

## نقش تغذیه در اختلالات روانی

تغذیه افراد، پیوندی ناگسستنی با روح و روان آنها دارد. این پیوند از مراحل اولیه زندگی انسان منشأ و سرچشمه میگیرد و نوزاد نسبت بهر نوع غذا در مقابل هریک از اعمال غذایی، یک سلسله عکس‌العمل‌هایی از قبیل حظ یا دل‌زدگی، بی‌نیازی یا درماندگی، پذیرش یا واژدگی نشان میدهد.

تغذیه در واقع یک امر ساده عبور مواد غذایی از دستگاه گوارشی نیست بلکه در اثر تحریک دستگاه عصبی توسط غذا، نوزاد درحقیقت یک عکس‌العمل روانی عمومی انجام میدهد. در مرحله طفولیت، اگر طفل هم از محبت خانواده وهم از میزان کافی غذا برخوردار گردد، زمینه وفرصت مناسبی خواهد داشت که در زندگی آتیه خود نسبت به غذا و مصرف آن نظری صائب و روشی منطقی آغاز نماید. لیکن اگر قضیه معکوس باشد و طفل جسماً از نظر غذا و روحاً از جهت بر خورداری از محبت گرسند بماند، در ساختمان شخصیت او تغییراتی ظاهر میشود که در دوران رشد، وی را مجبور مینماید که جهت جبران کمبود محبت، با روشی احیاناً غلط بخورد و خوراک بردازد.

جوانان بالغی که احساس می‌کنند در کانون خانوادگی و یادرجتماع دوستان هم‌مشرّب خود مورد توجه نیستند بعضی اوقات چاره‌ای

جز این نمی‌بینند که «خود بینی و خود اندیشی» خویش را با توسل به مثلاً «پر خوری» ارضاء و اقناع نمایند .

بعلاوه کسانی که بعلمت «درماندگی و ناتوانی» از زندگی سر خورده‌اند، ناراحتی‌های مربوط بدرماندگی خود را ممکنست با «پر خوری» جبران کنند تا بدینوسیله بروی احساسات منفی و وارده خود سرپوش بگذارند. همین «پر خوریهای بامنشاء روانی» است که سرانجام ممکنست یکی از علل مستعدۀ بروز «چاقی مفرط» گردد و متعاقب آن خطر امراض قلبی، تصلب شرائین، بالا رفتن فشار خون، فتق، سنگ مثانه، بیماری قند، و نارسائی ریوی پدیدار گردیده و یا افزایش یابد. معمولاً چاقی مفرطی که منشاء روانی داشته باشد یا «چاقی رشدی» است و یا «چاقی واکنشی». در چاقی رشدی، پر خوری طی طفولیت و دوران رشد شخصیت صورت میگیرد و در همین دوران است که ممکنست انسان با ناراحتی‌هایی از قبیل نگرانی، شکست، احساس تنهایی، و عدم تأمین روبرو گردد. چاقی واکنشی، بطفولیت و دوران رشد ارتباط ندارد و اکثر پر خوری عکس العمل وقایع و جریانات ناراحت کننده‌ای از قبیل شکست در عشق، مرگ عزیزان و یا درد غربت میباشد .

در مقابل اشخاص «پر خور» افراد کم خوراک هم بسیار دیده میشوند، اینها کسانی هستند که نیازمند محبت بوده و بعلاوه احتیاج دارند که حس «خودنمایی» خویش را چنانکه شاید و باید ارضاء نمایند. جدائی این دسته افراد از اجتماع، خواسته‌های روانی آنها را بر آورده نمیسازد و در نتیجه همه اوقات دچار حزن و اندوه بوده و بصورت افراد «درمانده و ناتوان» درمی‌آیند. این قبیل بیماران روحی، در یاره‌ای قضایا

مانند عشق یا نفرت، اعمال جنسی، و یا روابط دوستانه و خانوادگی معمولاً سعی دارند که طریق افراط یا تفریط را پیشه خود سازند. افراد این دسته بتدریج از خورد و خوراک کافی امساک میکنند و این امر را آنقدر ادامه میدهند تا میل و اشتهای طبیعی آنها نسبت به غذا از بین رفته و بمرحله «کم خوری» برسند. همین کم خوریهای بامشاعروانی است که ابتدا شخص را به «گرسنه خواری» و سپس به «لاغری مفرط» سوق میدهد.

برور اختلالات روانی در اثر الکلیسم یکی دیگر از مسائل واجد اهمیت در این زمینه است. «پلی نوروپاتی» «ورنیک انسفالوپاتی» و اختلالات عصبی بیماری «پلاگرا» و غیره در دسته بیماریهای قرار دارند که در اثر کمبود مواد غذایی و الکلیسم بوجود میآیند. در این اختلالات، ضایعات مغزی عصبی، ناپایداری مشاعر، از دست رفتن قدرت حافظه، غشوه و سرگیجه و بسیاری عوارض دیگر ظاهر میشوند.

دراثر الکلیسم اولاً «الکل» جانشین «غذا» در جیره غذایی میگردد، ثانیاً عمل جذب روده‌ای عناصر غذایی مختل میشود و ثالثاً میزان احتیاجات ویتامینی بدن افزایش می‌یابد. الکلیست‌های مزمن معمولاً غذای کافی مصرف نمیکند. ضایعات کبدی این افراد در حقیقت نتیجه مستقیم همین غفلت در تغذیه کافی و صحیح میباشد و اثر سمی الکل از نظر تولید این ضایعات در درجه دوم اهمیت قرار دارد. ضایعات عصبی الکلیست‌ها هم بیشتر بعلت همین تغذیه ناقص و بخصوص نقصان ویتامین‌های دسته B در جیره غذایی آنهاست. کمبود ویتامین B<sub>1</sub> یا «تیامین» در دژنراسانس اعصاب احشائی و نیز تغییرات مرضی دستگاه

اعصاب مرکزی الکلیست‌ها نقش مهمی ایفاء میکند. در اثر همین تغییرات مرضی دستگاه اعصاب مرکزی است که شخصیت افراد الکلی تغییر ماهیت میدهد و آنها را به ناپایداری مشاعر و عدم تعادل و یا احیاناً به‌لابالی‌گری و بی‌اعتنائی نسبت بخود و کانون خانوادگی خود مبتلا میسازد.

اکثر اختلالات روانی نتیجه نگرانیهای مداوم و ناراحتی‌های عصبی متوالی است و امکان سوء تغذیه مستمر بهر حال در هر یک از حالات نامبرده موجود است. هر چه دوران این اختلالات و میزان نگرانی‌ها و ناراحتی‌های عصبی بیشتر باشد، اثرات سوء تغذیه شدیدتر و ناگوارتر است. اختلالات روانی توأم با سوء تغذیه حاد یا مزمن نشانه آنست که بیمار از اثرات کمبود عناصر متعدد غذائی رنج میبرد و درینصورت بسیار مناسب و بجا خواهد بود که جهت مداوای بیمار درمان‌های داروئی و غذائی را توأمآ انجام داد. درمان‌های غذائی بیمار از بعد متخصص علوم تغذیه است و موفقیت در این نوع درمان و حصول نتایج ثمر بخش، ارتباط تام و تمام بعکس - العمل‌های روحی بیمار از نسبت به متخصصین آنها دارد، در نظر بیمار، متخصص تغذیه که وظیفه‌دار تنظیم فرمول غذائی یا حذف و تجویز ماده غذائی خاصی است در حکم یا نقش کسانست که بیمار در دوران طفولیت از نظر غذائی بآنها وابسته بوده است و در نتیجه مصرف دستور غذائی کارشناس تغذیه توسط بیمار، بستگی کامل بآن دارد که تا چه حد

متخصص نامبرده نقش اصولی و قابل قبولی ایفاء می کند. نظرات شتابزده و غیر قابل قبول و یا دستورهای حاکمانه متخصص تغذیه نه تنها اعتماد بیمار را سلب می کند بلکه گاهی اوقات او را مجبور به سرپیچی میسازد. متخصص تغذیه میتواند بسادگی با روش دوستانه، همکاری بیمار را با خود تأمین نموده واکنش های منفی او را نسبت بدستور غذایی یا شخص خویش، با توجه دقیق و محبت آمیز ضمن اخذ تاربخچه و سوابق تغذیه بیمار و یا با ملاقات بیمار در اوقات صرف غذا بسهولت خنثی کند تا با این ترتیب در امر درمان غذایی بیمار توفیق حاصل نماید.

