with CUAMI-SF scores. Self-report of greater memory impairment following ECT was

significantly associated with more severe RA, as indexed by the CUAMI-SF consistency scores, both immediately and six months following ECT.

Sackeim et al. conducted a multisite, randomized, double-blind trial examining the effects of concurrent pharmacotherapy and electrode placement on the efficacy and safety of ECT. Patients (n=319) were randomized to treatment with nortriptyline, venlafaxine, or placebo during ECT. They were also randomized to brief pulse RUL (6 x ST) or BL (1.5 x ST) ECT. The choice of moderate dosage (1.5 x ST) BL ECT was key since the randomized NYSPI trials reviewed above largely used high dosage (2.5 x ST) BL ECT, thereby perhaps intensifying the cognitive disadvantages of this electrode placement. Patients (and matched normal controls) underwent neuropsychological testing at preECT baseline and within days of ECT termination. While a long-term clinical follow-up of this sample has been published,46 that report focused only the determinants of relapse, and noted that missing data rates for neuropsychological measures were too high during follow-up for meaningful analyses.

In the randomized trial, findings were reported for four primary neuropsychological measures. Even after correction for the rate of inconsistency among normal controls, far and away, postECT scores on the CUAMI-SF revealed the greatest deficits. There was a signficant effect of pharmacological condition on three of the postECT neuropsychological measures, but the CUAMI-SF was the exception. Rather, there was a significant difference between high dosage (6 x ST) RUL ECT and moderate dosage (1.5 x ST) BL ECT in anterograde amnesia (verbal learning) and RA (CUAMI-SF) scores. In both cases, patients treated with BL ECT had more

severe amnesia than patients treated with RUL ECT.

Summary of the Findings

This review of publications using the CUAMI and CUAMI-SF examined only those studies that I supervised. The CUAMI-SF, in particular, has been used more broadly in ECT and related research (e.g., 47,48). Nonetheless, the research reviewed above provided a set of remarkably robust findings, in many cases replicated across studies. In each of the 5 distinct studies to use the CUAMI or CUAMI-SF, among a large number of neuropsychological measures, scores on the CUAMI or CUAMI-SF were the most sensitive to treatment group differences. Indeed, even when controlling for the normal rate of inconsistency in memory, RA scores on these instruments showed the greatest deficits immediately following ECT relative to many other neuropsychological measures. Furthermore, all 5 studies found that BL ECT resulted in greater RA immediately following ECT than RUL ECT. Three studies examining neuropsychological function at two- or six-months postECT also found greater persistent deficits in patients treated with BL ECT. Similarly, the single trial to randomize patients to different pulse widths found markedly reduced RA on the CUAMI with ultrabrief stimulation, immediately after ECT and at two-month and six-month follow-ups. Across these studies, relations with treatment number were repeatedly observed. Longer courses of ECT, especially with the BL electrode placement, were associated with greater RA both in the short- and long-term. It is also noteworthy that in each of these five studies RA scores and clinical outcome had no

association.

Of special importance is the fact that RA scores on the CUAMI and CUAMI-SF covary with patients' evaluations of the effects of ECT on their memory. In both a highly selected research sample and a sample of patients who received ECT in the community, self-reports that ECT induced more negative effects on memory were associated with greater deficits on the CUAMI and CUAMI-SF. Until these studies, no objective neuropsychological measure had ever been found to correlate significantly with patient self-report of memory functioning following ECT.

This body of findings provides some of the most compelling evidence indicating that ECT can have persistent, adverse effects on memory for autobiographical information. These findings also provide the strongest validation to date that patients' reports of their perceived deficits correspond to an objective reality. Yet Semkovska and McLoughlin argue that the CUAMI and CUAMI-SF are scientifically inadequate and that the findings summarized above should be discarded and ignored. Why?

Objections to the CUAMI and CUAMI-SF

Semkovska and McLoughlin have several reservations about the use and interpretation of these scales. The most important objection concerns a putative lack of data from healthy controls assessed over time. The primary dependent measure used with the CUAMI and CUAMI-SF has been the consistency of responses with baseline reports. All individuals show some degree of inconsistency over time in autobiographical memory recall, and Semkovska and McLoughlin raise the concern that the rate of inconsistency

observed following ECT in the patients in our studies was generally in the range observed in studies of normal controls assessed at the same intervals. By failing to measure the extent of inconsistency in controls, we could not determine to what extent patient scores were, in fact, abnormal.

This objection evaporates on two grounds: (1) normal control data are not necessary to interpret differences among ECT groups and (2) Semkovska and McLoughlin apparently were not aware that the normal control data they deemed essential had, in fact, been collected and contributed to the scoring and interpretation in all but one study using the CUAMI and CUAMI-SF.

The focus of research using the CUAMI and CUAMI-SF has been on determining the aspects of ECT technique that impact on the severity and persistence of RA for autobiographical information. For example the findings to date indicate that higher numbers of ECT treatments, especially with BL ECT and/or wide electrical pulse width, are associated with more severe deficits shortly following ECT as well as months later. We presumed that showing that one treatment group differs from another (e.g., BL vs. RUL ECT) in memory scores at six months postECT demonstrates that persistence of deficit does occur and shows meaningful relationship to treatment parameters. We have always been careful to note that groups with superior consistency scores may still be manifesting a deficit, and that only comparisons to normal controls can resolve this separate issue. In short, the availability of normal data in no way impacts on the relative differences between ECT groups. While normal data give us a sense of the absolute magnitude of deficit (or lack thereof) in patient samples, such data has no statistical impact detecting differences among patient groups. Our focus was on testing

for group differences in randomized trials and in a large observational study. Indeed, to my mind, detecting such differences and demonstrating them to be persistent over time and replicable across studies provides a stronger scientific design in establishing that ECT can have persistent effects on autobiographical memory than simply comparing consistency scores of patients to normal controls.

The foregoing argues on conceptual grounds that Semkovska and McLoughlin's insistence on normative data hardly undercuts the meaningfulness of the previous work. Their position would be stronger were it the case that ECT could result in enhanced consistency in autobiographical memory. For example, could it have been in our studies that BL ECT was associated with a normal rate of consistency over time and RUL ECT was associated with an improved rate? Normal data would be helpful to reveal such an unlikely pattern.

In the publication of the first NYSPI study to use the CUAMI, we noted the absence of repeat testing of normal controls as a limitation of the work. All the subsequent work reviewed above administered the CUAMI and CUAMI-SF to matched normal controls on multiple occasions. Patient consistency scores over time were adjusted for the rate of inconsistency in these matched controls. For example, in the Services study we stated, "The scoring of the AMI-SF necessarily results in higher scores at baseline than follow-up. The CPT and AMI-SF scores in the patient sample were adjusted for the average change seen in the [normal] comparison sample, removing the temporal effects on these two measures (p. 247)." Despite this adjustment, the deficit relative to baseline in the patient sample was profound both immediately and

six months following ECT. Despite this adjustment, using standardized scoring, the deficit was greater and more persistent for the CUAMI-SF than any other neuropsychological measure.

Semkovska and McLoughlin were apparently unaware that the linchpin of their objections had already been addressed and incorporated in the published work on the CUAMI and CUAMI-SF. This may have been because the description of methods in most of our reports did not mention the existence of a matched normal control group and the collection of CUAMI or CUAMI-SF on multiple occasions in order to adjust patient consistency scores. The absence of such discussion reflected the fact that the primary focus of these publications was on group differences in consistency scores within the patient samples attributable to variation in ECT technique and individual difference factors. I apologize if this lack of detail regarding methods contributed to the gross misstatement of fact by Semkovska and McLoughlin.

Thus, it may be worthwhile to clear the record and describes the pattern of differences with normal controls in consistency scores in the second and third NYSPI studies, the Services study, and the OPT-ECT study. Immediately following ECT, every subgroup examined, but one, had inferior consistency scores compared to matched normal controls. At long-term follow-up every group described as having persistent deficits relative to another ECT group also differed at that time point from their matched controls.

I will illustrate these points with data from the last NYSPI trial to use the CUAMI. Recall that in this study patients were randomized to electrode placement (RUL 6 x ST vs. BL 2.5 x ST) and pulse width (0.3 ms vs. 1.5 ms) conditions. previously unpublished, presents average scores for the matched

normal control group and each of the ECT groups at the time point immediately following ECT relative to baseline. Pair-wise comparisons revealed that all four ECT groups differed from each other, with deficits greater with BL electrode placement and use of a brief pulse relative to an ultrabrief pulse. Also note that the ultrabrief RUL ECT group did not differ from the normal control group. In contrast, the differences between controls and all other patient groups were marked, especially for those treated with a brief pulse.

Figure 1 Scores of healthy controls and four ECT groups on the CUAMI at immediate postECT relative to baseline. Scores at postECT (or after 4 weeks for controls) and baseline were standardized relative to the distribution in patients at baseline. The baseline normalized scores were then subtracted from the postECT normalized scores. Negative values reflect greater inconsistency. Pair-wise comparisons showed that all groups significantly differed from each other, except healthy controls and patients who received ultrabrief RUL ECT. Data, previously unpublished, are from Sackeim et al.

Figure 2 is taken from the original publication25 and represents the standardized consistency scores of the ECT groups over time. A fifth group is added, specifically patients who did not respond to their randomized assignment and received a second, "crossover" course of brief pulse BL ECT (2.5 x ST). Note that the scores for four ECT groups following the randomized course should be identical to the scores in Figure 1. They are, except that a constant of 1.0431 was added to every patient's score. This reflected the average inconsistency score for normal controls in Figure 1. In other words, the data and figure reported by us in the publication corrected patient scores

for the extent of inconsistency seen in normal controls when they were tested a month apart. Thus the origin in this graph represents not the absolute amount of inconsistency, but the amount of inconsistency over and above the average seen in normal controls. In this light, it is evident that all groups had deficits relative to normal controls, except the ultrabrief RUL ECT group at all time points and the ultrabrief BL ECT group at the two-month and six-month follow-ups. Thus it is evident that Semkovska and McLoughlin's main objection is superfluous; in all recent studies, we collected the key normal data, involving repeat testing at matched intervals, that they felt essential to interpreting findings with the CUAMI and CUAMI-SF. Furthermore, I note that while the normal data are useful in assessing the absolute size of deficits among patient groups, such data has little bearing on detecting and interpreting the differences among ECT groups in the magnitude and persistence of deficits.

Figure 2 Standardized scores on the CUAMI for the ECT groups at multiple postECT time points. Scores were adjusted for the rate of inconsistency in healthy controls at immediate postECT. Thus, a score of zero reflects the extent of inconsistency in the healthy controls. Patients randomized to brief pulse ECT or who received crossover ECT had marked and persistent deficits relative to both controls and patients treated with ultrabrief stimuli. Figure is from Sackeim et al.

Another objection raised by Semkovska and McLoughlin is that these scales lack reliability and validity.8,21,48 Here, these criticisms are narrowly technical and largely contradicted by the body of findings with the CUAMI and CUAMI-SF. The fact that the CUAMI and CUAMI-SF have shown robust, replicable relationships with other variables, including ECT technical

parameters, individual difference predictive factors, physiological referents, and patient self-report strongly implies that these scales are reliable measuring instruments. It is true that there are no formal reports on inter-rater reliability in administering and scoring these scales or test-retest reliability of the key dependent measures. However, Semkovska et al. proposed a new and more complex scoring system for the CUAMI-SF, and administered the scale twice, six months apart, to healthy controls and depressed (nonECT) patients. They reported strong reliability for each of the CUAMI-SF components they proposed. Semkovska et al. had the data to score the CUAMI-SF in the traditional manner and report on its reliability. Although they did not do so, it is very likely that the results would have indicated as good or better reliability than with the new scoring methods. The larger point is that these instruments have repeatedly shown sensitivity to key phenomena in ECT, strongly underscoring their reliability in their use with the intended population. Formal report on their reliability, especially that of the consistency score in ECT samples, would be useful for archival purposes but is unlikely to prove enlightening.

The issue of validity is also obtuse. First, Semkovska and McLoughlin contend that the CUAMI and CUAMI-SF are "unvalidated" principally because they were not developed in studies of brain-injured populations. Indeed, as opposed to these instruments, Semkovska and McLoughlin recommend use of the Autobiographical Memory Interview by Kopelman et al. This instrument assesses RA for three time periods, childhood, early adulthood, and recent events, and separately for personal semantic memories and autobiographical incidents. Since this instrument is intended to quantify RA for autobiographical

information in brain-injured individuals (e.g., dementia, traumatic head injury), there is no possibility of establishing a baseline for autobiographical memories, and thus, no possibility of examining consistency of recall. Indeed, the Kopelman AMI is scored without corroboration and as if all responses were veridical.

Semkovska and McLoughlin fail to appreciate the extraordinary advantage the ECT researcher/clinician has in evaluating RA relative to the researcher/clinician working with brain-damaged populations. There is no practical way to assess autobiographical memory prior to the onset of brain damage, whereas ECT is a scheduled procedure. In the post hoc detection of RA in brain-damaged samples, it is often adequate to make inquiries about autobiographical events that are common and ordinarily highly resistant to forgetting and to simply count the instances of "don't remember" or "don't know" responses. This is often adequate as RA in brain-damaged samples can be profound and, thus, gross inquiry is sufficient. In contrast, with ECT we are often dealing with more subtle manifestations of RA, and we have the luxury of being able to assess which memories are held by the patient at baseline. This allows for restricting (or titrating) the inquiries at postECT to just that material with definite memories at baseline. This practice enhances the sensitivity of instruments to ECT-induced RA. Furthermore, the availability of baseline responses in no way diminishes the capacity to quantify the number of postECT "don't know" or "don't remember" responses. Rather, the fact that "don't know" responses are given for items that previously elicited a definite response justifies there designation as pure memory failures. Furthermore, the availability of a baseline allows for determination of the degree of consistency

in recall in addition to the number of pure memory errors. As noted earlier, we repeatedly found the consistency measure to mirror the measure of pure memory errors in revealing effects of ECT, but with somewhat larger effect sizes.

In attacking the validity of the CUAMI and CUAMI-SF Semkovska and McLoughlin's failed to appreciate this major of advantage of ECT: the availability of a baseline allowing titration of postECT questioning as well as quantification of consistency. In contrast, studies have administered the Kopelman AMI to ECT samples. In all instances, the results were negative and there was no evidence that ECT produced RA. Clearly, these negative results, using Semkovska and McLoughlin's preferred method, contrast with the repeatedly replicated findings using the CUAMI and CUAMI-SF of short- and long-term deficits that were parametrically associated with ECT treatment conditions. Thus, it is ironic that Semkovska and McLoughlin recommend a measurement strategy that has proven wholly insensitive to ECT most important adverse cognitive effect, while disputing the validity of a strategy that has repeatedly demonstrated sensitivity to this effect.

In disputing the validity of the CUAMI and CUAMI-SF Semkovska and McLoughlin admitted that these instruments have considerable face validity as measures of RA for autobiographical information. Nonetheless, they ignored the substantial evidence for the construct, discriminant, and predictive validity of these instruments. These scales were developed for the express purpose of measuring ECT-induced RA. Comparisons to pure memory errors and the use of family-member corroboration validated the use of the consistency score as a measure of RA. These scales have shown the most consistent, pronounced,

and persistent cognitive deficit likely in the history of ECT research. Long-term deficits on these scales are predicted by specific neuropsychological assessments prior to or during the course of ECT. Most critically, these scales are the only measures in the history of ECT research to show signficant covariation with patients' self-evaluation of the effects of ECT on their memory. Thus, it is absurd to state that these scales lack validity, as if that were an all-or-none judgment.

The emptiness of Semkovska and McLoughlin's claim about validity is underscored by their own empirical research with the CUAMI-SF. They studied healthy controls and non-ECT depressed patients and administered a neuropsychological battery. By examining the correlations among their proposed CUAMI-SF subscales and with the neuropsychological measures, Semkovska et al. claimed to have demonstrated the validity of the new CUAMI-SF scoring system. The irony here is that Semkovska et al. did not study RA at all. The healthy control and depressed groups had similar consistency scores at retesting. Their standard for claiming validity pertained to obtaining a pattern of non-hypothesized correlations in a non-relevant sample. Of note, with the same data Semkovska et al. could have claimed to establish "validity" for the original CUAMI-SF, since they tested a variant that differed only in scoring. The point here is that their standards for claiming reliability and validity were remarkably lax when applied to their own scoring variant of the CUAMI-SF. In contrast, Semkovska and McLoughlin dismissed findings with the CUAMI and CUAMI-SF despite the substantial evidence supporting their reliability and validity specifically in the assessment of ECT-induced RA.

Semkovska and McLoughlin remaining reservations center on difficulties in using the consistency measure. Since consistency scores are expected to decrease over time, it is problematic to interpret findings as truly reflecting deficits unless there is correction for normal rates of inconsistency. I have already pointed out that such normative data was collected in almost all of our studies and informed scoring and interpretation. Semkovska and McLoughlin claim that features of the consistency score make it difficult to use in comparisons to other neuropsychological measures. Indeed, they state that consistency scores are particularly problematic when conducting meta-analyses. These concerns are misplaced since any neuropsychological measure repeatedly administered may have to be corrected for practice or other temporal effects as seen in healthy comparison participants. Further, the CUAMI and CUAMI-SF produce statistics (means, variance, effect sizes, etc.) that are just as amenable to meta-analysis as other variables. Indeed, Semkovska et al. undercut their own argument since they recently reported a series of meta-analyses examining electrode placement and dosage effects on postECT cognitive functions. This work included, without difficulty, findings from studies using the CUAMI or CUAMI-SF consistency score.

Thus, it is evident that Semkovska and McLoughlin made an error in scientific judgment when stating that finding with the CUAMI and CUAMI-SF should be ignored. Their main reservation, the lack of normative data, proved to be false, although they may not have been aware that this concern was addressed in our procedures. Their claim that these instruments lack evidence of reliability and validity is also patently false. Indeed, in many respects, these scales have more substantial evidence supporting their validity as measures of

postECT RA for autobiographical information than any other instrument. Finally, their technical reservations regarding the constraints of consistency scores is undercut by their own use of such scores in a recent series of meta-analyses. Taken together, these concerns are grossly insufficient as grounds for disregarding the evidence produced using these scales.

In defending the use of CUAMI and CUAMI-SF, I do not wish to imply that additional research on the reliability and validity of these instruments is unnecessary or that comparison with other methods of assessing RA for autobiographical information would not be informative. Clearly, increased scientific attention to the intrinsic characteristics, time course, and correlates of this RA is desirable, precisely because this cognitive domain shows the most persistent and severe deficits following ECT. At the same time, it is also apparent that we should not throw out the baby with the bath water. The CUAMI and CUAMI-SF have taught us a great deal about this potential adverse effect of ECT. To discard this knowledge, would, in fact, be throwing out the baby due to objections that are either erroneous or narrowly technical. Indeed, as innovations in ECT, such as the use of ultrabrief stimulation, markedly reduce the severity and persistence of this side effect, it will be even more important to develop sensitive instruments to reveal any residual deficits and/or to substantiate the claim that risk of this side effect has been eliminated.

Implications of Semkovska and McLoughlin's Viewpoint

This is not the place to speculate on the factors that led to the gross error of judgment that propelled Semkovska and McLoughlin to reject the findings with

the CUAMI and CUAMI-SF. It is noteworthy, however, that in their recent review of the measurement of RA for autobiographical information after ECT, Semkovska and McLoughlin devote considerable space to the consideration by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) to reclassify ECT devices. Essentially, they contend that the "consequences of inadequately measuring autobiographical amnesia in the ECT literature" were "crystallized" in the FDA executive summary report (p. 130). I agree that this report contained a number of factual errors, such as mistaking the Kopelman AMI for the CUAMI. However, Semkovska and McLoughlin's main objection is that the FDA asserts in several places that ECT can result in RA for autobiographical information. In contrast, they contend that there is no adequate evidence to support such assertions. In an earlier publication they reveiwed 44 randomized trials and 40 observational studies. By their view none of these studies used a validated measure of RA or found a difference relative to sham ECT, placebo, or nonECT depressed controls. In short, they firmly support the effort to reclassify ECT devices into a less restrictive class, and believe the FDA has made a fundamental mistake in evaluating this adverse cognitive effect. Thus, by claiming that the CUAMI and CUAMI-SF are unvalidated, they argue that the consistent evidence these scales have revealed about persistent RA following ECT should be ignored by the FDA.

For decades, the predominant view in the field of ECT was that all the adverse cognitive effects of the treatment are transient, and untoward cognitive effects are not seen a few days or at most a few weeks after treatment termination. This denial of persistent deficit was so profound that it has been proposed that patients with persistent complaints about RA for

autobiographical information be considered as presenting with a somatoform disorder. This denial of deficit ran counter to reports of many patients, including those who believed ECT was lifesaving, the experience of countless ECT practitioners who had patients' in their practice who were non-litigious and appeared to have genuine RA, and the continuity of findings from the early research by Janis and Squire and the studies using the CUAMI and CUAMI-SF. Thus, important progress, both clinical and scientific, was made by the field with the subsequent broad acceptance that RA for autobiographical information is a potential persistent effect. The 2001 APA Task Force Report reflected this perspective, stating in its recommended consent form that ECT can result in "permanent gaps in memory".

Semkovska and McLoughlin wish to undo this progress. Their biased review of the evidence, throwing out the most relevant and poignant data, leads them to conclude that there is no evidence that ECT results at all and at any time in RA for autobiographical information. Thus, they argue that the FDA is ignorant or confused when considering this serious concern. I, for one, am an adamant supporter of the effort to reclassify ECT devices, and have been working toward this end since soon after the original APA petition in 1982 to the FDA urging this agency to approve reclassification. However, I believe that we do a gross disservice to our patients, the public, and ourselves when we deny the existence of an adverse effect that has been documented in various ways for decades and is a central concern of our patients. ECT can be of extraordinary clinical value, but, like all treatments, it is not without its limitations and adverse effects.

بڑھتی عمر، تنائو اور یاسیت کس طرح دل کی بیماری کا باعث بنتے ھیں

زاناس بطورات ۔ پروٹل ایکڈ، سائنس امریکہ 2019 جون 4
ایف کے بی پی 5 پروٹین کی زیادتی سوزش کو فروغ دیتی ہے۔

Link:https://www.jwatch.org/na49357/2019/06/27/how-aging-stress-and-depression-contribute-vascular

بڑھتی عمر، تناؤ (خاص طور پر بچپن کے حادثات)، اور یاسیت کس طرح دل کی بیماری کا باعث بنتے ہیں؟ ایک بین الاقوامی کنسورشیم نے چار بڑے گروہوں پر مشتمل ایک تحقیق کی جس میں 3000 سے زیادہ افراد نے حصہ لیا اور ایک ممکنہ اہم طریقے کار کی نشاندہی کی۔

بڑھتی عمر، تناؤ اور یاسیت کا نہ صرف دل کی بیماریوں سے وابستگی ہے بلکہ FKBP5 نامی پروٹین میں بھی اضافہ ہوتا ہے۔ انسانی خلیوں میں تجربات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ایف کے بی پی ایک ایسا سالماتی جز (مالیکیول) ہے جو سوزش کو بڑھاتا ہے۔ جین میں ترمیم کے زریعہ ایف کے بی پی 5 کی تیاری کو کم کرنے، اور ادویات کے زریعہ ایف کے بی پی 5 کو کم کرنے سے، سوزش کے عمل کو بہت حد تک کم کیا جاسکتا ہے۔

تبصرہ:

جین کے ڈھانچے میں کچھ وراثت میں ردو بدل (جیسے ایل ڈی ایل کولیسٹرول رسیپٹر کے لئے جین میں تغیرات) سے امراض قلب کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ تاہم، اس تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ جین کو تبدیل کرنا (ڈھانچے کی نہیں) ایک طریقہ ہے کہ جس سے بڑھتی عمر، طرز زندگی کے واقعات خطرات کو متاثر کر سکتے ہیں۔ اس بات سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایف کے بی پی 5 جین سوزش کو فروغ دیتا ہے، جو بیماری کے خطرے کو بڑھاتا ہے۔ تفتیش کاروں نے ایف کے بی پی 5 پروٹین کا علاج بھی تجویز کیا ہے۔

How Aging, Stress, and Depression Contribute to Vascular Disease:

Link:https://www.jwatch.org/na49357/2019/06/27/how-aging-stress-and-depression-contribute-vascular

Zannas as et al. proc natlAcad, Sci USA 2019 jun 4, Elevated Expressio 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-?B (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 diminished the inflammatory response.

COMMENT

Certain inherited alterations in gene structure (e.g., mutations in the gene for the LDL cholesterol receptor) affect cardiovascular risk. However, this study suggests that changing the expression (not the structure) of genes is one way

that aging, lifestyle, and life events might affect risk. In showing that increased expression of 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.

کینیڈا

(جسارت)

اسکول سے 215 قدیم آبادی کے بچوں کی باقیات برآمد

اوٹاوا (نیوز ڈیسک) کینیڈا کے ایک سابق مقامی رہائشی اسکول میں 215 بچوں کی باقیات پر مشتمل ایک اجتماعی قبر ملی ہے۔ یہ اسکول مقامی افراد کو ہم آہنگ کرنے کے لیے قائم کیا گیا تھا۔ یہ بچے برٹش کولمبیا کے کیملو پس انڈین رہائشی اسکول کے طالب علم تھے۔ اور اس سکول کو 1978ء میں بند کر دیا گیا تھا۔ اس دریافت کا اعلان گزشتہ روز ٹی کے ایملو پس ٹی سیکو پیمک فرسٹ نیشن کے سربراہ نے کیا۔ کینیڈا کے وزیر اعظم جسٹن ٹروڈو نے کہا ہے کہ یہ ہمارے ملک کی تاریخ کے شرمناک باب کی دردناک یاد ہے۔ فرسٹ نیشن میوزیم کے ماہرین اور کورونر کے دفتر کے ساتھ مل کر اموات کی وجوہات اور اس کے اوقات کا اندازہ لگانے کے لیے کام کر رہی ہے، کیوں کہ ابھی تک ان کا پتا نہیں چل سکا ہے۔ برٹش کولمبیا کے شہر کیملو پس میں اس برادری کی سربراہ روزانے کیسی میر نے کہا کہ ابتدائی کھوج میں ایسے ناقابل تصور نقصان کا پتا چلا ہے، جسے اسکول انتظامیہ نے کبھی دستاویز میں درج نہیں کیا تھا۔ انیسویں اور بیسویں صدی کے دوران کینیڈا کے اسکول حکومت اور مذہبی حکام کے ذریعے چلائے جانے والے بورڈنگ اسکول ہوتے تھے، جن کا مقصد مقامی نوجوانوں کو زبردستی ہم آہنگ کرنا تھا۔ رہائشی نظام کے تحت چلائے جانے والے اسکولوں میں کیملو پس انڈین رہائشی اسکول سب سے بڑا تھا۔ 1890ء میں رومن کیتھولک انتظامیہ کے تحت اسے قائم کیا گیا تھا اور اسکول میں 1950ء میں اپنے عروج کے زمانے میں تقریباً 500 طلبہ تھے۔ مرکزی حکومت نے 1969ء میں اس اسکول کا انتظام اپنے ہاتھوں میں لے لیا تھا اور اسے 1978ء میں اس کے بند ہونے تک مقامی طلبہ کے اقامتی درسگاہ کے طور پر چلایا جاتا تھا۔ رڈار سے زمین کے سروے کے دوران اسکول سے یہ باقیات ملی ہیں۔ ان اسکولوں میں بچوں کو مارا پیٹا جاتا تھا اور زبر زنا کیا جاتا تھا۔ اور ان کو اپنی تہذیب اور زبان سے دور کیا جاتا تھا۔

CANADA

Remains of 215 children found at closed Canada indigenous boarding school

The remains of 215 children have been discovered on the grounds of a former boarding school set up more than a century ago to assimilate Canada's indigenous peoples, according to a local tribe. A specialist used ground-penetrating radar to confirm the remains of the students who attended the school near Kamloops, British Columbia, the Tk'emlupste Secwepemc tribe said in a statement late Thursday. "Some were as young as three years old," said Chief Rosanne Casimir, calling it "an unthinkable loss that was spoken about but never documented" by school administrators. Its preliminary findings are expected to be released in a report next month, she said. In the meantime, the tribe is working with the coroner and museums to try to shed further light on the horrific discovery and find any records of these deaths. It is also reaching out to the students' home communities across British Columbia and beyond. The "distressing" discovery of the remains "breaks my heart," Prime Minister Justin Trudeau said in a Twitter message. "It is a painful reminder of that dark and shameful chapter of our country's history," he said. His comments were echoed by Crown-Indigenous Relations Minister Carolyn Bennett who also offered government support to the families and indigenous communities for their "healing as we honor loved ones lost." The Kamloops Indian Residential School was the largest of 139 boarding schools set up in the late 19th century, with up to 500 students registered and

attending at any one time. It was operated by the Catholic Church on behalf of the Canadian government from 1890 to 1969. Some 150,000 Indian, Inuit and Metis youngsters in total were forcibly enrolled in these schools, where students were physically and sexually abused by headmasters and teachers who stripped them of their culture and language. Today those experiences are blamed for a high incidence of poverty, alcoholism and domestic violence, as well as high suicide rates, in their communities. A truth and reconciliation commission identified the names of, or information about, at least 3,200 children who died from abuse or neglect while attending a residential school. The exact number remains unknown. At the Kamloops school, the principle in 1910 had raised concerns that federal funding was insufficient to properly feed the students, according to the Tk'emlupste Secwepemc statement. Ottawa formally apologized in 2008 for what the commission later termed a "cultural genocide" as part of a Can$1.9 billion (US$1.6 billion) settlement with former students.

شدید صدمے کا تعارف

شدید صدمے کی بیماری (PTSD) کسی کے ساتھ کسی حادثے کے نتیجے میں ہونے والی بیماری ہے۔ جب سے DSM-III میں 1980 کی دہائی میں اس کو ایک بیماری کے طور پر تسلیم کیا گیا ہے۔ اس وقت سے اس کی وجوہات، دیکھ بھال اور علاج کے بارے میں معلومات میں اضافہ ہوا ہے۔ حالانکہ اس بیماری کو سمجھنے کے لیے معلومات میں اضافہ ہوا ہے لیکن اس کی تشخیص اب بھی متنازعہ ہے۔ ICD-11 اور DSM-5 میں اس بیماری کا تعارف مختلف ہے۔ جس سے معلوم ہوتا ہے کہ اس شعبے میں PTSD کی تشخیص کے مختلف طریقے ہیں۔ ایک گروہ کا خیال ہے کہ صدمے کی بیماری کے ساتھ نفسیاتی علامات کا ظہور بھی ہوتا ہے جو کہ صدمے یا حادثے کے بعد نظر آتا ہے۔ دوسرے گروہ کے مطابق شدید صدمے میں یاداشت پر توجہ مرکوز کرنی چاہیئے جو کہ PTSD کی وجہ بن رہا ہے۔ یہ مطالعہ PTSD کے متعلق تازہ ترین تعارف نہیں کریگا۔

جس میں اس کا پھیلاو، خطرات، بیماری کو تشخیص کرنے کا طریقہ اور ثبوت پر مبنی علاج موجود ہے۔ اہم نتیجہ یہ ہے کہ شدید صدمے پر مرکوز علاج CBT کے زریعے بہترین سمجھا جاتا ہے۔ لیکن اس علاج میں وقت کے ساتھ بہتری نہیں لائی گئی ہے۔ اسی وجہ سے صرف دو تہائی مریض اس طریقہ علاج سے استفادہ کر پاتے ہیں۔ زیادہ افراد ثبوت کی بنیاد پر اس طریقہ علاج کی رسائی حاصل نہیں کر پاتے یہ حالت کم اور درمیانی آمدنی والے ممالک میں زیادہ ہے۔ ایسے افراد تک رسائی حاصل کرنا ایک بہت مشکل مرحلہ ہے۔

اگرچہ یہ بیماری سو سال سے معروف ہے۔ یہ مختلف ناموں سے مثلاً "اچانک دھچکا"(shell shock)" جنگ میں تھکن"(battle fatigue)، یا" سپاہی کے دل"(SOLDIER'S HEART) کے ناموں سے مشہور رہیں۔ یہ ابھی 80 کی دہائی میں ایک نفسیاتی بیماری کے طور تسلیم کی گئی ہے۔ ویتام سے واپس آنے والے فوجیوں کے نفسیاتی مسائل واضح تھے۔ DSM-III نے سب سے پہلے PTSD کی تشخیص متعارف کرائی۔ اس کے بعد PTSD کے بارے میں

ہماری معلومات میں قابل قدر اضافہ ہوا ہے۔اس کے باوجود PTSD کے تعارف، وجوہات اور بہترین طریقہ علاج میں اختلاف ہے۔ یہ حالات اب بھی نہیں بدلے ہیں ہمارے نفسیاتی بیماریوں کے بارے میں تصور اور PTSD اب بھی زیر بحث ہے۔

اس ضمن میں ہم PTSD کو سمجھنے کے لیے جائزہ لیں گے۔جس میں تشخیص،تعارف لوگوں میں موجودگی کی شرح، اور نقصانات۔اس کے علاوہ تصوراتی خاکہ۔علاج کے طریقہ کار اور آجکل کے زمانے میں PTSD کا علاج کرنے میں مشکلات پر روشنی ڈالیں گے۔

آجکل PTSD کی تشخیص کے دو اہم طریقے ہیں۔DSM-5 کے مطابق کسی فرد نے شدید صدمے والے واقعے کا مشاہدہ کیا ہو۔(مثال کے طور پر موت کے قریب آنے کا تجربہ یا زنا بالجبر کا واقعہ) اگر کوئی شدید صدمے میں مبتلا ہوا یا پھر اس کا مشاہدہ کیا ہو،تو چار ایسی علامات ہیں جو کہ ظاہر ہو سکتے ہیں۔سب سے پہلے اس صدمے کی تکلیف اور یاداشت سے بار بار ہو رہی ہو۔ یہ تکلیف زندگی میں مداخلت کر رہی ہو۔اس کے بارے میں ڈراونے خواب، پریشان کن یادیں، واقعے کی بار بار یاد، شدید اور طویل ذہنی تکلیف ہوتی ہو۔اس کے ساتھ شدید صدمے کا تجربہ جسمانی طور پر بھی اثر کر رہا ہو۔دوسرا مریض کی علامات اور خیالات اور بات چیت کرنے سے اختراز کرتے ہوں۔تیسری علامات میں اور ادراک اور مزاج میں تبدیلی آجائے۔بعض اوقات صدمے کے کسی اہم واقعہ یاد نہ آنا۔اپنے بارے میں مسلسل منفی اور مبالغہ آمیز خیالات آتے ہیں۔دنیا میں اپنے کردار کے بارے میں سوچیں آتی ہیں۔شدید صدمے والے واقعات کی مسخ شدہ وجوہات اور نتیجہ نکالتے ہیں۔

منفی سوچوں کے متواتر خیالات،سرگرمیوں میں دلچسپی کی کمی، دوسرے افراد سے علیحدگی، اکیلا پن اور مثبت خیالات کی عدم موجودگی بھی PTSD کی علامات ہیں، تشخیص کے لیے دو علامات میں سے ایک موجود ہونی چاہیئے جس میں چڑ چڑاہٹ، غصے سے بھڑک جانا، اپنے آپ کو خطرے میں ڈالنے والے رویئے،ضرورت سے زیادہ نگرانی، ایک دم چونک جانا،توجہ مرکوز رکھنے کی نااہلیت، نیند میں گڑبڑ ہو۔شدید صدمے کی تجربے سے گزر کے کم ازکم ایک مہینے تک یہ علامات ہوں تو PTSD تشخیص کی جاسکتی ہے۔اس قسم کی تشخیص سے عام پریشانی کی صورت میں ردعمل سے فرق کرنے میں مدد ملتی

ہے۔

یہ بات قابل زکر ہے کہ DSM-5 نے تشخیص میں کئی اورعلامات کوبھی اس بیماری کوبھی شامل کرلیا ہے۔جس میں عموماً ڈراورخوف کاردعمل کے علاوہ جذباتی ردعمل کوبھی شامل کرلیا ہے۔خاص کرفوجی جنگ سے واپسی آنے والےفوجی اور حادثات پرپہنچنے والےطبی مددکرنے والوں میں خوف کے بغیرہی جزباتی ردعمل ہوتے نظرآتے ہیں۔

دنیاکےزیادہ ترممالک میں عالمی ادارہ صحت(WHO) کی بنائی ہوئی تشخیص کاطریقہ کارICD-II کےزریعے معالجین کی رہنمائی کرتا ہے۔DSM, ICD کےمقابلے میں تشخیص کرنے کاآسان طریقہ منتخب کرتا ہے۔چونکہ معالجین پر مشکل طریقہ اختیارکرنے کاجبکہ حالات اوروسائل کی کمی ہوتوICD،والاتشخیصی طریقہ کارموثررہتا ہے۔ICD-II کی حال میں PTSD کی تشخیص ہدایات ایک حکمت عملی کےتحت خوف پرتوجہ مرکوزکرکےاس کےچاروں طرف گردش کرتا ہے۔ علامات میں صدمے کےتجربےکودماغ میں دہرانا،یادوں کوروکنا،اورحالیہ خطرے کی موجودگی کاشعورہوسکتا ہے۔PTSD کی مختصرتعریف یہ ہے کہ ماضی کی شدیدخوف اورتکلیف کادماغ میں باربارآنا،اس تکلیف کاموجودہ وقت میں تکلیف اورڈر محسوس کرنا ہے۔

PTSD کےساتھ DSM-5(Acute Stress Disorder)شدیدپریشانی کی بیماری کوبھی شامل کرتا ہے۔ جس میں شدیدپریشانی اورشدیدصدمے کےایک مہینے بعدشدت سےموجودہوتی ہے۔یہ تشخیص ایسےافرادکےلیےموزوں تھی جس میں شدیدصدمے میں مبتلالوگوں کوایک مہینے کےاندرPTSD تشخیص نہیں کی جاسکتی تھی۔یہ تشخیص ان افرادکے لیےبھی موزوں ہےجن میں PTSD ہونے کےامکانات ہوں۔بعدکےطویل مدتی مطالعات میں یہ ظاہرہواکہ PTSD کی آگے چل کرتشخیص کاکوئی موثرذریعہ نہیں ہے۔بعدمیں PTSD کی تشخیص ہونے والے افرادمیں سےنصف لوگ بھی Acute Stress Disorder کےزمرے میں نہیں آئے تھے۔ابتدائی تصورتھاکہ شدیدذہنی دباؤ (Acute Stress Disorder)کےفوراً بعد لاتعلقی کی کیفیت جس میں خودفراموشی (DEPERSONALIZATION)،غیرحقیقی خیالات (DEREALIZATION)اوراپنےارگردکےماحول میں آگاہی کی کمی تھی۔جس کےنتیجے میں DSM-4 میں لاتعلقی کی کیفیت کوPTSD کی تشخیص میں لازمی کردیا گیااس کے مقابلے میں مربوط نتائج یہ بتاتے ہیں کہ شدیدصدمے کےفوری بعدافرادمیں ایک مہینے کےاندرلاتعلقی والی کیفیت نظرنہیں

آتی۔اسی لیے DSM-5 میں ان مندرجہ بالا مخصوص علامات کو Acute Stress Disorder جانچنے کی ضرورت نہیں ہے۔یہ بات سمجھی جاتی ہے کہ شدید صدمے اور ذہنی تناؤ سے گزرنے والے افراد میں کئی قسم کی علامات ظاہر ہوسکتی ہیں۔14 میں کم از کم 9 علامات صدمے کے پہلے مہینے میں واقع ہونی چاہیئے۔سب سے اہم بات یہ ہے کہ تشخیص کا مقصد مستقبل میں ہونے والے PTSD کی پیشن گوئی کرنا نہیں ہے۔بلکہ ان لوگوں میں جو شدید ذہنی تناؤ میں مبتلا ہیں ان کی ایک مہینے کے اندر نفسیاتی صحت کے لیے علاج میسر ہوں۔

شدید ذہنی تناؤ کو تشخیص میں شامل کرنے کی ضرورت اس لیے تھی تا کہ امریکہ کے لوگوں کو اس ضمن میں مقامی نفسیاتی صحت کے اداروں سے علاج میسر ہوسکیں۔PTSD کو حادثے یا صدمے کے ایک مہینے سے زیادہ برقرار ہونے پر تشخیص بھی زیر بحث رہی۔ان کی رائے یہ تھی کہ بہت سارے شدید تناؤ والے افراد کو ذہنی صحت کی سہولتیں دستیاب نہیں ہوسکیں گی۔ایک اور تشخیص پیچیدہ شدید صدمہ (Complex PTSD) بھی موجود ہے۔جو کہ ICD-11 میں شامل ہے۔PTSD تشخیص کے لیے مرکزی علامات کے ساتھ عدم خود شناشی، (اپنے بارے میں منفی خیالات)، جذباتی بے ضابطگی (جذبات کی زیادتی اور غصہ) اور تعلقات میں مشقل خرابیاں ہیں۔یہ بیماری ایسے لوگوں میں بھی ہوتی ہے جن کے ساتھ طویل عرصے تک بچپن میں بدسلوکی ہوئی ہو۔ایسے لوگوں میں بھی پائی جاتی ہے جنہوں نے صدمے میں وقت گزارا ہو جیسے کہ ذہنی اور جسمانی اذیت وغیرہ۔

پیچیدہ شدید صدمے کی بیماری

(COMPLEX PTSD) پر کئی تحقیات کی جارہی ہیں۔اس ضمن میں اچھی خاصی تجزیاتی مطالعے کیے گئے ہیں جس میں بیماری کے دو عوامل کے ثبوت مہیا ہوئے ہیں۔ایک P T S D کی علامات اور اپنے خیالات اور جذبات (Self Organization) کو خود منظّم کرنے کی کوشش کرنا۔مزید یہ کہ ایک منفی تجزیے میں مستقل ثبوت مل رہے ہیں کہ جن افراد میں PTSD کی علامات شدید ہوں، ان کو اپنے خیالات اور جذبات کو ترتیب دینے میں زیادہ مشکل ہوتی ہے۔اسی طرح شدید PTSD میں بعض افراد کو اپنے خیالات اور جذبات پر ترتیب اور منظّم کرنے کی صلاحیت نہیں ہوتی ہے۔ایسا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ PTSD کے علامات Border Line Personality Disorder سے ملتی جلتی بیماری ہو۔

اس تجزیے میں یہ بات کہی گئی ہے کہ طویل عرصے تک بدسلوکی کے نتیجے PTSD کے آثار نظر آنے لگتے ہیں۔ان افراد میں پیچیدہ صدمے کی بیماری (Complex PTSD) کی شرح زیادہ ہے۔بچوں میں بدسلوکی کی وجہ سے زیادہ تر بچے PTSD کے مقابلے میں Complex PTSD کا شکار ہوجاتے ہیں۔

رائج (PREVALENCE)

اگر چہ کہ متعدد افراد اپنی زندگی میں شدید صدمے یا حادثے سے گزرتے ہیں۔لیکن زیادہ تر لوگ صدمے سے پہلے والی حالت کی طرف پلٹ جاتے ہیں اور نفسیاتی طور پر مستحکم رہتے ہیں۔ وبائی امراض کے تجزیے سے معلوم ہوا کہ شدید بیماری میں مبتلا رہنے کے بعد 13% کو PTSD ہوتا ہے۔20.4% خواتین اور 6.2 سے 8.2 % مرد حضرات میں موجود ہے۔صحت کے سروے کے مطابق زیادہ آمدنی سے تعلق رکھنے والوں میں ایک سال تک PTSD کی علامات رہتی ہیں۔(Ireland - 3.8%, US - 2.5%, Newzealand - 2.1%) جبکہ درمیانی اور کم آمدنی والوں میں PTSD کی شرح تھوڑی سی کم ہے۔(کولمبیا 0.3%، میکسیکو 0.3%) یہ واضح ہے کہ شدید صدمے کی خصوصیات ایسی ہیں جو کہ PTSD کو دوبارہ لے آتی ہے۔مثال کے طور پر قدرتی آفات کا شکار ہونے افراد میں PTSD کی شرح کم ہے (5-10%)، جنسی حملہ (>40%)، آپس کے خراب تعلقات کے نتیجے میں تشدد میں بھی PTSD کی شرح زیادہ ہے۔حقیقت یہ ہے کہ جن لوگوں میں PTSD تشخیص ہوئی ہے وہ زیادہ تر مختلف حادثات اور صدمات سے گزرنے کے بعد بیماری کا شکار ہوئے تھے ان مطالعات میں جب ہر ملک کا الگ تجزیہ کیا گیا تو اس کی معلومات زیادہ مستند تھیں۔ یہ بھی ثبوت ہے کہ کچھ نسلی گروہ میں PTSD کی شرح زیادہ ہے۔ جیسے کہ ہسپانوی اور افریقی نژاد جو کہ امریکہ میں رہائش پذیر ہیں۔فوج میں ہسپانوی نژاد سپاہوں میں PTSD کی شرح زیادہ ہے۔ یہ عیاں ہے کہ اس کا دارومدار، افراد کے لیے صحت کی سہولتوں کا فقدان، نسلی امتیاز، معاشرتی اور معاشی فرق پر ہوتا ہے۔اس لیے اس کی تشریح غیر یقینی ہوتی ہے۔

وبائی امراض کے حوالے سے مطالعے میں معلوم ہوا کہ PTSD کے ساتھ دوسری بیماریاں بھی موجود ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر یاسیت، گھبراہٹ اور نشہ آور اشیاء کا استعمال ہے۔ان دونوں بیماریوں کا ساتھ ہونا اس بات کی تقویت دیتا ہے کہ جن میں نفسیاتی بیماریاں پہلے سے موجود ہوں ان میں PTSD ہونے کے امکانات زیادہ ہیں۔ یا پھر PTSD کا ظہور یا تو حادثات یا صدمہ کے ذریعے ہوتے ہیں یا پھر نفسیاتی بیماری کی علامت بھی ہوسکتی ہے۔

لائحہ عمل:

کئی سال تک یہ یقین تھا کہ صدمے یا حادثے کے بعد ایک فرد PTSD میں مبتلا ہوتا ہے۔ زیادہ تر لوگوں میں کافی عرصے تک علامات چلتی رہتی ہیں اور پھر آہستہ آہستہ واپس بہتری ہو جاتی ہے۔ یہ نقطہ نظر اس بات کی تصدیق کرتی تھی کہ PTSD کی علامات 6 مہینے کے بعد کم ہونا شروع ہو جاتی ہیں بعض اوقات PTSD کچھ عرصے بعد ظاہر ہوتی ہے۔ بعض دفعہ PTSD کے علامات حادثے یا صدمے کے کچھ عرصے بعد ظاہر ہوتے ہیں۔ DSM میں اس مرض کی علامات کو تشخیص کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ صدمے یا حادثات کے 6 مہینے بعد علامات ظاہر ہوں تو Delayed onset PTSD کہلائے گا۔ PTSD کے حوالے سے اس کی سمجھ میں تبدیلی آئی ہے۔ پہلے اس بیماری کو یک رخ (Linear) کی نظر سے دیکھا جاتا تھا۔ اب یہ پتہ چل گیا ہے کہ وقت کے ساتھ PTSD میں کمی یا زیادتی ہو سکتی ہے۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ علامات مزید خراب ہو جائیں یا پھر علامات گھٹنا شروع ہو جائیں۔ یہ سمجھنے کی ضرورت ہے کہ PTSD کی علامات جامد نہیں ہیں بلکہ علامات بار بار واپس بھی آ سکتی ہیں۔ حالیہ تحقیقات میں PTSD کے نتیجے میں تاخیر سے علامات کا ظاہر ہونے اور صحتمندی کی طرف سفر کرنے کے کئی ممکنہ سمتیں وضع کی گئی ہیں۔ ان میں ایسے لوگ بھی ہیں جو PTSD کا مقابلہ کرنے کی اہلیت رکھتے تھے۔ کچھ ایسے افراد تھے جنہیں شروع میں بہت شدید صدمہ پہنچا تھا لیکن آہستہ آہستہ علامات ختم ہو گئیں۔ ایک گروہ وہ بھی ہے جس میں PTSD کی علامات حادثے یا صدمے کے کچھ عرصے بعد شروع ہوئے، جن میں علامات تاخیر سے ظاہر ہوئیں۔ ان میں ابتدائی علامات ہلکی تھیں لیکن وقت کے ساتھ علامات میں شدت آنے لگی۔ ایک دائمی پریشانی کی بیماری میں PTSD کی علامات مستقل اور طویل مدت کے لیے شدید رہتی ہیں۔

مربوط تحقیقات (Network) کے ذریعے یہ معلوم کیا گیا کہ PTSD کی علامات کے درمیاں تعلق میں مضبوط رابطہ ہوتا ہے۔ واضح ثبوت ہے کہ PTSD وقت کے ساتھ بڑھتا ہے۔ صدمے کے فوراً بعد اس کی علامات آپس میں کمزور رابطہ رکھتے ہیں اور وقت کے ساتھ تمام علامات آپس میں ایک مضبوط تعلق بن جاتا ہے۔

ان مختلف نتائج کی روشنی میں اس بات پر زور دینا چاہیئے کہ جلد از جلد PTSD کی تشخیص کی جا سکے۔ ہم یہ پیشن گوئی نہیں کر سکتے کہ کون سے افراد میں PTSD کی علامات ظاہر ہو سکتی ہیں جلد تشخیص کی اہلیت کے لیے۔ اس کے ذریعے سے ایک ممکنہ اندازہ یا تخمینہ لگایا گیا کہ کون سے لوگوں میں PTSD ہونے کے خطرات زیادہ ہیں۔ اس مطالعے میں پتہ چلا کہ

جن میں ابتدائی شدید علامات ہوں، اور خواتین ہوں، اس کے ساتھ ابتدائی تعلیم ہو اور ماضی میں آپس کے تعلقات کے حوالے سے صدمات یا مسائل رہے ہوں۔ ایسے افراد PTSD کی شرح 34% فیصد زیادہ ہے۔

خطرات:

کچھ افراد میں حیاتاتی طور پر اس بیماری میں مبتلا ہونے کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں، کئی نفسیاتی بیماریوں کے ساتھ PTSD کا تعلق زیادہ ہے۔ خواتین، کم آمدنی، پہلے سے نفسیاتی بیماری، خاندان میں نفسیاتی بیماری کی موجودگی اور تکلیف دہ بچپن گزارنے والے افراد میں PTSD کے امکانات زیادہ ہیں۔ اسی طرح طویل مدتی صدمہ یا آپس کے تعلقات میں شدید خرابی بھی اس بیماری سے متاثر ہوسکتے ہیں۔ انسانی نقطہ نظر سے دیکھا جائے تو صدمے ملنے کی صورت میں تکلیف سے PTSD کے خطرات زیادہ ہیں اس کے نتیجے میں شدید لاتعلقی اور تباہ کن اثرات کی علامات، صدمے کے بعد تا خیر سے ہونے والی بیماری ہے۔ صدمے کے بعد کا ماحول بھی اہم ہے۔ اگر معاشرتی سہارے میں کمی ہو اور ساتھ میں پریشانیاں بھی ہوں تو PTSD ہونے کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔

طالبان، انسانی حقوق اور مغرب

شاہنواز فاروقی۔ جسارت

اقبال نے کہا تھا:

اپنی دنیا آپ پیدا کر اگر زندوں میں ہے

سرِ آدم ہے ضمیر کن فکاں ہے زندگی

بد قسمتی سے مسلمانوں نے اقبال کے اس مشورے پر عمل نہیں کیا۔ چناں چہ مسلمانوں کی دنیا مسلمانوں کی دنیا نہیں ہے۔ ہماری دنیا مغرب کی دنیا ہے۔ ہمارا سیاسی نظام مغرب سے آیا ہے۔ ہمارا معاشی نظام مغرب کی عطا ہے۔ ہمارا عدالتی نظام مغربی ہے۔ ہمارا تعلیمی نظام مغربی فکر میں ڈوبا ہوا ہے۔ ہماری تفریح مغربی ہے۔ یہاں تک کہ اب ہم غذائیں بھی مغرب کی کھانے لگے ہیں۔ مغرب کے تسلط کا اندازہ اس بات سے کیا جا سکتا ہے کہ اس نے 20 سال تک افغانستان پر جنگ مسلط کیے رکھی اور اب وہ طالبان پر اپنا بیانیہ مسلط کر رہا ہے۔ مغرب کہہ رہا ہے کہ وہ طالبان کی حکومت کو خود تسلیم کرے گا نہ کسی اور کو کرنے دے گا۔ وہ اس سلسلے میں پاکستان پر دباؤ بڑھا رہا ہے۔ مغرب کا اصرار ہے کہ طالبان پہلے اس کے مطالبات تسلیم کریں پھر مغرب ان کی حکومت کو تسلیم کرے گا۔ مغرب کا پہلا مطالبہ یہ ہے کہ طالبان انسانی حقوق کی پاسداری کریں۔ وہ خواتین اور اقلیتوں کو تحفظ مہیا کریں۔ مغرب کا ایک مطالبہ یہ ہے کہ طالبان وسیع البنیاد حکومت قائم کریں۔ امریکا اور یورپی ممالک اس سلسلے میں جو طرزِ عمل اختیار کیے ہوئے ہیں اس سے محسوس ہوتا ہے کہ مغرب کامل ہے اور طالبان ناقص ہیں۔

مغربی دنیا تضادات کی دنیا ہے۔ تضادات کی نہیں ہولناک تضادات کی۔ مغرب انسانی حقوق کے تحفظ کی بات ہے۔ انسان کی تکریم کی بات ہے مگر مغرب نے انسانیت کی جتنی تذلیل کی ہے کسی نے نہیں کی۔ امریکا مغربی دنیا کا نمائندہ ہے مگر امریکا انسانیت کا سب سے بڑا قاتل ہے۔ امریکا کے ممتاز دانش ور نوم چومسکی امریکا کو بدمعاش ریاست یوں ہی نہیں کہتے۔ امریکا کی پوری تاریخ بدمعاشی کی تاریخ ہے۔ امریکا کے سفید فاموں نے امریکا پر قبضہ کیا اور امریکا کے اصل وارثوں

یعنی ریڈ انڈینز کی نسل مٹادی۔ مائیکل مان نے اپنی تصنیف Dark side of The Democracy میں لکھا ہے کہ امریکا کے سفید فاموں نے ''امریکاز'' میں 8 سے 10 کروڑ لوگوں کو قتل کیا۔ امریکا کی تہذیب اور انسان پرستی کا یہ عالم ہے کہ اس نے آج تک اس نسل کشی کا اعتراف نہیں کیا نہ ہی اس پر ریڈ انڈینز سے معافی مانگی۔ سوال یہ ہے کہ کیا طالبان نے بھی 8 سے 10 کروڑ انسانوں کو قتل کرکے افغانستان پر قبضہ کیا ہے جو امریکا انہیں انسانی حقوق کے تحفظ پر لیکچر دے رہا ہے؟ امریکا نے ایٹم بم ایجاد کیا تو کہا گیا کہ یہ بم صرف ڈرانے کے لیے ہے استعمال کرنے کے لیے نہیں ہے۔ امریکا کے ایٹم بم کے بانی آئن اسٹائن کو اس بم کی تباہ کاری کا احساس ہوا تو اس نے کہا کہ کاش میں سائنس دان کے بجائے موچی ہوتا۔ لیکن امریکا کی انسان دشمن قیادت ایٹم بم کے سلسلے میں موچی کی سطح سے بھی نیچے چلی گئی۔ اس نے دوسری عالمی جنگ میں جاپان کے دو شہروں ہیروشیما اور ناگاساکی پر ایٹم بم گرادیے۔ امریکا کے ممتاز دانش ور اور محقق ہاورڈ زن نے اپنی تصنیف ''امریکا کی عوامی تاریخ'' میں لکھا ہے کہ امریکا کو جاپان کے خلاف ایٹم بم استعمال کرنے کی ضرورت نہیں تھی، اس لیے کہ جاپان کی فوج امریکا کے سامنے ہتھیار ڈالنے ہی والی تھی۔ امریکی فوج نے اس سلسلے میں جاپانی فوج کے خفیہ پیغامات ڈی کوڈ کرکے پڑھ لیے تھے مگر اس کے باوجود امریکا نے جاپان کے خلاف ایٹم بم استعمال کیا۔ کیا یہ انسانی حقوق کی پاسداری تھی؟ یا انسانی حقوق کی بدترین پامالی تھی؟ کیا طالبان نے بھی دنیا میں کسی کے خلاف ایٹم بم استعمال کرکے دو لاکھ انسانوں کو قتل کیا ہے؟ امریکا وہ طاقت ہے جس نے کوریا کی جنگ میں 30 لاکھ انسانوں کو قتل کیا۔ کیا یہ قتل عام بھی انسانیت کی ''عزت افزائی'' کے لیے کیا گیا تھا؟ کیا طالبان نے بھی کسی جنگ میں اپنے حریفوں کے 30 لاکھ باشندے ہلاک کیے ہیں؟ امریکا نے ویت نام کی جنگ میں 10 لاکھ ویت نامیوں کو ہلاک کیا۔ اس کے باوجود بھی امریکا انسانی حقوق کا علمبردار ہے۔ امریکا اور اس کے مغربی اتحادیوں نے صدام حسین کے عراق پر اقتصادی پابندیاں عائد کیں تو ان سے غذا اور دواؤں کی قلت ہوگئی۔ اس قلت سے دس سال میں پانچ لاکھ بچوں سمیت 10 لاکھ افراد ہلاک ہوگئے۔ یہ سب عام لوگ تھے۔ امریکا اور اس کے اتحادی جب 10 لاکھ بے گناہ لوگوں کو قتل کررہے تھے تو انسانی حقوق کی بدترین خلاف ورزی کے مرتکب ہورہے تھے۔ کیا طالبان نے بھی کسی ملک پر اقتصادی پابندیاں عائد کرکے پانچ لاکھ بچوں سمیت دس لاکھ انسانوں کو ہلاک کیا ہے جو مغرب انہیں انسانی حقوق کی پاسداری کا درس دے رہا ہے۔ امریکا اور اس کے اتحادیوں نے نائن الیون کے بعد افغانستان اور عراق کے خلاف ننگی جارحیت کا ارتکاب کیا اور 20 برسوں میں دس سے بارہ لاکھ عراقیوں اور افغانیوں کو مار ڈالا۔ کیا امریکا اور اس کے اتحادیوں کا یہ عمل انسانی حقوق کی بدترین خلاف ورزی نہیں تھا؟ کیا طالبان نے بھی دو ملکوں پر جارحیت مسلط کرکے دس سے بارہ لاکھ افراد کو لقمہ اجل بنایا ہے؟ امریکا کا ریکارڈ ہے کہ اس نے گزشتہ پچاس برسوں میں

ایک سو سے زیادہ ملکوں میں فوجی مداخلت کی ہے۔فوجی مداخلت انسانی حقوق کی پاسداری ہے یا ان کی پامالی ہے؟ کیا طالبان نے بھی سو سے زیادہ ملکوں کے اقتدار اعلیٰ کو پامال کرنے کا ریکارڈ قائم کیا ہے؟ یہ بات تاریخ کے ریکارڈ پر ہے کہ امریکا نے نائن الیون کے بعد پیٹریاٹ ایکٹ کے نام سے قانون بنایا، اس قانون کے تحت کسی بھی شخص کو وجہ بتائے بغیر گرفتار کیا جاسکتا ہے اور اسے چھ ماہ تک حراست میں رکھا جاسکتا ہے؟ کیا یہ قانون انسانی حقوق کی خلاف ورزی نہیں ہے؟ نائن الیون کے بعد امریکا نے پوری مسلم آبادی کو مشتبہ قرار دے دیا اور مسلمانوں کے ٹیلی فون ٹیپ کیے جانے لگے۔ان کے کمپیوٹرز پر نظر رکھی جانے لگی۔ان کی ڈاک سینسر کی جانے لگی۔کیا یہ سب کچھ انسانی حقوق کی پامالی نہیں ہے۔یورپ میں اسلاموفوبیا عروج پر ہے اور وہاں عام مسلمان تو کیا رسول اکرمؐ کی تکریم بھی محفوظ نہیں ہے۔فرانس سمیت کئی یورپی ممالک میں پردے پر پابندی لگادی گئی ہے۔فرانس میں مسلم بچوں کی مذہبی تعلیم کو ممنوع قرار دے دیا گیا ہے۔کیا یہ سب کچھ انسانی حقوق کی پاسداری کے ذیل میں آتا ہے۔کیا طالبان نے بھی افغانستان میں اس طرح کی پابندیاں لگائی ہوئی ہیں؟

امریکا اور دیگر مغربی ممالک طالبان کو انسانی حقوق کی پاسداری کا درس دے رہے ہیں مگر امریکا اور یورپی ممالک کو نظر نہیں آتا کہ بھارت 25 کروڑ مسلمانوں کو کچل رہا ہے۔

اس نے مسلمانوں کی سیاسی زندگی تباہ کردی ہے۔ان کی تعلیم اور معاش کو آگ لگادی ہے۔بھارت میں گزشتہ 74 سال میں پانچ ہزار سے زیادہ مسلم کش فسادات ہوچکے ہیں۔بھارت کے وزیراعظم نریندر مودی بھارتی مسلمانوں کو کتے کا پلاّ کہتے ہیں۔ان کے وزیرداخلہ امت شاہ مسلمانوں کو"دیمک" قرار دیتے ہیں۔بھارت میں مسلمان کو قتل کرنے کے لیے کسی اجازت کی ضرورت نہیں۔مسلمان کا مسلمان ہونا ہی بجائے خود ایک جرم ہے جس کی سزا موت ہے۔بھارت میں ہر سال ایک لاکھ سے زیادہ دلت خواتین کی عصمت دری کی جاتی ہے مگر امریکا اور یورپ بھارت میں انسانی حقوق کی کوئی خلاف ورزی نظر نہیں آتی۔بھارت سے کوئی نہیں کہتا کہ اگر تم نے انسانی حقوق کی خلاف ورزی کی تو ہم تیری حکومت کو تسلیم کرنے سے انکار کردیں گے۔کیا انسانی حقوق کی پامالی کے سلسلے میں طالبان کا ریکارڈ بھارت سے بھی زیادہ خراب ہے جو مغرب ان سے کہہ رہا ہے کہ اگر تم نے انسانی حقوق کی پاسداری نہ کی تو ہم تمہیں تسلیم نہیں کریں گے۔بھارت مقبوضہ کشمیر میں بھی انسانی حقوق کی بدترین خلاف ورزیاں کررہا ہے۔وہ گزشتہ 30 سال میں ایک لاکھ کشمیریوں کو شہید کرچکا ہے۔دس ہزار سے زیادہ خواتین کی عصمت دری کی جاچکی ہے۔ہزاروں لوگ غائب ہیں۔ہزاروں جیلوں میں پڑے ہوئے ہیں۔مگر

مغرب کوکشمیر میں انسانی خلاف ورزی کی کوئی خلاف ورزی نظر نہیں آتی۔کیا طالبان نے بھی کسی مقبوضہ علاقے میں اتنے بڑے بڑے جرائم کرر کھے ہیں جتنے بڑے جرائم کا مرتکب بھارت مقبوضہ کشمیر میں ہوا ہے؟۔

اسرائیل ایک دہشت گرد ریاست ہے۔وہ گزشتہ 70 سال میں لاکھوں فلسطینیوں کوشہید کر چکا ہے۔اس نے غزہ کو دنیا کی سب سے بڑی کھلی جیل بنا دیا ہے۔اسرائیل نے غزہ میں فراہمی ونکاسی آب کا نظام تک تباہ کر دیا ہے۔وہ ہزاروں فلسطینی بچوں کا قاتل ہے مگر امریکا اور یورپ نے آج تک اسرائیل کے بارے میں یہ نہیں کہا کہ وہ انسانی حقوق کی خلاف ورزیاں کرر ہا ہے۔نہ ہی اس سلسلے میں اسرائیل پر کبھی کوئی پابندی لگائی گئی۔خود عرب ممالک میں بدترین سیاسی جبر ہے۔ جنرل سیسی نے اخوان المسلمون کے دس ہزار سے زیادہ کارکنوں کوسڑکوں پر مار ڈالا۔ان پر ٹینک چڑھا دیے۔ان کے سروں اور سینوں پر گولیاں چلائیں،مگر مغرب کومصر میں انسانی حقوق کی کوئی خلاف ورزی نظر نہ آئی۔الجزائر کی فوج وہاں اسلامی تحریک کے دس لاکھ افراد کو مار چکی ہے مگر مغرب نے اس پر کبھی احتجاج نہ کیا۔کیا طالبان کا ریکارڈ اس سلسلے میں مصر اور الجزائر کے ریکارڈ سے زیادہ خراب ہے؟ اصل بات یہ ہے کہ مغرب ایک شیطان ہے۔اسلام دشمنی اس کے خمیر میں ہے۔ مغرب طالبان کو میدان جنگ میں تو شکست نہ دے سکا مگر اب وہ بیانیے کی جنگ میں انہیں شکست دینے کے لیے کوشاں ہے۔

کیا پاکستان ایک غریب ملک ہے؟

فرائیڈے اسپیشل۔شاہنواز فاروقی

جدید مغربی تہذیب کا ایک ہولناک اثر اور نتیجہ یہ ہے کہ اس نے امارت اور خوشحالی کے تصور کو صرف مادی اور معاشی بنادیا ہے۔اکبرالٰہ آبادی نے آج سے ڈیڑھ سوسال پہلے کہا تھا:

نہیں پرسش کچھ اس کی الفتِ اللہ کتنی ہے

یہی سب پوچھتے ہیں آپ کی تنخواہ کتنی ہے

اکبر نے جب یہ شکایت کی تھی اُس وقت معاشی اور مادی خوشحالی کا آغاز تھا۔چنانچہ معاشی خوشحالی اُس وقت صرف ایک ''تصور'' تھی۔مگر ہمارے زمانے تک آتے آتے یہ ایک ''عقیدہ'' بن گئی ہے۔ہماری دنیا میں انسان کی عزت ہے تو اُس کی آمدنی یا مالی خوشحالی کی بنیاد پر۔معاشرے میں ''طبقاتی تقسیم'' کی بنیاد یہی معاشی یا مالی خوشحالی ہے۔ایک طرف بالائی طبقہ ہے، اور یہ طبقہ بالائی صرف مالی خوشحالی کی بنیاد پر ہے۔دوسری جانب متوسط طبقہ ہے۔یہ طبقہ بھی متوسط صرف مالی پیمانے کی بنیاد پر کہلاتا ہے۔تیسری طرف غریب طبقہ ہے۔اس کی غربت بھی صرف معاشی بنیاد پر متعین ہوتی ہے۔جدید مغربی تہذیب نے انسانوں کو نہیں، پوری دنیا کو ہی اسی بنیاد پر منقسم کیا ہوا ہے۔چنانچہ ایک ''ترقی یافتہ'' دنیا ہے۔ایک ''ترقی پذیر'' دنیا ہے۔اور ایک ''پسماندہ'' دنیا ہے۔اس منظرنامے میں روحانی، اخلاقی اور علمی امارت کا خیال کہیں موجود نہیں، بالخصوص ''روحانی امارت'' کا خیال تو اب مغربی انسان کیا، مسلمانوں تک کے ذہن میں نہیں آتا۔اب مسلمان بھی مادی اور مالی خوشحالی ہی کو اصل خوشحالی سمجھتے ہیں۔یہی وجہ ہے کہ پاکستان کو ایک غریب ملک سمجھا جاتا ہے۔بعض لوگ پاکستان کی ''عزت افزائی'' کرتے ہیں تو اسے ''ترقی پذیر'' قرار دے دیتے ہیں۔لیکن حقیقت یہ ہے کہ پاکستان روحانی اعتبار سے ایک دولت مند ملک ہے۔جس ملک اور جس قوم کے پاس خدا کا تصور ہو وہ بھلا غریب کیسے ہوسکتی ہے! اللہ پر ایمان انسان کو کس طرح امیر بناتا ہے اس کا بیان مولانا مودودیؒ کی زبانی سنیے۔مولانا لکھتے ہیں:

''ایمان باللہ انسان کے زاویہ نظر کو اتنا وسیع کر دیتا ہے جتنی خدا کی غیر محدود سلطنت وسیع ہے۔انسان جب تک دنیا

کو اپنے نفس کے تعلق کا اعتبار کرتے ہوئے دیکھتا ہے، اس کی نگاہ اسی تنگ دائرے میں محدود رہتی ہے جس کے اندر اس کی اپنی قدرت، اس کا اپنا علم اور اس کے اپنے مطلوبات محدود ہیں۔ اسی دائرے میں وہ اپنے لیے حاجت روا تلاش کرتا ہے۔ اسی دائرے میں جو قوت والے ہیں اُن سے ڈرتا اور دبتا ہے، اور جو کمزور ہیں اُن پر فوقیت جتاتا ہے۔ اسی دائرے میں اس کی دوستی اور دشمنی، محبت اور نفرت، تعظیم اور تحقیر محدود رہتی ہے، جس کے لیے بجز اس کے اپنے نفس کے اور کوئی معیار نہیں ہوتا۔ لیکن خدا پر ایمان لانے کے بعد اس کی نظر اپنے ماحول سے نکل کر تمام کائنات پر پھیل جاتی ہے۔ اب وہ کائنات پر اپنے نفس کے تعلق سے نہیں بلکہ خداوندِ عالم کے تعلق سے نگاہ ڈالتا ہے۔ اب اس وسیع جہان کی ہر چیز سے اس کا ایک ہی رشتہ قائم ہو جاتا ہے۔ اب اس کو ان میں کوئی حاجت روا، کوئی قوت والا، کوئی ضار یا نافع نظر نہیں آتا۔ اب وہ کسی کو تعظیم یا تحقیر، خوف یا امید کے قابل نہیں پاتا۔ اب اس کی دوستی یا دشمنی، محبت یا نفرت اپنے نفس کے لیے نہیں بلکہ خدا کے لیے ہوتی ہے۔ وہ دیکھتا ہے کہ میں جس خدا کو مانتا ہوں وہ صرف میرا یا میرے خاندان یا میری قوم ہی کا خالق اور پروردگار نہیں ہے، بلکہ خالق السماوات والارض اور رب العالمین ہے۔ اس کی حکومت صرف میرے ملک تک محدود نہیں، بلکہ وہ مالکِ ارض وسما اور رب المشرق والمغرب ہے۔ اس کی عبادت صرف میں ہی نہیں کر رہا ہوں بلکہ زمین و آسمان کی ساری چیزیں اسی کے آگے جھکی ہوئی ہیں۔ سب اسی کی تسبیح و تقدیس میں مشغول ہیں۔ اس لحاظ سے جب وہ کائنات کو دیکھتا ہے تو کوئی اس کو غیر نظر نہیں آتا۔ سب اپنے ہی اپنے دکھائی دیتے ہیں۔ اس کی ہمدردی، اس کی محبت، اس کی خدمت کسی ایسے دائرے کی پابند نہیں رہتی جس کی حد بندی اس کے اپنے نفس کے تعلقات کے لحاظ سے کی گئی ہو۔ پس جو اللہ پر ایمان رکھتا ہے وہ کبھی تنگ نظر نہیں ہو سکتا''۔

(''اسلامی تہذیب کے اصول و مبادی''۔ صفحہ 156، 157)

یوں تو تصورِ خدا کے حوالے سے اسلامی دنیا کے تمام ممالک ہی امیر ہیں، مگر پاکستان تو اللہ تعالیٰ کی خاص عطا ہے، چنانچہ خدا کا تصور پاکستان کے آئین کا مرکزی حوالہ ہے، اور اس حوالے سے پاکستان کی امارت کا کوئی ٹھکانہ نہیں ہے۔ تصورِ خدا میں مضمر ''امارت'' پر اقبال نے ایک اور حوالے سے نظر ڈالی ہے۔ اقبال کا مشہورِ زمانہ شعر ہے:

یہ ایک سجدہ جسے تُو گراں سمجھتا ہے

ہزار سجدے سے دیتا ہے آدمی کو نجات

انسان کا سب سے بڑا المیہ یہ ہے کہ انسانوں کی اکثریت ساری زندگی جھوٹے خداؤں کو پوجتی رہتی ہے۔ آپ اپنی دنیا پر نظر ڈالیے۔ کوئی امریکہ کو پوج رہا ہے، کوئی یورپ کو خدا بنائے ہوئے ہے، کوئی روس کی خدائی کے گن گا رہا ہے، اور کوئی چین کے آگے سجدہ ریز ہے۔ لیکن جب کوئی شخص یا قوم خدا کے آگے جھک جاتی ہے تو وہ پھر کسی جھوٹے خدا کے آگے سر جھکانے کی ذلت سے نجات حاصل کر لیتی ہے۔ کروڑوں انسان ایسے ہیں جو دولت کو خدا بنائے ہوئے ہیں، وہ دولت کے خدا کو پوج رہے ہیں۔ کتنی عجیب بات ہے کہ دولت کا خالق انسان ہے، اور دولت اور انسان کے درمیان یہ تعلق ہے کہ انسان خالق ہے اور دولت مخلوق، مگر انسان کی ذلت ملاحظہ کیجیے کہ دولت کا خالق خود اپنی پیدا کی ہوئی مخلوق کو پوج رہا ہے۔ انسان ایک سچے خدا کے آگے جھک جائے تو اسے دولت کے جھوٹے خدا کے آگے سر جھکانے کی ضرورت نہیں رہتی۔ دنیا میں کروڑوں انسان ہیں جنھوں نے اپنے نفس کو خدا بنایا ہوا ہے۔ وہ اپنے نفس کی خواہشات کو پوجتے ہیں۔ جو نفسِ امّارہ کے آگے سر جھکاتے ہیں، وہ کبھی اپنے نفس کا تزکیہ نہیں کر پاتے۔ انسان خدا کے آگے جھک جاتا ہے تو وہ نفس اور اس کی خواہشات کے بتوں کے آگے سر جھکانے سے بچ جاتا ہے۔ دنیا کے کروڑوں لوگ ہیں جو اپنی نسل، اپنی قوم، اپنے جغرافیے، اپنی ذات، برادری، اپنے صوبے، اپنے لسانی تشخص کے بتوں کو پوج رہے ہیں۔ جبکہ سچے خدا کے آگے کیا گیا ایک سچا سجدہ آدمی کو ان تمام بتوں کی پوجا سے بھی بچا لیتا ہے۔ پاکستان اسلام کے نام پر وجود میں آیا تھا۔ پاکستان کا حکمران طبقہ اگر خدائے حقیقی کے آگے سر جھکانے والا ہوتا تو ہم نہ امریکہ کی خدائی کے علَم بردار ہوتے، نہ یورپ کے آگے سر جھکا رہے ہوتے، نہ ہمارے اندر ذات، برادری، صوبے اور زبان کے تعصّبات کے بت موجود ہوتے۔ پاکستان کا حکمران طبقہ آج بھی خدا کے آگے سر جھکا دے تو ایک انقلاب برپا ہو جائے اور دیکھتے ہی دیکھتے قوم لوہے سے سونا بن جائے۔

رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کا اسوہ حسنہ توحید کے بعد پوری امتِ مسلمہ کا سب سے بڑا سرمایہ ہے۔ اس اسوہ حسنہ کے لاکھوں پہلو ہیں، مگر دنیا پرستی سے نجات ہمارے لیے اس اسوہ حسنہ کا سب سے بڑا تحفہ ہو سکتا ہے۔ اس لیے کہ مغرب نے ہمیں ایسی دنیا پرستی سکھا دی ہے جس کی وجہ سے ہم نہ خدا کے رہے ہیں، نہ ہمارا اپنے دین اور رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی روایت سے کوئی تعلق ہے۔ اس سلسلے میں رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی دو احادیثِ مبارکہ بڑی اہمیت کی حامل ہیں:

رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم ایک بار صحابہ کے ساتھ کہیں تشریف لے جا رہے تھے، راستے میں بکری کا ایک مرا ہوا بچہ پڑا تھا۔ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم اسے دیکھ کر ٹھیر گئے۔ صحابہ بھی کھڑے ہو گئے۔ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم نے بکری کے مرے ہوئے بچے کی طرف اشارہ کر کے صحابہ سے پوچھا: تم میں سے کوئی اسے خریدنا پسند کرے گا؟ صحابہ نے کہا: ایک تو یہ بچہ ہے، پھر مرا ہوا بھی ہے، اسے تو کوئی مفت بھی لینا پسند نہیں کرے گا۔ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم نے فرمایا: یاد رکھو دنیا بکری کے اس مرے ہوئے بچے سے زیادہ حقیر ہے۔

رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی دوسری حدیثِ مبارکہ یہ ہے کہ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم نے فرمایا: اگر دنیا مچھر کے پَر کے برابر بھی اہم ہوتی تو کافروں اور مشرکوں کا اس میں کوئی حصہ نہ ہوتا۔

پاکستان کو اگر حقیقی معنوں میں اسلامی جمہوریہ پاکستان بنا دیا جائے تو رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی مذکورہ بالا احادیث ہمیں دنیا کی محبت اور اس کی پرستش سے نجات دلانے اور ہمیں روحانی اعتبار سے کھرب پتی بنانے کے لیے کافی ہیں۔

پاکستان پر قرآنِ حکیم فرقانِ حمید کا سایہ ہے، اس لیے کہ پاکستان 27 ویں رمضان کو وجود میں آیا جو نزولِ قرآن کی رات ہے۔ قرآن مجید اور اس سے میسر آنے والی دوسری نعمتوں کی امارت کو دیکھنا ہو تو حضرت عمرؓ کا وہ خط ملاحظہ کرنا چاہیے جو انہوں نے ابوموسیٰ اشعریؓ اور حفاظِ قرآن کے نام لکھا اور جو کنز العمال جلد اول میں موجود ہے۔ حضرت عمرؓ نے اس سلسلے میں کیا فرمایا، انہی کے الفاظ میں ملاحظہ کیجیے:

''بسم اللہ الرحمٰن الرحیم۔ اللہ کے بندے عمر بن الخطاب کی طرف سے عبداللہ بن قیس (ابوموسیٰ اشعری) اور حفاظِ قرآن کے نام۔

السلام علیکم۔

واضح ہو کہ یہ قرآن کریم تمہارے لیے باعثِ اجر و ثواب ہونے والا ہے، لہٰذا اس کی تعلیم پر عمل کرو اور اسے اپنے مقاصد کا آلہ کار نہ بناؤ۔ جو قرآن کریم کو اپنا قائد و متبوع بنائے گا قرآن کریم اسے جنت کی سیر کرائے گا۔ قرآن کریم کو خدا

کے حضور تمہارا سفارشی ہونا چاہیے، نہ کہ تمہارے خلاف شکایت کرنے والا، کیونکہ قرآن جس کا سفارشی ہوگا وہ جنت میں جائے گا، اور جس کے خلاف شکایت کرے گا وہ دوزخ میں جلے گا۔ جب خدا کا بندہ رات میں اٹھتا ہے اور مسواک کر کے وضو کرتا ہے، پھر تکبیر کہہ کر نماز پڑھتا ہے تو فرشتہ اس کا منہ چومتا ہے اور کہتا ہے کہ پڑھو پڑھو تم پاک وصاف ہو گئے، قرآن کریم پڑھ کر تمہیں لطف آئے گا۔ قرآن کریم ہدایت کا سرچشمہ، علم کا پھول اور رحمٰن کا تازہ کلام ہے۔ اگر رات میں اٹھنے والا بغیر مسواک کے وضو کرتا ہے تو فرشتہ اس کی نگرانی تو کرتا ہے لیکن منہ نہیں چومتا۔ نماز میں قرآن پڑھنا ایسا ہے جیسے کسی کو چھپا ہوا خزانہ مل جائے اور مخفی دولت حاصل ہو جائے۔ قرآن کریم پڑھا کرو، نماز نور ہے، زکوٰۃ برہان ہے، صبر روشنی ہے، روزہ ڈھال ہے اور قرآن تمہارے بارے میں ایک دلیل ہے۔ قرآن کریم کا احترام کرو اور اس سے بے اعتنائی نہ برتو، کیونکہ خدا اُس کی عزت کرتا ہے جو قرآن کریم کی عزت کرتا ہے، اور اس کو بے آبرو کر دیتا ہے جو قرآن کریم کی بے حرمتی کرتا ہے۔ جو شخص قرآن کریم پڑھے، اس کو یاد کرے اور پھر اس کے مطابق عمل کرے، اللہ تعالیٰ اس کی دعا قبول کرتا ہے۔ چاہے تو خدا دنیا میں اس کی دعا کو پورا کر دیتا ہے، ورنہ اس کی مانگی ہوئی چیز آخرت کے لیے جمع ہو جاتی ہے۔ یاد رکھو خدا کا انعام بہترین اور ہمیشہ رہنے والا ہے، اور یہ اُن لوگوں کو نصیب ہوگا جو صاحبِ ایمان ہیں اور اپنے مالک پر بھروسا کرتے ہیں''۔ اسلامی جمہوریہ پاکستان کو اگر واقعتاً قرآن مجید سے ہم آہنگ کر دیا جائے تو پاکستان دنیا کا امیر ترین ملک بن جائے۔

پاکستان کو پاکستان کے حکمران طبقے نے حقیر بنا دیا ہے، ورنہ پاکستان دنیاوی معنوں میں بھی ''غریب'' نہیں۔ اس وقت عالمی برادری 200 سے زیادہ ملکوں پر مشتمل ہے۔ پاکستان 200 ملکوں کی برادری میں آبادی کے اعتبار سے دنیا کا پانچواں بڑا ملک ہے۔ ہمارا رقبہ بھی کم نہیں۔ پاکستان رقبے کے اعتبار سے دنیا کا 34 واں بڑا ملک ہے۔ پاکستان دنیا میں دودھ پیدا کرنے والا چوتھا بڑا ملک ہے، کپاس کی پیداوار میں بھی پاکستان کا چوتھا نمبر ہے، آم اور امرود کی پیداوار میں پاکستان دنیا کا ساتواں اہم ملک ہے۔ گندم، گنا، کھجور اور کینو کی پیداوار میں پاکستان دنیا کے دس بڑے ملکوں میں سے ایک ہے۔ یہ صورتِ حال اس وقت ہے جب پاکستان کا حکمران طبقہ 70 سال سے پاکستان کو تباہ کر رہا ہے۔ اگر پاکستان کو تعمیر کرنے والی قیادت میسر آ جائے تو اندازہ کیا جاسکتا ہے کہ پاکستان عالمی سطح پر کہاں کھڑا ہوگا۔

مغربی دنیا نے آبادی کو سازش کے تحت ایک بوجھ باور کرایا ہے، مگر چین نے آبادی کو ایک ''اثاثے'' میں ڈھال کر دکھایا ہے۔ چین اس وقت ایک ارب 30 کروڑ کی آبادی نہیں بلکہ ایک ارب 30 کروڑ کی ''مارکیٹ'' ہے۔ اس نے 40

برسوں میں 70 کروڑ لوگوں کو غربت سے نکالا ہے۔ پاکستان آبادی کے اعتبار سے دنیا کا پانچواں بڑا ملک ہے۔ یعنی ہم 22 کروڑ کی منڈی ہیں۔ اس آبادی کا خاص پہلو یہ ہے کہ ہماری آبادی کا تقریباً 60 فیصد نوجوانوں پر مشتمل ہے۔ ان نوجوانوں کو علم اور ہنر سے آراستہ کردیا جائے تو پاکستان صنعتی اور معاشی طور پر بھی دنیا کے دس اہم ترین ملکوں میں سے ایک ملک بن سکتا ہے۔

امارت کا ایک پہلو علم، ذہانت اور صلاحیت ہے۔ اتفاق سے پاکستان میں یہ تینوں چیزیں بھی موجود ہیں۔ پاکستان دنیا کی آٹھ ایٹمی طاقتوں میں سے ایک طاقت ہے۔ ایٹم بم بنانا مذاق نہیں۔ ایک ملک جس کے بارے میں کہا جاتا تھا کہ وہ سوئی بھی نہیں بناتا اُس نے ایٹم بم بنا کر دکھا دیا۔ اس کا سبب یہ ہے کہ پاکستان کے حکمران طبقے نے طے کرلیا تھا کہ ایٹم بم ضرور بنانا ہے، اس لیے کہ ہماری بقا اور سلامتی اسی میں ہے۔ اس سلسلے میں سول اور فوجی قیادت میں کوئی تفریق نہ رہی۔ بھٹو نے ایٹمی پروگرام کی بنیاد رکھی اور جنرل ضیاالحق کے زمانے میں پاکستان نے ایٹم بم بنایا۔ ان دونوں کے درمیانی عرصے میں جو بھی حکمران آئے انہوں نے ایٹم بم پر کوئی سمجھوتا نہیں کیا۔ چنانچہ پاکستان نے ایٹم بم بنا کر دکھا دیا۔ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ جو ملک ایٹم بم بنا سکتا ہے وہ صنعتی اور زرعی انقلاب بھی برپا کرسکتا ہے۔ مغربی دنیا نے صنعتی انقلاب کو ایک ''خواب'' بنایا ہوا تھا، مگر چین کے صنعتی انقلاب نے ثابت کردیا کہ صنعتی انقلاب برپا کرنا کوئی بڑی بات نہیں۔ مغرب نے جو مادی ترقی ڈیڑھ سو سال میں کی، چین نے وہی ترقی 40 سال میں کر کے دکھا دی۔ اس سے ثابت ہوا کہ مادی ترقی اور مادی خوشحالی کوئی بڑی بات نہیں۔ مشکل بات روحانی، اخلاقی، علمی اور تخلیقی ترقی ہے۔ ان تمام حقائق کا مفہوم یہ ہے کہ پاکستان ہرگز غریب ملک نہیں۔ اسے پاکستان کے فوجی اور سول حکمرانوں کی روحانی، اخلاقی، علمی، تہذیبی اور تخلیقی غربت نے غریب بنایا ہوا ہے۔ جس دن پاکستان کو اس کے اصل وارث فراہم ہوگئے پاکستان ایک عالمی طاقت بن کر ابھرے گا۔

مغربی دنیا اسلام اور مسلمانوں سے نفرت اسباب کیا ہیں؟

شاہ نواز فاروقی، فرائیڈے اسپیشل (جسارت)

مغربی دنیا اسلام اور مسلمانوں سے نفرت کے اظہار میں تھک کر نہیں دے رہی۔ ایک ہزار سال کی مدت بہت طویل ہوتی ہے، مگر مغرب کی اسلام اور مسلمانوں سے نفرت نے ایک ہزار یے کو ایک سال میں ڈھال دیا ہے۔ بد قسمتی سے اسلام سے مغرب کی نفرت جتنی مغرب کی زبان پر ہے اس سے زیادہ نفرت اُس کے دل میں ہے۔ اس نفرت کی تاریخ دل دہلا دینے والی ہے۔

رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی بعثت کی اطلاع عیسائیوں اور یہودیوں دونوں کو تھی، اور وہ کہا کرتے تھے کہ ہمیں رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کا زمانہ دیکھنا نصیب ہوگا تو ہم نہ صرف یہ کہ آپؐ پر ایمان لائیں گے بلکہ آپؐ کے حریفوں کے خلاف جہاد میں بھی حصہ لیں گے۔ مگر جب رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی بعثت ہوئی تو عیسائیوں اور یہودیوں کی اکثریت نے آپؐ پر ایمان لانے سے انکار کر دیا۔ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کے انکار کا یہی پودا بالآخر اسلام اور مسلمانوں کی نفرت کا درخت بن گیا۔

یہ ایک سامنے کی حقیقت ہے کہ مسلمانوں کی عظیم اکثریت صلیبی جنگوں کی اصطلاح استعمال تو کرتی ہے مگر اس کو ابھی تک یہ معلوم نہیں کہ صلیبی جنگیں کب، کیسے اور کیوں شروع ہوئیں؟ صلیبی جنگوں کی تاریخ یہ ہے کہ 1095ء میں اُس وقت کے پوپ اربن دوئم نے ایک کلیسا میں کھڑے ہو کر تقریر کی، اس نے کہا کہ (معاذ اللہ) اسلام ایک شیطانی مذہب ہے اور اس کے ماننے والے ایک شیطانی مذہب کے پیروکار ہیں۔ پوپ اربن نے دعویٰ کیا کہ میرے قلب پر یہ بات القا کی گئی ہے کہ عیسائیوں کا یہ فرض ہے کہ وہ اس شیطانی مذہب اور اس کے ماننے والوں کو صفحۂ ہستی سے مٹا دیں۔ پوپ صرف یہ کہہ کر نہیں رہ گیا، اُس نے یورپ کو عملاً ایک صلیبی جھنڈے کے نیچے جمع ہونے کی ہدایت بھی کی۔ یہ عیسائیت کی سب سے بڑی

شخصیت کی آواز تھی، چنانچہ یہ آواز صدا بہ صحرا ثابت نہ ہوئی۔ یورپ 1095ء میں ایک صلیبی پرچم کے نیچے جمع ہوا اور اُن صلیبی جنگوں کی ابتدا ہوئی جو کم وبیش دوسو سال جاری رہیں۔ ان جنگوں کے آغاز میں صلیبی فوجوں نے مسلمانوں کے روحانی اور سیاسی مرکز بیت المقدس کو تاراج کر دیا اور وہاں اس بڑے پیمانے پر مسلمانوں کا قتلِ عام ہوا کہ مغربی مورخین کے بقول بیت المقدس کی گلیاں خون سے بھر گئیں اور گلیوں میں گھوڑوں کو چلانا دشوار ہو گیا۔ مغرب مسلمانوں پر دہشت گردی کا الزام عائد کرتا ہے، مگر صلیبی جنگوں کی وحشت اور سفا کی مسلمانوں نے ایجاد نہیں کی تھی، یہ مغرب کی ایجاد کردہ تھی۔

مغرب نے 19 ویں صدی میں ایک بار پھر مسلمانوں کے خلاف جارحیت ایجاد کی۔ مغربی اقوام اپنے اپنے جغرافیے سے نکلیں اور پوری مسلم دنیا پر قابض ہو گئیں۔ فرق یہ تھا کہ کہیں انگریزوں کا قبضہ تھا، کہیں فرانسیسی مسلط تھے، اور کہیں جرمنوں، پرتگالیوں، اطالویوں اور ولندیزیوں نے مسلمانوں کو اپنا غلام بنایا ہوا تھا۔ یہ اس نوآبادیاتی دور کا آغاز تھا جو ڈیڑھ صدی تک مسلمانوں کا خون چوستا رہا۔ اس نوآبادیاتی دور کی ''ایجاد'' کا سہرا بھی مغرب کے سر ہے۔ مسلمانوں کا اس عہدِ جبر کی ایجاد میں کوئی حصہ نہ تھا۔ اہلِ مغرب کی اسلام اور مسلمانوں سے نفرت اور ان کے صنعتی وتجارتی مفادات نے انہیں مسلم دنیا کو مقبوضہ علاقے میں ڈھالنے پر مائل کیا تھا۔ نوآبادیاتی دور میں مغرب کے اندر مستشرقین کا گروہ پیدا ہوا۔ اس گروہ کا کام یہ تھا کہ وہ علم کی آڑ لے کر اسلام اور سیرتِ طیبہ پر رکیک حملے کرے۔ مسلم دنیا کی عظیم اکثریت اس حقیقت سے آگاہ نہیں ہے کہ عیسائی دنیا اسلام کو آسمانی مذہب اور رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کو رسول تسلیم نہیں کرتی۔ اس کا خیال ہے کہ معاذ اللہ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم نے توریت اور انجیل کو ملا کر قرآن بنالیا، اور رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم خود معاذ اللہ نبی نہیں ہیں۔ مغربی دنیا میں آج رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی توہین کی جو وارداتیں ہو رہی ہیں ان کی پشت پر مغرب کی یہی نفرت پوری طرح کلام کرتی نظر آتی ہے۔

مغربی دنیا نے اسلام اور مسلمانوں کے خلاف تیسری بڑی یلغار نائن الیون کے بعد شروع کی۔ اِس بار بھی مغرب نے کسی جواز کے بغیر اسلام اور مسلمانوں کو نشانہ بنایا۔ امریکہ نے دعویٰ کیا کہ اسامہ بن لادن اور القاعدہ نائن الیون کے حملوں کے ذمے دار ہیں، مگر امریکہ کبھی اس سلسلے میں ٹھوس شہادتیں پیش نہیں کر سکا۔ اس ضمن میں امریکہ کی ساکھ کا عالم یہ ہے کہ اُس نے نائن الیون کے حملوں میں ملوث افراد کی جو پہلی فہرست جاری کی ان میں سے پانچ زندہ نکل آئے۔ اس کے بعد امریکہ کو دہشت گردوں کی نئی فہرست جاری کرنی پڑی۔ اس سلسلے میں خود امریکہ کے متعدد ماہرین کا خیال یہ ہے کہ

اسامہ بن لادن کے پاس ٹوئن ٹاورز کو منہدم کرنے کی ٹیکنالوجی نہ تھی، چنانچہ نائن الیون امریکہ کے اندرونی عناصر کی کارستانی ہے۔اس خیال کو اس حقیقت سے تقویت ملتی ہے کہ مغربی دنیا نے نائن الیون کے بعد اپنے ردِعمل کو صرف اسامہ بن لادن اور القاعدہ تک محدود نہ رکھا، اس نے اسلام، اسلامی تہذیب، عالمِ اسلام اور پوری امتِ مسلمہ کے خلاف نفرت کا اظہار شروع کردیا۔امتِ مسلمہ کا کوئی ترجمان ہی نہیں ہے، لہٰذا نائن الیون کے بعد مغربی دنیا کے اہم ترین افراد نے جو کچھ کہا امتِ مسلمہ اس پر خاموش رہی۔اس کا کوئی ترجمان ہوتا تو وہ اس پر شدید ترین احتجاج کرتا۔بدقسمتی سے خود امتِ مسلمہ میں نیند میں چلنے والوں کی دنیا ہے، چنانچہ مغرب نے اسلام، اسلامی تہذیب اور مسلمانوں کے تعلق سے جو کچھ کہا وہ امتِ مسلمہ کے اجتماعی حافظے کا حصہ نہ بن سکا۔یہ بات ریکارڈ پر موجود ہے کہ امریکہ کے صدر جارج بش نے نائن الیون کے بعد امریکی قوم سے خطاب کرتے ہوئے ''کروسیڈ'' کے آغاز کا اعلان کیا۔کروسیڈ صلیبی جنگ کو کہتے ہیں، مگر چونکہ امتِ مسلمہ کا کوئی ترجمان ہی نہیں اس لیے جارج بش کی اصطلاح پر کسی جانب سے کوئی شدید احتجاج سامنے نہ آسکا۔اِدھر اُدھر سے جو دو چار آوازیں اٹھیں اُن کے جواب میں وہائٹ ہاؤس نے فرمایا کہ خطاب کرتے ہوئے جارج بش کی زبان پھسل گئی۔ حالانکہ ساری دنیا جانتی ہے کہ امریکی صدر لکھی ہوئی تقریر کررہے تھے، وہ فی البدیہہ خطاب نہیں فرمارہے تھے۔چنانچہ کروسیڈ کی اصطلاح شعوری طور پر استعمال کی گئی تھی۔مگر اس کے بعد اس سے بھی بڑی واردات ہوئی، اٹلی کے وزیراعظم سلویو برلسکونی نے فرمایا کہ مغربی تہذیب اسلامی تہذیب سے برتر ہے، اور اس نے جس طرح کمیونزم کو شکست دی ہے اسی طرح اسلامی تہذیب کو بھی شکست دے گی۔امتِ مسلمہ کا کوئی ترجمان ہوتا تو وہ اٹلی کے وزیراعظم کو یاد دلاتا کہ مغربی دنیا تو دہشت گردی کے خلاف جنگ کرنے نکلی ہے، اس جنگ میں اسلامی تہذیب اور مغربی تہذیب کی کشمکش اور اسلامی تہذیب کی شکست کا پہلو کہاں سے نکل آیا؟ مگر چونکہ امتِ مسلمہ کا کوئی ترجمان نہیں ہے اس لیے اٹلی کے وزیراعظم کو اپنے بیان کے ذریعے جو پیغام دینا تھا وہ دے دیا گیا۔لیکن اس کے بعد مغرب میں اس سے بھی بڑی واردات ہوئی۔امریکہ کے اُس وقت کے اٹارنی جنرل ایش کرافٹ نے واشنگٹن ڈی سی میں ایک کانفرنس سے خطاب کرتے ہوئے اچانک اسلام اور عیسائیت کے خدا کا موازنہ کر ڈالا۔انہوں نے فرمایا کہ عیسائیت کا خدا اسلام کے خدا سے برتر ہے کیونکہ عیسائیت کے خدا نے عیسائیوں کی نجات کے لیے معاذ اللہ اپنے بیٹے حضرت عیسیٰ کو سولی پر لٹکا دیا، اس کے برعکس اسلام کا خدا ایسا خدا ہے جو اپنی عظمت کے اظہار کے لیے جہاد کی صورت میں مسلمانوں سے قربانیاں طلب کرتا ہے۔مسلمانوں کا کوئی ترجمان ہوتا تو ایش کرافٹ سے پوچھتا کہ تمہیں دہشت گردوں کے خلاف جنگ میں اسلام اور عیسائیت کے تصورِ خدا کے موازنے کی ضرورت کیوں پڑی ہے؟ اس کے بعد مغرب سے ایک اور بڑی واردات سامنے آئی۔یورپ میں امریکہ کی افواج کے سابق کمانڈر

جنرل کلارک نے بی بی سی کو انٹرویو دیتے ہوئے صاف کہا کہ ہم اسلام کی تعبیر کا تعین کرنے کے لیے گھر سے نکلے ہیں۔ انہوں نے کہا کہ طے یہ کرنا ہے کہ اسلام ایک پُر امن مذہب ہے جیسا کہ مسلمان کہتے ہیں، یا اسلام ایک ایسا مذہب ہے جو اپنے ماننے والوں کو تشدد پر اکساتا ہے۔ اس بیان سے بھی یہی ثابت ہوا کہ دہشت گردی کے خلاف جنگ کی اصطلاح دھوکا ہے۔ اصل بات یہ ہے کہ مغربی دنیا اسلام، اسلامی تہذیب اور مسلمانوں کی بیخ کنی کرنے کے لیے متحرک ہے۔ لیکن یہاں سوال یہ ہے کہ آخر مغرب کو اسلام اور مسلمانوں سے نفرت کیوں ہے؟

اس سوال کا ایک جواب یہ ہے کہ اسلام اور مغرب کی کشمکش حق و باطل کی کشمکش ہے۔ اسلام حق ہے اور مغرب باطل۔ اور انسانی تاریخ میں نہ کبھی حق نے باطل کو قبول کیا ہے اور نہ کبھی باطل نے حق کو سراہا ہے۔ جو شخص اسلام اور مغرب کی کشمکش کو اس تناظر میں نہیں دیکھتا اُسے اسلام اور مغرب کے بارے میں کوئی بنیادی بات معلوم نہیں۔ مغربی دنیا کو اسلام اور مسلمانوں سے اس لیے بھی نفرت ہے کہ مغرب اسلام کو من گھڑت مذہب سمجھتا ہے۔ اس کی نظر میں رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم پیغمبر ہی نہیں ہیں۔ اس کے باوجود پوری انسانی تاریخ میں اسلام کی طرح تیزی سے پھیلنے والا مذہب کوئی نہیں۔ اسلام کا ظہور عیسائیت کے ظہور کے کم وبیش 600 سال بعد ہوا، مگر آج اسلام دنیا میں سب سے بڑا مذہب ہے۔ عیسائیت دعویٰ کرتی ہے کہ وہ سب سے بڑا مذہب ہے، مگر عیسائیت کے گھر یورپ کا یہ حال ہے کہ اس کی 55 کروڑ کی آبادی میں سے 75 فیصد افراد کا کوئی مذہب ہی نہیں۔ چنانچہ سب سے بڑا مذہب ہونے کے حوالے سے عیسائیت کا دعویٰ جھوٹا ہے۔ مغرب جب دیکھتا ہے کہ اسلام پھل پھول رہا ہے اور تیزی کے ساتھ آگے بڑھ رہا ہے تو اس کا سینہ حسد سے شق ہو جاتا ہے۔ مغربی دنیا کی اسلام اور مسلمانوں سے نفرت کا ایک اور سبب بھی ہے، اور وہ یہ کہ مغرب کی پیدا کردہ جدیدیت ہر مذہب کو کھا گئی ہے۔ عیسائیت مغرب بالخصوص یورپ میں ایک مُردہ مذہب ہے۔ جہاں عیسائیت زندہ بھی ہے وہاں اس کا سیاست و معیشت سے کوئی تعلق نہیں۔ ہندوازم ایک بڑا مذہب ہے، مگر ہندوازم بھی جدیدیت کے مقابلے پر پسپا ہو گیا ہے۔ ہندوستان ایک سیکولر ملک ہے۔ بلاشبہ ہندوستان میں بی جے پی برسرِ اقتدار رہی ہے، مگر ہندوازم کا ریاست وسیاست میں کوئی عمل دخل نہیں۔ اسرائیل یہودی ریاست ہے، مگر اسرائیل آئینی اعتبار سے سیکولر ہے۔ بدھ ازم تقریباً فنا ہو چکا ہے اور اس کا بھی ریاست وسیاست سے کوئی تعلق نہیں۔ اس کے برعکس اسلام کا معاملہ یہ ہے کہ تمام تر ابتر حالات کے باوجود وہ ایک زندہ مذہب ہے۔ اس کا نظامِ عقاید زندہ ہے۔ اس کا نظامِ عبادات زندہ ہے۔ اس کا نظامِ اخلاق زندہ ہے۔ اس سے بھی بڑی بات یہ ہے کہ پوری امتِ مسلمہ کا اس بات پر اجماع ہے کہ اسلام ایک مکمل ضابطہ حیات ہے، اور ریاست وسیاست، معیشت

وقانون، اور جنگ و امن سمیت زندگی کے تمام معاملات اسلام کی روشنی میں طے کیے جائیں گے۔ 19 ویں صدی میں مغرب کے دانش ور کہا کرتے تھے کہ اسلام دنیا کو جو کچھ دے سکتا تھا، دے چکا، اب اس کے پاس دنیا کو دینے کے لیے کچھ نہیں۔ اب اسلام صرف عقاید، عبادات اور اخلاقیات تک محدود ہو گا۔ مگر اقبالؒ اور مولانا مودودیؒ کی فکر، اور حسن البناءؒ کی برپا کی ہوئی تحریک نے اسلام کو 20 ویں صدی کا مرکزی حوالہ بنا دیا۔ آج ساری مسلم دنیا صرف اسلام کو اپنی نجات کے لیے کافی سمجھتی ہے۔ مسلمانوں کو انسانوں کے بنائے ہوئے کسی ازم پر کوئی اعتبار نہیں۔ انہیں اعتبار ہے تو اسلام پر۔ 1979ء میں ایران کے انقلاب نے ثابت کر دیا کہ اسلام آج بھی ایک انقلابی قوت ہے اور وہ کسی بھی وقت ریاست و سیاست، معیشت اور آرٹ کے نقشے کو بدل سکتا ہے۔ مغربی دنیا یہ سب دیکھتی ہے تو اس کا دل اسلام اور مسلمانوں کی نفرت سے بھر جاتا ہے۔ اس وقت اسلام اور مسلمانوں کی حالت یہ ہے کہ عالمی اسٹیج پر انہیں کہیں غلبہ حاصل نہیں۔ اسلام اور مسلمانوں کے پاس نہ سائنس اور ٹیکنالوجی کی طاقت ہے، نہ ان کے پاس عسکری طاقت ہے، نہ ان کے پاس قابلِ رشک معیشت ہے، یہاں تک کہ مسلمانوں کے پاس کردار کے اعلیٰ نمونے بھی نہیں ہیں، مگر اس کے باوجود اسلام مغرب میں لاکھوں اہلِ مغرب کو مسلمان کر رہا ہے۔ مسلمان ہونے والوں میں مفکرین بھی ہیں، دانشور بھی۔ گلوکار بھی ہیں، صحافی بھی۔ ڈاکٹر بھی ہیں انجینئر بھی۔ مغربی دنیا یہ دیکھتی ہے اور سوچتی ہے کہ اسلام بے طاقتی میں اتنا موثر ہے تو جب اسلام کے پاس طاقت ہوگی تو اس کے اثرات کا کیا عالم ہو گا مغرب کا ایک مسئلہ یہ ہے کہ وہ اپنے متبادل کے خوف میں مبتلا ہے۔ سوشلزم سرمایہ داری کا متبادل تھا، اس لیے مغرب نے سوشلزم کا تعاقب کیا اور اسے فنا کر کے چھوڑا۔ مغرب اسلام کو بھی اپنا متبادل سمجھتا ہے۔ وہ جانتا ہے کہ اگر اسلام کے نظام حیات کو کام کرنے کا موقع مل گیا تو پوری مسلم دنیا سے مغرب کا پتّا صاف ہو جائے گا۔ چنانچہ مغرب اسلام اور مسلمانوں کے خلاف سازشیں کرتا رہتا ہے۔

..................☆☆☆☆☆..................

سندھ بلدیاتی بل 2021

کراچی پر مکمل قبضے کا کالا قانون ۔ نامنظور

تباہ حال کراچی کے 3 کروڑ لوگو......سُنو!

پیپلز پارٹی کی وڈیرہ شاہی آمرانہ حکومت نے سندھ کے شہری عوام بالخصوص کراچی پر مکمل قابض ہونے کے لیے" سندھ بلدیاتی ترمیمی بل 2021"
جبراً اسمبلی سے منظور کروالیا ہے...... یہ تین کروڑ عوام کو غلام بنانے ...... شہر کے تمام اداروں پر مکمل قبضہ کا" کالا قانون" ہے۔

کراچی دنیا کا ساتواں بڑا شہر...... پاکستان اور سندھ کی معیشت کو چلانے والا شہر ہے جسے "میگا سٹی حکومت" کا درجہ ملنا چاہیے۔

لیکن پیپلز پارٹی بچے کچے ادارے اور اختیارات چھین بھی لیے جو 2013 کے قانون میں قبضے سے رہ گئے تھے۔ سندھ کی اپوزیشن جماعتیں مگرمچھ کے آنسو بہارہی ہیں، لیکن جب اختیارات پر کاری وار ہوا تو ایم کیو ایم، پیپلز پارٹی کے ساتھ سندھ حکومت میں شامل تھی۔ پی ٹی آئی اور ایم کیو ایم کی وفاقی حکومت نے بھی شب خون مارا ہے۔

- جعلی مردم شماری کی منظوری دے کر
- کوٹہ سسٹم میں غیر معینہ مدت تک اضافہ کرکے
- K الیکٹرک مافیہ کی سرپرستی کرکے
- سرکلر ریلوے اور پانی کے K-4 منصوبے پر دھوکہ دے کر
- 1100 ارب روپے کے پیکج کا لالی پوپ دے کر

Land Ravenue (املاک)

2001 شہری حکومت کا قانون	2013 پیپلز پارٹی اور MQM کی مشترکہ حکومت نے جو محکمے شہری حکومت سے چھین لیے	2021 سندھ بلدیاتی بل پیپلز پارٹی کی حکومت نے جو محکمے شہری حکومت سے چھین لیے
کراچی ڈسٹرکٹ گورنمنٹ، ٹاؤن اور UCs کا مکمل بااختیار نظام جس میں لینڈ ریونیو، تعلیم، صحت، ٹرانسپورٹ، تعمیرات، سمیت تمام بلدیاتی ادارے سٹی گورنمنٹ کے ماتحت تھے۔ اور عوام پر بالادستی کا انگریزوں کا بنایا ہوا ضلعی کمشنری نظام بھی ختم کردیا گیا۔	• پبلک ٹرانسپورٹ، ماس ٹرانزٹ سسٹم • سولڈ ویسٹ مینجمنٹ • مقامی حکومتیں اور دیہی ترقی • ڈیزاسٹر مینجمنٹ • ایکسائز اینڈ ٹیکسیشن • ملیر ڈیولپمنٹ اتھارٹی • لیاری ڈیولپمنٹ اتھارٹی • موٹر وہیکل ٹیکس • KMC کے علاوہ تمام ہسپتال • ماحولیات • فشریز • لیبر • شہری دفاع • اسپورٹس اینڈ کلچر • بہبود آبادی • I.T وغیرہ وغیرہ	• کراچی میڈیکل اینڈ ڈینٹل کالج • انفیکشز بیماریاں • لپروسی ہسپتال • عباسی شہید ہسپتال • سوبھراج میٹرنٹی ہوم • سرفراز شہید ہسپتال • اسپنسر آئی ہسپتال اور دیگر ادارے جو KMC چلاتی تھی • دودھ سپلائی اسکیم • غیر منقولہ جائیداد کا ٹیکس وغیرہ • پیدائش، اموات اور شادیاں • بنیادی صحت کے مراکز، ہسپتال، ڈسپنسریز، میڈیکل ایڈ وغیرہ • میڈیکل ایجوکیشن وغیرہ • پرائمری تعلیم لازمی تعلیم اور اس کے متعلق تمام امور • فوڈ اور ڈرگس کے متعلق قانون سازی وغیرہ

آج! کراچی کھنڈر بنادیا گیا ہے ٹوٹی سڑکیں، بہتے گٹر اس کی پہچان ہیں۔ شہر کے لوگ بجلی، پانی، گیس، علاج و صحت، تعلیم، ٹرانسپورٹ، صفائی، سیوریج سمیت بنیادی انسانی ضروریات سے محروم ہیں۔ سندھ پر "مسلط کردہ" وڈیرہ شاہی نے 3 کروڑ سے زائد عوام کی سیاسی، معاشی و معاشرتی کمر توڑ دی ہے......

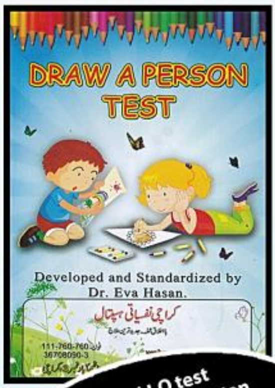
"سندھ بلدیاتی بل" کراچی کے وسائل پر "ڈاکا" اور "اندھی لوٹ مار" کا گھناؤنا کھیل ہے...... جسے کراچی کے عوام مسترد کرتے ہیں۔

کراچی کے مسائل کا صرف ایک ہی حل "بااختیار شہری حکومت" کا قیام ہے۔

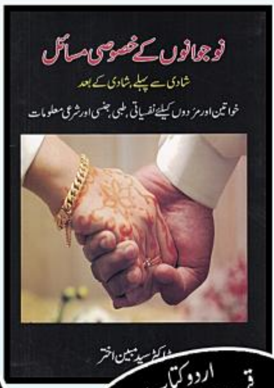
اُٹھو! کراچی کے 3 کروڑ انسانو...... اپنی قوت کو پہچانو! حق دو کراچی تحریک کا حصہ بنو

جماعت اسلامی

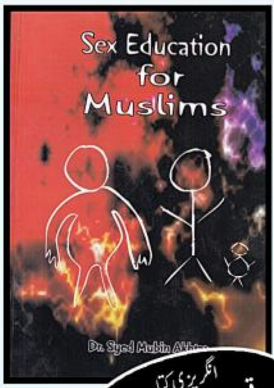
Books for Sale



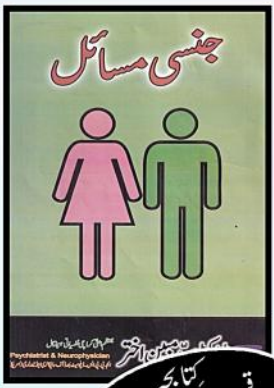
Pakistani I.Q test
Standardized in Pakistan
قیمت 5000 روپے



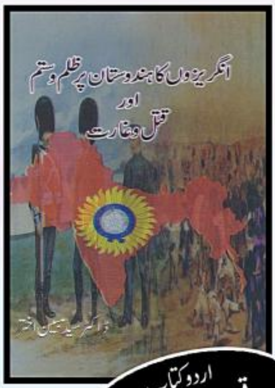
اردو کتاب
قیمت 500 روپے



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 the 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 Fiqa. 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 کی لئے ہمارے معاشرے میں کوئی تیار نہیں ہوتا۔ نہ والدین اور اساتذہ اور نہ 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 موضو پر کوئی بات کر بیٹھے تو وہ سخت بدن تنقید 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۔

مختصر کتابچہ برائے جنسی مسائل | قیمت 50 روپے

انگریزوں کا ہندوستان پر ظلم وستم اور قتل وغارت

انگریزوں نے تاجر کے روپ میں ہندوستان آکر مسلم فرمارداؤ سے پورا ملک چھین لیا اور پھر شدید ظلم وستم کیا، مگر ہم لوگ اکثر اس سے نابلند ہیں، بلکہ اکثر لوگ تو ان کی تعریف وتوصیف کرتے ہیں۔ امریکہ اور اسٹریلیاں میں ان لوگوں نے جاکر قدیم آبادی کو تقریباً نسیت ونابود کردیا مگر ہندوستان میں بھی تباہی، بربادی اور ظلم وستم کی ایک داستان رقم کردی۔

یہ کتاب زیادہ تر مولانا حسین احمد مدنی
(برطانوی سمراج نے ہمیں کیسے لوٹا) اور
(Hunter-The Indian Muslim) کی
کتابوں سے ماخوذ ہے۔ جن لوگوں کی مزید تفصیلات درکا ہوں ان کو کتابوں کا مطالعہ ضرور کرنا چاہیے۔

Author: Dr.Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Availible at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office	Landhi
Nazimabad no 3, karachi	Al syed Center, Quaidabad (Opp. Swidish Institue)
Phone: (021) 111-760-760 0336-7760760	Phone:35016532

We can also send these books by VPP.

نوجوانوں کے خصوصی مسائل

مختصر تعارف

مسلمانوں کے لئے جنسی تعلیم

قرآن مجیداور حدیث زندگی کے تمام امور میں رہنمائی فراہم کرتے ہیں۔ایک مسلمان کے لئے لازم ہے کہ وہ قرآن وحدیث کا مطالعہ کرے،انکو سمجھے،اوران اصولوں کے تحت اپنی روزمرہ کی زندگی گزارے۔سب سے اہم انسانی رشتہ شادی کا ہے۔اس کے ذریعہ ہی نسل انسان کی پیدائش اور تربیت سامنے آتی ہے،لہذا اس میں کوئی شک شعبہ کی بات نہیں کہ قرآن حدیث سے ہمیں اس معاملے میں اہم رہنمائی ملتی ہے۔لیکن بدقسمتی کی بات ہے کہ ہمارے مصنفین ،اساتذہ اور عالم،شرمندگی کے غلط احساس کی وجہ سے،مباحثوں میں اس موضوع سے اجتناب کرتے ہیں۔مزید یہ کہ ان میں سے بیشتر طب اور نفسیات پر عبور نہیں رکھتے ہیں۔لہذا ان ہی لوگوں کو جو مذہب کے ساتھ ساتھ علاج معالجے کے بارے میں بھی جانتے ہیں اس موضوع پر بولنے اور لکھنے کے لئے آگے آنا چاہئے۔

ہم نے اس کتاب میں قرآن،حدیث اور فقہ سے جنسی امور کے حوالے سے تمام حوالوں کو شامل کیا ہے۔یہ حصّے شادی شدہ اور غیر شادی شدہ نوجوانوں کے لئے رہنمائی فراہم کرتے ہیں،جن کو پڑھ کر وہ خوشگوار ازدواجی زندگی کے ساتھ ساتھ مناسب جسمانی اور جنسی صحت کو برقرار رکھ سکتے ہیں۔ان کو پڑھنا اور اپنی زندگی میں اپنانا عبادت ہے۔

Author: Dr.Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Availible 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 Institue)
Phone:35016532

We can also send these books by VPP.

For I.Q

DRAW A PERSON TEST

The only IQ test standardized in Pakistan.

پاکستان مین 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 تھا 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 انکے 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.QTest) 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 کے 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۔
یہ ٹیسٹ پروفیسر محمد اقبال آفریدی کی زیرنگرانی میں تیار کیا گیا ہے۔

Author: Dr.Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Availible at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

Head office	Quaidabad
Nazimabad no 3, karachi	Al syed Center, (Opp. Swidish Institue)
Phone: (021) 111-760-760 0336-7760760	Phone:35016532

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital" (Pakistan)

* Diplomate of the American Board of Psychiatry
* DPM, MCPS or FCPS

Qualification	Pay Scale	
	6 Hours	8 Hours
F.C.P.S	150,000	200,000
F.C.P.S -I	60,000	80,000
M.C.P.S	90,000	120,000
D.P.M	75,000	100,000

Send C.V to:

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

Address:

Nazimabad No.3 Karachi, Pakistan

E-mail: mubin@kph.org.pk | Phone No: (021) 111-760-760 / 0336-7760760

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

New Improved Model

Rs. 70,000/=
With 5 year full waranty 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, Sarghodha, 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

باا خلاق 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
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. Akhtar Fareed Siddiqui**
   MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
3. **Dr. Anand Kumar**
   MBBS, F.C.P.S (Psychiatry)
4. **Dr. Zeenatullah**
   MBBS, F.C.P.S (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. Habib Baig**
   MBBS
10. **Dr. Ashfaque**
    MBBS
11. **Dr. Salim Ahmed**
    MBBS
12. **Dr. Javeria**
    MBBS
13. **Dr. Sumiya Jibran**
    MBBS
14. **Dr. Mohsin Mehmood**
    MBBS
15. **Dr. Nareem Zafar**
    MBBS

❖ **Psychologists:**

1. **Syed Haider Ali (Director)**
   MA (Psychology)
2. **Shoaib Ahmed**
   MA (Psychology), DCP (KU)
3. **Syed Khurshied Javaid**
   General Manager
5. **Rano Irfan**
   M.S (Psychology)
6. **Madiha Obaid**
   M.S.C (Psychology)
7. **Danish Rasheed**
   M.S. (Psychology)
8. **Naveeda Naz**
   M.S.C (Psychology)
9. **Anis ur Rehman**
   M.A (Psychology)
10. **Rabia Tabassum**
    M.Phil.

❖ **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)/ Manger

❖ **Research Advisor**

Prof. Dr. Mohammad Iqbal Afridi
MRC Psych, FRC Psych

❖ **Medical Specialist:**

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

❖ **Anesthetists:**

Dr. Shafiq-ur-Rehman

❖ **Dr. Vikram**

Anesthetist,
Benazir Shaheed Hospital
Trauma Centre, Karachi

PSYCHIATRIC WARD

PATIENTS' ACTIVITY

ہفتہ وار فیس بک پر معلوماتی سوال و جواب

ہر سنیچر - وقت: دوپہر 1 سے 2 بجے

https://www.facebook.com/kph.org.pk/videos/612439270012267/

kph.org.pk

بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال