

Näringsaspekter vid behandling av depression och ångest

Bo H Jonsson, med dr, överläkare, Stockholm

Dagens psykiatriska diagnostik är inte på något sätt okontroversiell. En amerikansk professor i psykiatri E Jane Costello hävdade nyligen att ”diagnossystemet är fortfarande 200-300 år efter andra grenar inom medicinen” (1). Med rätta bör dock påpekas att det finns andra discipliner av medicinen som också vetenskapligt sett kan te sig outvecklade. Psykiatriska diagnoser formuleras utifrån beskrivning av symptom och beteenden. Sjukdomarnas orsaker lämnas vanligen därhän. Behandlingen med ”läkemedel” är främst symptomriktad. Psykoterapi eller samtal begränsar sig till eventuella psykologiska orsaksfaktorer. Detta skymmer inte faktum att miljoner människor haft nytta av läkemedel och psykoterapi. Men samtidigt får en stor grupp patienter otillräcklig effekt, besvärande bieffekter eller önskar själv annan behandling.

För att förstå orsakerna och på allvar kunna hjälpa patienter till en bättre hälsa är det klokt att se till hela den inre och yttre miljön. Av central betydelse är att vi alla är biokemiskt olika individer och att hälsa och sjukdom utspelar sig i en interaktion mellan gener och miljö. Idag söker alltfler hjälp för psykiskt lidande. Mycket talar också för att förekomsten av depressioner ökat starkt under 1900-talet (2). Ett evolutionsperspektiv kan vara en god hjälp när vi ska försöka förstå ökningen av depressioner under det senaste seklet (3). Det är inte brist på läkemedel eller psykoterapi som gör människor sjuka. På få generationer har vår kost genomgått en dramatisk förändring med mer raffinerad föda, mer socker och andra kolhydrater och en högre kvot fleromättade fettsyror omega-6/omega-3. Vidare har den fysiska aktiviteten minskat liksom den tid vi är utomhus.

För att förstå psykiska sjukdomar biokemiskt kan vi inte nonchalera näringens och gifternas betydelse. Patientens näringsstatus förtjänar uppmärksamhet i många situationer: vid kronisk eller recidiverande sjukdom, vid sedvanlig läkemedelsbehandling med för kroppen främmande molekyler (xenobiotika) som påverkar näringsstatus, och om konventionell behandling ej givit önskat resultat.

Depression innebär ofta sämre aptit och viktnedgång. Den som är deprimerad äter ofta mindre protein och fett men mer kolhydrater, ofta i form av socker (4). Vad som kliniskt kan beskrivas som sockerberoende är inte ovanligt hos patienter med depression eller ångest. Snabbt socker ger en kortvarig symptomlindring, men i själva verket inleds en ond cirkel med mer ångest, impulsivitet, nedstämdhet och

trötthet, och samtidigt ett med detta sammanhängande försämrat näringstillstånd. I en enkelblind kontrollerad studie hade borttagande av sackaros och koffein en signifikant antidepressiv effekt (5).

Signalsubstanser som serotonin och noradrenalin bildas från födans protein. För detta behövs också flera olika vitaminer och mineral. Vår hjärna uppbyggs till stor del av fett. Den behöver såväl mättat, enkelomättat som fleromättat fett. Ett lågt intag av fett (6), protein, flera olika vitaminer liksom mineral bidrar till såväl depression som ångest. Hög konsumtion av fisk korrelerar till mindre förekomst av depressioner på ländernivå (7). Man bör också minnas att överkänslighet för gluten och andra födoämnen kan ge psykiska symptom. Järnbrist kan ge depression och behöver också utredas medicinskt.

Depressioner innebär ofta ökade nivåer av pro-inflammatoriska cytokiner, ökad oxidativ stress och förändrad mag-tarmfunktion. Detta bidrar till att tarmfloran och absorptionen av mikronutrientier försämras. En viktig orsak till depression är hypothyreos som ofta innebär brist på saltsyra i magsäcken (achlorhydri). Nedsatt absorption leder till ökad risk för depression och andra sjukdomar. Därför har probiotika föreslagits som ett logiskt tillägg vid depressionsbehandling (8).

Läkemedel påverkar ej sällan näringsstatus. Sådana interaktioner kan vara kliniskt betydelsefulla. Äldre tricykliska antidepressiva medel påverkar metabolismen så att utsöndringen av riboflavin ökar och nivåerna av koenzym Q10 minskar. Flera andra läkemedelsgrupper och p-piller kan öka behovet av B-vitaminer och andra nutrientier (9), vilket kan öka risken för depression.

Vitaminer vid depression

Depression kan sammanhånga med brist på många vitaminer: B₁, B₂, B₃, B₆, folsyra, B₁₂, C och D. Vid hög konsumtion av kolhydrater åtgår mer vitamin B₁. Lägre blodkoncentrationer av vitamin B₁ och B₂ har korrelerats till depressiva symptom (10).

Redan på slutet av 1930-talet började de första psykiatrerna använda vitamin B₃, som ju finns i två former: nikotinsyra (niacin) och nikotinsyreamid (niacinamid). 1950 publicerade Annette Washburne en studie på 15 patienter som alla var deprimerade (11). Det var dock en heterogen grupp. Fem patienter beskrevs vara manodepressiva och fyra schizofrena. Tio patienter behandlades initialt med 300-400 mg nikotinsyra i långsam intravenös infusion varefter alla behandlades peroralt med mellan 900 och 2500 mg per dag. Patienterna som fick niacin intravenöst förbättrades inom 48 timmar, de som endast fick peroral behandling blev bättre

inom fem dagar. En av femton patienter förbättrades inte på behandlingen. Tre år senare publicerades i samma tidskrift en studie på sexton deprimerade patienter där elva stycken gavs 900 mg nikotinsyra per dag och fem fick placebo. Sju av de elva som fått niacin förbättrades inte. Författaren skrev att niacin inte fungerar vid depression (12). Med dagens kliniska erfarenhet av vitamin B₃ är det troligt att doskillnaden i dessa två studier förklarar skillnaden i respons. Om nikotinsyra används är det viktigt att patienten får noggrann information om flush som är den vanligaste bieffekten.

En liten del av kroppens tryptofan omvandlas till B₃. Kombinationer av dessa två ämnen har använts vid depression. I en studie var tryptofan tillsammans med niacinamid lika effektivt som det tricykliska antidepressiva medlet imipramin (13).

Vitaminerna B₆, folsyra och B₁₂ är viktiga vid depressioner. Folsyra har visats förbättra effekten av antidepressiva läkemedel. 800 µg folsyra och 1 mg B₁₂ har ansetts vara ett lämpligt tillägg vid depressionsbehandling (14). Nyligen föreslogs att 2 mg folsyra ges tillsammans med antidepressiva farmaka (15).

Depression, trötthet, irritabilitet och sjukdomskänsla är kliniska symptom på skörbjugg. Såväl födointaget av C-vitamin som plasmakoncentrationer av vitamin C har beskrivits vara lägre hos patienter med psykiska sjukdomar. I en studie av patienter med olika psykiska sjukdomar förbättrades de depressiva symptomen signifikant på 1 gram C-vitamin per dag (16). 3 gram C-vitamin per dag förbättrade humöret hos friska personer (17).

Vitamin D i mängderna 400-800 IE hade en signifikant positiv effekt på friska personers nedstämdhet under vintern (18). Med de senaste årens växande kunskap om D-vitamin är det rimligt att högre doser kan prövas.

Mineral vid depression

1999 kom den första fallstudien där patienter med dystymi förbättrades på kromtillskott. Det visade sig att de patienter som svarade på krom också hade ett sug på att äta kolhydrater (carbohydrate craving). Detta kunde stämma med vad som beskrivits som atypisk depression med ökad aptit/vikt, längre sömntid, tung känsla i armar och ben samt en interpersonell känslighet för att bli avvisad av andra. McLeod har i en bok beskrivit hur han upptäckte denna behandling (19). Två dubbelblinda studier har visat att 600 µg/dag av krompikolinat kan ha en positiv effekt på denna patientgrupp (20).

Magnesium anses ha humörstabiliserande verkan. Kontrollerade studier saknas av patienter med depressioner (21). I positiva fallstudier användes 125-300 mg till varje måltid samt till natten (22).

Flera studier har visat att lågt intag av selen ökar risken för depression, och i en dubbelblind cross-over studie med tillskott av 100 µg selen/dag fick man en positiv effekt på nedstämdhet och ångest hos friska individer (23).

Vid behandling med antidepressiva läkemedel normaliseras låga zinkvärden. I en preliminär dubbelblind pilotstudie gavs 25 mg zink per dag med signifikant förbättring efter sex veckor jämfört med placebogruppen (24).

Fleromättade fettsyror vid depression

Vi behöver en balans på fleromättade omega-3 och omega-6 fettsyror. Dagens västerländska kost innebär att vi får i oss mycket mer omega-6 än omega-3. De långa omega-3 fettsyrorerna EPA och DHA finns främst i födan från havet. Den korta omega-3 fettsyran ALA finns i gröna växter, men hos människan är omvandlingen av ALA till de längre fettsyrorerna ofta ineffektiv. Fem dubbelblinda studier har gjorts där omega-3 visade sig ha en signifikant antidepressiv effekt jämfört med kontrollgrupp i tre studier (25). Positiv effekt fick man i två studier med 1-2 gram ren etyl-EPA och i en studie med EPA/DHA i förhållandet 2/1. Man såg ingen signifikant skillnad i det fjärde arbetet med EPA/DHA i förhållandet ¼ med olivolja som kontrollsubstans, och ej heller i den femte studien med ren DHA. Detta talar för att EPA är effektivare än DHA som tillägg vid depression.

Vitaminer vid ångest

I enstaka arbeten har vitamin B₁, B₆ och inositol beskrivits vara verksamt vid ångest.

Vitamin B₃ i form av niacinamid har visats effektivt mot ångest i ett antal fallstudier (26). Biokemisk forskning talar för att niacinamid ger bensodiazepinliknande ångestlindring utan narkotiska risker, vilket kan förklara att B₃ är bra vid avgiftning från såväl alkohol, bensodiazepiner som andra narkotika. För att få en god ångestdämpande effekt krävs oftast mer än 1000 mg/dag. Vid dygnsdoser över 1000 mg/dag bör leverenzymerna kontrolleras, då ökning av dessa är en mindre vanlig biverkan.

Vitamin B₁₂ har ofta givits i injektionsform mot ångest, depression och trötthet. Dosen brukar vara minst 1 mg intramuskulärt varannan vecka eller oftare. Vid peroral behandling brukar doseringen vara minst 1 mg/dag.

Mineral vid ångest

I en dubbelblind studie gav ett preparat med B- och C-vitaminer, 100 mg kalcium, 100 mg magnesium och 10 mg zink en signifikant ångestminskande effekt jämfört med placebo (27). Magnesium i doser om 200-300 mg x 2-3 har sedan länge angivits kunna vara bra vid ångest.

Vid längre tids behandling ska man vara försiktig med högdosterapi av enstaka näringsämnen. Breda kombinationer av tillskott är ofta motiverat. Vid insättande av kosttillskott bör läkemedelsbehandling till en början kvarstå oförändrad. Man behöver tid på sig för att värdera den totala behandlingens effekter och bieffekter. Precis som för läkemedel så behövs det kunskap för att använda näringsämnen i både prevention och behandling. Rätt använda kan individuellt utformade rekommendationer om mat och tillskott tillsammans med annan behandling spela en viktig roll också inom det psykiatriska fältet.

Referenser

- 1) Carey B. What's wrong with a child. Psychiatrists often disagree. New York Times 2006-11-11.
- 2) Costello EJ, et al. Development and natural history of mood disorders. Biol Psychiatry 2002;52:529-42.
- 3) Jonsson B, Winzer R. Depression – i ett miljö-, samhälls- och evolutionsperspektiv – del 1, Medikament 2004, nr 5-6, sid 32-37; del 2, nr 7, sid 14-19.
- 4) Christensen L, Somers S. Comparison of nutrient intake among depressed and nondepressed individuals. Int J Eat Disord 1996;20:105-9.
- 5) Christensen L, Burrows R. Dietary treatment of depression. Behav Ther 1990;21:183-93.
- 6) Wells AS, et al. Alterations in mood after changing to a low-fat diet. Br J Nutr 1998;79:23-30.
- 7) Hibbeln JR. Fish consumption and major depression. Lancet 1998;351:1213.
- 8) Logan A, Katzman M. Major depressive disorder: probiotics may be an adjuvant therapy. Med Hypotheses 2005;64:533-8.
- 9) Pelton R, et al. Drug-induced nutrient depletion handbook (2nd Ed). Hudson: Lexi-Comp, 2001.
- 10) Benton D, et al. Vitamin supplementation for 1 year improves mood. Neuropsychobiology 1995;32:98-105.
- 11) Washburne AC. Nicotinic acid in the treatment of certain depressed states: a preliminary report. Ann Intern Med 1950;32:261-9.
- 12) Tonge WL. Nicotinic acid in the treatment of depression. Ann Intern Med 1953;38:551-3.
- 13) Chouinard G, et al. Tryptophan-nicotinamide, imipramine and their combination in depression. Acta Psychiatr Scand 1979;59:395-414.
- 14) Coppen A, Bolander Gouaille G. Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. J Psychopharmacol 2005;19:59-65.
- 15) Abou-Saleh MT, Coppen A. Folic acid and the treatment of depression. J Psychosom Res 2006;61:285-7.
- 16) Milner G. Ascorbic acid in chronic psychiatric patients: a controlled trial. Br J Psychiatry 1963;109:294-9.
- 17) Brody S. High-dose ascorbic acid increases intercourse frequency and improves mood. A randomized controlled clinical trial. Biol psychiatry 2002;52:371-4.
- 18) Lansdowne ATG, Provost SC. Vitamin D3 enhances mood in healthy subjects during winter. Psychopharmacology 1998;135:319-23.
- 19) McLeod MN. Lifting depression. The chromium connection. Basic Health Publications, Laguna Beach 2005.
- 20) Docherty JP, et al. A double-blind, placebo-controlled, exploratory trial of chromium picolinate in atypical depression: effect on carbohydrate craving. J Psychiatr Pract 2005;11:302-14.
- 21) Murck H. Magnesium and affective disorders. Nutr Neurosci 2002;5:375-89.
- 22) Eby GA, Eby KL. Rapid recovery from major depression using magnesium treatment. Med Hypotheses 2006;67:362-70.

- 23) Benton D. Selenium intake, mood and other aspects of psychological functioning. *Nutr Neurosci* 2002;5:363-74.
- 24) Nowak G, et al. Effect of zinc supplementation on antidepressant therapy in unipolar depression: a preliminary placebo-controlled study. *Pol J Pharmacol* 2003;55:1143-7.
- 25) Parker G, et al. Omega-3 fatty acids and mood disorders. *Am J Psychiatry* 2006;163:969-78.
- 26) Prousky J. Anxiety. Orthomolecular diagnosis and treatment. CCNM Press, Toronto 2006.
- 27) Carroll D, et al. The effects of an oral multivitamin combination with calcium, magnesium, and zinc on psychological well-being in healthy young male volunteers: a double-blind placebo-controlled trial. *Psychopharmacology* 2000;150:220-5.

*Bo H Jonsson är med dr, överläkare
i Stockholm. Han kan nås på
bo.jonsson@ki.se*