

Bei Depressionen ist eine rasche Behandlung entscheidend

Eine Informationsbroschüre der forschenden
pharmazeutischen Firmen der Schweiz



Depression: die häufigste psychische Erkrankung	4
Eine Depression ist eine Krankheit, keine Faulheit	6
Viele Depressionen können erfolgreich behandelt werden	7
«Es braucht eine Art unsichtbares Band zwischen Arzt und Patient.» ...	8
Meilensteine in der Entwicklung von Psychopharmaka	14
Eine breite Auswahl hilft den Patienten	16
Auch Angehörige sind betroffen	18
Bin ich depressionsgefährdet?	19
Weiter im Web	20

Forschung – das wirksamste Mittel gegen Krankheiten

Neue Medikamente und Therapien verbessern die Lebensqualität vieler Patientinnen und Patienten und erhöhen deren Überlebens- und Heilungschancen. Bei manchen Krankheiten ermöglichen sie heute ein fast normales Leben, etwa bei Diabetes. Bei anderen Krankheiten, beispielsweise bei Krebs, lindern Medikamente das Leiden, verlängern den Verlauf der Krankheit oder können bei Kindern die Krankheit oftmals gar heilen.

Dass für viele Krankheiten überhaupt so wirksame Mittel zur Verfügung stehen, verdanken wir der Forschung der letzten Jahrzehnte. Dennoch bleibt ein langer Weg. Für zu viele Krankheiten gibt es noch keine Linderung und neue Heilmittel sind dringend nötig.

Bis die Patienten von einem neuen Medikament profitieren können, braucht es allerdings mehr als nur Erfindergeist. Zunächst muss das Medikament zahlreiche Sicherheits- und Wirksamkeitsprüfungen bestehen, bevor es von den Behörden zum Verkauf freigegeben wird. Von den ersten Experimenten im Forschungslabor bis zur amtlichen Zulassung vergehen in der Regel acht bis zwölf Jahre, es kann aber auch schon mal zwanzig Jahre dauern.

Wir werden weiterhin alles dafür tun, neue Medikamente und noch bessere Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Denn wir sind überzeugt: Forschung ist das wirksamste Mittel gegen alle Krankheiten.

Interpharma

Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz



Depression: die häufigste psychische Erkrankung

Eine Depression kann jeden treffen. Entsprechend lang ist die Liste von Prominenten mit dieser Krankheit: Edvard Munch, Johann Wolfgang von Goethe, Winston Churchill, Robbie Williams, Robert Enke und viele mehr. Etwa jede zehnte Person wird im Verlauf ihres Lebens einmal an einer Depression erkranken. Vielleicht sind es noch wesentlich mehr, der Graubereich ist gross. Sicher ist, dass die Depression die häufigste psychische Erkrankung ist und zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt gehört.

Eine Depression ist etwas anderes als ein vorübergehendes Stimmungstief. Aber eine Depression klar zu umreissen, ist schwierig, weil es eine komplexe Erkrankung mit vielen Gesichtern ist: So gibt es die Altersdepression, die oft bei vereinsamten alten Menschen auftritt, die Wochenbettdepression bei Müttern nach der Geburt oder eine Winterdepression in dunklen Januartagen. Die Stärke reicht von einer leicht depressiven Episode, bei der sich der Patient zwar krank fühlt, aber trotzdem weiterarbeiten kann, bis zu einer schweren Depression mit Suizidgedanken.

Erschwerend kommt hinzu, dass auch die Medizin keine eindeutige Definition einer Depression liefern kann. Heute ist zwar belegt, dass eine Depression eine Stoffwechselstörung ist, aber es gibt keinen Bluttest, keinen Gentest, keinen Hirntest, der eindeutig belegen könnte, dass jemand an einer Depression leidet.



Ausgangspunkt Stress

Wie entsteht eine Depression? In 90 Prozent der Fälle beginnt die Depression mit Stress. Nicht umsonst bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation WHO Stress als eine der «grössten Gefahren des 21. Jahrhunderts». Stress kann entstehen, wenn wir ständig die Erwartungen anderer erfüllen müssen und das Gefühl haben, zu scheitern. Gepaart mit fehlender Anerkennung ist das ein Nährboden für eine Depression. Aber auch ständiger Lärm, finanzielle Sorgen, Einsamkeit oder der Tod eines nahen Menschen können Stress auslösen.

Bei chronischem Stress setzt irgendwann die Erschöpfung ein, die Batterie ist leer. Die Patienten werden zynisch, können nicht mehr schlafen, sind freudlos, niedergeschlagen, gereizt oder aggressiv. Bis zum Burn-out und schliesslich zur Depression ist es dann nicht mehr weit.

Neben gesellschaftlichen gibt es zudem genetische Faktoren, die zu Depressionen führen können: Kinder, bei denen Vater und Mutter depressiv sind, haben ein um 30 bis 40 Prozent erhöhtes Risiko, ebenfalls depressiv zu werden.



«Eine Depression ist die totale Antriebslosigkeit.»

«Seit 13 Jahren bin ich psychisch krank, manisch-depressiv. Die manischen Phasen sind mittlerweile selten, die Depressionen nicht mehr so tief wie früher, aber noch immer leide ich jedes Jahr an ein bis zwei Depressionen, die Wochen oder Monate dauern können.»

Eine Depression ist eine Krankheit, keine Faulheit

Viele Patienten versuchen zunächst alleine gegen die Depression anzukämpfen. Sie fürchten, dass andere die Depression als Schwäche oder gar als Faulheit auffassen. Leider ist diese Befürchtung nicht unbegründet. Die Aussenwelt fällt oft rasch ein Urteil über den depressiven Menschen: «Der hat sein Leben nicht im Griff und er hat nicht genügend Willen, um dies zu ändern.»

Anschaulich zeigt dies das Beispiel bei Fussballern: Hat ein Fussballer einen Kreuzbandriss, wünschen ihm Klubmitglieder und Fans gute Besserung. Hat der Fussballer eine Depression, sieht es anders aus. Depressive Menschen bezeichnen sich daher oft lieber als «ausgebrannt», obwohl sie eigentlich depressiv sind.

Im Alter von 30 Jahren hatte ich meine erste depressive Phase. Warum die Depression ausbrach, kann ich nicht genau sagen. Bei mir war es wohl auch der Stress bei der Arbeit. Das Problem war, dass ich trotz vollem Einsatz immer das Gefühl hatte, nie richtig zu genügen. Es gibt in der heutigen Arbeitswelt einen konstanten Druck, immer noch mehr zu leisten. Es ist nie fertig, es ist nie perfekt.



Viele Depressionen können erfolgreich behandelt werden

Viele depressive Menschen können heute erfolgreich behandelt werden. Der Gang zum Arzt ist wichtig, denn unbehandelt ist eine Depression eine potenziell tödliche Krankheit. So kann Dauerstress zu einem Herzinfarkt führen und Menschen mit einer schweren Depression sehen manchmal nur noch einen Ausweg: Die meisten Suizide sind Ergebnis einer psychischen Störung.

Meist werden bei der Behandlung von Depressionen Psychotherapien mit medikamentösen Therapien kombiniert. Es gibt heute eine Reihe von Antidepressiva, die zur Verfügung stehen. Antidepressiva werden immer häufiger eingenommen, sie sind heute in der Schweiz in der Spitzengruppe der Medikamente: Vier Prozent der Bevölkerung leben regelmässig damit.

Wie Antidepressiva wirken, ist in vielen Fällen noch nicht im Detail bekannt. Es zeigt sich aber, dass Medikamente wie auch Psychotherapien, Sport und Meditation die Bildung neuer Gehirnzellen im Hippocampus anregen und die Depression dadurch zurückdrängen können.

→

Mir war eigentlich schon damals klar, dass das nun eine Depression ist, aber ich habe nichts dagegen unternommen. Ich dachte, das geht wieder weg. Und sie ging auch weg, aber dann kam die nächste. Wenn ich depressiv bin, dann komme ich kaum aus der Wohnung raus, es braucht unglaublich viel Energie, aus dem Bett zu steigen. Es ist die totale Antriebslosigkeit. Ich habe Hilfe gesucht, zunächst in esoterischen Kursen, aber erst ein Psychiater konnte mir helfen.

Er überwies mich zur Behandlung in eine Klinik, wo ich fünf Monate lang behandelt wurde, einerseits medikamentös, andererseits mit verschiedenen Therapien: Ergotherapie, Bewegungstherapie, Gruppengespräche, obwohl ich die nicht so mochte. Am liebsten habe ich mit den Händen gearbeitet, zum Beispiel Speckstein geformt. In diesen Monaten habe ich wieder gelernt, meinen Körper zu spüren. Schliesslich habe ich mich aus dem Loch herausgekämpft und wieder

Weiter auf Seite 12 →

«Es braucht eine Art unsichtbares Band zwischen Arzt und Patient.»

Professor Wulf Rössler (Bild rechts) ist Direktor an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Er befasst sich seit mehr als 35 Jahren mit der psychischen Gesundheit der Menschen.

Man hat heute das Gefühl, dass die Anzahl Patienten mit Burn-out oder mit einer Depression zunimmt. Stimmt dieser Eindruck?

Ich denke nicht. Die Anzahl an Patienten hat nicht zugenommen, geändert hat sich die Schwelle, bei der Menschen Hilfe suchen. Heute gehen Patienten bei einem Burn-out oder einer Depression rascher zum Arzt als früher.

Noch immer gibt es aber Patienten, die selbst bei einer schweren Depression keine Hilfe suchen.

Das stimmt und interessanterweise ist es oft so: Je mehr Unterstützung die betroffene Person von Familie und Freunden erhält, umso geringer ist sein Antrieb, einen Arzt aufzusuchen. Daher ist es wichtig, dass auch das Umfeld über eine Depression und deren Folgen informiert wird. Denn Patienten mit einer schweren Depression sind unter anderem stark suchtgefährdet und greifen zum Beispiel zum Alkohol, weil er ihre Symptome lindern kann.





Wenn Betroffene einen Arzt aufsuchen, dann reden sie meist von einem Burn-out, nicht von einer Depression.

Warum ist das so?

Viele Patienten sagen, sie würden an einem Burn-out leiden, obwohl sie eigentlich im klassischen Sinn an einer Depression leiden. Dies weil diese Erklärung ihrem eigenen Krankheitsverständnis eher entspricht. Bei einem Burn-out liegen die Ursachen in ihrer Umwelt, etwa beim Chef oder beim vollen Terminkalender. Ein Burn-out signalisiert: «Ich brauche keine Medikamente, ich brauche vielleicht einen neuen Chef.» Bei einer Depression entsteht hingegen der Eindruck, der Patient sei einfach zu schwach und überfordert und habe seine Depression selbst verschuldet.

Welche Personen sind besonders Burn-out gefährdet?

Überraschenderweise sind es nicht die Manager. Gefährdet sind eher Personen mit einer hohen Arbeitsbelastung und nur geringen Entscheidungsmöglichkeiten. Auch die Persönlichkeit trägt zur Gefährdung bei, etwa wenn es sich um Personen handelt, die nicht Nein sagen können und es immer allen recht machen wollen.

Wie werden diese Patienten heute behandelt?

Für die meisten Burn-out-Patienten ist ein Klinikaufenthalt nicht das Richtige. Das ist im Allgemeinen nur bei schwer depressiven Patienten angezeigt. Wir haben an unserer Klinik ein ambulantes Programm entwickelt, bei dem psychisch Kranke, insbesondere die Burn-out-Patienten, in Arbeit und Familie integriert bleiben und mit Gesprächen



sowie allenfalls Medikamenten behandelt werden. Vor allem aber analysieren wir die Arbeitssituation der Patienten genau und schlagen entsprechende Verbesserungen vor, denn die Arbeitssituation ist definitionsgemäss der Auslöser für ein klassisches Burn-out. Zuletzt geht es natürlich auch darum, mit dem Patienten genau zu besprechen, was er als Person zu dieser Situation beigetragen hat und wo er sich persönlich ändern muss. Wenn der Änderungsprozess gelingt, ist die Aussicht auf Erfolg sehr gut. Falls der Prozess nicht gelingt, ist die Wahrscheinlichkeit für ein nächstes Burn-out jedoch gross.

Heute wird eine Depression oft als Stoffwechselerkrankung bezeichnet. Das bedeutet, dass man eine Depression mit einem Wirkstoff behandeln kann – so wie man Diabetes durch die Gabe von Insulin behandeln kann. Ist es so einfach?

Leider nein. Eine Depression ist nicht vergleichbar mit einem Diabetes oder einer bakteriellen Infektion, die man mit Antibiotika behandeln kann. Eine Depression einfach als Stoffwechselerkrankung zu bezeichnen, die durch die Gabe von Serotonin gelöst werden kann, hilft den Patienten oft nicht weiter. Diese Erklärung wird von vielen Patienten nach meiner Erfahrung auch nicht akzeptiert. Das Krankheitsbild einer Depression ist zu komplex, um es derart zu reduzieren. Die Biologie spielt aber sicher eine wichtige Rolle. Das beweist allein schon die Tatsache, dass ein gewisses Risiko für eine Depression vererbt werden kann. Aber das ist nur ein Faktor unter vielen, die zur Entstehung einer Depression beitragen können. Darum können Ärzte eine Depression auch nicht mit Antidepressiva alleine behandeln.

→

angefangen zu arbeiten. In meiner vorherigen Stelle als Aussendienstmitarbeiterin in der Pharmaindustrie konnte ich zunächst 50 Prozent arbeiten. Dann habe ich rasch wieder auf 100 Prozent erhöht – zu rasch, wie sich im Nachhinein herausgestellt hat, denn bald kam der nächste Absturz. Ich war an manchen Tagen so müde, dass ich beim Warten am Rotlicht im Auto eingeschlafen bin. Ganz anders läuft es bei einer manischen Phase. Dann habe ich das Gefühl, ich könnte die Welt erobern. Meine Energie ist scheinbar unbegrenzt,

ich rede die ganze Zeit, kann nicht zuhören, gehe abends bis spät in den Ausgang, gebe Geld aus, brauche wenig Schlaf. Wenn mich in dieser Phase jemand zur Vernunft auffordert, dann prallt das an mir ab. Jetzt, da es mir endlich blendend geht, lasse ich mir nichts vorschreiben. Ich kenne Leute, die haben in diesem Zustand einen Ferrari gekauft oder haben Hunderternoten an wildfremde Menschen verteilt.

Wie wichtig sind Antidepressiva bei der Behandlung von Depressionen?

Antidepressiva sind ein wichtiger Pfeiler in der Behandlung, insbesondere bei der Behandlung von schweren Depressionen. Nach meiner Erfahrung können sie aber auch bei leichten und mittelschweren Depressionen teilweise «Wunder» bewirken. Allerdings ist es unmöglich, exakt vorauszusagen, ob ein Wirkstoff bei einem Patienten wirken wird oder nicht. Man muss es versuchen. Die Behandlung beginnt mit einer Testdosis und bereits nach wenigen Tagen zeigt sich dann, ob das Antidepressivum wirken wird oder nicht.

Wie wichtig ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient?

Sehr wichtig, sie ist das Fundament der Behandlung. Entscheidend ist ein enger Kontakt zwischen Arzt und Patient. Es braucht eine Art unsichtbares Band zwischen den beiden. Nur so kann der Arzt Fortschritte erkennen sowie den richtigen Zeitpunkt, um die Dosis zu ändern oder auch ein Schlafmittel wieder abzusetzen.

Wenn die Manie dann aber abebbt, steht man oft vor einem Scherbenhaufen. Ich spüre, wenn eine manische Phase aufzieht, weil ich dann viel grinse und alles lustig finde. Heute ist das der Zeitpunkt, an dem mir mein Psychiater die Kreditkarte wegnimmt.

Auch wenn mir die vergangenen 13 Jahre oft wie verlorene Jahre vorkommen, so waren sie für mich doch eine lehrreiche Zeit. Ich habe gelernt, mit dieser Krankheit umzugehen und hoffe im tiefsten Inneren wieder einmal von dieser «Fessel»



Welches sind die typischen Nebenwirkungen von Antidepressiva?

Die Nebenwirkungen haben über die vergangenen Jahrzehnte stark abgenommen und die heutigen Antidepressiva sind wesentlich unproblematischer in der Anwendung. Aber noch immer können sie teilweise zu Übelkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Gewichtszunahme führen. Wichtig ist, dass Arzt und Patient über Nebenwirkungen sprechen und sich einigen, welche Nebenwirkungen individuell akzeptabel sind. Ansonsten ist die Chance sehr gross, dass der Patient das Medikament nicht richtig einnimmt. Auch hier ist das Vertrauen zwischen Arzt und Patient entscheidend. Wenn der Patient das Gefühl hat, der Arzt weiss, was er tut, dann ist er auch eher bereit, Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen. Mir ist lieber, ein Patient sagt mir direkt, dass er ein Medikament nicht einnehmen will. Dann können wir nach Alternativen suchen.

→

befreit zu leben. Geholfen haben mir bisweilen Therapien, Diskussionen in der Selbsthilfegruppe und verschiedene Medikamente. Antidepressiva bringen mir zwar keine Heilung, aber sie können die Schwere der Depression mildern. Über die Jahre sind die Wirkstoffe besser geworden, vor allem haben heutige Wirkstoffe weniger Nebenwirkungen und man muss keine Angst mehr haben, davon abhängig zu werden.»

Christine Heim, 48 Jahre alt, ist Präsidentin des Vereins Equilibrium, eines Vereins zur Bewältigung von Depressionen. Sie leidet seit 13 Jahren an einer manisch-depressiven Erkrankung. Nachdem sie mehrmals aufgrund ihrer Erkrankung ihre Arbeit verloren hat, lebt sie heute von einer IV-Rente. ●

Meilensteine in der Entwicklung von Psychopharmaka

Menschen, die an Depressionen leiden, gibt es seit Jahrhunderten. Schon in der Bibel wird Elias mit depressiven Eigenschaften umschrieben. Hippokrates bezeichnete die Krankheit als «Melancholie». Goethe litt wohl zeit seines Lebens an Depressionen. Die Erschöpfung als Massenleiden ist aber ein Phänomen unserer Zeit.

Die Behandlung beschränkte sich bis in die 50er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts vor allem auf die Gabe von Johanniskraut oder Rosenwurz. Daneben wurden Patienten auch mit Opium und verwandten Stoffen sowie Amphetaminen behandelt.

In den 1950er-Jahren entdecken Forscher, dass eine Depression möglicherweise mit einem Ungleichgewicht von Botenstoffen im Gehirn (Neurotransmittern) zusammenhängt. Das ist die Grundlage für die Entwicklung von Medikamenten.

Im Jahre 1951 wird der erste Monoaminoxidase (MAO)-Hemmer entwickelt – ursprünglich gegen Tuberkulose. MAO-Hemmer helfen gegen schwere Depressionen sowie gegen Angst- und Zwangsstörungen. Über die Jahrzehnte wird der Wirkstoff verbessert und weitere, ähnliche Wirkstoffe kommen dazu.

Seit den 1950er-Jahren wird Lithium als Substanz in der Psychiatrie eingesetzt, etwa bei manisch-depressiven Patienten. Lithium beruhigt Patienten, aber macht sie nicht schläfrig. Der Wirkstoff hat den Vorteil, dass sich die Nebenwirkungen meist im Rahmen halten.

Im Jahre 1958 kommt Imipramin auf den Markt. Das Medikament ist der Ausgangspunkt für eine ganze Klasse von Psychopharmaka, den trizyklischen Antidepressiva. Imipramin wirkt nicht nur gegen Depressionen, sondern auch gegen Panikattacken und chronische Schmerzzustände.



Im Jahre 1963 wird Diazepam erstmals für Patienten erhältlich. Der vom Chemiker Leo Sternbach entwickelte Wirkstoff wird bei depressiven Patienten vor allem zur Behandlung von Angstzuständen und als Schlafmittel eingesetzt. Er gehört heute zur «Liste der unentbehrlichen Arzneimittel» der Weltgesundheitsorganisation WHO. Der Song «Mother's Little Helper» der Rolling Stones bezieht sich auf diesen Wirkstoff.

Ab Mitte der 80er-Jahre kommen die ersten SSRI auf den Markt, sogenannte Serotoninwiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), zum Beispiel der Wirkstoff Fluoxetin, der nicht nur gegen Depressionen eingesetzt wird, sondern zusätzlich gegen Zwangsstörungen und Bulimie.

Über die vergangenen drei Jahrzehnte hat sich die Zahl an Antidepressiva vervielfacht. Heute gibt es rund 20 verschiedene.

In Zukunft sollen Antidepressiva noch spezifischer wirken. Die Hoffnung besteht darin, dass mithilfe von Tests frühzeitig festgestellt werden kann, ob ein Antidepressivum bei einem Patienten wirken wird oder nicht.



Eine breite Auswahl hilft den Patienten

Zwei Patienten mit einer Depression können ganz unterschiedlich auf dasselbe Antidepressivum reagieren. Zudem kann es sein, dass ein Patient bei einer ersten depressiven Phase gut auf ein Medikament anspricht, einige Jahre später jedoch praktisch keine Reaktion mehr spürbar ist.

Daher ist eine breite Auswahl an Antidepressiva wichtig. Damit kann der Arzt für jeden Patienten das geeignete Antidepressivum finden. Und es ist wichtig, die Palette auch in Zukunft ständig zu erweitern.

Noch haben Antidepressiva verschiedene Nachteile: Es dauert einige Zeit, bis sie wirken, sie wirken oft zu wenig spezifisch und sie lösen verschiedene Nebenwirkungen aus. Forschungsteams weltweit sind daran, diese Situation zu verbessern. Geforscht wird zum Beispiel an Tests, die voraussagen sollen, welches Antidepressivum bei welchem Patienten wirksam sein wird. Solche Tests können genetische Daten sowie Daten von Hirnstromaktivität, Hormonwerten und weitere Parameter einbeziehen und ermöglichen auf dieser Grundlage eine Vorhersage. Es wäre ein erster Schritt in Richtung personalisierte Psychiatrie. Viele Experten sehen darin einen interessanten Schritt in die richtige Richtung, auch wenn die Entwicklung erst ganz am Anfang steht.



Geforscht wird auch an Tests, um möglichst präzise vorhersagen zu können, ob jemand in den nächsten Jahren an einer Depression erkranken wird und wie hoch die Wahrscheinlichkeit dafür ist. Verschiedene Informationen müssten hier verflochten werden, etwa genetische Informationen, Daten aus bildgebenden Verfahren wie MRI, Ergebnisse aus neuropsychologischen Tests usw. Entsprechend könnte vorhergesagt werden, welche Art von Depression dieser Person droht. Eher ein Serotoninmangel? Oder eine Überproduktion an Stresshormonen?

Gemäss dem weltweit grössten Register für klinische Studien clinicaltrials.gov, dem Register der amerikanischen Gesundheitsbehörde NIH, sind derzeit über 850 Phase-III-Studien geplant, die auf die Erforschung und Behandlung von Depressionen fokussieren.



Auch Angehörige sind betroffen

Eine Depression trifft nicht nur den Patienten selbst, sondern auch das Umfeld: Familie, Freunde, Kollegen am Arbeitsplatz. Sie alle müssen mithelfen, damit der Patient möglichst rasch wieder auf die Beine kommt. Wichtig ist zunächst einmal, dass über eine Depression gesprochen wird und dass der Betroffene ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt.

Wichtig ist weiter, dass – wenn möglich – bereits die allererste Depression behandelt wird, denn bei der ersten Depression sind die Chancen auf Heilung relativ gut. Nach der zweiten, dritten, vierten unbehandelten Phase sinken die Erfolgschancen kontinuierlich.



Bin ich depressionsgefährdet?

Nur eine genaue Abklärung bei einem Spezialisten kann bestätigen, ob ein Mensch an einer Depression leidet oder nicht. Es gibt verschiedene Hinweise auf eine Depression, zum Beispiel wenn jemand über längere Zeit an folgenden Symptomen leidet:

- Konzentrationsstörungen
- Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit
- Häufige Schuldgefühle oder Selbstkritik
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit

Weiter im Web

www.depressionen.ch

Der Verein Equilibrium zur Bewältigung von Depressionen hilft Menschen mit Depressionen, zum Beispiel mit Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen, Ferienkurswochen usw.

www.berner-buendnis-depression.ch

In der Schweiz haben sich verschiedene Organisationen und Kantone dem «Bündnis gegen Depression» angeschlossen, etwa der Kanton Bern.

www.stressnostress.ch

Die Internetseite liefert Informationen und praktische Tipps zum Thema Stressabbau und Stressprävention am Arbeitsplatz.



Interpharma
Verband der forschenden
pharmazeutischen Firmen der Schweiz
Petersgraben 35
Postfach
4003 Basel

Telefon +41 (0)61 264 34 00
E-Mail info@interpharma.ch
www.interpharma.ch

Redaktionsteam Interpharma:
Sibylle Augsburg, Natalia Aeple, Roland Schlumpf

Redaktion: advocacy AG, Basel

Gestaltung: vista point, Basel

Bilder: Barbara Jung, Basel
Seite 4/5 und Seite 18/19 ©Pino Covino, Basel
Seite 16/17 ©Novartis AG

Quellen: Spiegel Wissen, 1/2011, NZZ Folio 1/2011

Dezember 2011

