

World Mental Health Day 10th October



تحقیقی مضامین برائے ذہنی امراض

ENGLISH & URDU

BULLETIN OCTOBER 2021

مدیر اعلیٰ: ڈاکٹر اختر فرید صدیقی
مدیر: محترمہ مہمہ حبیب اختر
نائب مدیر: سید خورشید جاوید

(M.A (Psychology), CASAC (USA)

B.S (USA)

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

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

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL



کراچی منشیات ہسپتال

زیر نگرانی کراچی نفسیاتی ہسپتال

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

کراچی منشیات ہسپتال پاکستان کا وہ واحد ادارہ ہے جہاں نشہ چھوڑنے کے ساتھ ساتھ نشہ چھوڑے رکھنے کی تربیت دی جاتی ہے، علاج کا بنیادی مقصد مریض کے اندر وہ مذہبی، نفسیاتی، اور سماجی تبدیلیاں پیدا کرنی ہیں جس کے ذریعے وہ نہ 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 براہ راست ڈاکٹر سید مبین اختر اور دوسرے امریکی سند یافتہ معالجین کی نگرانی میں ہوتا ہے۔
- ☆ علاج کیلئے مستند ادویات کا استعمال جس سے مریض کو نشہ چھوڑنے میں کوئی تکلیف نہیں اٹھانی پرتی ہے۔
- ☆ باقاعدہ طور پر دینی تعلیمات اور نماز کا اہتمام۔
- ☆ باقاعدہ مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو۔
- ☆ ہپنوسس (Hypnosis) کی مشق کرائی جاتی ہے تاکہ کسی وقت طلب ہو تو اس کا مقابلہ کر سکیں۔
- ☆ مریض کی ذہنی و نفسیاتی تربیت جس کے ذریعے مریض کو آئندہ زندگی میں نشہ چھوڑے رکھنے میں آسانی ہو۔
- ☆ داخلے کے بعد بیرونی مریض کے طور پر ہفتہ وار مشاورت اور علاج بذریعہ گفتگو کا تسلسل۔
- ☆ داخلے کے بعد مریض کی دینی جماعت میں شمولیت، تاکہ ان لوگوں کی صحبت سے چھٹکارا مل سکے جو نشہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔
- ☆ باقاعدہ طور پر مریض کے گھر والوں سے رابطہ اور ان کے ساتھ مشاورت۔

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

تحقیقی مضامین 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۔



ڈاکٹر سید مبین اختر صاحب کے ماہانہ انعامات تقسیم کرتے ہوئے تصویری جھلکیاں۔

ماہ جولائی 2021



بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال



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 کارِ خیر میں کراچی نفسیاتی ہسپتال کا ساتھ دیں۔

اور دل کھول کر اپنے صدقہ، خیرات اور زکوٰۃ
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



111-760-760



0344-2645552



kph.org.pk



www.kph.org.pk

فہرست مضامین

صفحات ماہانہ

صفحات سالانہ

:

571

1- DOWVIGIL TABLETS

DOWVIGIL TABLETS (Modafinil)

595

25- علاج برائے گفتگو کی اقسام۔

(TYPES OF THERAPY)

614

44- طبی ماحول میں مشتعل مریضوں کے تشدد سے بچنے کے لیے عملی تجاویز۔

(PATIENT VIOLENCE Practical Tips for Managing the Agitated Patient: Avoiding Violence in the Clinical Setting)

630

60- ایجنڈا لیا اور دھونس اور دھمکی کے شکار افراد میں جینیاتی اور ماحول کے ساتھ تعلق۔

(EVOCATIVE GENE-ENVIRONMENT CORRELATION BETWEEN GENETIC RISK FOR SCHIZOPHRENIA AND BULLYING VICTIMIZATION)

637

67۔ جنگِ آزادی اور تلخ حقائق ۔

640

70۔ اسلام اور مسلمانوں پر شرمندہ جاوید چودھری ۔

645

75۔ کمیونزم سے بدتر نظریہ ۔

.....☆☆☆☆☆☆.....

DOWVIGIL TABLETS

تفصیلات:

(MODAFINIL) DOWVIGIL

یہ جگانے کی دوائی ہے جو منہ کے ذریعے لی جاتی ہے۔ MODAFINIL ایک مرکب ہے۔ اس کا کیمیائی نام
ACETAMIDE [(DiphenylMethyle)Sulfinyl] 2- ہے۔

مرکب۔

ایک گولی میں 100mg یا پھر 200mg MODAFINIL کی مقدار ہوتی ہے۔

علاج:

اس دوائی سے جاگنے کی صلاحیت بہتر ہو جاتی ہے۔ غنودگی کی وجوہات میں رات میں جاگنا دن میں عنودگی، سونے کے دوران دماغ میں آکسیجن کی رسائی معطل ہونا، اور دن اور رات کے اوقات میں کام کرنا شامل ہے۔

با اثر ہونے کا طریقہ کار:

یہ دوا کس طرح جاگنے کے عمل کو بہتر بناتی ہے یہ معلومات ہمارے پاس نہیں ہیں۔ اس کا اثر (SYMPATHOMIMETIC) ہونے والے علامات کے لئے قدرتی طور پر بننے والے مادہ کی اہلیت کی طرح کام کرتا ہے۔ لیکن یہ مادہ پھر بھی عین اسی طرح اثر انداز نہیں ہوتا ہے۔

عمل انجذاب (ABSORPTION)

Modafinil کی گولی منہ میں لیتے ہی جذب ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ اس کی خون میں سب سے زیادہ مقدار دوائی لینے کے 2-4 گھنٹے تک رہتی ہے۔ MODAFINIL کی حیاتیاتی اثر پذیری (BIOAVAILABILITY) پانی کی طرح تحلیل

ہو جاتی ہے۔ اس کے جذب ہونے کی قطعی معلومات ابھی واضح نہیں ہیں جس کی وجہ سے نس میں انجکشن لگانے کا عمل رک گیا ہے۔ غذائی اشیاء لینے سے MODAFINIL کی حیاتیاتی اثر پذیری پر کوئی اثرات ظاہر نہیں ہوئے ہیں۔ لیکن کھانے کے ساتھ دوا لینے سے اس دوائی کی خون میں سب سے زیادہ مقدار ہونے میں ایک گھنٹے کی تاخیر ہو جاتی ہے۔

ہضم اور جسم سے خارج ہونے کا عمل

(METABOLISM AND ELIMINATION)

MODAFINIL کا تقریباً 90% مادہ جگر کے ذریعے جسم سے خارج ہو جاتا ہے اور باقی اجزا گردے سے ہو کر پیشاب کے ذریعے نکل جاتے ہیں۔

ادویات کی ممکنہ باہمی عمل جس کی وجہ سے دوائی کا بے اثر ہونا، یا پھر موثر ہونا اور اس کا ہضم ہونا۔ CYP (خون میں حیاتیاتی تبدیلی) مکمل طور پر ہونے سے اس کی دواساری کے موثر ہونے کے امکانات کم ہیں۔ اسی طرح Modafinil سے مماثلت رکھنے والی ادویات میں بھی اسی طرح ہوتا ہے۔ CYP3A4 کے خامرے (ENZYMES) کے جزوی طور پر MODAFINIL کے جسم سے خارج ہونے کا عمل (Elimination)، جس میں دوا دویات کو ساتھ CYP3A4/5 جیسے موثر ہونے والے ادویات جیسے کہ (RAMPING اور CARBAMAZEPINE, PHENOBARBITOL) شامل ہیں۔ یا پھر رکاوٹ پیدا کرنے والے CYP3A4/5، جیسے کہ MODAFINIL (ERYTHROMYCIN, KETACONAZOLE) کے ساتھ MODAFINIL کے مکمل جذب ہونے کے لئے Plasma کی کثافت (CONCENTRATION) میں تبدیلی آسکتی ہے۔

MODAFINIL کا دوسری ادویات کے ساتھ ہضم اور موثر ہونے اور

افادیت اور خامرے (ENZYMES) پر تبدیلی سے شامل ہونے یا

رکاوٹ پیدا کرنے کی استطاعت۔

CYP3A, MODAFINIL کی فعالیت پر کم اثر رکھتی ہے۔ لہذا خون کی سطح (LEVEL) اور دوائی کے اثر ہونے کا دار و مدار ان ادویات پر ہے جو CYP3A خامرے (ENZYMES) کی وجہ سے زیادہ اچھا کام کرتی ہیں۔ خامروں میں (Steroidal Contraceptives) حمل سے روکنے والی ادویات CYCLOSPORINE TRIAZOLAM اور MIDAZOLAM شامل ہیں۔ جسم پر MODAFINIL کا اثر ان دوائیوں کے ساتھ دینے سے کم ہو سکتا

ہے۔

ETHINYL ESTRADIOL

اگر MODAFINIL 7 دن کے لئے روزانہ 200mg دینے کے بعد 21 دن کے لئے روزانہ 400mg دینے سے (MEAN CM) میں 11 فیصد کمی اور AUC ETHINYL ESTRADIOL 24 کے جسم سے خارج ہونے میں کوئی قابل ذکر تبدیلی نہیں دیکھی گئی۔

MIDOZOLAM

MODAFINIL 250mg کے ساتھ MIDOZOLAM استعمال کرنے سے MIDAZOLAM کا اثر 32 فیصد رہ جاتا ہے چاہے منہ سے 5mg ہو یا پھر انس کے ذریعے انجیکشن کے ذریعے ہو۔

QUETIAPINE

MODAFINIL 250mg کے ساتھ 300mg سے 600mg Quetiapine کی روزانہ خوراک دینے سے Quetiapine کے موثر ہونے میں تقریباً 29% فیصد کمی آ جاتی ہے۔

CYP2B6 کے ذریعے دوائی کا اثر:

CYP2B6 ایسا مادہ یا خامرہ جو زندہ خلیے پیدا کرتے ہیں اور جس کی وجہ سے بعض کیمیائی تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ Modafinil اپنے مناسب ترین مقدار میں بھی کم اثر کرتے ہیں۔ ادویات جو CYP2C19 کی وجہ سے تحلیل ہو جاتے ہیں۔ MODAFINIL, CYP2C19 کی سرگرمیوں کو دو طرفہ طریقے سے روک سکتا ہے۔ اسی طرح Modafinil Sulphone بھی CYP2C19 کی سرگرمیوں کا اثر روکنے میں کامیاب ہو جاتا ہے۔

یہ دو طرفہ طور پر یکساں افادیت رکھتا ہے Modifinil کی خون میں سب سے زیادہ مقدار Modifinil Sulphone کے مقابلے میں Modafinil میں کم ہوتی ہے۔ لیکن یہ ادویات مرکبات خامرے (ENZYME) کے جزوی طور پر کچھ وقت کے لئے سرگرمیوں کی روک تھام کر سکتا ہے۔ اسی طرح کچھ ادویات مثلاً PHENYTOIN, DIAZEPAM, CYP2C19 CLOMIPRAMINE اور PROPRANOLOL, OMEPRAZOL کے خامرے (ENZYMES)

کیمیائی تغیرات پیدا کرتی ہیں۔ اگر MODAFINIL کے ساتھ مندرجہ بالا ادویات لمبے عرصے کے لئے دی جائیں تو ان تغیرات میں اضافہ ہو سکتا ہے۔

اسی طرح ARMODAFINIL 400mg کے ساتھ OMERAZOLE لینے سے 40% فیصد خطرہ ہے کہ MODAFINIL کا اثر CYP2C19 کی سرگرمیوں کی روک تھام میں کامیاب نہ ہوں۔

دوائی کی مقدار اور طریقہ کار:

NARCOLEPSY دوائی نیند میں کمی اور دماغ میں آکسیجن میں کمی کی وجہ سے نیند میں خرابی کے لیے MODAFINIL کی تجویز کردہ مقدار روزانہ صبح میں ایک بار 200mg دی جاسکتی ہے۔ ایک دن میں 400mg بھی عمدہ طریقے سے برداشت کیا جاسکتا ہے۔ لیکن کوئی متواتر ثبوت نہیں ہے جو کہ دن میں ایک بار 200mg سے زیادہ مقدار کی افادیت پر روشنی ڈال سکتا ہو۔

مختلف اوقات پر کام کرنے والوں کی نیند کی خرابی

ایسے مریضوں میں MODAFINIL ایک گولی 200mg روزانہ کام پر جانے سے ایک گھنٹہ پہلے لینے کی تجویز کی جاتی ہے۔

جگر کی خرابی کے ساتھ مقدار میں ترمیم

(شدید جگر کی خرابی)

جگر کی شدید خرابی کے ساتھ MODAFINIL کی مقدار آدھی کر دینی چاہئے۔ ایک عام صحت مند شخص کے مقابلے میں نصف مقدار سے زیادہ تجویز نہیں کی جاتی۔

معمر افراد میں استعمال

معمر افراد کے لئے دوائی کی مقدار کم رکھنی چاہئے اور مسلسل نگرانی میں رکھنا چاہئے۔

تضاد:

جن لوگوں میں MODAFINIL یا ARMODAFINIL کے حوالے سے حساسیت ہو تو اس کے غیر موافق علامات

ہو سکتے ہیں۔

MODAFINIL کے CYP2C19 خامرے (ENZYMES) پر اثرات

MODAFINIL کی خون میں تحلیل جو CYP2C19 کے خامرے کی وجہ سے کیمیائی تغیر پیدا کرتے ہیں۔ اس سرگرمی میں PHENYTOIN, DIAZEPAM, PROPRANOLOL, OMERPRAZOL اور CLOMIPRAMINE اثر انداز ہوتے ہیں۔ یہ ہاضمے میں مدد کر دیتے ہیں جو کہ زیادہ خطرات کی وجہ سے بن سکتے ہیں۔ جن افراد میں CYP2D6 خامرے کی کمی ہوتی ہے۔ ان میں CYP2D6 خامرے میں کیمیائی تغیرات ہونے کے بعد اور اس کے اخراج میں مدد کرنے والے مادے یعنی CYP2C19 مدد کرتے ہیں۔ ان مدد کرنے والے ادویات میں دو یاسیت کی ادویات جیسے کہ SSRI اور TRICYCLICS ہیں جو کہ MODAFINIL کے ساتھ جسم سے اخراج کا عمل تیز کر دیتی ہیں۔

ان ادویات کی درست مقدار ضروری ہے کیونکہ CYP2C19 کے ذریعے جسم میں ناپسندیدہ کیمیائی تغیرات لا سکتے ہیں۔ اس ضمن میں درست مقدار کی اہمیت ہے۔

انتباہ اور احتیاطی تدابیر

دوائی کا غلط استعمال اور عادت

MODAFINIL سے نفسیاتی اور پر جوش اور خوشی جیسے اثرات ہو سکتے ہیں۔ اس کے علاوہ مزاج میں تبدیلی، ادراک، سوچ اور ایسی ادویات جو مرکزی اعصابی نظام کو متحرک کرتی ہیں۔ مریضوں میں ادویات کے مناسب یا نامناسب استعمال کی علامات سے آگاہ رہنا چاہیے۔ Modafinil کی 9 ہفتے کے استعمال کے بعد چھوڑنے کے بعد 14 دن تک مشاہدہ کیا گیا، لیکن اس کے بند کرنے سے کوئی ناخوشگوار ذہنی اور جسمانی علامات نہیں ہوئیں۔ البتہ نیند کی خرابی والے افراد میں غنودگی دوبارہ شروع ہو گئی۔

شدید خارش بشمول STEVENS-JOHNSON کی بیماری

Modafinil کے استعمال سے شدید خارش کی وجہ سے ہسپتال میں داخلے ہونے کی صورت میں دوائی Modafinil چھوڑنی پڑتی ہے۔

شدید اور زندگی کو خطرے میں ڈالنے والی خارش بشمول TEN (Toxic Epidermal Necrolysis) اور SJS

جیسی بیماریاں بچوں اور بڑوں میں ہو سکتی ہے۔ اندازے کے مطابق عام آبادی میں سالوں میں دس لاکھ میں سے ایک یا دو افراد کو یہ علامتیں ہو سکتی ہے۔

ایسا کوئی طریقہ ابھی نہیں ہے جس سے Modafinil سے تعلق رکھنے والے حضرات میں اثرات کی پیش گوئی کی جاسکے۔ اگر کسی کو مضر اثرات ہوئے بھی تو وہ بھی دوائی ایک سے پانچ ہفتے کے استعمال کے دوران ظاہر ہو جاتے ہیں۔ البتہ ایک یا دو افراد کو Modafinil کے لمبے عرصے کے علاج کے بعد مضر اثرات ظہور پر ہوئے ہیں۔ لیکن دوائی لینے کے دوران اپنے کے مطابق خارش کی بیماری کی پیش گوئی نہیں کی جاسکتی۔ اگرچہ Modafinil کے استعمال سے ضرور خارش ہو سکتی ہے۔ لیکن ایسا کوئی قابل اعتماد طریقہ کار بھی موجود نہیں ہے جس میں شدید خارش کی پیش گوئی کی جاسکتی ہو۔ خارش کی ابتدائی علامات ظاہر ہونے کے بعد Modafinil فوری طور پر بند کر دینی چاہئے۔ دوائی کو ترک کرنے سے ضروری نہیں ہے کہ جلد کی خارش آگے جا کر جان کو خطرے میں نہیں ڈالے۔

مسلسل نیند یا غنودگی

جو افراد Modafinil لے رہے ہیں ان کو بتانا ضروری ہے کہ یہ دوائی چھوڑنے سے ان کی جاگنے کی صلاحیت میں تبدیلی آ سکتی ہے۔ جن افراد کو اس دوائی کے ساتھ بھی نیند زیادہ آتی ہے ان کے نیند کی شدت کا اکثر معائنہ کرنا چاہئے اور ساتھ ہی دوائی کے ساتھ گاڑی چلانے اور دوسری ممکنہ خطرات والے کاموں سے پرہیز کرنے کا مشورہ دیا جاسکتا ہے۔ معالجین کو یہ بات ذہن میں رکھنی چاہئے کہ اگر مریضوں سے نیند کے بارے میں براہ راست سوالات پوچھے جائیں تو ممکن ہے کہ وہ خود ان علامات کو مناسب طریقے سے بتا سکیں۔

نفسیاتی علامات:

Modafinil کے استعمال سے مضر نفسیاتی علامات ہو سکتے ہیں۔ نفسیاتی بیماریوں میں گھبراہٹ (1%) اضطراب (1%)، نیند میں کمی (<1%)، ذہنی الجھام (<1%)، استعمال (<1%) اور یاسیت (<1%) ہوتی ہے۔

مزید مضر رد عمل میں جنون (Mania)، وہم (Delusions)، مختلف اقسام کے فریب (HALLUCINATIONS) خودکشی کے بارے میں خیال (SUICIDAL IDEATION)، تشدد (Aggression) کی علامات شروع ہو سکتی ہیں۔ ان علامات کی

شدت کی وجہ سے ہسپتال میں داخلے کی نوبت بھی آسکتی ہے۔

بدگمانی، شک و شبہ اور فریب سمعی، نیند کی کمی، Modafinil کی روزانہ (600mg) (تجویز شدہ مقدار سے تین گنا زیادہ) لینے سے مندرجہ بالا علامات ہو سکتی ہیں۔

اس دوائی کو 36 گھنٹے بعد ترک کرنے کے بعد ذہنی علامات ہونے کے کوئی ثبوت موجود نہیں ہے۔

جو افراد پہلے سے نفسیاتی علامات میں مبتلا ہوں یا پھر یاسیت اور جنون کی بیماری ہو تو ایسے لوگوں کو Modafinil دینے میں بہت احتیاط کرنی چاہئے۔

اس دوا کے ساتھ نفسیاتی علامات میں اضافے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر کوئی علامات نظر آئیں تو یہ دوا فوراً بند کر دینی چاہئے۔

گاڑی چلانے یا مشینوں پر کام کرنا:

اگرچہ Modafinil کے استعمال سے جسمانی کام کاج میں کوئی نقص نہیں آتا۔ لیکن ممکن ہے کہ مرکزی اعصابی نظام (CNS) میں تبدیلی ہو جس کے نتیجے میں ادراک اور جسمانی صلاحیتوں میں کمی آسکتی ہے۔ مریضوں کو احتیاط کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے جب تک کہ یقین ہو جائے کہ Modafinil کے کوئی مضر اثرات نہیں ہوئے ہیں۔

ممکنہ دل اور اس کے رگوں کی بیماری:

Modafinil سے دل سے تعلق رکھنے والے عضلات (CARDIOVASCULAR)، بشمول سینے میں درد، اختلاج، (DYSPEPSIA) دم گھٹنا اور ECG پر T-Wave میں عارضی تبدیلیاں دیکھی جاسکتی ہیں۔ ایسے افراد کو بھی اس دوا سے اجتناب کرنا چاہئے جن کو ماضی میں دل کا ایک خانہ بڑھا ہو (Left Ventricular Hypertrophy) یا ایسے افراد جن کے دل کے والو (Valve) کے ذریعے دوران خون میں دوبارہ رکاوٹ پیدا ہو۔ (MIIRAL VALVE) (PROLAPSE SYNDROME) ہوں۔ اس بیماری کی وجہ سے ECG میں ISCHEMIC تبدیلی سینے میں درد اور دل کا

غیر معمولی دھڑکنا (Arrhythmias) جیسے علامات بھی ہو سکتے ہیں۔ اگر کسی میں علامات پہلی بار ظاہر ہو تو دل کا معائنہ کرانا چاہئے۔ ایسے شخص کی صحت نگرانی کریں جن میں دل کی نسوں کا بیکار ہونا (Myocardial Infarction) یا دل میں غیر مستحکم درد (UNSTABLE ANGINA) رہتا ہو۔

Modafinil کے ساتھ نقلی دوا (PLACEBO) دینے سے فشارخون میں کوئی خاص تبدیلی نظر نہیں آئی اگرچہ تحقیق کے بعد مطالعہ کرنے سے معلوم ہوا کہ فشارخون کی ادویات Modafinil کے ساتھ لینے سے کئی افراد کی فشارخون کی ادویات کی مقدار میں اضافہ کرنا پڑا۔ Modafinil لینے والے افراد کی دل کی دھڑکن (HEART BEAT) اور فشارخون پر نظر رکھنی چاہئے۔ دل کی بیماری والے افراد کو Modafinil دیتے وقت احتیاط لازمی ہے۔

ناموافق رد عمل:

☆ سنگین رد عمل۔

سنگین رد عمل میں (SJS) شدید خارش، دل پر ورم (ANGIOEDEMA)، کئی اعضاء کا حساسیت کی وجہ سے رد عمل، (MULTI-ORGAN HYPERSENSITIVITY) مستقل نیند کی کیفیت، نفسیاتی علامات کی وجہ سے گاڑی چلانے یا پھر بڑی مشینوں کے ساتھ کام کرنے کی نااہلی اور دل کی بیماری کی وجہ سے سرگرمیاں متاثر ہو سکتی ہے۔

☆ عام رد عمل (5%)۔

سر درد، متلی، اضطراب (NERVOUSNESS)، شدید زکام (RHINITIS)، دست، کمر میں درد، گھبراہٹ، نیند میں کمی، چکرا اور بد ہضمی (DYSPEPSIA) شامل ہے۔

☆ 1% فیصد افراد میں ہونے والے رد عمل۔

ان میں سر درد، متلی، اضطراب، شدید زکام (RHINITIS)، کمر درد، دست، گھبراہٹ، چکر، بد ہضمی (DYSPEPSIA) نیند میں کمی، بھوک میں کمی، منہ کا خشک ہونا، گلے کی سوزش (PHARYNGITIS)، سینے میں درد، فشارخون کی زیادتی، جگر میں غیر معمولی سرگرمی (ABNORMAL LIVER FUNCTION)، قبض، یاسیت، اختلاج، محسوس کرنے کا غیر معمولی عمل (PARETHESIA)، غنودگی، اختلاج قلب (TACHYCARDIA)، خون کی رگوں کا

پھیلاؤ (VASODILATION)، بینائی میں غیر معمولی تبدیلی، بچ و تاب (agitation)، دمہ، سردی لگنا، ذہنی تذبذب (Confusion)، ارادی طور پر اعضاء وغیرہ کا حرکت نہ کر سکرنا (DYSKINESIA)، ورم، جذباتی طور پر غیر متوقع حرکت، خون میں EOSINOPHILS کی بڑھتی ہوئی مقدار (EOSINOPHILIA)، نکسیر کا پھوٹنا (EPITAXIS)، ریاخ (FLATULANCE) اعصابی تناؤ اور غیر ارادی جسمانی حرکت (DYSKINESIA) جسمانی اعصاب میں غیر معمولی تناؤ کی کیفیت (Hypertonia)، منہ میں چھالے، پسینہ زیادہ آنا، ذائقہ میں تبدیلی، پیاس، ککپاہٹ، پیشاب میں مسئلہ اور چکر شامل ہیں۔

☆ دوا چھوڑنے کے بعد کا رد عمل۔

اس میں سردرد، متلی، گھبراہٹ، چکر، نیند میں کمی، سینے میں درد، اور پریشانی شامل ہیں۔

☆ سائنسی تجزیہ گاہ میں غیر معمولیت (Laboratory Abnormalities)

Modafinil کے استعمال سے GGT (Gamma Glutamyl Transferase) کے اوسط مقدار میں اضافہ اور AP (Alkaline Phosphatase) میں بھی اضافہ دیکھا گیا ہے۔ کچھ مریض میں GGT اور AP کی مناسب مقدار سے زیادہ دیکھی گئی ہے۔ یہ مقدار زیادہ ہوتی ہیں لیکن خطرناک حد تک نہیں ہوتیں۔ (ALT) جگر میں موجود خامرے (ENZYMES)، اس کے علاوہ (AST) جگر اور دل میں پائے جانے والے خامرے، بدن میں موجود لحمیات، پانی میں قابل حل لحمیات (ALBUMIN) اور ایسا مادہ جو کہ خون کے خلیوں کی کمی سے بنتے ہیں، یہ جگر اور پتے میں ہوتے ہیں (BILIRUBIN) اور اس میں کوئی اثر نہیں ہوتا ہے۔

دوسرے ہونے والے رد عمل:

خون کے خلیے (HEMATOLOGIC)

(1) خون میں ایک خاص قسم کے سفید خلیوں میں شدید کمی (Agranulocytosis)

(2) نفسیاتی بیماری۔

ذہنی تحرک سے جسمانی اعضاء نظام کے حرکت میں غیر معمولی اضافہ (Psychomotor hyperactivity)

خاص افراد پر استعمال

حمل:

حمل کی قسم "C"۔

حمل کے دوران خواتین پر Modafinil کے اثرات کی کوئی تحقیق موجود نہیں ہے۔ رحم کے اندرونی حصے میں نشوونما میں رکاوٹ (Intrauterine) اور اچانک اسقاط حمل، Modafinil کے لینے سے دیکھے گئے ہیں۔ Modafinil حمل کے دوران جب ہی استعمال کرنا چاہیے جب کہ ذہنی صحت کی اہمیت جنین (Fetus) نشوونما سے زیادہ اہم ہو۔

دودھ پلانے کے دوران۔

یہ بات معلوم نہیں ہے کہ آیا کہ اس کے اثرات دورہ میں موجود ہوتے ہیں۔ حالانکہ کئی اور ادویات کی دودھ میں موجودگی ہوتی ہے اسلئے ضروری ہے کہ Modafinil دیتے وقت حاملہ خاتون کی نگرانی کی جائے اور حاملہ خواتین میں اس کے اثر کا مطالعہ کیا جائے۔

بچوں پر اثرات۔

18 سال سے کم بچوں کو Modafinil نہیں دینی چاہئے۔ تحفظ اور اثرات کے حوالے سے کوئی تحقیق موجود نہیں ہے۔

معمر افراد۔

معمر افراد میں Modafinil کے اخراج اور خون میں جذب ہونے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے۔ لہذا احتیاط کے ساتھ غور فکر کر کے کم مقدار میں یہ دوا دینی چاہئے۔ آبادی میں موجود معمر افراد میں اس دوائی کے اثرات کا مطالعہ کرنا چاہئے۔

جگر کی خرابی (Hemetic Impairment)

جن افراد کے جگر میں خرابی ہو ان کو صحت مند افراد کے مقابلے میں آدھی مقدار دینی چاہئے۔

DOWVIGIL TABLETS

(Modafinil)

DESCRIPTION

Dowvigil (modafinil) is a wakefulness promoting agent for oral administration. Modafinil is a racemic compound. The chemical name for modafinil is 2-[(diphenylmethyl) sulfinyl] acetamide. The molecular formula is $C_{15}H_{15}NO_2S$ and the molecular weight is 273.35.

COMPOSITION

Each tablet contains:

100mg Modafinil (USP)

or

200mg Modafinil (USP)

THERAPEUTIC INDICATIONS

Dowvigil is indicated to improve wakefulness in adult individuals with excessive sleepiness associated with narcolepsy, obstructive sleep apnea (OSA), or shift work disorder (SWD).

CLINICAL PHARMACOLOGY

MECHANISM OF ACTION

The mechanism(s) through which modafinil promotes wakefulness is unknown. Modafinil has wake-promoting actions similar to sympathomimetic agents including amphetamine and methylphenidate, although the

pharmacologic profile is not identical to that of the sympathomimetic amines.

Modafinil produces psychoactive and euphoric effects, alterations in mood, perception, thinking, and feelings typical of other CNS stimulants in humans.

ABSORPTION

Modafinil is readily absorbed after oral administration, with peak plasma concentrations known to occur at 2-4 hours. The bioavailability of modafinil tablets is approximately equal to that of an aqueous suspension. The absolute oral bioavailability may not be determined due to the aqueous insolubility ($<1\text{mg/mL}$) of modafinil, which precluded intravenous administration. Food is known to have no effect on overall modafinil bioavailability; however, time to reach peak concentration (T_m) may be delayed by approximately one hour if taken with food.

METABOLISM AND ELIMINATION

The major route of elimination is known to be metabolism (approximately 90%), primarily by the liver, with subsequent renal elimination of the metabolites.

SPECIAL POPULATIONS AGE

Clearance of modafinil may be reduced in the elderly.

POTENTIAL INTERACTIONS WITH DRUGS THAT INHIBIT, INDUCE, OR ARE METABOLIZED BY CYTOCHROME P450 ISOENZYMES AND OTHER HEPATIC ENZYMES

There may be a low probability of substantive effects on the overall pharmacokinetic profile of modafinil due to CYP inhibition by concomitant medications. Due to the partial involvement of CYP3A enzymes in the metabolic elimination of modafinil, coadministration of potent inducers of CYP3A4/5 (e.g., carbamazepine, phenobarbital, and rifampin) or inhibitors of CYP3A4/5 (e.g., ketoconazole, erythromycin) may alter the plasma concentrations of modafinil.

THE POTENTIAL OF MODAFINIL TO ALTER THE METABOLISM OF OTHER DRUGS BY ENZYME INDUCTION OR INHIBITION

DRUGS METABOLIZED BY CYP3A4/5

- Modafinil is a weak inducer of CYP3A activity in a concentration-related manner. Therefore, the blood levels and effectiveness of drugs that are substrates for CYP3A enzymes (e.g., steroidal contraceptives, cyclosporine, midazolam, and triazolam) may be reduced after initiation of concomitant treatment with modafinil.

- Ethinyl Estradiol: Administration of modafinil once daily at 200mg/day for 7 days followed by 400mg/day for 21 days may result in a mean 11% decrease in mean C_{max} and 18% decrease in mean AUC. -24 of ethinyl estradiol. There may be no apparent change in the elimination rate of ethinyl estradiol.

- Midazolam: Concomitant administration of armodafinil 250mg is known to result in a reduction in systemic exposure to midazolam by 32% after a single oral dose (5mg) and 17% after a single intravenous dose (2mg).

- Quetiapine: Concomitant administration of armodafinil 250mg with quetiapine (300mg to 600mg daily doses) is known to result in a reduction in the mean systemic exposure of quetiapine by approximately 29%.

Drugs Metabolized by CYP2B6

- Modafinil is a weak inducer of CYP2B6 activity in a concentration-related manner.

Drugs Metabolized by CYP2C19

- Modafinil is a reversible inhibitor of CYP2C19 activity. CYP2C19 is also reversibly inhibited, with similar potency, by a circulating metabolite, modafinil sulfone. Although the maximum plasma concentrations of modafinil sulfone are much lower than those of parent modafinil, the combined effect of both compounds may produce sustained partial inhibition of the enzyme. Therefore, exposure to some drugs that are substrates for CYP2C19 (e.g., phenytoin, diazepam, propranolol, omeprazole, and clomipramine) may be increased when used concomitantly with modafinil.

- Concomitant administration of armodafinil 400mg is known to result in a 40% increase in exposure to omeprazole after a single oral dose (40mg), as a result of moderate inhibition of CYP2C19 activity.

INTERACTIONS WITH CNS ACTIVE DRUGS

- CYP2C19 also provides an ancillary pathway for the metabolism of certain tricyclic antidepressants (e.g., clomipramine and desipramine) and selective serotonin reuptake inhibitors that are primarily metabolized by CYP2D6. In tricyclic-treated individuals deficient in CYP2D6, the amount of metabolism by CYP2C19 may be substantially increased. Modafinil may cause elevation of the levels of the tricyclics in these individuals.

- Concomitant administration of armodafinil with quetiapine is known to reduce the systemic exposure of quetiapine.

DOSAGE AND ADMINISTRATION

DOSAGE IN NARCOLEPSY AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA (OSA)

The recommended dosage of Dowvigil for individuals with narcolepsy or OSA is 200mg taken orally once a day as a single dose in the morning.

Doses up to 400mg/day, given as a single dose, are known to be well tolerated, but there is no consistent evidence that this dose confers additional benefit beyond that of the 200mg/day dose.

DOSAGE IN SHIFT WORK DISORDER (SWD)

The recommended dosage of Dowvigil for individuals with SWD is 200mg taken orally once a day as a single dose approximately 1 hour prior to the start of their work shift.

DOSAGE MODIFICATIONS IN INDIVIDUALS WITH SEVERE HEPATIC IMPAIRMENT

In individuals with severe hepatic impairment, the dosage of Dowvigil should be reduced to one-half of that recommended for individuals with normal hepatic function.

USE IN GERIATRIC INDIVIDUALS

Consideration should be given to the use of lower doses and close monitoring in geriatric individuals.

CONTRAINDICATIONS

Modafinil is contraindicated in individuals with known hypersensitivity to modafinil or armodafinil or its inactive ingredients.

EFFECTS OF MODAFINIL ON CYP2C19 SUBSTRATES

Elimination of drugs that are substrates for CYP2C19 (e.g., phenytoin, diazepam, Propranolol, omeprazole, and clomipramine) may be prolonged by modafinil via inhibition of metabolic enzymes, with resultant higher systemic exposure. In individuals deficient in the CYP2D6 enzyme, the levels of CYP2D6 substrates which have ancillary routes of elimination through CYP2C19, such as tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors, may be increased by co-administration of modafinil. Dose adjustments of these drugs and other drugs that are substrates for CYP2C19 may be necessary when used concomitantly with modafinil.

MONOAMINE OXIDASE (MAO) INHIBITORS

Caution should be used when concomitantly administering MAO inhibitors and modafinil.

WARNINGS AND PRECAUTIONS

DRUG ABUSE AND DEPENDENCE

Modafinil may produce psychoactive and euphoric effects, alterations in mood, perception, thinking, and feelings typical of other CNS stimulants. Patients should be observed for signs of misuse or abuse. No withdrawal symptoms are known to occur with modafinil during 14 days of observation following 9 week of use, although sleepiness returned in narcoleptic patients.

SERIOUS RASH, INCLUDING STEVENS - JOHNSON SYNDROME

Serious rash requiring hospitalization and discontinuation of treatment is known to occur in association with the use of modafinil.

Serious or life-threatening rash, including SJS, toxic epidermal necrolysis (TEN), and drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) are known to occur in adults and children. Estimates of the background incidence rate for these serious skin reactions in the general population are known to range between 1 to 2 cases per million-person years.

There are no factors that are known to predict the risk of occurrence or the severity of rash associated with modafinil. Nearly all cases of serious rash associated with modafinil are known to occur within 1 to 5 weeks after

treatment initiation. However, isolated cases are known to occur after prolonged treatment (e.g., 3 months). Accordingly, duration of therapy cannot be relied upon as a means to predict the potential risk heralded by the first appearance of a rash.

Although benign rashes also occur with modafinil, it is not possible to reliably predict which rashes will prove to be serious. Accordingly, modafinil should be discontinued at the first sign of rash, unless the rash is clearly not drug-related. Discontinuation of treatment may not prevent a rash from becoming life-threatening or permanently disabling or disfiguring.

ANGIOEDEMA AND ANAPHYLAXIS REACTIONS

Angioedema and hypersensitivity (with rash, dysphagia, and bronchospasm), may occur in treatment with armodafinil, the R enantiomer of modafinil. However, angioedema may occur with modafinil. Individuals should be advised to discontinue therapy and immediately report to their physician for any signs or symptoms.

MULTI-ORGAN HYPERSENSITIVITY REACTIONS

Multi-organ hypersensitivity reactions are known to occur in close temporal association (median time to detection 13 days: range 4-33) to the initiation of modafinil. Multi-organ hypersensitivity reactions may result in hospitalization or be life-threatening. There are no factors that are known to predict the risk of occurrence or the severity of multi-organ hypersensitivity reactions. Signs and symptoms of this disorder are diverse; However, individuals typically, although

not exclusively, presented with fever and rash associated with other organ system involvement. Other associated manifestations include myocarditis, hepatitis, liver function test abnormalities, hematological abnormalities (e.g., eosinophilia, leukopenia, and thrombocytopenia), pruritus, and asthenia. Because multi-organ hypersensitivity is variable in its expression, other organ system symptoms and signs may occur.

If a multi-organ hypersensitivity reaction is suspected, modafinil should be discontinued. Although there is no data available to indicate cross-sensitivity with other drugs that produce this syndrome, the experience with drugs associated with multi-organ hypersensitivity would indicate this to be a possibility.

PERSISTENT SLEEPINESS

Individuals with abnormal levels of sleepiness who take modafinil should be advised that their level of wakefulness may not return to normal. Individuals with excessive sleepiness, including those taking modafinil, should be frequently reassessed for their degree of sleepiness and, if appropriate, advised to avoid driving or any other potentially dangerous activity. Prescribers should also be aware that individuals may not acknowledge sleepiness or drowsiness until directly questioned about drowsiness or sleepiness during specific activities.

PSYCHIATRIC SYMPTOMS

Psychiatric adverse reactions may occur in individuals treated with

modafinil. Psychiatric symptoms may include anxiety (1%), nervousness (1%), insomnia (<1%), confusion (<1%), agitation (<1%), and depression (<1%).

Other adverse reactions associated with the use of modafinil may include mania, delusions, hallucinations, suicidal ideation, and aggression, some resulting in hospitalization. Ideas of reference, paranoid delusions, and auditory hallucinations in association with multiple daily 600mg doses of modafinil (three times the recommended dose) and sleep deprivation may occur. No known evidence of psychosis 36 hours after drug discontinuation.

Caution should be exercised when modafinil is given, to individuals with a history of psychosis, depression or mania. Consideration should be given to the possible emergence or exacerbation of psychiatric symptoms in individuals treated with modafinil. If psychiatric symptoms develop in association with modafinil administration, consider discontinuing modafinil.

EFFECTS ON ABILITY TO DRIVE AND USE MACHINERY

Although modafinil is not known to produce functional impairment, any drug affecting the CNS may alter judgment, thinking or motor skills. Individuals should be cautioned about operating an automobile or other hazardous machinery until it is reasonably certain that modafinil therapy will not adversely affect their ability to engage in such activities.

CARDIOVASCULAR EVENTS

Cardiovascular adverse reactions, including chest pain, palpitations, dyspnea. and transient ischemic T-wave changes on ECG may occur in

individuals in association with mitral valve prolapse or left ventricular hypertrophy. Modafinil is not recommended in individuals with a history of left ventricular hypertrophy or in individuals with mitral valve prolapse who have experienced the mitral valve prolapse syndrome when previously receiving CNS stimulants. Findings suggestive of mitral valve prolapse syndrome include but are not limited to ischemic ECG changes, chest pain, or arrhythmia. If new onset of any of these findings occurs, consider cardiac evaluation. Consider increased monitoring in individuals with a recent history of myocardial infarction or unstable angina.

Blood pressure monitoring showed no clinically significant changes in mean systolic and diastolic blood pressure in individuals receiving modafinil as compared to placebo. However, retrospective analysis of the use of antihypertensive medication may show a greater proportion of individuals on modafinil requiring new or increased use of antihypertensive medications. Increased monitoring of heart rate and blood pressure may be appropriate in individuals on modafinil. Caution should be exercised when prescribing modafinil to individuals with known cardiovascular disease.

ADVERSE REACTION

SERIOUS ADVERSE REACTIONS

Serious rash including Stevens-Johnson Syndrome, angioedema and anaphylaxis reactions, multi-organ hypersensitivity reactions, persistent sleepiness, psychiatric symptoms, effects on ability to drive and use machinery

and cardiovascular events.

MOST COMMON ADVERSE REACTIONS (5%)

Headache, nausea, nervousness, rhinitis, diarrhea, back pain, anxiety, insomnia, dizziness, and dyspepsia.

ADVERSE REACTIONS OCCURRING IN (W1%)

Headache, nausea, nervousness, rhinitis, back pain, diarrhea, anxiety, dizziness, dyspepsia, insomnia, anorexia, dry mouth, pharyngitis, chest pain, hypertension, abnormal liver function, constipation, depression, palpitation, paresthesia, somnolence, tachycardia, vasodilatation, abnormal vision, agitation, asthma, chills, confusion, dyskinesia, edema, emotional lability, eosinophilia, epistaxis, flatulence, hyperkinesia, hypertonia, mouth ulceration, sweating, taste perversion, thirst, tremor, urine abnormality, and vertigo.

ADVERSE REACTIONS RESULTING IN DISCONTINUATION OF TREATMENT

Headache, nausea, anxiety, dizziness, insomnia, chest pain, and nervousness

LABORATORY ABNORMALITIES

Mean plasma levels of gamma glutamyltransferase (GGT) and alkaline phosphatase (AP) are known to be higher following administration of modafinil. Few patients, however, may show GGT or AP elevations outside of the normal range. Shifts to higher, but not clinically significantly abnormal, GGT and AP

values may appear to increase with time in the population treated with modafinil. No differences are known to occur in alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), total protein, albumin, or total bilirubin.

OTHER ADVERSE REACTION

Hematologic: Agranulocytosis

Psychiatric Disorders: Psychomotor hyperactivity

USE IN SPECIAL POPULATION

Pregnancy

Pregnancy Category C. Sufficient data is not available for the use of modafinil in pregnant women. Intrauterine growth restriction and spontaneous abortion are known to occur in association with modafinil (a mixture of R- and 5-modafinil) and modafinil (the R-enantiomer of modafinil). Modafinil should be used during pregnancy only if the potential benefit justifies the potential risk to the fetus.

Lactation

It is not known whether modafinil or its metabolites are excreted in human milk. Because many drugs are excreted in human milk, caution should be exercised when modafinil is administered to a nursing woman.

Pediatrics

Use in individuals under 18 years of age is not recommended. Safety and effectiveness in pediatric individuals below the age of 18 years is not known.

Geriatrics

In elderly patients, elimination of modafinil and its metabolites may be reduced as a consequence of aging. Therefore, consideration should be given to the use of lower doses and close monitoring in this population.

Hepatic impairment

In patients with severe hepatic impairment, the dose of modafinil should be reduced to one-half of that recommended for patients with normal hepatic function.

علاج برائے گفتگو کی اقسام

Type of Therapy

گفتگو برائے علاج (Therapy) ذہنی اور جذباتی مسائل کو حل کرنے میں معاونت کرتا ہے۔ یہ علاج کئی طرح کے ہوتے ہیں۔ گفتگو برائے ذہنی علاج (Psychotherapy) یا مشاورت میں فرد ایک تربیت یافتہ معالج سے بات چیت کرتا ہے جو کہ مریض کو اپنے جذبات اور رویوں کو سمجھنے میں مدد کرتا ہے۔ یہ علاج لوگوں کو مسائل سے نمٹنے کے لیے طریقہ یا پھر ان مسائل کو ختم کرنے کے لیے کام کرتے ہیں۔ یہ تحریر مختلف قسم کے علاج برائے گفتگو کا جائزہ لے گی۔

1) ادار کی رویے کے ذریعے علاج۔

(COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY)، معالجین اس طریقے کے ذریعے فرد کے برتاؤ، سوچ اور برتاؤ کے درمیان باہمی روابط کا مطالعہ کر سکتے ہیں۔ CBT، کے معالجین فرد کے مضر سوچوں کے سلسلے کو مریض کے سامنے باور کراتے ہیں۔ معالج، فرد کی سوچ کے طریقوں پر گفتگو کرتا ہے اور اپنے آپ کو نقصان پہچانے والے برتاؤ اور اعتماد کی نشاندہی کرتا ہے۔

دونوں معالج اور مریض مل کر سوچوں کو مثبت بنانے پر کام کرتے ہیں۔ یہ تبدیلی ایک صحت مند، مثبت قدم ہوتا ہے جس کی وجہ سے مریض اپنے اعتماد اور برتاؤ میں تبدیلی لاسکتے ہیں۔

ملک گیر ذہنی صحت کا اتحاد (NAMI) کے ادارے نے CBT کے بارے میں رائے دی ہے کہ یہ طریقہ علاج کئی ذہنی بیماریوں میں بہتری لانے کے لیے موثر ہے جس میں

(ANXIETY DISORDER)

- گھبراہٹ کی بیماری

(DEPRESSION)

- یاسیت

(BIPOLAR DISORDER)	- جنون اور یاسیت
(EATING DISORDER)	- کھانے کی بیماری
(SCHIZOPHRENIA)	- مالجو لیا
(TRAUMA RELATED DISORDER)	- حادثاتی صدمات

DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY (2)

DBT بھی CBT سے مماثلت رکھتی ہے۔ یہ علاج جذبات پر توجہ مرکوز رکھتی ہے اس کے علاوہ (MINDFULL) سوچوں کا شعور اور غیر مطمئن سوچوں اور احساسات کو قبول کرنا ہے۔ DBT کے ذریعے معالجین فرد کو نئے طریقے سکھاتا ہے جیسے کہ خاص موقعوں سے نمٹنے اور اپنے سوچ کا شعوری طور پر ادراک کرنا۔

ذہنی معالجین نے DBT کا طریقہ علاج (BORDERLINE PERSONALITY) کسی حد تک معمول سے ہٹ جانے والے بیمار افراد یا پھر جن کو خودکشی کے خیالات آتے ہوں۔

خودکشی کی روک تھام:

اگر کسی کو جانتے ہیں جو کہ فوری طور پر اپنے آپ کو نقصان پہنچانے والا ہو، یا خودکشی اور یا پھر دوسروں کو نقصان پہنچانے کا خدشہ ہو تو،

- (1) مشکل سوال پوچھیں "کیا تم خودکشی کے بارے میں سوچ رہے ہو"
- (2) بغیر کوئی رائے بنائے اس کی بات سنیں
- (3) ہنگامی صورتحال کے لیے فوری رابطہ کریں
- (4) فرد کے ساتھ رہیں جب تک مدد نہ پہنچ جائے
- (5) فرد کے پاس سے ہتھیار، ادویات اور کوئی مضر شے ہٹا دیں

معالجین کئی پیچیدہ ذہنی الجھنوں کو دور کرنے کے لیے DBT کا طریقہ علاج اپناتے ہیں، اس علاج میں کئی کیفیات کا

علاج ہوتا ہے۔

- زیادہ کھانے یا نہ کھانے کی بیماری

- حادثاتی صدمہ

- نشہ آور ادویات کا نشہ

- مزاج سے متعلق بیماریاں

آنکھوں کی حرکت سے خوف دور کرنا اور دوبارہ عمل کے ذریعے علاج

(EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING THERAPY)

یہ طریقہ عموماً (PTSD) حادثاتی صدمے کے شکار افراد کے علاج میں استعمال ہوتا ہے۔ اس میں فرد کو حادثے کو دوبارہ یاد کرنے کے دوران آنکھوں کو حرکت کروائی جاتی ہے۔ EMDR کا مقصد انتہائی تکلیف دہ یادوں کو کم رد عمل یا پھر مثبت رد عمل سے بدلا جاتا ہے۔ EMDR کا علاج ابھی تک متنازعہ ہے۔ 2016 کے جائزے کے مطابق یہ نہیں معلوم ہو سکا کہ اس کا کون سا حصہ فائدہ مند ہے۔ ایک رائے یہ ہے کہ کسی کو حادثے کی یادوں سے دوبارہ گزارنے سے مریض کو فائدہ ہوتا ہے نہ کہ آنکھوں کی حرکت کوئی خاص مثبت نتیجہ دیتی ہے۔

4) نمائشی علاج (EXPOSURE THERAPY)

برتاو اور علاج کی تحقیق میں یہ نوٹ کیا گیا ہے کہ یہ علاج، ڈر، خوف اور اس سے متعلق احساسات کے علاج کے لئے موثر ہے۔

یہ طریقہ علاج مندرجہ ذیل ذہنی بیماریوں کے لیے موثر ہے۔

1- خیالات کا تسلط اور تکرار عمل (OCD)

2- حادثاتی صدمات (PTSD)

جس شخص کا نمائشی علاج رہا ہو۔ اس میں معالج یہ جاننے کی کوشش کرتا ہے کہ کس وجہ سے گھبراہٹ ہوتی ہے۔ اس طرح مریض ایسے طریقے کا رسیکھتا ہے جس کی وجہ سے ڈر اور خوف کی وجوہات سے بچ سکے۔ معالج اس ڈر اور خوف کا سامنا کراتا ہے۔ اس طریقہ علاج میں جگہ کا تعین کیا جاتا ہے۔ جہاں یہ علاج موثر طریقہ سے انجام پائے۔

5) باہمی رابطے کے ذریعے علاج (INTERPERSONAL THERAPY)

اس طریقہ علاج کے ذریعے فرد کی دوسروں کے ساتھ تعلقات پہ کام کیا جاتا ہے۔ NAMI ادارے کے مطابق معالجین اس علاج کو یاسیت کو دور کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔

آپس میں رابطے کے ذریعے علاج میں معالج فرد کی معاشرے میں مختلف افراد کے تعلقات کو جانچتا ہے اور اس کے نتیجے میں ہونے والے منفی رویے کی نشاندہی کرتا ہے۔ معالج فرد کو دوسروں کے ساتھ مثبت تعلقات رکھنے کے طریقے بتاتا ہے۔

6- ذہن سازی کے ذریعے علاج (MENTALLIZATION THERAPY)

یہ طریقہ علاج شخصیت میں غیر معمولی پن (BPD) کے لیے موثر ہے۔ اس علاج کے ذریعے جن افراد کو BPD کی بیماری ہوتی ہے ان کو اپنے اور دوسروں کی سوچ اور احساسات کو سمجھنے کی اہلیت پیدا کی جاتی ہے اس کا بنیادی مقصد BPD کے شکار افراد کو اپنی شخصیت کا اندازہ لگانے اور دوسروں کے ساتھ تعلقات کرنے میں مدد دیتی جاتی ہے۔

7- شعوری یا غیر شعوری تجزیے کے ذریعے علاج (PSYCHODYNAMIC THERAPY)

اس علاج میں فرد کو ماضی کے حالات کی وجہ سے ہونے والے منفی رویے کو قابو کرنے کی تربیت کی جاتی ہے اس

طریقے میں معالج کے سوال کرنے کے بعد مریض کو آزادانہ بات کرنے کی اجازت ہوتی ہے۔ جس کی وجہ سے معالج کو فرد کے رویے اور سوچ کا طریقہ کار معلوم ہو جاتا ہے۔ ایک بار جب فرد کو معلوم ہو جاتا ہے کہ کیسے اس کے ماضی کے تجربات کی وجہ سے اس کے غلط رویے اور احساسات تخلیق ہوئے ہیں تو اس کو ان جذبات پر قابو پانے کی صلاحیت پیدا ہونے لگتی ہے۔ شعوری یا غیر شعوری تجزیہ بہت تفصیلی ہوتا ہے۔ امریکی نفسیاتی ماہرین کے ادارے کے مطابق یہ ملاقاتیں ہفتے میں 3 سے 4 مرتبہ ہونی چاہئیں۔

8- جانوروں کی مدد سے علاج (Animal Assisted Therapy)

اس علاج میں فرد ایک تربیت یافتہ اور پالتو جانور کے ساتھ وقت گزارتا ہے۔ پالتو جانوروں کے ذریعے علاج سے گھبراہٹ میں کمی آسکتی ہے۔ یہ علاج حادثاتی صدمے میں مبتلا لوگوں کے لئے مددگار ہے۔

کچھ ہسپتال، نرسنگ ہومز اور کئی طبی ادارے پالتو جانوروں کے ذریعے علاج کرتے ہیں جو کہ تسکین اور راحت کا باعث بنتے ہیں۔

"NAMI" نامی ادارے نے نشاندہی کی ہے کہ خاص طور پر کتے، کینسر میں، دل کی بیماری اور ذہنی بیماریوں میں مدد کرتے ہیں۔ ایک تحریر (FRONTIERS IN PSYCHOLOGY) میں محققین نے پالتو جانوروں کے ذریعے علاج تجویز کیا ہے۔

اس کے علاوہ موسیقی، اچھے ماحول اور دوسرے شعبوں کی معاونت سے وابستہ افراد اس طریقہ علاج سے داخل مریضوں کے ذہنی دباؤ اور صدمات میں مدد کر سکتے ہیں۔

9- جذبات پر مرکوز علاج (EMOTION-FOCUSED THERAPY)

اس طریقہ علاج میں اپنے احساسات اور جذبات کی موجودگی کی شناخت کرنا، ان کو ضابطے میں لانا اور پھر ان کو حل کرنا ہے۔ EFT کے طریقے سے معالجین لوگوں کو اپنے احساسات کو دبانے کے بجائے انہیں سہنے کو اہمیت دیتے ہیں۔

2018 میں ایک تحریر میں ذکر کیا گیا کہ مندرجہ ذیل بیماریاں EFT کے ذریعے بہتری کی طرف جاسکتی ہیں۔

1۔ یاسیت

2۔ صدمات

3۔ سماجی گھبراہٹ

4۔ شخصیت کا تکرار

5۔ زیادہ بھوک لگنے یہ نہ لگنے کی بیماریاں

6۔ باہمی تعلقات کے مسائل

10۔ خاندان کے ساتھ مشاورت یا علاج (FAMILY THERAPY)

خاندان کے ساتھ مریض کی مشاورت میں قریبی رشتے داروں کے ساتھ مل کر مسائل حل کیے جاتے ہیں۔ معالج رشتے داروں کے بار بار مضمی برتاؤ رکھنے کی نشاندہی کر سکتے ہیں۔ جس کی وجہ سے مسائل پیدا ہو رہے ہوں۔

(INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH

AND PUBLIC HEALTH) کے ادارے رشتے داروں میں ذہنی بیماریوں کے بارے میں ہدایات اور معلومات

فراہم کی جاتی ہیں۔ اس علاج میں ایسے افراد کی مدد کی جاسکتی ہے جو۔

1۔ منشیات کا استعمال کرتے ہوں

2۔ کھانا کھانے سے متعلق بیماری

3۔ گھبراہٹ

4۔ خیالات کا تسلط اور تکرار عمل

5۔ طبی بیماریاں

11۔ گروپ تھراپی۔

اس علاج میں ان افراد کو منتخب کیا جاتا ہے جو یکساں تجربات سے گزر رہے ہوں اور مل جل کر مسائل کا حل نکالنا چاہتے ہوں۔ اس طریقہ علاج میں معالج سربراہ ہوتا ہے جو کہ گفتگو کو بڑھاتا ہے اور گروپ میں موجود افراد ذاتی سوچ اور تجربات

کے بارے میں اپنی رائے کا اظہار کرتے ہیں۔

گروپ تھراپی میں فرد کو یہ ادراک ہوتا ہے کہ وہ اس بیماری میں اکیلا نہیں ہے اور ان کو ایک دوسرے کی حمایت مل جاتی ہے۔ اس کے منفی پہلو یہ ہے کہ ہر فرد کو معالج کے ساتھ براہ راست گفتگو کا موقعہ نہیں ملتا۔ گروپ تھراپی میں رازداری بھی برقرار نہیں رہ پاتی۔ جس کی وجہ سے کچھ لوگ اپنے مسائل یا علامات بتانے سے گریز کرتے ہیں امریکن گروپ تھراپی کے ادارے کے مطابق ان افراد کو فوائد حاصل ہوتے ہیں جو

- آپس کے باہمی تعلقات میں مسائل
- بہتر رویے سیکھنا۔ بچوں اور نوجوانوں میں گھریلو مسائل
- طبی بیماریاں
- بڑھتی ہوئی عمر کے مسائل
- یاسیت
- گھبراہٹ
- کسی کی موت کے بعد سنبھلنا
- شدید صدمہ
- طرز زندگی کے مسائل (LIFE STYLE ISSUES)
- نشے کی عادت
- شخصیت کا عدم توازن (PERSONALITY DISORDER)

12۔ ذہنی ادراک کے ذریعے علاج (MINDFULNESS-BASED THERAPY)

یہ ایک ایسا علاج ہے جس میں موجودہ لمحے میں رہنے کی تربیت دی جاتی ہے۔ اس میں مریض کو اپنے سامنے کی چیزوں کا مشاہدہ کرنے، حالات کو قبول کرنے اور سمجھداری کے ساتھ معاملات کرنے کی تربیت دی جاتی ہے۔ 2015 میں ایک مطالعے سے معلوم ہوا کہ یہ طریقہ علاج، کینسر میں مبتلا افراد کی گھبراہٹ اور یاسیت میں کمی کرتا ہے۔ اگرچہ محققین کے مطابق اس کے اثرات دیرپا نہیں ہوتے ہیں۔ ایک اور تجربے سے پتہ چلا ہے کہ اس علاج سے مندرجہ ذیل افراد کے لئے

مددگار ہوتی ہے۔

- یاسیت
- مایجو لیا
- ذہنی دباؤ
- گھبراہٹ
- درد و تکلیف

اس طریقہ علاج کے ساتھ دوائیاں بھی علاج کا بڑا حصہ ہوتی ہیں۔

13۔ تخلیقی فن کے ذریعے علاج (CREATIVE ARTS THERAPY)

اس علاج کے ذریعے دماغ کو مختلف فنوں کے ذریعے مصروف رکھا جاتا ہے۔ فنی تخلیق کے ذریعہ فرد اپنے احساسات کا اظہار کر سکتا ہے۔ فنی تخلیق میں مصوری، ناچنا، موسیقی اور شاعری بھی شامل ہیں۔

امریکن فنی تخلیق کے ادارے کے مطابق معالج اس طریقہ علاج کو مندرجہ ذیل وجوہات کے لئے استعمال کرتے ہیں۔

- ذہنی ادراک اور جسمانی افعال کی بہتری
- خود اعتمادی اور خودی کے لیے
- جذباتی طاقت کی حوصلہ افزائی کے لئے
- تنازعے اور پریشانی کو حل کرنے کی کوشش

14۔ کھیل کے ذریعے علاج (PLAY THERAPY)

ماہرین کھیل کے ذریعے بچوں کو اپنے خیالات اور احساسات کا اظہار کرنے میں مدد دیتے ہیں۔

معالجین بچوں کو ایک محفوظ جگہ مہیا کرتے ہیں۔ جہاں ان کا خیال رکھا جاتا ہے۔ بچے کھیل کے ذریعے اپنے جذبات اور زندگی کے تجربات کو مختلف کھیلوں سے اجاگر کرتے ہیں۔ اس علاج کے ذریعے اپنے رویے کے مسائل کو بہتر بنانے کے لئے، ذہنی دباؤ اور محفوظ جگہ پر شدید صدمے کا اظہار کر لیتے ہیں۔

خلاصہ:

یہ مختلف علاج فرد کی بیماری اور مسائل کو حل کرنے کے لئے مدد کر سکتے ہیں۔ کچھ خاص طریقے علاج کسی کے لیے زیادہ بہتر ثابت ہو سکتا ہے۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ایک طریقہ علاج کسی فرد کے لئے موثر ہو سکتا ہے لیکن کسی دوسرے فرد پر اثر نہ کرے۔ اسی لئے بہترین طریقہ علاج کو کوئی بھی فرد اپنی شخصیت کے حساب سے چن سکتا ہے۔

TYPES OF PSYCHO THERAPY

Therapy is a form of treatment that aims to help resolve mental or emotional issues. There are many types of therapy available.

Psychotherapy, or talk therapy, involves a person speaking with a trained therapist who can help them understand certain feelings and behaviors.

Therapy can help people deal with these issues by teaching coping skills or by working to eliminate them.

This article will provide an overview of the different types of therapy available.

1. Cognitive-behavioral therapy

A therapist uses cognitive-behavioral therapy (CBT) to explore the relationship between a person's behavior and thoughts, feelings, or both.

A CBT therapist will work with an individual to uncover unhealthful thought patterns. The therapist will discuss with the person how these patterns might or do cause self-destructive behaviors and beliefs.

Together, the therapist and their client can work on developing constructive ways of thinking. These changes can offer a healthier, more positive outlook and help a person change their behaviors and beliefs.

The National Alliance on Mental Health (NAMI) indicate that CBT is an effective treatment for a variety of disorders, including:

- anxiety disorders

- depression
- bipolar disorder
- eating disorders
- schizophrenia
- trauma-related disorders

2. Dialectical behavior therapy

Dialectical behavior therapy (DBT) is similar to CBT. However, DBT focuses more on regulating emotions, being mindful, and accepting uncomfortable thoughts and feelings.

A therapist uses DBT to help a person find a balance between change and acceptance. Using DBT, a therapist can teach a person new skills, such as new ways to cope with a situation and mindfulness practices.

Psychotherapists first developed DBT to treat people with borderline personality disorder (BPD) who were experiencing thoughts of suicide. An article in The Mental Health Clinician indicates that DBT has reduced medical care and medications by 90%.

Suicide prevention

If you know someone at immediate risk of self-harm, suicide, or hurting another person:

- Ask the tough question: "Are you considering suicide?"
- Listen to the person without judgment.
- Call 911 or the local emergency number, or text TALK to 741741 to

communicate with a trained crisis counselor.

- Stay with the person until professional help arrives.
- Try to remove any weapons, medications, or other potentially harmful objects.

If you or someone you know is having thoughts of suicide, a prevention hotline can help. The National Suicide Prevention Lifeline is available 24 hours per day at 800-273-8255. During a crisis, people who are hard of hearing can call 800-799-4889.

Therapists now use DBT to treat several different conditions, with significant and long-lasting effects. These conditions include:

- eating disorders
- post-traumatic stress disorder (PTSD)
- substance use disorders
- mood disorders

3. Eye movement desensitization and reprocessing therapy

Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR) is a technique that therapists primarily used to treat people with PTSD.

EMDR involves a person recalling a traumatic event while performing specific eye movements.

EMDR aims to replace adverse reactions to painful memories with less charged or positive responses.

The benefits of EMDR remain controversial, and a 2016 review of studies Source was unable to identify what part of the treatment is beneficial. One conclusion was that the benefits derive from a person's exposure to the trauma rather than the eye movement.

4. Exposure therapy

An article in Behavior Research and Therapy Trusted Source notes that therapists have successfully used exposure therapy to treat people with fear and anxiety disorders.

Therapists may use exposure therapy to help treat:

- obsessive-compulsive disorder (OCD)
- PTSD
- phobias

A person undergoing exposure therapy will work with their therapist to figure out what triggers their anxiety. The person will learn methods to avoid ritualistic behaviors or anxiety after exposure to these triggers.

The therapist will then expose the person to their triggers in a controlled environment to put these methods into practice.

5. Interpersonal therapy

Interpersonal therapy aims to help a person work on their relationships with others. According to NAMI, therapists often use interpersonal therapy to treat

depression.

During interpersonal therapy, the therapist evaluates a person's social interactions and helps them to notice negative patterns. The therapist can then help the person learn ways to understand and interact positively with others.

6. Metallization-based therapy

According to Psychology and Psychotherapy, metallization-based therapy (MBT) is an effective treatment to treat BPD.

MBT involves a technique called metalizing. This therapy helps people with BPD to notice and understand their thoughts and feelings and those of others.

Its primary aim is to give a person with BPD a sense of self and help them connect to other people.

7. Psychodynamic therapy

Psychodynamic therapy aims to help a person combat negative patterns of behavior that derive from past experiences.

This form of therapy involves a person speaking freely in response to a therapist's questions, which allows a therapist to identify patterns of behavior and thought.

Once a person understands how experiences have created unhelpful behaviors and feelings, they can learn to overcome them.

One 2018 article indicates that psychodynamic therapy is successful in treating Trusted Source depressive disorders, BPD, and anxiety. However, therapists employ this technique to treat a wide range of mental health issues

and personality disorders.

Psychoanalysis is a more intense type of psychodynamic therapy. According to the American Psychiatric Association, therapy sessions generally take place three or more times a week.

8. Animal-assisted therapy

Animal-assisted therapy involves a person spending time with a trained therapy pet. A therapy pet can help reduce a person's anxiety, as well as help those with PTSD.

Some hospitals, nursing homes, and other medical facilities use therapy pets to provide support or comfort.

NAMI indicate that therapy dogs are particularly helpful to patients with cancer, heart disease, or mental health disorders.

An article in *Frontiers in Psychology*, researchers recommend using animal-assisted therapy, alongside music therapy, an enriched environment, and other supportive therapies, to minimize stress and trauma for hospitalized people who may require compulsory admission or seclusion.

9. Emotion-focused therapy

Emotion-focused therapy (EFT) focuses on building awareness of emotions and regulating and resolving them. EFT encourages people to work on their emotions rather than suppressing them.

According to a 2018 article, EFT can treat:

- depression

- trauma
- social anxiety
- interpersonal problems
- eating disorders
- relationship issues

10. Family therapy

Family therapy involves working with a family unit to help an individual within the family resolve specific issues. Family therapists help a family understand and work through patterns of negative behavior that may cause underlying problems.

An article in the International Journal of Environmental Research and Public Health states that family therapy can help families with adolescents experiencing mental health issues.

This type of therapy can also help people with:

- substance misuse disorders
- eating disorders
- behavioral problems
- anxiety
- OCD
- medical issues

11. Group therapy

Group therapy allows people experiencing similar issues to join together as a group to resolve them. In group therapy, a therapist leads the discussion,

and individuals can comment or contribute personal thoughts and experiences.

Group therapy helps a person see that they are not alone, and it offers people an opportunity to support each other.

However, a disadvantage of group therapy is that a person does not get the same amount of one-on-one attention as they would in a one-to-one therapy situation.

Group therapy is also less confidential, meaning some people may be reluctant to share their experiences.

According to the American Group Psychotherapy Association, group therapy can benefit people with:

- interpersonal relationship issues
- behavioral, learning, or family issues in children and adolescents
- medical issues
- aging issues
- depression
- anxiety
- difficulty recovering from a loss
- trauma
- lifestyle issues
- addiction
- personality disorders

12. Mindfulness-based therapy

Mindfulness is the practice of becoming present in the moment. Mindfulness aims to encourage a person to observe and accept things as they

are and without judgment.

A 2015 study found that mindfulness-based therapy helped relieve anxiety and depressions in people who had cancer. However, the researchers indicate that the benefits of the therapy may not be long-lasting.

Another study found that mindfulness-based interventions were beneficial to people with:

- depression
- schizophrenia
- stress
- anxiety
- pain

Meditation can be a big part of practicing mindfulness.

13. Creative arts therapy

Creative art therapy aims to engage the mind through various methods of creativity. Creative art therapy allows people to express how they are feeling through different mediums, such as art, dance, music, or poetry.

According to the American Art Therapy Association, art therapists use these sessions to:

- improve cognitive and motor function
- improve self-esteem and self-awareness
- encourage emotional strength
- build social skills

- resolve conflicts and distress

14. Play therapy

Specialists use play therapy to help children talk about their thoughts and feelings. Play therapists provide a child with a space where they feel safe and cared for.

Children in play therapy may show their feelings or experiences through how they play. This type of therapy allows a child to deal with behavioral problems, stress, or trauma in a safe environment.

A 2019 case study showed how play therapy could have a therapeutic effect on children.

Summary

There are many types of therapy available for a person who would like help working through certain issues.

Certain types of therapy may be more effective for some conditions as opposed to others.

It is important to remember that what works for one person may not work for another, so choosing the best form of therapy for an individual is a personal choice.

If a person is not sure about which type of therapy is best suited to them, they should speak to a doctor or healthcare provider.

طبی ماحول میں مشتعل مریضوں کے تشدد سے بچنے کے لیے عملی تجاویز

TABLE - 1

<p>(1) مضطرب، غصّہ، الجھن، چہرے پر شک کا شائبہ، مشتعل چہل قدمی، بے چینی، پاؤں سے زمین پر کھٹکھٹ کرنا، مٹھی مضبوطی سے بند رکھنا، تیز آواز، تیزی سے بات کرنا، غصّے کی حالت میں مطالبات اور گالیاں دینا۔</p>	<p>(1) گھبراہٹ اور چڑچڑاپن</p>
<p>(2) جکڑی ہوئی مٹھی اور جبرّہ، گھورنا، پسینہ آنا، دھمکیاں دینا، غصّے کی حالت میں، غصّے والا جسمانی انداز، دوسرے کے بار بار قریب آنا، قسمیں کھانا، مطالبات کرنا، مخصوص دھمکیاں اور ذاتیات پر حملے</p>	<p>(2) زبانی دھمکیاں</p>
<p>(3) مختلف نوعیت کے رویے، مارنا، لات مارنا، کانٹنا، تھوکنا، توڑ پھوڑ، اسلحے کا استعمال، کسی عام چیز کو اسلحہ کے طور پر استعمال</p>	<p>(3) کھلا اور شریع تشدد</p>

مداخلت کے مراحل:

- (1) جگہ اور محفوظ ماحول بنانا، مدد کے لیے لوگوں کا بلانا، تشخیص کے عمل کو روک دینا۔
- (2) زبانی طور پر مریض کو اطمینان دلانا، ہنگامی مدد بلانا، اگر دوائی موجود ہو تو کھلانے کے لیے قائل کرنا۔
- (3) تشخیص کا عمل روک دینا، ہنگامی طور پر مدد لینا، مریض کو ہنگامی امداد کے شعبے میں پہنچانا جہاں جسمانی اور دوائی کے ذریعے قابو کرنا۔

مریض کا علاج کرنے والے ذہنی امراض کے ماہرین کے لیے ضروری اقدامات

کسی بھی ماہر ذہنی امراض کے لیے مریض کی طرف سے تشدد ایک فکر انگیز اور خوفناک تجربہ ہوتا ہے لیکن یہ واقعات کم ہوتے ہیں۔ چونکہ تشدد کی پہلے سے پیش گوئی نہیں کی جاسکتی۔ لہذا معالجین کو عالمی طور پر احتیاطی تدابیر وضع کرنی چاہئیں جو کہ تشدد کے روک تھام میں مدد کر سکے اور ساتھ ہی خطرے سے دوچار مریضوں کی رسوائی بھی نہ ہو۔

- ☆ خطرات کے حوالے سے مریض میں تشدد، گرفتاری کا ریکارڈ نکلوانا، نفسیاتی مریض ہونے کے ساتھ غیر سماجی رویے کا ہونا، نشے کی عادت، کم عمری، مرد حضرات، بے روزگاری اور تعلقات میں خرابیوں کا علم ہونا چاہئے۔
- ☆ معالجین کے تشدد کے مراحل اور خطرات کی نشاندہی کے بارے میں معلومات ہو۔
- ☆ احتیاطی تدابیر نہایت اہم ہیں۔ جس میں زبانی پرسکون کرنے کے طریقے اور ہنگامی طور مدد بلانا شامل ہے۔

TABLE - 2

عالمی احتیاطی تدابیر: طریقہ کار اور باضابطہ بچاؤ احتیاطی تدابیر۔

- ☆ ایسے مریض کو اکیلے نہ دیکھیں جن سے تشدد کا خطرہ ہو۔
- ☆ ایسے اوقات میں مریض نہ دیکھیں جب معالج تھکے ہوئے ہوں یا پھر اسٹاف کی کمی ہو۔
- ☆ پر تشدد مریض کی نشاندہی علامات میں شامل کریں۔
- ☆ فون پروڈیو کے ذریعے مریض کو جانچ لیں۔
- ☆ حوالہ دینے والے معالج سے تشدد کی معلومات لے لیں۔
- ☆ آفس میں مریض کو بلانے سے پہلے انتظار گاہ میں رویے کا جائزہ لے لیں۔
- ☆ زیادہ خطرناک مریضوں کے لیے آفس میں حفاظی عملہ کی موجودگی ضرور ہو۔
- ☆ کسی نشے کے مریضوں کو اکیلے نہ دیکھیں چاہے کوئی ہنگامی مدد کی ضرورت نہ بھی ہو۔
- ☆ ہسپتال کے حفاظتی عملے اور ہنگامی امداد کے کارکنوں سے اچھے تعلقات رکھیں۔

☆ عملے کی ملازمت کے اوقات کے بعد تربیت کریں۔

بنیادی ڈھانچہ:

- ☆ مریض کو پرسکون ماحول میں رکھیں جہاں توجہ میں انتشار نہ ہوں۔
- ☆ معالج کو ایسی جگہ پر بٹھایا جائے جہاں سے ہنگامی طور پر نکلنے میں آسانی ہو۔
- ☆ دروازہ ہلکا سا کھلا رکھنے کی تجویز پر غور کریں۔
- ☆ معالج اور مریض کے درمیان اتنا فاصلہ ہو جس میں مریض حملہ یا لات نہ مار سکے۔
- ☆ ہنگامی امداد کے لیے بٹن والے الارم موجود ہوں۔
- ☆ آفس میں بھاری فرنیچر رکھیں تاکہ وہ اٹھایا یہ پھینکا نہ جاسکے۔
- ☆ کوئی بقی، سجاوٹ اور سامان موجود نہ ہو جس کو اسلحے کے طور پر استعمال کیا جاسکے۔
- ☆ سیکورٹی کیمرے کے ذریعے نظر رکھی جاسکے۔
- ☆ تشدد کرنے والے مریضوں کو بڑے ہسپتالوں یا کشادہ کمروں میں دیکھیں۔
- ☆ زیادہ خطرے والے مریضوں کو ایمر جنسی کے وارڈ میں دیکھ لیں، خاص طور پر جب پہلی بار سامنا ہو۔

TABLE - 3

ایسے جملے جو مریض کے تشدد میں کمی کر سکے۔

- ☆ آپ کیا انتظار گاہ میں بیٹھنا پسند کریں گے جو زیادہ کھلی جگہ ہے۔
- ☆ آپ جب چیختے ہیں تو مجھے سمجھنے میں مشکل ہوتی ہے، اگر آپ بیٹھ جائیں تو میں آپ کی بات بہتر طریقے سے سمجھ سکتا ہوں۔
- ☆ آپ کیا چند منٹ کا وقفہ چاہتے ہیں، ہم آپ کے پرسکون ہونے پر آرام سے بات کر سکتے ہیں۔
- ☆ میں دیکھ رہا ہوں کہ آپ بہت ناراض ہیں اور آپ کافی دیر سے انتظار کر رہے ہیں۔ کیا آپ اپنے احساسات کے بارے میں مجھے بتا سکتے ہیں؟

یہ ایک بہت طویل ہفتہ تھا۔ اس وقت ایک نیا معالج موجود تھا جو چھٹی کے دن تنہا مریض دیکھنے کے لیے موجود تھا۔

عمومی طور پر ڈاکٹر ٹیلر (DR. TAYLOR) جمعہ کی شام کو نیا مریض نہیں دیکھتے تھے۔ لیکن اپنے ہی شعبے سے تعلق رکھنے والے ساتھی نے ایک فوری درخواست کی جو ان کو پسند نہیں آئی اور ساتھ میں ایک معالج جو ابھی تربیت کے مراحل سے گزر رہا تھا، وہ بھی کلینک میں موجود تھا، لہذا ڈاکٹر ٹیلر نے اس نوجوان معالج کو اس مریض کی علامات اور تفصیلات لینے کے نامزد کر دیا۔ 20 منٹ بعد دوسرے کمرے سے دھماکے دار آواز کے ساتھ چیخنے کی بھی آواز آئی۔ وہ جلدی سے باہر نکلے تو کلینک کے ذمہ داران کے چہروں پر پریشانی کے اثرات نظر آئے۔ معالج کے کمرے سے پھر چیخ کی آواز آئی۔ ساتھ ہی فرنیچر کے جگہ سے کھینچنے کی بھی آواز آئی۔ جیسے ان کو اندازہ ہوا کہ کیا ہو رہا ہے ان کے دل میں خوف آیا اور دوسروں کو ہنگامی طور پر مدد کے لیے پکارا۔ ان کو خیال آیا کہ انہیں خود کیا کرنا چاہیے۔ یہ کیسے ہوگا؟ وہ اپنے آپ کو اور اپنی ٹیم کی حفاظت کیسے کر سکتے ہیں؟

طب میں تحفظ اہم نقطہ ہے۔ خاص طور پر نفسیاتی معالجین شدید نفسیاتی اضطراب اور مجروح افراد کا سامنا کر رہے ہوتے ہیں۔ طبی اور نفسیاتی مدد فراہم کرنے والے مریض کے لیے پرامید اور نیک نیتی کے جذبات رکھتے ہیں لیکن معالجین پر تشدد کے واقعات بد قسمتی سے ایک پریشان کن حقیقت ہے۔

امریکن نفسیاتی معالجین کی تربیت کے دوران ان کی رائے معلوم کی گئی۔ 25% فیصد معالجین نے بتایا کہ تربیت کے دوران مریض ان پر حملہ کر چکے ہیں۔ زبانی اور جسمانی نقصان پہنچانے کی دھمکیاں مل چکی ہیں۔ جس میں بالترتیب ان واقعات میں 86% اور 71% کی شرح تھی۔

طبی امداد فراہم کرنے والے کو ہنگامی شعبے میں تشدد کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ یہ حادثہ ہسپتال یا کلینک میں کہیں بھی ہو سکتا ہے۔ ایسے افراد جو شدید اور مشکل نفسیاتی بیماریوں میں مبتلا ہوتے ہیں، ان میں پچھلے 6 ماہ سے 3 سال کے عرصے میں 2% فیصد سے 13% فیصد پر تشدد حملوں میں ملوث ہوتے ہیں۔ اگرچہ بیرونی مریضوں میں تشدد کے واقعات کم ہیں۔ لیکن حالیہ تشہیر سے طبی مراکز کے تحفظ کی اہمیت نمایاں ہو گئی ہے۔

خطرات کا ادراک:

ذہنی بیماریوں میں مبتلا افراد کے پر تشدد رویے کی پیشن گوئی کے لیے کچھ عوامل کو سمجھنا ہوگا۔ مایجو لیا اور مزاج کے اتار

وچڑھاواوالے مریضوں میں تشدد کا امکان کم ہے۔ لیکن نفسیاتی مرض کے ساتھ نشے کی عادت، ظلم کے شکار اور اطراف میں پر تشدد ماحول میں رہتے ہیں تو ایسے لوگوں میں تشدد کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ تشدد کے خطرات میں ایسے لوگ بھی ہوتے ہیں جن کی تشدد یا گرفتاری کا تجربہ ہو یا پھر نفسیاتی اور غیر سماجی شخصیت رکھتے ہیں۔ اس کے علاوہ نشے کے عادی، کم عمری مرد حضرات، بے روزگاری اور آپس کے تعلقات کا خاتمہ، یہ سب وجوہات میں شمار ہوتے ہیں۔

متعلقہ مواد: طبی ماحول میں حملے کے حادثات

تشدد کے 3 مدارج

خطرات کو سمجھنے کے طریقوں میں اندازے لگانا اور منظور شدہ طریقہ کار بھی وضع کیے گئے ہیں۔ جن معالجین کے پاس کسی اور معالج کے ذریعے مریض منتقل (REFERRAL) ہوا ہو۔ اس کے بارے میں ضروری معلومات ناقص ہوتی ہیں۔ جس کی وجہ سے خطرات کا صحیح اندازہ نہیں لگایا جاسکتا۔ لہذا کلینک میں تشدد کی پیشن گوئی نہیں کی جاسکتی ہے۔ لہذا اتمام طبی اور صحت کے اداروں میں احتیاطی تدابیر کی پابندی کرنی چاہیئے۔

جب طبی امداد فراہم کرنے والے افراد کو جسمانی اور ماحولیاتی تحفظ نہ ملے تو ان کے لیے کام کرنا مشکل ہو جاتا ہے۔ اس کے لیے ضروری ہے کہ اس کے لیے ایک معیاری ڈھانچہ وضع کیا جائے جو کہ ہنگامی امداد کے شعبے میں تشدد کے امکانات کو جانچ سکیں۔ طبی مدد دینے والے جو افراد جو شام میں یا چھٹیوں کے دنوں میں کام کرتے ہیں۔ ان کے لیے خطرات زیادہ ہوتے ہیں۔

طبی تربیت کے دوسرے سال میں کینڈرا (KENDRA) نامی لڑکی نے اپنے مقامی صحت کے مرکز میں ڈاکٹر ٹیلر کے ساتھ کام کیا۔ وہ اپنے کام کو جلدی سمیٹنے کے بعد چھٹی کے دنوں کے دوران شہر کی جانب سفر کی منصوبہ بنا رہی تھی۔ وہ اپنے تشخیصی مہارت سے بہت مطمئن تھی۔ اس نے جلدی میں ایک معالج کی طرف سے مریض کو دیکھنے اور رائے دینے کے تحریری درخواست پر نظر ڈالی اور اسی دوران مریض کو آفس میں بلوایا۔ 23 سالہ مارک (MARK) جو حال میں نفسیاتی ہسپتال میں داخلے کے بعد معالج کو دیکھانے آیا تھا۔ نفسیاتی ہسپتال نے ماہر نفسیات کے پاس تشخیص کرنے کے لیے بھیجا تھا کہ آیا وہ مایچو لیا کا مریض ہے یا نشے کی وجہ سے مایچو لیا کی علامات پیدا ہوئی ہیں۔ انتظار گاہ میں مارک مضطرب میں نظر آ رہا

تھا، اپنے پیروں کو بار بار زمین پر مار رہا تھا۔ ساتھ ہی خالی انتظار گاہ میں ہر جگہ نظر دوڑا رہا تھا۔

انتظام:

جب احتیاطی تدابیر ناکام ہو جائے تو معالجین زبانی طور پر مریض کا اضطراب کم کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ زبانی طور پر اضطراب کم کرنے کے لیے سب سے پہلے مریض کے علامات کو تسلیم کرتے ہیں، ایک تعلق قائم کرنے کی کوشش کرتے ہیں اور مریض کی ضروریات پوری کرنے کے لیے حل نکالتے ہیں۔ BETA کا منصوبہ (تشخیص کے بہترین طریقے اور اضطراب کا علاج) نے زبانی طور پر کشیدگی کم کرنے کا ایک معیار بنایا ہے اس میں احساسات اور خواہشات کی شناخت، مریض کی بات کو غور سے سنا اور اس کو اپنے ارد گرد ایک کھلی جگہ کو فراہم کرنا ہے۔ معالجین کو حدود کا تعین کرنا چاہئے۔ لیکن ساتھ ہی اس کو اظہار کرنے کی اجازت اور امید دینی چاہئے۔ اپنے لہجے اس طرح ڈھالیں کہ آپ مریض کو یقین دہانی، عزت و احترام اور بغیر کوئی الزام لگائے مکالمہ جاری رکھیں۔ اس توازن کو برقرار رکھنے کی کوشش رکھی جائے زبانی طور پر غصہ کم کرنے کے لیے ایک عام غلطی یہ ہوتی ہے جب مریض کے ساتھ بحث کی جائے اور اس کی باتوں کو ذاتی طور پر لے لے کہ جذباتی، ہو جائیں۔ مریضوں کو "پرسکون" رہنے کی ہدایات دینا اور محافظ یا پولیس بلانے کی جھوٹی دھمکی دینا کوئی بہتری نہیں لاتا اور صورتحال میں کشیدگی پیدا کر سکتا ہے۔ TABLE 3 میں تشدد کی روک تھام کے لیے کچھ اقدامات بتائے گئے ہیں۔ ان دیئے گئے طریقہ کار سے غصے اور تشدد میں کمی لانے کی امید ہوتی ہے تاکہ اتنا وقت مل جائے کہ حفاظتی عملہ پہنچ کر حالات کو سنبھال لیں۔ اس مسئلے کی روک تھام کے لیے معالج کے پاس کوئی خفیہ گھنٹی ہونا چاہئے یا پھر کوئی ایسا لفظ مختص کر لیا جائے جو ہنگامی مدد کا اشارہ دے۔

ہسپتالوں یا کلینک میں سروے کے مطابق یہ بات نمایاں ہوئی کہ مختلف شعبہ جات مل کر معیاری اقدامات طے کریں۔ یہ اقدامات کسی بھی حادثے کے بعد تفتیش اور حفاظتی عمل کے لیے کارآمد ہے۔ تمام صحت کے اداروں میں تشدد کی روک تھام کے لیے ادارے کے تمام شعبہ جات کی تربیت کی ضرورت ہوتی ہے۔ بدترین حالات سے نمٹنے کے لیے معالجین اور اس سے تعلق رکھنے والے پیشہ ور افراد کو قواعد و ضوابط کی معلومات ہونی چاہئے اور ہنگامی مدد کے لیے CODE WHITE یا پھر 15 کال کرنی چاہئے۔ جو معالجین اپنے علاقوں میں خود مختار کلینک چلا رہے ہیں، ان کو مقامی حفاظتی ادارے سے صلاح و مشورہ کرنا چاہئے۔

کینڈرا (KENDRA) کی تشخیص کے بعد یہ بات واضح ہوئی کہ مریض مارک (MARK) نہ صرف نشے میں تھا بلکہ وہ فریب سمعی میں مبتلا تھا۔ اس نے تنگ جگہ سے پریشان ہو کر کرسی دیوار پر دے ماری تھی۔ جس کی وجہ سے کینڈرا نے شور مچایا اور ساتھ ہی ہنگامی بٹن دبا دیا۔ خوش قسمتی سے ڈاکٹر ٹیلر کی ٹیم کی تربیت کی وجہ سے کینڈرا مریض کے غصے اور تشدد کے عزم کو کم کرنے میں کامیاب ہو گئی۔ اس نے کرسی کھینچ کر کمرے سے نکال کر انتظار گاہ میں موضوع جگہ پر رکھ دی۔ کمرے سے مریض اور اپنے آپ کو نکلنے کے لیے جگہ فراہم کی۔ اسی دوران میں ہسپتال کے حفاظتی عملے نے موقع پر پہنچ کر حالات کو سنبھال لیا۔

اگرچہ کہ سب ڈرے ہوئے تھے لیکن کسی کو جسمانی نقصان نہیں پہنچا۔ مارک کو مزید تشخیص کے لیے ہنگامی وارڈ بھیج دیا گیا۔ کلینک نے تشدد کی روک تھام کے قواعد و ضوابط کا جائزہ لیا اور تمام متعلقہ شعبے کے افراد کو اقدامات زیادہ بہتر کرنے کے حوالے سے ایک جگہ بلایا۔

تفتیش برائے حصول معلومات:

صحت کے اداروں میں حادثات کے بعد اقدامات کا تعین کرنا کافی پیچیدہ اور جذباتی طور پر مشکل ہوتا ہے۔ ادارے کو اپنے ملازموں کی حمایت کرنی چاہیے اور ان کو فوری طبی امداد فراہم کرنی چاہیے۔ حادثے کے بعد معلومات اور رائے کے اظہار کو آزادانہ اور محفوظ جگہ پر کرنی چاہیے۔ اس طریقے سے متعلقہ شعبہ کے افراد حقیقی حادثے کے بارے میں گفتگو اور جذباتی تاثرات کا اظہار کرنے کی آزادی ہوتی ہے۔ عملہ حادثے کے بارے میں مکمل معلومات لینے کے بعد ہی آئندہ کا لائحہ عمل طے کیا جاسکتا ہے۔ احتیاطی تدابیر، انتظام اور کام کی جگہ پر جارحیت دونوں ملازمتیں اور ملازمت دینے والوں کی ذمہ داری ہوتی ہے۔

ذاتی طور پر تشدد کے واقعہ کا رد عمل پیچیدہ اور متضاد ہو سکتا ہے۔ معالجین کو یکساں مواقع پر ایک سے مریض دیکھنے پر گھبراہٹ ہو سکتی ہے۔ اس کے علاوہ یکساں تشخیص کے مریض کے ساتھ بھی خوف اور غصہ آ سکتا ہے۔ اسی طرح خوف کا مخالف اثر بھی ہو سکتا ہے جس میں معالجین زیادہ مریض دیکھتے ہوں یا پھر ممکنہ پر تشدد مریضوں کو اکیلے دیکھتے ہوں اور ممکنہ ہنگامی امداد کی اہمیت کو نظر انداز کرتے ہوں۔

رد عمل میں تاخیر ہوتی ہے یا پھر کئی مہینوں کے بعد محسوس کی جاتی ہے۔ نفسیاتی شعبہ جات میں ملازمت والوں میں نگران کو، عملہ، ساتھی اور معالجین کو اپنے تجربات اور اکیلے پن کے بارے میں گفتگو کرنی چاہیے۔ نفسیاتی معاون معالجین نے

تجربے میں رائے ظاہر کی کہ نفسیاتی شعبے میں خصوصی مدد کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ تشدد سہنے کے نتیجے میں سنجیدہ منفی اثرات کا سدباب کیا جائے۔ کسی مریض پر جرم کے حوالے سے مقدمہ کرنے کا فیصلہ انتہائی ذاتی اور مشکل ہے۔ اپنے ساتھیوں سے مشاورت کر کے درست فیصلہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ پولیس میں جرم ریکارڈ کرانے سے احتراز کرنے کا مطلب نہیں ہے کہ یہ کوئی اخلاقی جواز ہے۔

خلاصہ:

نفسیاتی شعبے میں تشدد کے امکانات ہوتے ہیں جو کہ خطرناک ہے لیکن یہ حادثے کم ہوتے ہیں اور ان کی پہلے سے پیشن گوئی کرنا مشکل ہے۔ معالجین کو احتیاطی تدابیر کا شعور اور ہر وقت چوکنا رہنا چاہیے۔ نفسیاتی مریضوں کے ساتھ زیادتی کے زیادہ امکانات ہوتے ہیں۔ ان مظلوم افراد پر کوئی ٹھپہ نہیں لگانا چاہیے اور ان کی حفاظت کا اہتمام ہونا چاہیے۔ تمام طبی شعبوں کو مل کر محفوظ ماحول بنانا چاہیے بہترین علاج اور دیکھ بھال ثبوت اور تجربے کی بنا پر ہی کیا جاسکتا ہے۔

PATIENT VIOLENCE

Practical Tips for Managing the Agitated Patient: Avoiding Violence in the Clinical Setting

By Jodi Lofchy, MD, Bruce Fage, MD

Reference Link:

<https://www.psychiatrictimes.com/view/practical-tips-managing-agitated-patient-avoiding-violence-clinical-setting>

TABLE 1. Stages of violence^a

Stages of violence	What to look for	Level of intervention
1. Anxiety and agitation	Nervous, angry, frustrated, or suspicious affect; pacing, restlessness, foot tapping, clenched fists; loud and fast speech with angry demands or profanity	Provide space and a sense of safety; call for back-up; terminate the assessment if necessary
2. Verbal threats	Clenched fists or jaw, glaring, sweating; menacing, posturing, invading space; swearing and demanding; specific threats and personal attacks	Verbal de-escalation techniques; contact emergency services or security; if available, can offer medication
3. Overt aggression	A wide range of behavior, including hitting, kicking, biting, or spitting; damage to property; patients may use weapons or objects in the environment as weapons	Terminate the interview; contact security and/or emergency services; the patient may need to be escorted to the emergency department; where applicable and possible, consider physical and chemical restraint

SIGNIFICANCE FOR THE PRACTICING PSYCHIATRIST

Although uncommon, violence is a frightening aspect of psychiatric practice. Because violent events are hard to predict, clinicians must institute universal precautions that emphasize prevention and avoid stigmatizing vulnerable populations.

- Risk factors for violence include a history of violence or arrests, psychopathy or anti-social personality disorder, substance abuse, young age, male gender, unemployment, and relationship losses.
- Clinicians must be familiar with the stages of violence and recognize early warning signs.
- Preventive measures are critical, along with verbal de-escalation and emergency services as needed.

TABLE 2. Universal safety precautions: process and structural prevention methods

Process measures

- Avoid seeing new patients with identified risk factors alone
- Do not schedule new patients at the end of the day or with minimal staff support
- Develop a method of flagging a history of violence in the clinical record
- Call to phone-screen patients before arrival
- Speak with the referring physician about any potential risk factors or concerns
- Use a referral form that asks referring physicians to indicate violence risk factors
- Observe patients in the waiting room before assessment
- Have security or additional team members present or in the vicinity for higher-risk assessments
- Do not assess intoxicated patients alone or on a non-emergent basis
- Develop a good working relationship with building or hospital security
- Have a debriefing protocol to facilitate post-event training and learning

Structural methods

- Interview in a quiet setting with minimal sensory stimulation
- Place patient and provider equidistant from the exits, with room to escape if needed
- Consider keeping the door slightly ajar
- Ensure adequate personal space, staying a step and a kick length out of range
- Provide panic buttons or personal panic alarms for all staff
- Consider weighted furniture that is not easily picked up or thrown
- Be aware that lamps, artwork, and decorative items can potentially be used as weapons
- Use security cameras to provide a line of sight where not physically possible
- If possible, maintain space in a larger clinic or hospital to see patients at higher risk for violence
- If in a hospital, assess high-risk patients in the emergency department when meeting for the first time

TABLE 3. Helpful statements in verbal de-escalation

- Would you like to talk in the waiting room with more space?
- When you are yelling, it makes it difficult for me to understand you; I bet if we sat down, I could better understand what is troubling you.
- Would you like to take a break for a few minutes and we can start the interview when you feel more settled?
- I can see you're very angry and you've been waiting a long time; are you able to talk to me about how you are feeling?

It had been a long week, and there was only one new consult standing between now and the upcoming call-free weekend. Dr. Taylor didn't usually see new consults on a Friday afternoon, but an urgent request from a colleague had piqued his interest, and having a resident around for the assessment made it all too easy. Handing over the faxed referral to the eager and capable learner, he got to work reviewing the day's cases.

Twenty minutes later, Dr. Taylor heard a loud thump and a yell from down the hall. Springing to his feet, he dashed to the door to see the clinic administrative assistant rushing across the waiting room with a look of panic on her face. A scream echoed from the consult room, along with the rumble of furniture dragging across the tiled floor. Fear gripped his chest as he realized what was happening, and he shouted for someone to call a code white.

Thoughts raced through his mind: what should he do? How could this have happened? What could he do to keep himself and his team safe?

In medicine, safety is paramount. As a specialty, psychiatry seeks to help those experiencing extreme psychological distress and vulnerability. Although providers may be hopeful and well intentioned in their clinical encounters,

violence against health care professionals is an unfortunate and disturbing reality. A survey of American psychiatry residents indicated that 25% had been physically assaulted by a patient at some point in their training. Rates of threats and physical intimidation reached 86% and 71%, respectively.

Providers might anticipate violence in the emergency department or an inpatient setting, but violence can occur anywhere. Among outpatients with severe and persistent mental illness, 2% to 13% had perpetrated violence in the community in the past 6 months to 3 years.² Although violent attacks in outpatient settings are less common, recently publicized violent episodes highlight the importance of office safety strategies to keep patients and providers safe.

Understanding risk factors

An appreciation of how risk factors interact is key to understanding and predicting violent behavior in people with mental illness. Having a mood or psychotic disorder carries only a small increased risk of violence compared with the general population but when combined with a history of substance abuse, personal victimization, or exposure to violence in the surrounding environment, the likelihood of violence increases.⁴ Risk factors for violence include a history of violence or arrests, psychopathy or antisocial personality disorder, substance abuse, young age, male gender, unemployment, and relationship losses.

Related content: Assault in the Medical Setting:

3 Stages of Violence

Risk assessment tools vary from unstructured approaches based on intuition to validated actuarial tools weighed to an explicit algorithm. Clinicians

who receive referrals in the outpatient setting may not have the information necessary to make an accurate prediction of risk using an actuarial tool. In addition, there are no tools that can routinely predict in-office violence, and a clinical gestalt may not suffice. Accordingly, universal precautions and preventive measures must be applied in all clinical settings.

When clinicians work without ready access to a security team or environmental safety features, it is important to employ a standard process and screening tools to appropriately triage and anticipate violence. Clinicians who work alone, or who see patients after hours and on weekends, are particularly vulnerable.

Kendra, the 2nd-year resident on her community psychiatry rotation with Dr. Taylor, was eager to wrap up the day's work and drive back to the city for the weekend. Feeling comfortable with her newly developed assessment skills, she quickly reviewed the referral letter while calling the patient into the consult room. Twenty-three-year-old Mark had recently been discharged from the local hospital's inpatient psychiatry unit, where he had been referred for follow-up and diagnostic clarification regarding a primary psychotic disorder or substance-induced psychosis. In the waiting area, Mark appeared nervous, rapidly tapping his feet and glancing around the empty room.

Management

When prevention fails, clinicians can use verbal strategies to de-escalate patients in distress. Verbal de-escalation involves validating a patient's experience, establishing a collaborative relationship, and finding solutions to ensure the patient's needs are met. Project BETA (Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation) developed consensus principles for

verbal de-escalation that include identifying wants and feelings, listening to what the patient is saying, and respecting personal space. Clinicians should set firm boundaries and limits but offer choices and optimism. Modulating one's tone of voice and using a reassuring, respectful, and nonjudgmental approach can help a patient maintain an internal locus of control.

Common mistakes in verbal de-escalation include arguing or taking the emotional state personally. Instructing a patient to “calm down” or falsely threatening to call security or police is generally unhelpful and can increase the acuity of the situation. Table 3 highlights some practical statements that can be used in verbal de-escalation.

These techniques can be helpful in reducing agitation or allowing more time for security or police to arrive. To facilitate this, some method of indicating distress, through a panic button or coded distress phrase, is helpful in alerting colleagues to call for external support or attend to the situation. Importantly, verbal de-escalation techniques must be learned and practiced in order to be implemented effectively.

A workplace violence survey highlighted the need for multidisciplinary team safety training and the value of standardized protocols for post-incident debriefing and processing. Mandating routine crisis intervention and safety training for all team members will underscore the importance of violence prevention from an organizational perspective. For worst-case scenarios, teams must be well-acquainted with local safety and security protocols, including calling for emergency services through a “code white” or 911 call. Physicians who work in an independent location may benefit from a security consultation through a local provider.

During Kendra's assessment, it became clear that Mark was intoxicated and experiencing auditory hallucinations. He became upset in the small space and threw a chair against the wall, which caused Kendra to scream and press her personal panic alarm. Fortunately for Dr. Taylor's team, Kendra used verbal de-escalation techniques and ascertained that Mark was feeling unsafe in the small interview room. She dragged the chair away from the door, allowing both to exit to the waiting area safely. Hospital security arrived quickly to provide a supportive presence. Though shaken, no one was physically harmed, and Mark was escorted to the emergency department for further assessment. The clinic reviewed its violence prevention strategy and reached out to colleagues at another city site to share best practices.

Debriefing

Determining the next steps after an incident of workplace violence can be complex and emotionally challenging. Immediately, teams should support those involved and enable access to appropriate medical and psychiatric care. A post-incident debriefing should provide a safe venue to review the incident, which fosters an understanding of both factual events and emotional responses. Practically, understanding what occurred can help organizations learn how to prevent similar events in the future. Preventing, managing, and dealing with workplace aggression should be the responsibility of both employees and employers.

On a personal level, reactions to an episode of violence can be complex and counterintuitive. Providers report increased anxiety about being in similar

situations or assessing similar patients, as well as displacement of fear and anger onto patients with similar characteristics. Paradoxically, a counterphobic reaction may develop, in which providers may take on extra calls, interview potentially dangerous patients alone, and downplay the need for assistance and backup. Reactions may be delayed and occur months later, and providers should talk to supervisors, staff teams, colleagues, and treating teams to explore their experiences and feel less alone. A study of psychiatric nurses indicated that there is a need for specialized services and follow-up support to help with the serious negative impact of assault on health care providers.

Seeking criminal prosecution is a personal and complicated decision. It may be beneficial to discuss the decision with colleagues to ensure objectivity is maintained. Refraining from pressing charges may not always be the ethical choice.

Summary

The risk of violence in psychiatric practice is a frightening aspect of our work. Violent events are uncommon and hard to predict, and clinicians must guard against complacency and institute universal precautions that emphasize prevention. Patients with mental illness are at high risk for violent victimization, and preventive measures should not stigmatize a vulnerable population. Team members must work together to optimize safety, using evidence and experience to ensure excellent patient care.

مالیخولیا اور دھونس اور دھمکی کے شکار افراد میں جنیاتی اور ماحول کے ساتھ تعلق

دھونس اور تشدد کے شکار (Bullying Victimization) افراد میں Psychosis کا تجربہ یا پھر مالیخولیا کی بیماری ہونے کے امکانات ہیں۔ ہم نے سروے کے اعداد شمار TRAILS نامی ادارے سے لیے یہ ڈیٹا نو جوانوں کے ہم عمر گروہ کا تجزیہ تھا۔ اس تجزیے میں کئی جنیاتی حوالے سے مالیخولیا اور BV پر اثرات کا جائزہ لیا گیا۔ اور BV کے نتیجے میں جنیاتی طور پر مالیخولیا ہونے کے خطرات کا بھی جائزہ لیا گیا۔ اس کے علاوہ بعد میں زیادہ عمر میں مالیخولیا ہونے کے امکانات کی معلومات بھی لی گئیں۔

تشخیص کے عمل میں TRAILS میں سے 3 گروہ منتخب کیے گئے۔

T1 - 10 سے 12.5 سال عمر کے نو جوان

T2 - 12.4 سے 14.6 سال کے نو جوان

T3 - 14.8 سے 18.3 سال عمر کے نو جوانوں

ہم نے ذہانت کے امتحان کے لیے WISC کا استعمال کیا جو بچوں کے لیے بنایا گیا ہے۔ یہ امتحان T1 (10 - 12.5) عمر کے بچوں پر کیا گیا۔ دھونس اور تشدد کے شکار بچوں پر ساتھیوں کے ذریعے اس کا اثر T1 اور T2 پر دیکھا گیا۔ سماجی اہلیت کے لیے T1 کے اوپر تجزیہ کیا گیا جس میں RCP (Revised Class Play) والے ٹیسٹ کا استعمال کیا گیا۔ اساتذہ نے T2 کی عمر والے بچوں کے آپس میں تشدد پر مبنی تعلقات کے لیے LIKERT SCALE کا استعمال کیا۔ اس کے علاوہ عمر بھر کے مالیخولیا کے علامات کے لیے T3 والے بچوں پر CAPE کا ٹیسٹ لاگو کیا گیا۔

ہم نے TRAILS سوالنامہ استعمال کیا جس نے جنیاتی معلومات کے لیے SANGER IMPUTATION SERVICE کے ذریعے جانچا ہم نے بچوں کو جو کم ذہنی استعداد رکھنے والوں کے بہن یا بھائی تھے اس چانچ میں نہیں چنا، ساتھ ہی جنیاتی خصوص

صیات کو پرکھا۔ ایسے جنیاتی عناصر کو دیکھا جو نسل میں بتدریج منتقل ہوتی رہی ہے۔ اس کے علاوہ مختلف جنیاتی کے حلقوں میں بیماری ہونے کے خطرات کا تجزیہ کیا۔ جس میں مالجو لیا، ADHD، AUTISM، جنون و یاسیت، شدید یاسیت اور خیالات کا تسلط اور تکرار عمل کے خدشات دیکھے گئے۔ مالجو لیا کے مرض میں مبتلا ہونے کے امکانات جن اشخاص میں پائے گئے ان کو تین گروہوں میں تقسیم کیا گیا جو کہ کم، درمیانہ اور زیادہ میں تقسیم کیے گئے۔

یہ تحقیق کی گئی کہ سارے گروہوں میں آیا کہ (BV) دھونس اور تشدد کا شکار ہونے والوں میں بیماری ہونے کے خدشات یکساں ہیں یا پھر BV کی وجہ سے کچھ جنیاتی تبدیلیاں آئیں جو کہ مالجو لیا کا باعث بنیں۔ اس معلومات کو پرکھنے کے لیے ANOVA یعنی شمار یاتی تجزیے سے گزارا گیا جس میں 3 گروہوں کا جائزہ لیا جاتا ہے۔

ان میں T1 اور T2 کے عمر کے بچوں میں دھونس اور تشدد کے شکار بچوں کو الگ الگ شامل کیا گیا۔ مختلف اقسام کے دھونس اور تشدد کے شکار بچوں کو ان کے ماحول اور مرض ہونے کے جنیاتی وجوہات کا مشاہدہ کیا گیا۔ PRS یعنی جنیاتی حوالے سے خطرات کا تجزیہ، صنف، WISC یعنی ذہانت کا امتحان اور 5 جنیاتی متغیرات سے ہم آہنگ ہے۔ مندرجہ بالا معلومات سے ہم نے تجزیہ کیا کہ PSYCHOTIC تجربات جن کے ذریعے بیماری ہونے کے خطرات اور کسی ایک (Factor) عنصر کی وجہ سے بیماری کے امکانات بڑھنے پر مطالعہ کیا گیا۔ یہ T3 والے عمر کے نوجوانوں پر کیا گیا۔ BV بچوں T1 اور T2 عمر کے بچوں پر بھی اثر دیکھا گیا PRS کے ذریعے جنیاتی خطرات کا بھی تجزیہ کر لیا۔

جب BV یعنی دھونس اور تشدد کے شکار بچوں کو خود شکایت یا معلم کے شکایت کے بعد مطالعہ کیا گیا۔ اس کے اثرات زیادہ تھے صرف مالجو لیا میں مبتلا ہونے کے خطرات، دھمکی اور تشدد کے شکار بچوں میں زیادہ تھی۔ جبکہ دوسری نفسیاتی بیماریوں میں BV وجہ نہیں تھی۔ دوستوں اور ساتھیوں سے رپورٹ ہونے والے تشدد کے شکار بچوں میں مالجو لیا کی علامات دیر سے ظاہر ہوئیں۔

خلاصہ:

ہم نے مشاہدہ کیا کہ 13 سے 14 سال کی عمر کے بچوں میں PRS یعنی جنیاتی کے حوالے سے خطرات زیادہ تھے

- یہ وہ بچے تھے جنہیں شدید ہراساں کیا گیا تھا۔ ہراساں زدہ بچوں میں جنیاتی تبدیلی کی وجہ سے بیماری کے امکانات بڑھ گئے تھے۔ یہ جنیاتی عمل بچوں کے ماحول سے تعلق رکھتا ہے۔

جنیاتی رویوں کا یہ تجزیاتی نمونہ چھوٹا ہے ہم نے کئی عوامل کو جاننے کی کوشش کی ہے۔ ساتھیوں کے ذریعے سے BV یعنی دھونس اور دھمکی کا شکار ہونے والے بچوں کی نشاندہی ایک دوسرے سے مختلف ہو سکتی ہے۔ لیکن BV دھونس، دھمکی اور تشدد کی خبر دینے والے ساتھی یا استاد کے ذرائع میں استقامت کے آثار ہیں۔ یہ اہم ہے کہ ہم نے بچوں کی خود بتائی ہوئی معلومات کو استعمال نہیں کیا۔ کیونکہ یہ ذریعہ نفسیاتی بیماری کی وجہ سے غیر یقینی ہو سکتا ہے۔ متوقع اکھٹی کی گئی معلومات سابقہ یادداشت میں تعصب کے امکان زیادہ رکھ سکتا ہے۔

ہم نے مانجھ لیا ہونے کے خطرات کا تجزیہ کیا لیکن اس میں شک و شبہات والے علامات کو بنیادی معیار کے طور پر متعین کیا گیا ہے۔ لیکن Psychosis کے وجوہات واضح نہیں ہیں۔ جنیاتی تغیرات کی وجہ سے ہونے والی علامات کا دار و مدار بھی ماحول سے متاثر ہو سکتا ہے، دھمکی اور تشدد کے شکار ہونے سے بچے کے لیے ذہنی صحت کی فراہمی اور احتیاطی تدابیر ضروری ہے۔

EVOCATIVE GENE-ENVIRONMENT CORRELATION BETWEEN GENETIC RISK FOR SCHIZOPHRENIA AND BULLYING VICTIMIZATION

Reference link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732700/>

Bullying victimization (BV) is a risk factor for the development of psychotic experiences and psychotic disorders. We used data from TRAILS (Tracking Adolescents' Individual Lives Survey), a longitudinal cohort study of Dutch pre-adolescents³, to study the relationship between polygenic risk score for schizophrenia (SCZ-PRS) and BV, and the possible role of BV in mediating the effect of genetic risk for schizophrenia on the development of psychotic symptoms later in life.

Three assessment waves of TRAILS - T1 (10-12.5 years old), T2 (12.4-14.6 years old) and T3 (14.8-18.3 years old) - were considered. We assessed IQ using the Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), administered at T1; BV through peer nomination scores at T1 and T2; social competence at T1 using the Revised Class Play (RCP); teacher-reported relational aggression by Likert scales at T2; and lifetime psychotic experiences using the Community Assessment of Psychic Experiences Scale at T3.

We imputed TRAILS genotypic data using Sanger Imputation Service (1000 Genomes Project Phase 3 reference GRCh37/hg19). We excluded siblings and pupils on special education, checked genotype quality, derived genomic components to control for ancestry, and computed individual polygenic risk scores (PRS) for schizophrenia, attention-deficit/hyperactivity disorder, autism, bipolar disorder, major depression, and

obsessive-compulsive disorder, using standard procedures⁴. We focused on PRS-6 (including variants with association p -value <0.05), a measure of genetic risk yielding the highest prediction accuracy for schizophrenia. We divided the sample into PRS textiles, reflecting low, medium and high risk.

We explored whether BV was uniformly distributed across genetic groups, and whether BV mediated the path from genetic risk to psychotic experiences. For the former assessment, we computed an ANOVA using BV at T1 and T2 (separately) as dependent variables; PRS textiles as factor; gender, WISC and five genomic ancestry components as nuisance covariates (bias corrected?accelerated bootstrap, 1000 runs). For the latter assessment, we computed mediation analyses using psychotic experiences at T3 as dependent variable, BV at T1 and T2 (separately) as mediators, and the PRS as multi-categorical predictor (sequential contrast; same covariates as above plus victimization-psychosis time interval; mean?centering; bootstrap with 5000 runs; Cribari?Neto correction).

To account for different BV reporters, we additionally computed a mediation model using the rank product of peer nomination and relational aggression scores at T2. We tested other peer nomination scores and genetic risk for other disorders to assess specificity of the effects. We additionally explored whether the effect of the SCZ-PRS on BV was mediated by social competence assessed at T1.

Analyses at T1 returned no significant PRS effects ($N=650$, all $p>0.05$). ANOVA at T2 returned a significant PRS effect on BV ($N=625$, $F_{2, 611}=3.4$, $p=0.033$, partial $\eta^2=0.011$; observed power = 64%). High PRS individuals had greater peer nomination scores compared to medium PRS subjects ($N=417$,

$p=0.017$) as well as to a merged sample of low/medium risk individuals ($N=625$, $F(1, 613)=6.3$, $p=0.012$, partial $\eta^2=0.01$, observed power = 71%). SCZ-PRS was directly associated with BV at T2, without significant mediation by social competence at T1 ($N=558$, partially standardized effect = 0.011). T2 mediation analysis revealed a significant indirect effect of genetic risk on psychotic experiences at T3 ($N=610$, partially standardized effect = 0.031). Victims suffered more frequent psychotic experiences at T3 ($N=610$, $p=0.018$). These results suggest that BV partially mediated the effect of SCZ-PRS on the frequency of psychotic symptoms developed at T3.

When BV was assessed based on both peer and teacher report at T2, the effect was even larger, despite the reduced sample size ($N=390$, $p=0.002$). Only genetic risk for schizophrenia, and not for other disorders, was associated with BV. Only BV peer nomination, not other peer nomination measures, was associated with later psychotic symptoms.

In summary, we found that 13-14-year-old adolescents with greater SCZ-PRS experienced more severe bullying than their peers with lower SCZ-PRS, and that BV partially mediated the effect of genetic risk on the development of later psychotic symptoms. A possible mechanism through which this mediation may occur is evocative gene-environment correlation, i.e., the genetic risk carrier evoking particular reactions of other individuals, such as bullying. The effect is small (1% of the variance), but it is in line with other reported effects, e.g., SCZ-PRS explains at most 1.2% of the variance in symptoms across patients with schizophrenia.

Our sample sizes are small for a behavioral genetics study, a limitation we attempted to address by cumulating risk variants into PRS tertiles. Peer

nomination is just one way to assess BV and results may differ based on other reporters. However, findings persisted when assessing BV based on peer/teacher reports. Importantly, we did not use self-reports, which may be influenced by paranoia. The prospective data collection reduced the risk of retrospective memory bias.

We studied risk for schizophrenia, but used psychotic episodes as a clinical proxy. Schizophrenia risk may overlap only partially with risk for psychosis, but risk variants for psychosis are not known. To the extent that genetic risk translation into clinical symptoms is mediated by environmental risk, our findings call for our efforts to antagonize BV of vulnerable individuals to support mental health prevention.

جنگِ آزادی اور تلخ حقائق

شاہنواز فاروقی - سنڈے میگزین جسارت

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

موجودہ حالات کے مطابق کچھ اضافہ ہو سکتا ہے۔

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

کتنا ہے بدنصیب ظفر دفن کے لیے

دو گز زمیں بھی نہ ملی کوئے یار میں

لیکن بہادر شاہ ظفر کا ذاتی المیہ 1857ء کی جنگ آزادی کا محض ایک فیصد ہے۔ انگریزوں نے جنگ آزادی کو غدر اور بغاوت کا نام دیا، حالانکہ انگریزوں کے نقطہ نظر سے دیکھا جائے تو یہ جنگ آزادی زیادہ سے زیادہ ”خانہ جنگی“ کہلانے کی مستحق تھی۔ اس کی وجہ یہ تھی کہ پورے ہندوستان پر انگریزوں کا قبضہ تھا، اور ہندو ہی نہیں مسلمان بھی انگریزوں کی ”رعیت“ تھے، اور رعیت حکمرانوں سے ناراض ہو تو اس کو قتل عام اور نسل کشی کا نشانہ نہیں بنایا جاتا۔ اس سے بات چیت کی جاتی ہے، مذاکرات کا اہتمام کیا جاتا ہے، رعایا کی جائز شکایات کا ازالہ کیا جاتا ہے اور اسے مطمئن کر کے ”زیادہ وفادار“ بنایا جاتا ہے۔ اس کی مثال برطانیہ اور آئرلینڈ کی جنگ آزادی لڑنے والی تنظیم شین فین کے تعلقات ہیں۔ شین فین نے کئی دہائیوں تک مرکزی حکومت کے خلاف مسلح جدوجہد کی، مگر برطانیہ نے آئرلینڈ کو قتل گاہ میں تبدیل نہیں کیا، بلکہ بالآخر اس نے شین فین کے ساتھ مذاکرات کیے اور پُر امن بقائے باہمی کی صورت نکالی۔ لیکن 1857ء کی جنگ آزادی کی ہولناکی اتنی بڑھی کہ اس کی مثال نہیں ملتی۔ جنگ آزادی کے حوالے سے لکھی جانے والی کتابوں کے مطابق چند روز کے اندر صرف دلی میں 27 ہزار افراد شہید کیے گئے۔ ایک اندازے کے مطابق پورے ہندوستان میں تقریباً 52 ہزار علماء کو شہید کیا گیا۔ انگریزوں کے فوجیوں پر طاقت اور انتقام کا بھوت اس طرح سوار تھا کہ صرف مسلمان ہونا بھی جرم بن گیا تھا۔ انگریزوں کے فوجی لوگوں کو پکڑتے اور پوچھتے ہندو ہو یا مسلمان؟ جیسے ہی یہ معلوم ہوتا کہ پکڑا جانے والا مسلمان ہے تو اسے قتل کر دیا جاتا۔ انگریزوں کا ایک زخمی فوجی دلی کے ایک محلے میں داخل ہوا اور اس نے ایک گھر کے زنان خانے میں گھسنے کی کوشش کی۔ اہل خانہ نے اسے ایسا کرنے سے روکا، اور صرف اتنی مزاحمت پورے محلے کا سنگین جرم بن گئی۔ محلے کے تمام مردوں کو جمع کر کے جمنا کے کنارے لے جایا گیا اور کہا گیا کہ جو جمنا کے پانی کی طرف بھاگ کر جان بچا سکتا ہے بھاگ جائے، اور جو نہیں بھاگ سکتا مرنے کے لیے تیار ہو جائے۔ دیکھتے ہی دیکھتے جمنا کی ریت خونِ مسلم سے تر بتر ہو گئی۔ جن لوگوں نے بھاگ کر جمنا میں چھلانگ لگائی وہ جمنا میں ڈوب کر مر گئے۔ جنگ آزادی نے انگریزوں کی اخلاقیات اور نفسیات کو کتنا پست کر دیا تھا اس کا اندازہ انگریز مصنف باس ورتھ اسمتھ کے اس اقتباس سے بخوبی کیا جاسکتا ہے۔ باس ورتھ لکھتا ہے:

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

باس ورتھ کے مطابق بعض انگریزوں نے دہلی میں ہل چلوانے کی تجویز دی۔ بڑی تعداد میں مساجد کو بارکوں میں

تبدیل کیا گیا۔ وہاں کتے رکھے جاتے اور خنزیر ذبح کیے جاتے۔ دہلی کے باہر دیگر شہر اور دیہات بھی انگریزوں کی درندگی سے نہ بچے۔ یہ مسلمانوں کی مزاحمت اور حکمت عملی تھی کہ وہ اپنا وجود بچانے میں کامیاب رہے، ورنہ انگریزوں نے نسل کشی میں کوئی کسر نہ چھوڑی تھی۔ انگریزوں کا دور ظلم و جبر اور ریاستی دہشت گردی کا دور تھا جس میں مسلمانوں کے خاتمے کی کوشش کی گئی۔ یہ یہودیوں کے خلاف ہٹلر کے ہولوکاسٹ سے بھی بڑا ہولوکاسٹ تھا جس میں ایک کروڑ سے زیادہ انسانوں کا خون بہایا گیا۔

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

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

اسلام اور مسلمانوں پر شر مندہ جاوید چودھری

شاہنواز فاروقی۔ جسارت

اسلام اور مسلمانوں کے دشمنوں کی تین اقسام ہیں۔ اسلام اور مسلمانوں کے دشمنوں کی پہلی قسم وہ ہے جو کھلے عام اسلام اور مسلمانوں پر حملے کرتی ہے۔ اسلام اور مسلمانوں کے دشمنوں کی دوسری قسم کا تعارف اقبال نے یہ کہہ کر کرایا ہے۔

خود بدلتے نہیں قرآن کو بدل دیتے ہیں

ہوئے کس درجہ فقیہانِ حرم بے توفیق

اسلام اور مسلمانوں کے دشمنوں کی تیسری قسم وہ ہے جو اسلام اور مسلمانوں پر شر مندہ رہتی ہے اور ان پر ہونے والے کسی حملے کا دفاع نہیں کرتی۔ جاوید چودھری ایک ایسے ہی شخص ہیں۔ وہ اپنے بعض کالموں میں اسلام اور مسلمانوں پر شر مندہ نظر آتے ہیں۔ ان کا زیر بحث کالم بھی اسی سلسلے کی ایک کڑی ہے۔ دراصل جاوید چودھری کی ملاقات سری لنکا میں ایک بدھسٹ سے ہوئی۔ اس بدھسٹ کا نام مہاویر تھا۔ مہاویر نے جاوید چودھری کے ساتھ ہونے والی گفتگو میں کھل کر اسلام اور مسلمانوں پر حملے کیے۔ جاوید چودھری نے ایک آدھ بار چوں چراں کی مگر بالآخر انہوں نے مہاویر کے ”بیانیے“ کے آگے ہتھیار ڈال دیے۔ مہاویر نے اسلام اور مسلمانوں کے بارے میں کیا کہا اس کے الفاظ میں ملاحظہ کیجیے۔ مہاویر نے کہا۔

”مجھے مسلمان بہت انا پرست اور متکبر لگے، یہ خود کو پوری دنیا سے برتر سمجھتے ہیں چنانچہ میں آگے نکل گیا“ میں نے انکار میں سر ہلایا اور معذرت سے عرض کیا ”نہیں آپ کو غلط فہمی ہوئی ہے، اسلام تو ہے ہی عاجزی اور انکساری کا مذہب“ وہ ہنس کر بولا ”کیا آپ لوگ یہ نہیں سمجھتے آپ کے نبی تمام انبیاء تمام اوتاروں اور تمام مذہبی رہنماؤں سے عظیم ہیں“۔ میں نے جواب دیا ”یہ ہمارا عقیدہ ہے“ وہ بولا ”اور کیا آپ یہ نہیں سمجھتے صرف آپ کی کتاب سچی اور عظیم ہے“۔ میں نے فوراً جواب دیا ”یہ بھی ہمارا عقیدہ ہے، ہمارا ایمان یہ ہمارا یقین ہے“۔ وہ بولا ”میں آپ کے یقین، آپ کے ایمان کو مان لیتا

ہوں، آپ بس میرے ایک سوال کا جواب دے دیں، میں غور سے اس کی بات سننے لگا، وہ بولا ”میں مان لیتا ہوں آپ کے نبی اور آپ کی کتاب دنیا کی ساری کتابوں، سارے نبیوں سے عظیم اور اچھی ہے لیکن اس عظیم کتاب، اس عظیم نبی اور سچے اور اچھے اللہ کے باوجود آپ لوگ اچھے کیوں نہیں ہیں؟ آپ لوگوں کو بولنے چاہئے، کھانے پینے اور اٹھنے بیٹھنے کی تمیز کیوں نہیں؟ آپ لوگ علم، دلیل اور منطق کے دشمن کیوں ہیں؟ آپ ایک خدا، ایک رسول اور ایک کتاب کو ماننے کے باوجود ایک دوسرے کو کافر کیوں سمجھتے ہیں، آپ ایک اللہ، ایک رسول اور ایک کتاب کا نام لے کر اپنے ہم مذہب کو قتل کیوں کر دیتے ہیں؟ آپ اس اللہ اس رسول اور اس کتاب کی جھوٹی قسم کیوں کھاتے ہیں؟ آپ جھوٹ کیوں بولتے ہیں؟ ملاوٹ کیوں کرتے ہیں؟ غلط بیانی کیوں کرتے ہیں؟ ذخیرہ اندوزی کیوں کرتے ہیں؟ چوری اور ڈاکا زنی کیوں کرتے ہیں؟ خواتین اور بچوں کی آبروریزی کیوں کرتے ہیں؟ خوراک اور ادویات میں فراڈ کیوں کرتے ہیں؟ وعدہ خلافی کیوں کرتے ہیں؟ دوسروں پر شک کیوں کرتے ہیں اور آپ انسانوں کو درجوں میں تقسیم کیوں کرتے ہیں؟“۔ میرے ماتھے پر پسینہ آگیا، وہ بولا ”میں بڑے بڑے مسلمان علماء، تاجروں اور پروفیسروں سے ملا اور میں نے آخر میں اپنے آپ سے کہا، ”مہاویر جس مذہب سے اس کے اپنے جدی پشتی ماننے والے نہیں بدلے، مجھے اس سے کیا ملے گا چنانچہ میں آگے نکل آیا اور میں آج بودھ ہوں“۔ میں نے ماتھا صاف کیا اور اس سے پوچھا ”کیا تمہیں یقین ہے بودھ مت سچا مذہب ہے اور یہ تمہیں وہ سب کچھ دے گا جس کی تمہیں تلاش ہے“۔ وہ ہنس کر بولا ”میں آپ کو عجیب بات بتاتا ہوں، مسلمانوں کے علاوہ دنیا کے کسی مذہب کے پیروکار سو فیصد سچائی کا دعویٰ نہیں کرتے، پورا بودھ مت کہتا ہے ”تم ہو سکتا ہے نروان پا جاؤ اور یہ بھی ہو سکتا ہے تم محروم رہو“، یہ لوگ سیدھے راستے پر رہتے ہوئے بھی دعویٰ نہیں کرتے جب کہ تم لوگ غلط راستے پر چل کر بھی سچا ہونے کا دعویٰ کرتے ہو، تم پوری دنیا کا خون چوس کر بھی دعویٰ کرتے ہو تم جنت میں جاؤ گے اور کینسر کی دوا ایجاد کرنے والے دوزخی ہیں۔ اس یقین سے غرور کی بو آتی ہے اور تم لوگ سمجھتے ہو اللہ تعالیٰ تمہیں تمام تر گناہوں کے باوجود جنت میں بھجوائے گا۔ آپ اگر اسلام کے سچے پیروکار ہیں تو پھر پورے عالم اسلام میں امن کیوں دکھائی نہیں دیتا، ہم بودھ امن اور آشتی کا دعویٰ نہیں کرتے۔ ہم ایک آئیڈیل معاشرہ بھی نہیں بنانا چاہتے اور ہم نے کبھی اپنی کتاب اور اپنے لیڈر کو دنیا کا عظیم لیڈر اور دنیا کی بہترین کتاب بھی ڈکلیئر نہیں کیا مگر ہم ہمیشہ آشتی اور امن کے ساتھ رہتے ہیں، لہذا میں ہماری مقدس ترین عبادت گاہ تھی، چین نے 1959 میں اس پر قبضہ کر لیا اور دلائی لامہ کو تبت سے نکال دیا، ہم آج تک اس کے لیے بھی نہیں لڑے، ہم دنیا میں 54 کروڑ ہیں مگر ہم نے آج تک چین پر حملہ کیا اور نہ خود کش بم پھاڑے لیکن تم سب سے اچھے اور نیک ہونے کے باوجود ایک دوسرے کو مار رہے ہو، یہ کہاں کی نیکی، یہ کہاں کی اچھائی ہے لہذا میرا صرف ایک سوال ہے تم اگر اپنے مذہب کے سچے پیروکار ہو تو پھر تم سچے کیوں

نہیں ہو، تم اچھے کیوں نہیں ہو، میں لا جواب ہو گیا، میں نے اس سے ہاتھ ملایا اور ٹمپل سے باہر نکل آیا۔

(روزنامہ ایکسپریس 25 اپریل 2021ء)

مہاویر کی تقریر کچھ طویل ہو گئی ہے۔ مگر اس کے بغیر اس کے موقف کی پوری تصویر آپ کے سامنے نہیں آ سکتی تھی۔ مہاویر نے اسلام اور مسلمانوں پر پہلا حملہ یہ کہہ کر کیا کہ مسلمان انا پرست اور متکبر ہیں وہ اپنے نبی کو تمام پیغمبروں اور تمام اوتاروں سے اور اپنی کتاب قرآن کو تمام کتابوں سے برتر سمجھتے ہیں۔ جاوید چودھری نے اس کے جواب میں فرمایا کہ یہ ہمارا عقیدہ ہے۔ بلاشبہ یہ ہمارا عقیدہ ہے مگر مہاویر کے حملے سے عیاں ہے کہ جیسے یہ عقیدہ مسلمانوں نے خود گھڑا ہے۔ حالاں کہ ایسا نہیں ہے۔ رسول اکرمؐ سردار الانبیاء ہیں یہ مسلمانوں کا وضع کردہ تصور نہیں ہے۔ یہ تصور خود اسلام نے مسلمانوں کو دیا ہے۔ قرآن مجید کی دوسری کتابوں پر فضیلت بھی مسلمانوں کی ”ایجاد“ نہیں۔ قرآن اسلام کی تکمیل کا مظہر ہے۔ اللہ تعالیٰ نے خود قرآن میں فرمایا ہے کہ ہم نے آپؐ پر دین کی تکمیل کر دی اور اسلام کو دین کی حیثیت سے پسند فرمالیا۔ بدھ ازم کی تعلیم بھی اگر یہ ہوتی کہ مہاتما بدھ سب سے بڑے اوتار ہیں اور بدھ ازم کی تعلیمات دنیا کی تمام تعلیمات سے افضل ہیں تو مہاویر کا عقیدہ بھی یہی ہوتا۔ ویسے نبی اور کتاب کی افضلیت صرف مسلمانوں کا معاملہ نہیں۔ عیسائی سیدنا عیسیٰؑ کو اللہ کا بیٹا کہتے ہیں۔ ان کی نظر میں سب سے بڑے پیغمبر وہی ہیں۔ عیسائی انجیل کو سب سے بڑی کتاب قرار دیتے ہیں۔ ہندوؤں کا عقیدہ ہے کہ کرشن اور رام جیسی شخصیات کسی مذہب کے پاس نہیں۔ ان کا خیال ہے کہ ویدوں اور گیتا سے بڑی کتابوں کا تصور محال ہے۔ یہ حقیقت بھی راز نہیں کہ انبیاء میں بھی مراتب موجود ہیں۔ دنیا میں ایک لاکھ 24 ہزار نبی آئے مگر اوالعزم انبیاء صرف پانچ ہیں۔ یعنی سیدنا نوحؑ، سیدنا ابراہیمؑ، سیدنا موسیٰؑ، سیدنا عیسیٰؑ اور رسول اکرمؐ۔ ان انبیاء میں خاتم النبیین صرف رسول اکرمؐ ہیں۔ وہی سردار الانبیاء بھی ہیں۔ صرف آپؐ کو معراج عطا کی گئی۔ چنانچہ اس حوالے سے اسلام اور مسلمانوں پر اعتراض درست نہیں۔ بد قسمتی سے جاوید چودھری نے اس سلسلے میں اسلام اور مسلمانوں کا مقدمہ لڑ کر نہیں دکھایا۔

مہاویر نے مسلمانوں پر سب سے بڑا اعتراض یہ کیا کہ مسلمانوں کا مذہب اچھا ہے تو مسلمان کیوں اچھے نہیں ہیں۔ اس تجزیے میں یہ خیال مضمر ہے کہ چوں کہ مسلمان اچھے نہیں اس لیے ان کا دین بھی اچھا نہیں۔ اسی لیے مہاویر نے اسلام قبول نہیں کیا۔ یہ ایک سامنے کی بات ہے کہ اسلام اور مسلمان دو مختلف حقیقتیں ہیں۔ بلاشبہ اسلام بہترین انسان پیدا کرنا چاہتا ہے مگر بہترین انسانوں کے وجود میں آنے کے لیے ضروری ہے کہ وہ اسلام پر پوری طرح سے عمل کریں۔ قرآن

مسلمانوں سے کہتا ہے کہ تم اللہ کا رنگ اختیار کرو اور پورے کے پورے اسلام میں داخل ہو جاؤ۔ بد قسمتی سے مسلمانوں کی عظیم اکثریت اللہ کا رنگ اختیار کرنے اور اسلام میں پورا کا پورا داخل ہونے کے لیے تیار نہیں۔ یہی وجہ ہے کہ مسلمان جھوٹ بولتے ہیں، دھوکا دیتے ہیں اور دوسری برائیوں میں ملوث ہوتے ہیں۔ البتہ مسلمانوں میں اب بھی بہترین لوگ مل جاتے ہیں۔ مگر چوں کہ یہ لوگ کم ہیں اس لیے وہ اسلام کا تعارف نہیں بن پاتے۔ اس سلسلے میں یہ بات بھی اہم ہے کہ اسلام اپنے ابتدائی زمانے میں بہترین انسان اور بہترین معاشرے پیدا کر چکا ہے۔

رسول اکرمؐ جیسا کردار دنیا میں کس کے پاس ہے؟ سیدنا ابوبکرؓ، سیدنا عمرؓ، سیدنا عثمانؓ، سیدنا علیؓ اور ہزاروں صحابہ جیسے بہترین انسان دنیا نے کب دیکھے؟۔ رسول اکرمؐ کے عہد کا معاشرہ دنیا کا بہترین معاشرہ تھا۔ سیدنا عمرؓ کے بارے میں گاندھی نے کہا کہ اگر اسلام کو ایک اور عمرؓ قرار دیا جائے تو آج پوری دنیا مسلمان ہوتی۔ ممتاز مغربی مورخ گبن نے لکھا ہے کہ سیدنا عمرؓ کے زمانے میں 36 ہزار شہر اور قلعے فتح ہوئے اور ان کے دس سالہ دور میں چودہ سو مساجد تعمیر ہوئیں۔ سیدنا عمرؓ کے برپا کیے ہوئے معاشرے اور ریاست میں انسان ہی نہیں کتا بھی صاحب تو قیر تھا اور ریاست اس کی نگہبانی کی پابند تھی۔ چوں کہ اسلام اپنے ابتدائی زمانوں میں بہترین انسان اور بہترین معاشرے پیدا کر چکا ہے اس لیے یہ کہنا غلط نہیں کہ اگر مسلمان آج بھی اسلام کو اس کی حقیقی روح کے ساتھ اختیار کر لیں تو وہ ایک بار پھر Ideal انسان، Ideal معاشرہ اور Ideal ریاست قائم کر سکتے ہیں۔ بد قسمتی سے مہاویر نے اسلام اور مسلمانوں کے فرق و امتیاز پر غور ہی نہیں کیا۔ یہاں اس امر کی نشاندہی بھی ضروری ہے کہ مہاویر نے جو برائیاں مسلمانوں میں دیکھی ہیں وہ صرف مسلمانوں کا حصہ نہیں ہندو، سکھ، عیسائی، یہودی اور سیکولر اور لبرل لوگ بھی ان برائیوں میں ملوث ہیں مگر نزلہ عضو ضعیف پر گرتا ہے۔ اس وقت مسلمان دنیا کی سب سے مغلوب امت ہیں۔ چنانچہ عیب صرف انہی کے گنوائے جا رہے ہیں۔

مہاویر نے مسلمانوں کو پوری دنیا کا خون چوسنے والا قرار دیا ہے حالانکہ حقیقت یہ ہے کہ دنیا صدیوں سے مسلمانوں کا خون چوس رہی ہے۔ عیسائی دنیا نے صلیبی جنگیں ایجاد کیں اور دو سو سال تک مسلمانوں کا خون بہاتی رہی۔ جدید مغرب نے پوری مسلم دنیا کو اپنی نوآبادی بنایا اور کروڑوں مسلمانوں کو مار ڈالا۔ ہندوستان میں ہندو ایک صدی سے مسلمانوں کو مار رہے ہیں۔ ہندوستان میں 73 سال کے دوران پانچ ہزار سے زیادہ مسلم کش فسادات ہو چکے ہیں۔ فلسطین میں یہودی 75 سال سے فلسطینی مسلمانوں کا خون بہا رہے ہیں۔ چین کے صوبے سنکیانگ میں چین مسلمانوں پر عرصہ

حیات تنگ کیے ہوئے ہے۔ چیچنیا میں روس نے ہزاروں مسلمانوں کو قتل کیا ہے۔ بوسنیا میں عیسائی سربوں نے تین سال میں ساڑھے تین لاکھ مسلمانوں کو تہ تیغ کیا۔ جدید امریکا اور جدید یورپ میں اسلاموفوبیا عروج پر ہے۔ بدھ مذہب میں چیونٹی کو مارنا ”گناہ“ ہے مگر میانمر میں بدھ درندوں نے ہزاروں روہنگیا مسلمانوں کو مار ڈالا۔ انہوں نے 7 لاکھ مسلمانوں کو ان علاقوں سے نکال باہر کیا جہاں وہ ایک اور ڈیڑھ صدی سے رہ رہے تھے۔ سری لنکا میں بھی بدھ مت کے پیروکار مسلمانوں پر ظلم کر رہے ہیں۔ مگر جاوید چودھری کے مہاویر کا بیان ہے کہ دنیا مسلمانوں کا خون نہیں چوس رہی بلکہ مسلمان دنیا کا خون چوس رہے ہیں۔

مہاویر نے یہ سوال بھی اٹھایا کہ اگر اسلام اچھا ہے اور مسلمان خوب ہیں تو عالم اسلام میں امن کیوں نہیں ہے؟ اس سوال کا جواب یہ ہے کہ مسلمان تو ہر جگہ امن چاہتے ہیں مگر ان کے دشمن مسلم دنیا میں کہیں امن دیکھنے کے خواہش مند نہیں۔ وہ مقبوضہ فلسطین میں فساد برپا کیے ہوئے ہیں، وہ مقبوضہ کشمیر میں آگ بھڑکائے ہوئے ہیں۔ انہوں نے شام کی خانہ جنگی کو روکنے کی رتی برابر کوشش نہیں کی۔ انہوں نے عراق کو تباہ کیا۔ انہوں نے افغانستان میں 20 سال تک ظلم ڈھائے۔ بد قسمتی سے مسلم دنیا کا حکمران طبقہ امریکا اور یورپ کا غلام ہے۔ اس طبقے کی وجہ سے مسلم دنیا میں فساد برپا ہے۔ مصر میں امریکا کے کہنے پر فوج نے صدر مرسی کی منتخب حکومت کو گرا دیا۔ الجزائر کے جرنیل یہی کھیل الجزائر میں کھیل چکے ہیں۔ چنانچہ مسلم دنیا میں بے امنی کا ذمہ دار نہ اسلام ہے نہ عام مسلمان اس کے ذمہ دار ہیں۔ اس بے امنی کے ذمہ دار اسلام اور مسلمانوں کے دشمن اور ان کے آلہ کار ہیں۔

مہاویر نے یہ بھی کہا ہے کہ مسلمان سمجھتے ہیں کہ وہ دنیا کا خون چوس کر بھی جنت میں جائیں گے اور کینسر کی دوا ایجاد کرنے والا مسلمان نہ ہونے کی وجہ سے جہنم میں جائے گا۔ اصل میں مہاویر ایمان کی اہمیت سے آگاہ نہیں۔ ایک مسلمان کی پوری زندگی ایمان پر کھڑی ہوتی ہے۔ یہ مسلمانوں کا خود ساختہ تصور نہیں۔ یہ بھی اسلام کا عقیدہ ہے۔ خدا اس کائنات کی سب سے بڑی سچائی ہے اور اس کی موجودگی کی گواہی سب سے اہم گواہی ہے۔ خدا کی گواہی کے ساتھ ساتھ رسول اکرمؐ پر ایمان لانا بھی خود خدا نے لازم کیا ہے۔ چنانچہ جو شخص خدا اور رسول اکرمؐ پر ایمان لاتا ہے وہ کائنات کی سب سے اہم حقیقت کی گواہی دیتا ہے۔ چنانچہ گناہ گار مسلمان اپنے گناہوں کی سزا بھگتنے کے بعد جنت میں داخل کر دیے جائیں گے۔ البتہ کافر اور مشرک چوں کہ خدا کے منکر اور اس کے شریک ایجاد کرنے والے ہیں اس لیے وہ بہت سے اچھے کام کرنے کے باوجود جہنم میں جائیں گے۔ البتہ اللہ تعالیٰ ان کے اچھے کاموں کا صلہ اس دنیا میں دے دے گا۔

کمیونزم سے بدتر نظریہ

شاہنواز فاروقی - جسارت

کیا آپ نے کبھی سوچا تھا کہ دنیا میں کبھی کوئی کمیونزم سے بدتر نظریہ بھی آئے گا؟ ذرا دیکھیے تو پولینڈ کے صدر آن زلے دودا کیا کہہ رہے ہیں۔ پولینڈ کے صدر آن زلے دودا نے پولینڈ میں ایک جلسے سے خطاب کرتے ہوئے کہا کہ LGBT افراد کا نہیں ایک نظریے کا نام ہے۔ کمیونزم سے بھی زیادہ بدتر نظریے کا۔ بعض لوگ پوچھ سکتے ہیں کہ یہ LGBT کیا بلا ہے؟ اس فقرے میں سب سے اہم لفظ ”بلا“ ہے۔ LGBT واقعتاً ایک بلا ہے۔ اس اصطلاح میں ”L“ ہم جنس پرست عورت یا ”Lesbian“ کی علامت ہے۔ ”G“ ہم جنس پرستی مرد یا ”Gay“ کا استعارہ ہے۔ ”B“ ”Bisexual“ کا نشان ہے۔ اور ”T“ ”Trans gender“ کے لیے بروئے کار آنے والا حرف ہے۔ اب آپ کو معلوم ہوا کہ LGBT جیسی معصوم سی اصطلاح کو ہم نے بلا کیوں کہا ہے۔ لیکن اصل بات تو یہ تھی کہ LGBT افراد کا نہیں ایک نظریے کا نام ہے۔ پولینڈ کے صدر آن زلے دودا LGBT کو صرف ایک نظریہ قرار دے کر نہیں رہ گئے۔ انہوں نے یہ بھی کہا کہ ہمارے والدین کی نسل نے کمیونزم سے اس لیے نجات حاصل نہیں کی تھی کہ وہ کمیونزم کی گرفت سے نکل کر LGBT کی گرفت میں چلے جائیں۔ انہوں نے کہا کہ کمیونسٹ عہد میں حکومت نئی نسل کو کمیونزم کی پٹی پڑھا کر اپنا دفاع کرتی تھی۔ انہوں نے کہا کہ LGBT والے لوگ بھی یہی کر رہے ہیں۔ حکومتی جماعت کے ایک اہم رہنما نے کہا کہ پولینڈ LGBT کے بغیر خوبصورت لگتا ہے۔ (روزنامہ ڈان کراچی، 14 جون 2020ء)

عیسائی دنیا جدیدیت کے تصورات، رویوں، رجحانات، عقائد اور نظریات کے آگے ہتھیار ڈالنے والوں کی دنیا ہے۔ اس دنیا نے ”عقل پرستی“ کے آگے ہتھیار ڈالے اور ”وحی“ کی روایت کو بے توقیر کیا۔ اس دنیا نے سیکولر ازم کے آگے ہتھیار ڈالے، لبرل ازم کے آگے ہتھیار ڈالے۔ کمیونزم کے آگے ہتھیار ڈالے۔ اس دنیا نے طاقت کی پوجا کی۔ جذبات کی پوجا کی اب یہ دنیا ”جنسی جبلت“ کی پوجا کر رہی ہے۔ فرائیڈ صاف کہتا ہے کہ مذہب اور معاشرہ انسان کی جنسی جبلت پر پابندی لگا کر انسان کو بیمار بنا دیتا ہے۔ مگر یہاں کہنے کی اصل بات یہ ہے کہ ہم نے گزشتہ چالیس برسوں میں مغرب کے کسی اہم آدمی کو جنسی انحراف پر سرعام اعتراض کرتے نہیں دیکھا۔ یہ پہلا موقع ہے کہ یورپ کے ایک ملک کا صدر کہہ رہا ہے کہ

LGBT افراد کا نہیں ایک نظریے کا نام ہے۔ سوال یہ ہے کہ پولینڈ کے صدر نے LGBT کو نظریہ کیوں کہا ہے؟۔

ہر نظریے کی ایک الہیات ہوتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ خدا کا اقرار بھی نظریہ ہے اور اس کا انکار بھی نظریہ ہے۔ ہر نظریے کا ایک تصور علم یا Epistemology ہوتی ہے۔ ہر نظریے کا ایک تصور انسان ہوتا ہے۔ ہر نظریے کا ایک تصور زندگی ہوتا ہے۔ LGBT لوگوں کا مسئلہ یہ ہے کہ وہ ایک ایسا تصور زندگی اور ایک ایسا تصور کائنات رکھتے ہیں۔ جس کا کوئی خدا نہیں ہے۔ ان کا تصور علم یہ ہے کہ انسان کی انفرادی عقل بلکہ اس کے نفس کی خواہش جو کہے وہی علم ہے اور اس علم پر عمل کرنا چاہیے۔ جنسی انحرافات مذہبی معاشروں میں بھی ہوتے ہیں مگر ان معاشروں میں جنسی انحراف، ”انحرافات“ اور ”گناہ“ سمجھے جاتے ہیں اس لیے کہ وہ ایک کل کا جزو ہوتے ہیں، لیکن جدیدیت نے جنسی انحرافات کو پوری زندگی بنا دیا ہے۔ اس لیے LGBT لوگ افراد نہیں ایک نظریہ ہیں۔ جدید مغربی تہذیب میں Will to Power اور Will to Pleasure سے بڑی کوئی چیز نہیں۔ لذت میں جنسی لذت کا مقام اہل مغرب کے نزدیک سب سے بلند ہے۔ یہ ایسی لذت ہے جو کسی مذہب، کسی اخلاق، کسی تہذیب، کسی سماجیات، کسی عقل اور کسی منطق کی پابند نہیں۔ اس کے نزدیک انسانی رشتوں تک کی کوئی تقدیس نہیں۔ چنانچہ مغرب میں تحریم کے رشتوں میں جنسی تعلقات کافی عام بات ہیں۔ مغرب میں آپ کو ایسے گھر مل جاتے ہیں جہاں باپ بیٹی کے جنسی تعلقات ہوتے ہیں۔ جہاں بھائی بہن کے درمیان جنسی تعلقات موجود ہوتے ہیں۔ یہ ایک ایسا تصور زندگی اور ایک ایسا تصور انسان ہے جو انسانی تاریخ میں پہلے کبھی موجود نہیں رہا۔

خاندان انسانی تہذیب کی بنیاد ہے۔ خاندان نہیں تو تہذیب بھی نہیں۔ اس تناظر میں دیکھا جائے تو LGBT لوگ اس لیے بھی ایک نظریہ ہیں کہ مغرب اور مغرب کے زیر اثر بعض مشرقی معاشروں میں بھی اب ہم جنس پرست مرد اور ہم جنس پرست عورتیں ”خاندان“ تشکیل دے رہی ہیں۔ ظاہر ہے کہ نہ مردوں، مردوں کے درمیان شادی سے انسانی نسل کی بقا ممکن ہو سکتی ہے، نہ خواتین اور خواتین کے درمیان شادی یا جنسی تعلق سے نسل انسانی کی بقا کی صورت پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ LGBT لوگ خاندان اور نسل انسانی کی بقا کے خلاف ایک بھیانک سازش کر رہے ہیں۔ ایک وقت تھا کہ مغرب میں ہم جنس پرستوں کی تعداد سیکڑوں میں تھی۔ پھر ایک وقت آیا کہ ان کی تعداد ہزاروں تک پہنچ گئی۔ اس وقت مغرب میں ہم جنس پرستوں کی تعداد کروڑوں میں ہے۔ ایک نظریہ بنے بغیر ہم جنس پرستوں اور دیگر کی تعداد کروڑوں تک نہیں پہنچ سکتی تھی۔

آج سے تیس چالیس سال پہلے تک مشرق کیا مغرب میں بھی ہم جنس پرستی اور جنسی انحراف کی دوسری صورتیں ”Abnormal“ سمجھتی جاتی تھیں لیکن آج مغربی دنیا میں LGBT لوگ اور ان کے رجحانات کو ”Normal“ سمجھ لیا گیا ہے۔ اس کی دو بنیادی وجوہ ہیں۔ ایک یہ کہ مغرب میں مذہب کا ادارہ بدترین زوال سے دوچار ہو چکا ہے۔ برطانیہ کے

ممتاز جریدے ”ڈی اکنامسٹ“ کے ایک قدرے پرانے سروے کے مطابق مغربی یورپ میں 75 فی صد افراد کسی خدا اور کسی مذہب پر ایمان نہیں رکھتے۔ مشرقی یورپ میں خدا اور مذہب پر ایمان نہ رکھنے والوں کی تعداد تقریباً 80 فی صد ہے۔ مغرب میں LGBT لوگوں اور ان کے رجحانات کو ”Normal“ سمجھنے کی دوسری بڑی وجہ ان کی بڑھتی ہوئی تعداد ہے۔ مغرب میں ”تعداد“ ایک سطح پر ”سیاسی“ یا ”جمہوری“ مسئلہ بن جاتی ہے۔ جمہوریت کا اصول اکثریت ہے۔ مغرب کی اکثریت کو LGBT لوگوں پر کوئی اعتراض نہیں تو مسئلہ ہی ختم ہو گیا۔ اس اعتبار سے دیکھا جائے تو بھی LGBT لوگ ”افراد“ سے کہیں زیادہ ایک ”نظریہ“ نظر آتے ہیں۔ مغرب میں ہم جنس پرستی کس حد تک قابل قبول ہو گئی ہے اس کا اندازہ اس بات سے کیجیے کہ دی اکنامسٹ کے ایک سروے کے مطابق مغرب میں اب 25 سے 30 فی صد ایسے ”مسلمان“ پائے جاتے ہیں جو ہم جنس پرستی کے بارے میں منفی رائے نہیں رکھتے۔ ہم سے مغرب میں آباد کئی مسلم تارکین وطن پوچھ چکے ہیں کہ اگر ہم پراچانک اپنے بھائی یا بہن کے ہم جنس پرست ہونے کا انکشاف ہو تو ہم اس کے ساتھ کیا رویہ اختیار کریں؟ ہم اسے سمجھائیں؟ ڈانٹیں؟ ترک کر دیں؟ یا اسے تقدیر سمجھ کر قبول کر لیں؟ LGBT لوگ مغرب میں ایک نظریہ نہ بنتے تو یہ صورت حال کبھی رونما نہیں ہو سکتی تھی۔

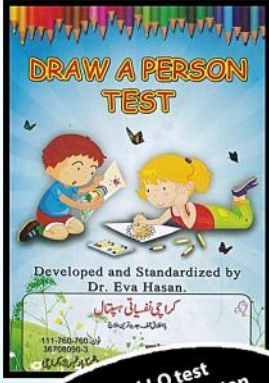
مغرب کو انسان کے احترام کی ہوا بھی نہیں لگی مگر بہر حال وہاں انسانی حقوق کے سلسلے میں کافی شور و غوغا مچا ہوا ہے۔ جیسے ہی کوئی گروہ سیاسی یا جمہوری اعتبار سے اہم ہوتا ہے اس کے ”حقوق“ کے تحفظ کا سوال اٹھ کھڑا ہوتا ہے۔ چنانچہ مغرب میں LGBT لوگوں کے ”حقوق“ کے تحفظ پر بڑا زور دیا جا رہا ہے۔ یہ صورت حال اس امر کا ثبوت ہے کہ مغربی دنیا میں LGBT لوگ ”افراد“ نہیں رہے وہ ایک نظریہ بن کر زندگی کے مرکزی دھارے میں شامل ہو گئے ہیں۔

مشرق بالخصوص مسلم دنیا کے بہت سے لوگ اس گمان میں مبتلا رہتے ہیں کہ مغرب کی شیطنت صرف مغرب تک محدود ہے۔ ایسے لوگوں کی اطلاع کے لیے عرض ہے کہ مغرب اب کسی جغرافیہ کا نام نہیں۔ مغرب ایک نظریے کا نام ہے۔ ایک تناظر کا نام ہے۔ ایک اقداری نظام کا نام ہے۔ ایک تصور انسان کا نام ہے۔ ایک تصور زندگی کا نام ہے۔ یہ چیزیں صرف مغرب میں موجود نہیں ہر جگہ موجود ہیں۔ آپ کے اخبار میں آپ کے رسالے میں۔ آپ کے ٹی وی اسکرین پر۔ آپ کے پسندیدہ ڈرامے میں۔ آپ کی پسندیدہ فلم میں۔ آپ کی پسندیدہ موسیقی میں۔ آپ کے انٹرنیٹ کنکشن میں۔ آپ مغرب سے بچ کر کہاں جائیں گے۔ آج سے سو سال پہلے اقبال نے ہندوستان کی ”روحانیت“ کو خراج تحسین پیش کرتے ہوئے ہندوؤں کے دیوتا شری رام کو ”امام ہند“ کا خطاب دیا۔ انہوں نے ہندوؤں کے دیوتا شری کرشن کے فلسفہ عمل کو سراہا۔ انہوں نے گوتم بدھ کی تعریف کی۔ آج اُسی ہندوستان کی عدالت عظمیٰ ہم جنس پرستی کو ”قانونی“ قرار دیے ہوئے

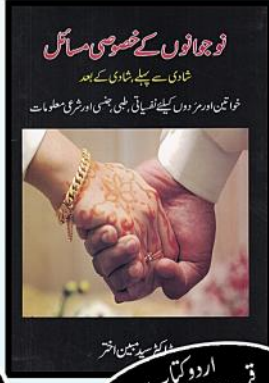
ہے۔ اہم بات یہ ہے کہ بھارتی عدالت عظمیٰ نے جب ہم جنس پرستی کو قانونی قرار دیا تو بھارت کی قدیم ترین جماعت کانگریس نے اس کا ”خیر مقدم“ کیا۔ بی جے پی اس پر ”خاموش“ رہی۔ ہندوستان کی اہم روحانی شخصیت شری شری روی شنکر نے فیصلے کو دل و جان سے قبول کیا۔ ہم نے اس صورت حال پر فرائیڈے اسپیشل کے لیے مضمون لکھنا شروع کیا تو ہمیں خیال آیا کہ اسلامی جمہوریہ پاکستان میں بھی کوئی نہ کوئی لبرل اور سیکولر اس فیصلے کی حمایت ضرور کرے گا۔ ہمارا خیال غلط نہ تھا۔ ریماعمر نے روزنامہ ڈان میں پورے صفحے کا مضمون لکھ کر بھارتی عدالت عظمیٰ کے فیصلے کو سراہا۔ ہمیں گمان تھا کہ علما اور مذہبی و سیاسی رہنماؤں میں سے کوئی نہ کوئی ریماعمر کے مضمون کا نوٹس لے گا مگر ہمارے علما اور مذہبی و سیاسی رہنما اپنے عہدوں، مناصب، اپنے Status، اپنی شہرت کو ”Enjoy“ کرنے میں اتنے مصروف ہیں کہ ان کے پاس قوم کی موجودہ اور ممکنہ اخلاقی حالت پر توجہ دینے کے لیے وقت ہی نہیں۔ ہمیں یہ سوال بار بار پریشان کرتا ہے کہ جب اللہ قیامت میں ہمارے علما اور مذہبی و سیاسی رہنماؤں سے پوچھے گا کہ تم نے مغرب کی شیطنیت کے مقابلے کے لیے فکری اور عملی طور پر کیا کیا تو یہ لوگ کیا جواب دیں گے؟۔



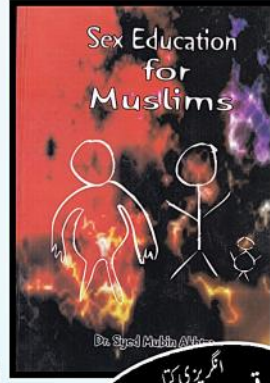
Books for Sale



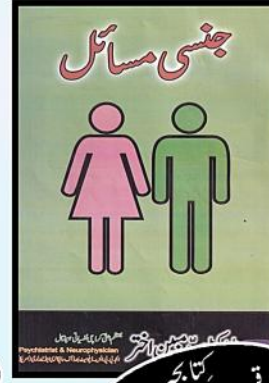
Pakistani I.Q test
Standardized in Pakistan
قیمت 5000 روپے



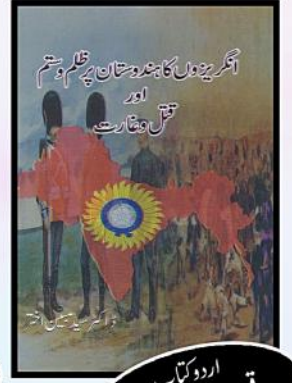
اردو کتاب
قیمت 500 روپے



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 Fiqh. These passages provide guidance to married as well as unmarried youngsters. If one reads this matter it would be easier to maintain proper physical and sexual health, along with an enjoyable marital life. The reading of this matter as well as using it in one's life will be considered equal to worship.

جنسی مسائل

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

انگریزوں کا ہندوستان پر ظلم و ستم اور قتل و غارت

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

مختصر کتابچہ برائے جنسی مسائل | قیمت 50 روپے

Author: **Dr. Syed Mubin Akhter**

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

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

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

We can also send these books by VPP.

﴿ مختصر تعارف ﴾

مسلمانوں کے لئے جنسی تعلیم

قرآن مجید اور حدیث زندگی کے تمام امور میں رہنمائی فراہم کرتے ہیں۔ ایک مسلمان کے لئے لازم ہے کہ وہ قرآن و حدیث کا مطالعہ کرے، انکو سمجھے، اور ان 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 و شبہ کی بات نہیں کہ قرآن حدیث سے ہمیں اس معاملے میں اہم رہنمائی ملتی ہے۔ لیکن بد قسمتی 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 حصے 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)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

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

Landhi
Al syed Center, Quaidabad
(Opp. Swidish 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 میں پہلی دفعہ بچوں کی ذہانت (I.Q) کو جانچنے کے حوالے سے نفسیاتی ٹیسٹ متعارف کیا جا رہا ہے۔ پاکستان میں بچوں کی ذہانت جانچنے کے لئے ابھی تک کوئی ٹیسٹ موجود نہیں 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 ان کے حالات اور معاشرے کے حوالے سے ترتیب دیئے گئے ہیں۔ ان ملکوں کے حالات اور سماجی اقدار ہمارے سماجی حالات سے یکسر مختلف ہیں جس کی وجہ موجودہ ذہانت کے آزمائشی ٹیسٹ (I.Q Test) ہمارے بچوں کی ذہانت کو صحیح طرح نہیں جانچ سکتے ہیں۔

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

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

یہ ٹیسٹ پروفیسر محمد اقبال آفریدی کی زیر نگرانی میں تیار کیا گیا ہے۔

Author: Dr. Syed Mubin Akhter

Diplomate Board of Psychiatry & Neurology (USA)

Available at all Karachi Psychiatric Hospital Branches

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

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

We can also send these books by VPP.

PSYCHIATRIST REQUIRED

"Psychiatrist required for Karachi Psychiatric Hospital"
(Pakistan)

Qualification:

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

Send C.V to:

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

Address:

Nazimabad No.3 Karachi, Pakistan

E-mail:

mubin@kph.org.pk

Phone No:

111-760-760
0336-7760760

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

New Improved Model



Rs. 70,000/=

With 5 year full warranty and after sale services.

Designed & Manufactured By

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL

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

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

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

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

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

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

KARACHI PSYCHIATRIC HOSPITAL KARACHI ADDICTION HOSPITAL



Established in 1970

Modern Treatment With Loving Care

با اخلاق عملہ - جدید ترین علاج

Main Branch

Nazimabad # 3, Karachi

Phone # 111-760-760
0336-7760760

Other Branches

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

E-mail: support@kph.org.pk

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

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

MESSAGE FOR PSYCHIATRISTS

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

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

Indoor services include:

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

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

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

Assuring you of our best services.

C.E.O

Contact # 0336-7760760

111-760-760

Email: support@kph.org.pk



Our Professional Staff for Patient Care

❖ Doctors:

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

❖ Psychologists:

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

5. **Rano Irfan**

M.S (Psychology)

6. **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

آ

آسٹرلین پالیسی 21
آزادی 178

ا

اردو 185، 141، 90
296، 358
اقوام متحدہ 90
امریکا 293، 126
اسرائیلی جاسوس 114
اضطرابی وسوسوں 215
انڈے 234
اردو زبان 236
اصطلاحات 296
امریکہ 449، 369
امریکیوں 374
انسان 450
اقبال 506
اسلام 640

ب

بڑھتی عمر 18
بچوں کو دماغی چوٹ 35
بلند فشار خون 39
برقی دماغی علاج 49
بعد حادثہ نفسیاتی مرض 57
بچوں میں یاسیت 82
بچوں 123

برطانوی تاریخ 157

برطانیہ 387، 178
بچے کی پیدائش کے بعد مباشرت
319
برطانوی لڑکیوں کا جنسی استحصال
354

بچوں کی پٹائی 564

پ

پریشانی 18
پیرس ہلٹن 207
پاکستانی 506

ت

تخلیقی ازہان 451

ٹ

ٹیسٹوسٹیرون 162

ج

جنسی خواہش 01
جنت 45
جنسی خواہش 77
جنگ آزادی 1857ء 91
جعلی عامل 137
جھوٹی تاریخ 223
جن 246
جنسی لطف 292

جنسی طور پر تنگ کرنا 303

جنسی تشدد 307
جنسی عمل 374، 404
جنسی زیادتی 449
جنسی 497
جنگ آزادی 637

چ

چین 497

ح

حیض کے وقت خواتین 110

خ

خواتین کے بچپن کے تکلیف 123
خوشی اور یاسیت 398، 331
خواتین کے ساتھ غیر مناسب سلوک
341
خواتین 449، 404، 369
497، 474

خودکشی 455
خاندان 569

د

دل 18
دماغی ساخت 172
دوقومی نظریہ 365

ڈ

ڈی کالونائزیشن 365

ذ

ذہانت 31

ر

رمضان 176
رومن 358

ز

زیادہ متحرک 212
زندگی 298

س

سانس میں رکاوٹ 75
سوزاک 189
275 Sexual Misconduct

ش

شریانوں 18
شراب 31
شکوہ 284

ص

صدمہ بعد از حادثہ 144
صنف 144

B

Bullying 630

G

Genetic Risk 630

I

Insomnia 509

M

Modafinil 571

P

Psychotherapy 464

Patient Violence 614

S

Sperm Donor 474

Schizophrenia 630

T

Types of Psycho
Therapy 595

W

WHO 455

ہ

ہوٹل 369

ی

یاسیت 18، 133، 394

نومیت (Hypnosis) 85

یادداشت 261

یاسیت کی ادویات 331

کینیڈا 341

کتے 450

م

مرگی 05

میتھائل فینڈیٹ 35

مشینی علاج 42

موٹاپا 79

مقامی زبانوں 126

مشینی دماغی علاج (ECT) 104

مالینجو لیا (Schizophrenia) 94

172، 630

مسلم تاریخ 176

مردوں کا جنسی عمل 196

مریضوں 200

ملازمت 200

منہ کے زریعہ 292

مسرت 298

مغرب منتقلی 451

مسلمانوں 451، 640

مودودی 506

مشاورت 464

مردانہ نطفہ 474

ن

نفسیاتی دورے 05

نیپولین 267

نکاح 565

نیند نہ آنا 509

صحت مند افراد 334

ط

طویل مدت کیلئے عمل کرنے والے 94

طلاق 147

ع

عضو میں سختی کی کمی 168

علاج برائے گفتگو کی اقسام 595

غ

غیر اسلامی 569

ف

فوج 133

فوجی بغاوتیں 293

فحاشی کی ویب گاہ 427

فوجیوں 449

ق

قتل 387

قانون 569

ک

کمپیوٹر پروگرام 44

کرونا (Covid-19) 60

کپکپاہٹ 151

کووڈ 19 196

ADDICTION WARD

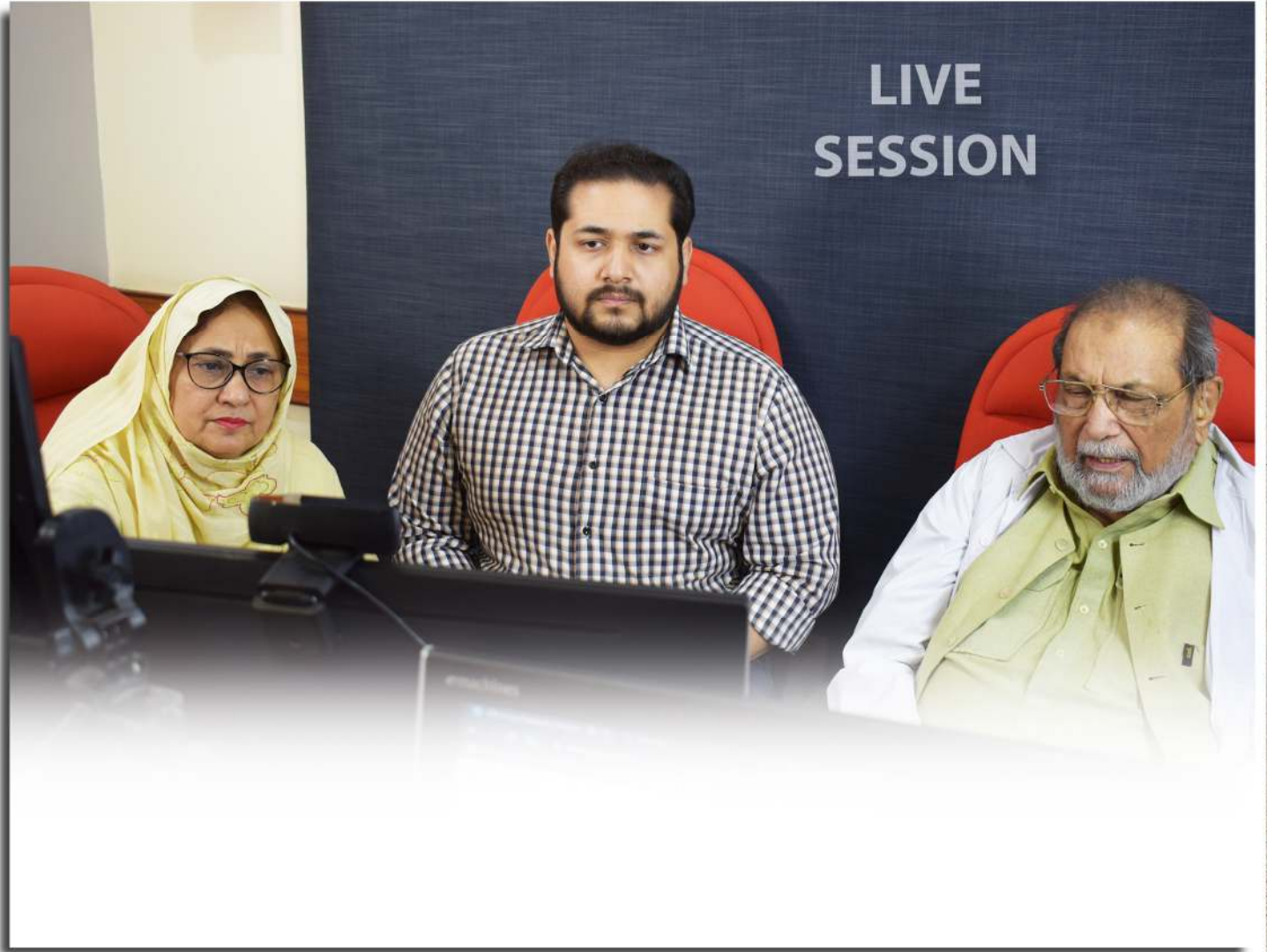
MUBIN HOUSE

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/250538426987326/>

 kph.org.pk

بمقام: کراچی نفسیاتی و منشیات ہسپتال

