



# Help-seeking for mental health problems from the patient perspective – A qualitative study

## Das Hilfe(auf)suchen bei psychischen Gesundheitsproblemen aus der Betroffenenperspektive – Eine qualitative Studie

Eva Tola<sup>1\*</sup>, Petra Metzenthin<sup>2</sup>,  
Claudia Mischke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bildungszentrum Pflege, Abteilung Weiterbildung,  
Freiburgstrasse 133, 3008 Bern, SWITZERLAND,  
\*eva.tola@bzpflege.ch

<sup>2,3</sup>Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit,  
Disziplin Pflege, Murtenstrasse 10, 3008 Bern,  
SWITZERLAND

Received 12 June 2015, accepted 27 October 2015, available online 25 November 2015

### Abstract

**Background:** Early specialised care is important for those with mental health problems to prevent e.g. chronic progression. Targeted professionally initiated intervention to stabilise mental health status is only possible if affected individuals actively seek support. The reasons for inadequate use of qualified services have not been sufficiently investigated from the perspectives of those affected. There is only limited insight into the help-seeking behaviour of those with mental health issues. Aim: This study sheds light on the 'experience' of help-seeking to time of first contact with a psychiatric institution. It specifically concentrates on the perspective of those affected and their subjective problems.

**Method:** Using a qualitative-inductive design, patients at a crisis centre were retrospectively interviewed using a guideline-supported approach. Interview results were analysed using Saldaña (2013) opening coding (two circles).

**Results:** The patients' experience can be categorised as 'real' problems as the cause, exacerbated mental health problems and utilising mental health services. Help-seeking is determined by the need to manage causal, 'real' (everyday, social) problems. Many mental health problem have long not been recognised as such, and thus help-seeking is initially focussed on 'real' problems. At all levels of help-seeking, from recognition of a mental health Problem to overcoming barriers preventing use of specialised help, affected persons require the support of third parties.

**Conclusions:** The results indicate the need for a patient-orientated transformation of mental health primary care to provide for more easily accessible services that take into account the everyday and social problems of those with related problems.

### Abstract

**Hintergrund:** Für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ist eine frühzeitige fachspezifische Betreuung wichtig, um u. a. einen chronisch-progredienten Verlauf abzuwenden. Gezielte professionell initiierte Interventionen zur Stabilisierung der psychischen Gesundheit sind jedoch nur möglich, wenn Betroffene formelle Unterstützung aufsuchen. Gründe für die geringe Inanspruchnahme formeller Angebote wurden bisher kaum aus der Perspektive der Betroffenen untersucht. Insgesamt existiert wenig Wissen zum Hilfe(auf)suchverhalten („Help-Seeking“) von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

**Ziel:** Die vorliegende Studie beleuchtet das „Erleben“ des Hilfe(auf)suchens bis hin zu einem Erstkontakt mit einer psychiatrischen Institution. Sie stellt dabei gezielt die Betroffenenperspektive mit deren subjektiven Probleminterpretation in den Vordergrund.

**Methode:** Anhand eines qualitativ-induktiven Designs wurde mit Patientinnen/Patienten einer Kriseninterventionsstelle retrospektive, leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Die Daten wurden durch offenes Kodieren in zwei Zirkeln nach Saldaña (2013) analysiert.

**Ergebnisse:** Das Erleben lässt sich mit den drei Kategorien „Reale“ Probleme als Ursache“, „Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme“ und „Dienste der psychischen Gesundheit in Anspruch nehmen“ zusammenfassen. Das Hilfe(auf)suchen ist geprägt vom Bestreben ursächliche, „realen“ Probleme (alltagsnahe-, soziale Probleme) zu bewältigen. Die stärker werdenden psychischen Gesundheitsbeschwerden werden lange nicht als solche erkannt, das Hilfe(auf)suchen ist daher zunächst auf die „realen“ Probleme ausgerichtet. Auf allen Ebenen des Hilfe(auf)suchens, vom Erkennen einer psychischen Gesundheitsproblematik bis hin zum Überwinden von spezifischen Hürden bei der Inanspruchnahme von spezialisierten Hilfen, erhalten die Betroffenen Unterstützung Dritter. Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse liefern wichtige Anhaltspunkte für einen betroffenenorientierten Aus- und/oder Umbau einer auf psychische Gesundheit ausgerichteten Primärversorgung so z. B. niederschwellige Angebote, welche sich gezielt den alltagsnahen- und sozialen Problemen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen annehmen.

### Keywords

Help-seeking – mental health – patient perspective – primary care – qualitative study

### Keywords

Hilfe(Auf-)Suchen – Psychische Gesundheit – Betroffenenperspektive – Primärversorgung – qualitative Studie

## EINLEITUNG

Psychische Gesundheitsprobleme sind weit verbreitet und gehen mit einer erheblichen Krankheitslast einher, welche nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen einschränken, sondern auch hohe Kosten für die Gesellschaft verursachen können (Gustavsson et al., 2011; Kessler et al., 2009). Viele der von einer psychischen Problematik betroffenen Menschen begeben sich nicht in eine passende Betreuung und Behandlung (WHO, 2014). 2010 hatten in Europa 38,2 Prozent der Erwachsenenbevölkerung eine psychische Störung. Weniger als ein Drittel der Betroffenen begab sich in eine Behandlung (Wittchen et al., 2011). Suchen Betroffene nicht oder erst bei fortgeschrittener Symptomatik professionelle Hilfe erhöht sich das Risiko von sozialer Isolation, Komorbidität, chronischem Krankheitsverlauf und suizidalem Verhalten (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Im Vergleich zu anderen medizinischen Problemen verursachen psychische Störungen oft hohe indirekte Kosten. Die provokative Frage, ob eine Investition in die direkten Kosten z. B. durch Früherkennung gefolgt von adäquaten Interventionen die indirekten Kosten bzw. die Gesamtkosten reduzieren könnte, scheint daher berechtigt (Gustavsson et al., 2011).

Eine Literaturübersicht zur Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Gesundheitsproblemen zeigt, dass das Aufsuchen professioneller Hilfe neben krankheitsbezogenen, soziodemografischen und regionalen Faktoren auch von Indikatoren des Versorgungssystems beeinflusst wird (Fasel, Baer, & Frick, 2010). Dabei spielen nicht nur die Dichte, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Angebote eine Rolle, sondern auch deren Ausgestaltung. Thompson, Hunt und Issakidis (2004) befragten retrospektiv 233 Patientinnen und Patienten einer Klinik für Angststörungen nach ihren Gründen für ein frühes oder spätes Aufsuchen von professioneller Hilfe. Hierbei zeigte sich, dass strukturelle Faktoren, wie Kosten oder räumliche Distanz zu den Angeboten, nur einen marginalen Einfluss auf das Hilfe(auf)suchverhalten („Help-Seeking“) hatten. Die häufigsten Gründe für ein verzögertes Agieren waren vielmehr fehlendes Wissen und die eigene Einstellung zur psychischen Gesundheit. Dies wird auch von Clement et al. (2014) bestätigt. Sie untersuchte in einer systematischen Literaturübersicht welchen Einfluss die Stigmatisierung von psychischen Störungen auf das Hilfe(auf)suchen hat. Vor allem das in der Gesellschaft vorherrschende (internalisierte) Stigma gegenüber psychischen Krankheiten und psychiatrischen Dienstleistungen konnte mit einem verminderten Hilfe(auf)suchverhalten in Verbindung gebracht werden (Clement et al., 2014). Als Bürde für das (Auf)Suchen von formeller Hilfe wurde u. a. die Angst, dass eine psychische Problematik „öffentlich“ wird

(„Disclosure Concerns“) genannt. Dass das Phänomen der niedrigen Inanspruchnahme möglicherweise auch auf das individuell verfügbare Wissen über und die Deutung von psychischen Gesundheitsproblemen zurückgeführt werden kann, zeigt eine qualitative Untersuchung mit Patientinnen und Patienten eines Dienstes der Primärversorgung (n=127) (Prior, Wood, Lewis, & Pill, 2003): So wurden nur körperliche Symptome als „echte Erkrankung“ aufgefasst, emotionaler (psychischer) Stress hingegen nicht als adäquater Grund für einen Arztbesuch erachtet. Zudem gaben die Studienteilnehmenden an, dass Fachpersonen der Primärversorgung nicht wirklich Interesse an den emotionalen Problemen ihrer Patienten und Patientinnen haben (Prior et al., 2003).

Auch Gulliver, Griffiths und Christensen (2010) fassten in einem systematischen Review hemmende Einflussfaktoren zum Hilfe(auf)suchverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei psychischen Gesundheitsproblemen zusammen und beschrieben das Problem der Fehldeutung von psychischen Gesundheitsproblemen. Als fördernde Faktoren identifizierten sie frühere positive Erfahrungen, soziale Unterstützung oder Vertrauen in Dienstleister (Gulliver et al., 2010). Ähnliche fördernde Faktoren werden auch von Thompson und Kollegen (2004) beschrieben. Vor allem die Ermutigung durch Andere veranlasste die Befragten, Hilfe aufzusuchen. Als weitere Gründe nannten sie eine Verstärkung der Symptome und Informationen, wo passende Hilfe angeboten wird. Insgesamt wurden in Studien jedoch vor allem hemmende Faktoren beschrieben (Gulliver et al., 2010).

Die WHO (2009) bindet die komplexen Einflussfaktoren der Inanspruchnahme der psychischen Gesundheitsversorgung in ihre Empfehlung eines optimalen spezifischen Dienstleistungs-Mixes ein. So propagiert sie ein kombiniertes Leistungsangebot aus formellem und informellem Sektor. Der formelle Sektor wird hier in drei Ebenen und vier Hauptbereiche geteilt:

- Die spezialisierten, stationären Angebote
- Die psychiatrischen Angebote der Allgemeinspitäler und der Gemeinden
- Die Angebote zur psychischen Gesundheit in der Primärversorgung

Zum informellen Sektor zählen sowohl die informellen Strukturen einer Gemeinde (z. B. Schule, Polizei, Kirche) wie auch die Selbstpflegefähigkeiten jedes Einzelnen (z. B. Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz). Die Primärversorgung, zu welcher alle ambulanten Strukturen gehören, in denen Gesundheitsfachpersonen Leistungen erbringen, fungiert als zentrale Schnittstelle zwischen den beiden Sektoren (Sottas & Brügger, 2012; WHO, 2008a, 2008b). Ihr Ziel ist es, psychische Störungen möglichst früh zu erkennen, gemeindenah und personen- und familienzentriert zu agieren, sowie bei



Bedarf den Zugang zu intensiveren Betreuungssettings zu gewährleisten (WHO, 2009). Hierbei kann zwischen einer auf psychischen Gesundheitsproblemen spezialisierten Primärversorgung, wie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen oder Suchtberatungen und anderen Angeboten der Primärversorgung, wie z.B. Hausärzte und Hausärztinnen oder somatische Ambulatorien unterschieden werden.

Die auf psychische Gesundheit fokussierte Primärversorgung ist im Kanton Bern, in dem die vorliegende Studie durchgeführt wurde, noch eher schwach entwickelt (Amsler, Jäckel, & Wyler, 2010). Ein Beitrag zur Stärkung der Gesundheitsversorgung könnte eine gezielte Optimierung der Primärversorgung durch von Gesundheitsfachpersonen angebotenen niederschweligen Dienstleistungen bilden (WHO, 2013). Gerade bei der Versorgung von Menschen mit chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen wird Gesundheitsfachpersonen eine wichtige Rolle zugeschrieben - nicht nur bezüglich des Behandlungsmanagement, sondern auch in denen für die Primärversorgung zentralen Bereichen der Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention (International Council of Nurses, 2014; WHO, 2013).

Um Angebote zielgruppenorientiert auf-, aus- oder umbauen zu können ist es entscheidend über Wissen zu verfügen, wie Betroffene Hilfe (auf)suchen. Rickwood und Kerry (2012) weisen diesbezüglich auf das Fehlen eines theoretischen Hintergrundes und eines einheitlichen Verständnisses von Hilfe(auf)suchverhalten zu psychischen Gesundheitsproblemen hin. Auf der Basis einer systematischen Literaturübersicht generierten sie daher folgende Definition, die auch dieser Arbeit zugrunde liegt: „Im Kontext der psychischen Gesundheit wird das Hilfe(auf)suchen als ein adaptiver Bewältigungsprozess (verstanden), der zum Ziel hat externe Unterstützung in Anspruch zu nehmen, um mit einem psychischen Gesundheitsproblem umgehen zu können“ (Rickwood & Kerry, 2012, p. 180, eigene Übersetzung). Aus ihren Erkenntnissen entwickelten sie einen theoretischen Bezugsrahmen, um einzelne Aspekte des Hilfe(auf)suchens zukünftig besser zu erfassen. Zentrale Elemente sind neben dem Prozess mit den Phasen Orientierung, Absicht und Verhalten auch der zeitliche Ab- bzw. Verlauf, die genutzten Quellen (von formeller Hilfe bis hin zur Selbsthilfe), die Art der Hilfeangebote (z. B. therapeutische, technische, informative oder emotionale) und die Art des psychischen Gesundheitsproblems. Allerdings ist dieser Bezugsrahmen bisher nach aktuellem Stand noch nicht empirisch überprüft worden (vgl. Rickwood & Kerry, 2012, p. 181).

Erkenntnisse zur Thematik des Hilfe(auf)suchens variieren nicht nur bezüglich der zugrundeliegenden Definition von Hilfe(auf)suchen und des theoretischen

Hintergrundes, sondern auch bezüglich der untersuchten Populationen (Alter, Setting, Diagnosen etc.) (Rickwood & Kerry, 2012). Fast alle gefundenen Studien befassen sich zudem mit der konkreten, direkten Suche nach formellen Diensten der psychischen Gesundheit. Nur wenige untersuchten auch sogenannte alternative Strategien wie z. B. selbstregulierende Massnahmen oder die Suche nach informeller Unterstützung (Rickwood & Kerry, 2012). Ausnahme bildet hier die Studie von Rudell, Bhui und Priebe (2008). Sie rekrutierten in ihrer qualitativen Studie 117 Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung aus Hausarztpraxen und gemeindenahen Organisationen in Londoner Stadtteilen mit hohem Bevölkerungsanteil unterschiedlicher ethnischer Zugehörigkeit und befragten sie zu deren alternativen Hilfe(auf)such Strategien. Viele Betroffene gaben an, überhaupt nicht zu wissen, wie und ob sie ihre Belastungssituation bewältigen können. Andere wendeten alternative Selbsthilfestrategien wie das Lösen von situationsbedingten Problemen an, z. B. durch Veränderungen der Wohnsituation oder ihres Gesundheitsmanagement durch vermehrte körperliche Aktivitäten. Zur Unterstützung bezogen sie vor allem die Familie und Freunde durch Gespräche mit ein, suchten aber auch Hausärztinnen/Hausärzte und spirituelle Heilerinnen/Heiler auf (Rudell et al., 2008).

## HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG

Die Studienlage zeigt, dass insgesamt noch wenig verifiziertes Wissen zum Hilfe(auf)suchverhalten von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen existiert und dies zudem regional variieren kann (WHO, 2014). Insbesondere scheinen kaum Informationen bezüglich Schnittstellen zu formellen Diensten psychischer Gesundheit vorzuliegen bzw. für Betroffene „greifbar“ zu sein. Aktives Hilfe(auf)suchen von formellen Diensten zu psychischer Gesundheit bedingt, dass Betroffene selber oder Dritte die psychischen Gesundheitsprobleme als solche erkennen. Doch gerade diese Deutung psychischer Probleme wird in der Literatur als Schwierigkeit des Hilfe(auf)such-Prozesses benannt (Gulliver et al., 2010; Prior et al., 2003). Die vorliegende Studie nimmt daher eine breitere Perspektive auf das Hilfe(auf)suchverhalten ein. Sie stellt die Suche nach formeller Hilfe unabhängig der subjektiven Deutung der Betroffenen bezüglich ihrer psychischen Symptomatik in den Vordergrund. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass Betroffene auf Grund eines Leidensdrucks in indirekter oder direkter Form nach formeller Hilfe suchen, unabhängig von den bereits beschriebenen fördernden und/oder hemmenden Faktoren. Erkenntnisse hierzu könnten helfen, die auf die psychische Gesundheit fokussierte Primärversorgung weiterzuentwickeln. Hierfür beleuchtet die vorliegende Studie das „Erleben“ der beschrittenen Wege bis zu



---

einem Erstkontakt mit einer psychiatrischen Institution und stellt so gezielt die Betroffenenperspektive in den Vordergrund. In unserer Studie haben wir daher folgende Frage untersucht: Wie erleben Menschen während ihrer psychischen Krise und vor ihrem Erstkontakt mit psychiatrischer Unterstützung ihr (Auf)Suchen formeller Unterstützung für die Bewältigung ihrer (subjektiven) Probleme?

## **METHODISCHES VORGEHEN**

### **Design**

Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Design gewählt. Dieses ermöglicht ein Eintauchen in die Betroffenenperspektive mit einem Fokus auf deren subjektive und soziale Konstruktion der Lebenswelt in Bezug auf den Prozess des Hilfe(auf)suchens (Flick, Von Kardorff, & Steinke, 2012). Die beschriebene breite Perspektive auf das Erleben des Hilfe(auf)suchens unabhängig der Deutung einer psychischen Problematik als solche zu beleuchten, bedingt ein induktives Vorgehen, da hierfür die individuellen Probleminterpretationen und Lösungswege erfasst werden müssen (Wohlrab-Sahr & Przyborski, 2009).

### **Sampling und Rekrutierung**

Menschen mit ungedecktem Bedarf an formellen Hilfen zur psychischen Gesundheit sind als Studienteilnehmende schwer erreichbar, da diese an keinem bestimmten Ort angebunden sind. Für diese Studie wurden daher Betroffene retrospektiv zu ihrem Erleben befragt, welche bereits die Dienste eines allgemein-, ambulant- und stationären Kriseninterventionszentrums (KIZ) in Anspruch nahmen. Das KIZ ist Teil eines kantonalen Universitären Psychiatrischen Dienstes (UPD), dessen Angebot sich an Erwachsene in einer psychosozialen Krise richtet. Es bietet beispielsweise nach einer Trennung, in einer Trauerphase oder aufgrund von Ängsten neben psychosozialer Unterstützung auch Diagnostik und medikamentöse Therapie an. Ein Erstgespräch kann innerhalb von 24 Stunden stattfinden. Da das KIZ nur Kurzzeit-Betreuung anbietet, konnte durch die Wahl dieses Rekrutierungsortes und der folgend aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien garantiert werden, dass das erstmalige Hilfe(auf)suchen nicht länger als ein halbes Jahr zurück liegt. Hiermit sollte gewährleistet werden, dass das Erleben der beschrittenen Wege noch gut abrufbar ist.

Eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, welche sich zum ersten Mal in Betreuung einer psychiatrischen Institution befanden, damit die Erfahrungen bis zum erstmaligen Hilfe(auf)suchen zeitnah erfasst werden konnten. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und

Patienten, die selber in Diensten der psychischen Gesundheitsversorgung beruflich tätig waren, da angenommen wurde, dass diese über spezifisches Wissen zu den vorhandenen Ansprechstrukturen verfügten. Die Teilnehmenden mussten volljährig sein und die deutsche Sprache verstehen, damit sie die im Interview gestellten Fragen beantworten, sowie die Einverständniserklärung eigenständig unterschreiben konnten.

Die Rekrutierung erfolgte über Fachpersonen (Pflege, Sozialarbeit, Medizin) des KIZ. Anhand der obengenannten Ein- und Ausschlusskriterien wählten diese potentielle Teilnehmende aus, händigten ihnen die Studieninformation aus und stellten bei Interesse den Kontakt zur Studiendurchführenden her.

### **Datensammlung**

Zur Datensammlung wurden halbstandardisierte, face-to-face Experteninterviews nach Gläser und Laudel (2010) geführt. Die Teilnehmenden wurden hierbei als Expertinnen und Experten verstanden, da diese durch Ihre persönliche Erfahrung in dem zu untersuchenden sozialen Kontext eine besondere Stellung einnahmen und dadurch über das zu erhebende, spezifische Wissen verfügten. Es wurde ein Interviewleitfaden erstellt mit offenen Fragen zum Krisenverlauf und den Hilfesuchstrategien ab dem Zeitpunkt an dem subjektiv erstmalig einschränkende psychische Gesundheitsprobleme auftraten bis hin zum Eintritt ins KIZ. Die Entwicklung der Fragen orientierte sich hierbei an den Erkenntnissen – insbesondere dem theoretischen Bezugsrahmen zum Hilfe(auf)suchen – von Rickwood & Kerry (2012). Entsprechend greift der Leitfaden sowohl den zeitlichen Ablauf wie auch den subjektiv erlebten Prozess des Hilfe(auf)suchens bis hin zum Kontakt zu formellen Dienstleistungsangeboten auf. Um ein offenes Vorgehen zu gewährleisten, wurden die Teilnehmenden zu Beginn anhand einer narrativen Einstiegsfrage aufgefordert ihre aktuelle Lebenssituation zu beschreiben. Der Interviewleitfaden wurde in einem Pre-Test mit zwei Patienten getestet und führte zu kleinen Anpassungen in der Handhabung, inhaltliche Modifizierungen waren nicht erforderlich. Die Interviews fanden, je nach Wunsch der Probanden, in den Räumlichkeiten des KIZ oder bei ihnen zu Hause statt. Soziodemografische Angaben wurden im Anschluss an das Gespräch erhoben, um die Ergebnisse besser einordnen zu können. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anonymisiert transkribiert. Die Transkripte selbst wurden verschlüsselt. So konnte ein Rückschluss auf die Teilnehmenden verhindert werden.

### **Datenanalyse**

Für das offen-induktive Vorgehen wurden die Daten in zwei Zirkeln anhand ausgewählter Kodiertechniken

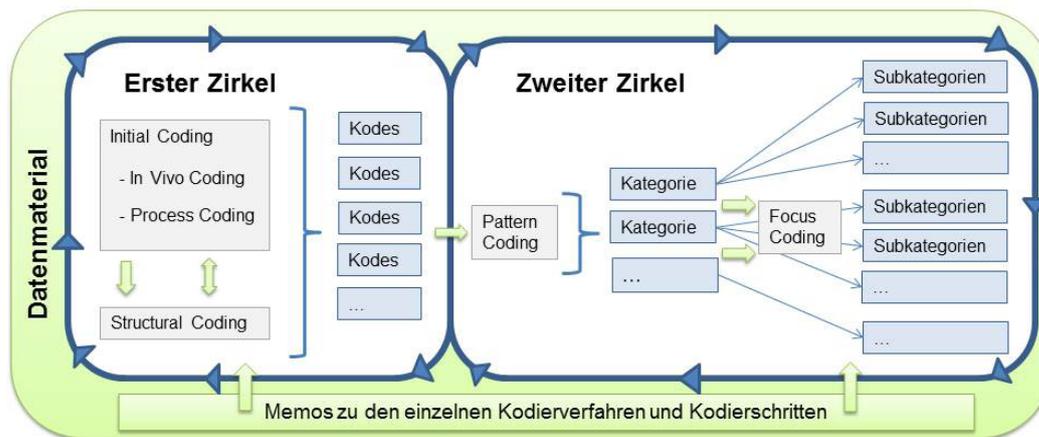


Abbildung 1: Datenanalyse

in Anlehnung an Saldaña (2013) analysiert (siehe Abbildung 1). Im ersten Zirkel wurden die Daten mittels sogenannter elementarer Techniken in einzelne eigenständige Codes heruntergebrochen. Der zweite Zirkel beinhaltete eine Metasynthese der aus dem ersten Zirkel gewonnenen Erkenntnisse. Hierbei wurden die aus dem vorhandenen Daten-Korpus entwickelten Codes sinnstiftend zu Kategorien zusammengeführt (Saldaña, 2013).

Im ersten Zirkel, wurden anhand der elementaren Techniken ein initiales und ein strukturelles Kodieren vorgenommen. Beim initialen Kodieren wurden die qualitativen Daten möglichst nahe am Text kodiert, so in einzelne, eigenständige Codes heruntergebrochen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin verglichen. Das Ziel dieses Vorgehens war es, möglichst offen an die Daten heran zu treten. Hier wurde mit dem sogenannten „In Vivo Kodieren“ und dem Prozess Kodieren (Process Coding) gearbeitet. Beim „In Vivo Kodieren“ wurden Daten in den Worten der Teilnehmenden kodiert. Dies führt zu vertiefter Erkenntnis über und Sensibilität für die individuelle Situation der Teilnehmenden und garantiert dadurch gezielt das Erheben der Betroffenenperspektive. Mit dem „Prozess Kodieren“ sollte das Verhalten der Teilnehmenden während des Hilfe(auf)suchens und ihre Reaktionen auf veränderte Situationen sowie Problemlösungsstrategien erfasst werden. Nach den ersten drei Interviews wurde zusätzlich alternierend mit der Technik des strukturellen Kodierens analysiert. Hierbei wurden ähnliche Codes durch konkrete Bezeichnungen (dem sogenannten „Labeling“) und Einteilung (dem sogenannten „Indexing“) zu weniger, aber relevanten Codes zusammengeführt. Dies unterstützte das Organisieren der grossen Anzahl generierter initialer Codes (Saldaña, 2013).

Für die Metasynthese im zweiten Zirkel wurden die kodierten Daten anhand eines kodieren in Muster in

zentrale Einheiten (Kategorien) zusammengefasst. In Abgrenzung zum strukturellen Kodieren wurde hier der Korpus an Codes nicht nur „organisiert“, sondern der Organisation eine Bedeutung zugeordnet indem wenige Schlüsselthemen herausgearbeitet wurden. Innerhalb dieser Kategorien wurde mittels eines fokussierten Kodierens aus den häufigsten und zentralsten initialen Codes Subkategorien generiert. Das Ziel dieses Vorgehens war es, Kategorien zu entwickeln ohne dabei deren Eigenschaften und Dimensionen ausser Acht zu lassen (Saldaña, 2013). Memos im Verlauf der Analyse unterstützen den Analyseprozess. Die Analyse erfolgte mithilfe der Software MaxQda 10.

### Ethische Überlegungen und Gütekriterien

Die zuständige Ethikkommission entschied, dass die Studie weder unter das Schweizer Heilmittelgesetz noch unter die kantonale Forschungsverordnung fiel und damit nicht bewilligungspflichtig war (Kantonale Ethikkommission Bern, 22.10.2012). Ein ethisches Clearing für das Forschungsvorhaben wurde von der „Scientific Conference“ der Praxisinstitution erteilt (05.09.2012). Diese wird aus Medizinern, Psychologen, Pflegenden und je nach Studieneingabe auch von weiteren Berufsgruppen gebildet. Jegliche Informationsschreiben wurden von einer Betroffenenvertretung kritisch auf deren Verständlichkeit, Patientenorientiertheit und auf ethische Aspekte (z. B. stigmatisierende Aussagen) hin geprüft. Von den Teilnehmenden wurde im Vorfeld ein schriftliches Einverständnis eingeholt. Der Datenschutz wurde in allen Phasen des Projekts gewährleistet, u. a. wurden die Transkripte verschlüsselt und die Daten anonymisiert und sicher aufbewahrt. Die Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in professioneller, psychiatrischer Betreuung. Ihnen wurde garantiert, dass sie rund um die Uhr psychiatrische Hilfe

in Anspruch nehmen konnten, falls auf Grund eines Interviews sich ihr psychischer Zustand verschlechtern sollte. Vor und während der Studie entstanden keine Interessenkonflikte und/oder Abhängigkeiten.

Von der Entwicklung des „Proposals“ bis zum Schreiben dieses Artikels wurden stets Fachpersonen, wie Angestellte des KIZ, Betroffenenvertreterinnen sowie auch Peers einbezogen. Im Sinne einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit wurde während des gesamten Forschungs Prozesses darauf geachtet das Vorgehen transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren (Steinke, 2009).

## Ergebnisse

### Stichprobe

Zwischen Oktober und Dezember 2012 wurden zehn Frauen und ein Mann im Alter von 24 bis 58 Jahren (Mittelwert = 39) interviewt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 62 Minuten. Acht der Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter, drei in stationärer Betreuung. Die Mehrheit war verheiratet und hatte minderjährige Kinder. Fünf Teilnehmende waren teilzeitbeschäftigt, zwei vollzeitangestellt. Drei Personen waren aufgrund von Haus- und Familienarbeit oder Verlust der Arbeitsstelle nicht berufstätig. Über die Hälfte der Befragten hatte als höchsten Ausbildungsabschluss eine Berufslehre absolviert.

Alle Teilnehmenden beschrieben, dass sie im Vorfeld der Aufnahme in das KIZ aufgrund familiärer und persönlicher Belastungssituationen eine „schwere Zeit“ durchlebten. Genannt wurden hier u. a. Beziehungsproblematiken, Schicksalsschläge, ungewollte Schwangerschaften. Die Befragten litten unter zahlreichen psychischen Gesundheitsproblemen (z. B. Schlafstörungen, Weinkrämpfe, Suizidgedanken). Die längste angegebene Zeitspanne, wann sie zum ersten Mal subjektiv einschränkende psychische Gesundheitsprobleme wahrgenommen haben, wurde mit ca. 40 Jahren (seit der Jugend), die kürzeste mit einem Monat angegeben.

### Identifizierte Kategorien zum Erleben des Hilfe(auf)suchens

Das Erleben des Hilfe(auf)suchen aus Sicht der Befragten, vom Moment, in dem subjektiv erste Einschränkungen der psychischen Gesundheit wahrgenommen wurden bis zum Eintritt in das KIZ, lässt sich in den drei Kategorien „als real empfundene Probleme sind die Ursache“, „Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme“ und „Dienste der psychischen Gesundheit in Anspruch nehmen“ zusammenfassen. Sie stehen in Wechselbeziehung zueinander. Die Kategorien werden mit je zwei bis drei Subkategorien weiter konkretisiert (siehe Abbildung 2).



Legende für die drei farbigen Felder: **fett** – Hauptkategorien; *kursiv* – Subkategorien

Abbildung 2: Hilfe(auf)suchverhalten aus der Perspektive Betroffener (Kategorien und Subkategorien)

### Als real empfundene Probleme sind die Ursache

Psychische Gesundheitsprobleme wie Erschöpfung oder Ängste werden als logische Folge von als „real“ empfundenen Problemen erachtet. Gewählte Hilfe(auf)such-Strategien fokussieren daher vorwiegend auf die Bewältigung dieser „realen“ Probleme.

#### Reale Probleme haben

Alle Befragten litten im Vorfeld der psychischen Probleme unter lebensverändernden Problemen in der Familie, zum eigenen körperlichen Wohl, zu Sicherheit und Recht oder zur finanziellen Absicherung. Diese wurden beispielsweise verursacht durch eine unerwartete Trennung, körperliche Gewalt oder eine ungewollte Schwangerschaft. Im Gegensatz zu den psychischen Problemen wurden diese als real vorhanden empfunden. „Dann denke ich o.k. das hat wirklich mit dem Kopf was zu tun (psychische Probleme zu haben). Und das hat es zwar schon, im Kopf verändert es viel, aber das Problem selber ist ja aussen und nicht in meinem Körper drin« (TN9 220).

#### Psychische Gesundheitsprobleme als logische Folge der „realen Probleme“

Mit zunehmender (erlebter) Komplexität der „realen“ Probleme wächst u. a. das Gefühl von Ohnmacht oder Überforderung: „Also ich hatte wirklich ähm nur noch funktioniert, wirklich sehr viel gehabt, plus die Arbeit (...) und das war damals wirklich einfach zu viel“ (TN1, 7). Eine Teilnehmende macht den Vergleich mit einem Puzzle: „Es sind viele kleine Puzzlesteine, die sich gesammelt haben zu dieser Situation wo wir uns heute befinden“ (TN5, 53). Die darauf folgenden alltagseinschränkenden psychischen Gesundheitsprobleme werden somit nicht



Tabelle 1: Kontakt zu Fachstellen/-Personen aufgrund unterschiedlicher Fragen/Probleme

Fragen/Probleme zu	Kontakt zu
Familiären Anliegen	Beratungstelefon „depression.ch“; Erziehungsberatung; Evangelische Gruppenpraxisgemeinschaft; Familienplanung; Frauenhaus; Gemeindeleiter der katholischen Kirche; Hausärztin/Hausarzt; Heimleiter (Altersheim Vater); Jugendamt; Katholische Fachstelle für Familienberatung; Kinderneurologe; Kinderspital Notfallaufnahme; Klassenlehrperson Kinder; Lehrperson (Integrierte Förderung) Kinder; Mediatorin
Dem eigenen körperlichen Wohl	Apotheke; Chiropraktiker /Chiropraktikerin; Frauenklinik; Gynäkologin; Hausärztin/Hausarzt; Lungenspezialistin/Lungenspezialist; Physiotherapie; Spitalaufenthalt; Therapeutin chinesische Medizin; Wochenbett
Sicherheit und Recht	Frauenhaus; Polizei; Rechtsberatung; Staatsanwalt
Der finanziellen Absicherung	Arbeitslosenamt
Der eigenen psychischen Verfassung	Ambulante Psychiaterin/ambulanter Psychiater; Ambulante Psychologin/ambulanter Psychologe ; Apotheke ; Evangelische Gruppenpraxisgemeinschaft

als ursächlich zu behebende (behandelnde) Problematik eingeschätzt, sondern vielmehr als eine Art Symptom der „realen“ Probleme erachtet. Daher wird in erster Linie versucht diese „realen“ Probleme zu bewältigen, um hierdurch auch die psychischen Beschwerden zu bekämpfen.

#### *Mit Fachstellen zu „realen“ Problemen in Kontakt stehen*

Während dieser „schweren Zeit“ standen die Betroffenen mit zahlreichen auf ihre „realen“ Probleme spezialisierten Fachstellen in Kontakt, beispielsweise mit Spitälern, Seelsorgern, der Polizei oder der Erziehungsberatung (siehe Tabelle 1). Eine Teilnehmende beschreibt hierzu, weshalb sie mit dem Jugendamt Kontakt aufgenommen hat: „Ich habe vorher Sorge gehabt, weil der Bub viel alleine gewesen ist (...) und da bin ich mich erkundigen gegangen“ (TN4, 28). Nicht alle dieser Kontakte sind freiwillig: „Ich habe sie auch geschlagen und so [...] dann kam die Polizei“ (TN11, 10). Mit diesen Fachpersonen wird jedoch kaum über die psychischen Gesundheitsproblemen gesprochen, auch wenn die grosse psychische Belastung durch die „realen“ Probleme nicht zu übersehen war. „Also sie (Polizei und Fachpersonen aus dem Frauenhaus) kannten unsere Situation schon, aber wie wir uns gefühlt haben, haben sie nicht gewusst“ (TN11, 9). Die auf Grund der „realen“ Probleme aufgesuchten Fachpersonen werden von Betroffenen auch nicht als zuständig für Anliegen zu psychischen Gesundheitsproblemen erachtet. Eine Ausnahme stellt hier die hausärztliche Betreuung. Hausärztinnen und Hausärzte wurden sowohl bei somatischen wie auch psychischen Problemen aufgesucht. „(...) und der Hausarzt, der hat mir am Anfang sehr geholfen. Den

kenne ich seit fünfzehn Jahre, bin sehr vertraut und wir haben einige Gespräche gehabt, bis ich danach auch zu der Therapeutin kam“ (TN7, 29).

Wegen Fragen und Problemen zur eigenen psychischen Verfassung bestand im Vergleich zu Fragen bezüglich der als real empfundenen Probleme weit weniger Kontakt zu Fachpersonen (siehe Tabelle 1). Dienste zur psychischen Gesundheit wurden zudem nicht oder erst wenn die psychischen Gesundheitsprobleme unerträglich wurden (s. nächste Kategorie) als adäquate Anlaufstelle zur Problembewältigung in Betracht gezogen. „(...) alle Freunde und so haben immer gesagt ‚lass dir doch helfen‘ (...). Aber so an Psychiatrie habe ich natürlich nicht gedacht“ (TN7, 27).

#### **ZunahmederpsychischenGesundheitsprobleme**

Wenn die Auswirkungen der real empfundenen Probleme auf die psychische Gesundheit unerträglich werden, verändert sich die Wahrnehmung und Einschätzung der Problemsituation. Psychische Gesundheitsprobleme treten in den Vordergrund und werden als solche erkannt.

#### *Psychische Gesundheitsprobleme werden unerträglich*

Es wird beschrieben, dass unabhängig von Kontakten zu Fachstellen und anderen Bewältigungsstrategien der Leidensdruck und die psychischen Gesundheitsprobleme stärker werden. „[...] ich hatte manchmal das Gefühl, wenn ich jetzt einen frontalen Unfall hätte auf der Autobahn, wäre dies die Lösung, da habe ich gewusst, so ist es einfach nicht gut“ (TN3, 7). Eine Teilnehmende bezeichnet diese Phase als „Horror“: „(...) die letzten drei Monate waren schon einfach der Horror, ich glaube

für alle Beteiligten und ich bin immer unzufriedener geworden und habe nachher wirklich nur noch Schuldgefühle gehabt“ (TN8, 35).

### *Psychisches Gesundheitsproblem erkennen*

Ein psychisches Gesundheitsproblem als ein solches zu erkennen wird jedoch als schwierig beschrieben, vor allem weil psychische Gesundheitsprobleme als logische Folge des „realen“ Problems erachtet werden und die Einschätzung, dass es mehr als „nur“ ein reales Problem ist schwer fällt. „Was ist jetzt normal? Was ist nicht normal?“ (TN 11, 192). Auch scheinen psychische Gesundheitsprobleme nicht in das Selbstbild der Betroffenen zu passen, was ein Erkennen zusätzlich erschwert. „[...] dass ich selber Mal soweit sein werde (ein psychisches Problem zu haben), dass hätte ich nicht gedacht“ (TN6, 49). Doch auch wenn eine psychische Gesundheitseinschränkung erkannt ist, fehlt es an einem „Referenzwert“, ab wann ein Behandlungsbedarf besteht. So konnte eine Teilnehmende beispielsweise langanhaltende Weinkrämpfe nicht als pathologisch einordnen: „Ich konnte nur noch weinen und konnte es jedoch wie nicht einordnen, dass dies jetzt eine psychische Erkrankung sein könnte“ (TN1, 89).

Durch das Stärker werden psychischer Gesundheitsprobleme werden diese als immer unerträglicher empfunden und dominieren den Alltag. Dies bleibt auch Familienangehörigen nicht verborgen: „dann haben sie (die Kinder) gesagt, Mami, du weinst die ganze Zeit“ (TN2, 15). Das eigene Realisieren und/oder die Sensibilisierung durch das Umfeld führt zum Erkennen, dass nicht mehr nur ein „reales“ sondern auch ein psychisches Gesundheitsproblem vorliegt, und die Notwendigkeit bzw. der Bedarf nach professioneller Hilfe wird realisiert. Spezialisierte Dienste der psychischen Gesundheit werden von den Betroffenen selber und/oder vom Umfeld nun auch als adäquate Ansprechstrukturen erkannt.

### **Dienste der psychischen Gesundheit in Anspruch nehmen**

Die Teilnehmenden erlebten verschiedene Hürden bei der Inanspruchnahme von Diensten psychischer Gesundheit. Während des gesamten Hilfe(auf)such-Prozesses von der Deutung der Problematik bis hin zur direkten Kontaktaufnahme zu spezialisierten Diensten greifen sie auf die Unterstützung Dritter zurück.

#### *Hürden*

Es werden verschiedene Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zu spezialisierten Diensten der psychischen Gesundheit beschrieben. So mangelt es an spezifischem Wissen über deren Zuständigkeit, Behandlungsinhalte und Ziele, was eine informierte

Entscheidung zum „warum, wann und wo erhalte ich die richtige Behandlung“ erschwert: „Ich habe gedacht, ich brauche irgendwo Hilfe, aber ich habe nicht gewusst, was die richtige Stelle ist“ (TN4, 9). Auch folgendes Zitat untermalt das Wissensdefizit: „nach was gehst du? Suchst du quasi den, der dir von der Strasse her am nächsten ist, gehst du nach dem Namen? (...) keine Ahnung, nach den Öffnungszeiten? keine Ahnung, nach dem Preis?“ (TN 10, 82). Zudem ist die Inanspruchnahme von Hilfen zur psychischen Gesundheit gesellschaftlich immer noch eher stigmatisiert und wird daher für einen selbst möglichst vermieden. „[...] und irgendwie fühlt es sich halt einfach als Makel an, das ist wahrscheinlich total falsch, aber so fühlt es sich halt einfach an“ (TN10, 123). Die subjektive Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit eines Dienstes scheint bei der Überwindung dieser Hürden zentral. Häufig wird spezialisierten Angeboten zur psychischen Gesundheit Misstrauen entgegengebracht, es bestehen unter anderem Unsicherheiten hinsichtlich deren fachspezifischer Qualifikation „[...] man weiss ja nicht, wer ist jetzt da ein Scharlatan und wer ist echt“ (TN1, 7).

#### *Unterstützung Dritter*

Die Teilnehmenden beschreiben, dass sie während des Prozesses des Hilfe(auf)suchen auf Unterstützung vom Umfeld angewiesen waren. So wird unter anderem fehlendes Wissen zur Erreichbarkeit und zu Inhalten spezialisierter Dienste zur psychischen Gesundheit vom sozialen Umfeld eingeholt und ihre diesbezügliche motivierende Unterstützung positiv erlebt: „Bekannte steuern einem da immer schon extrem hin“ (TN5, 105). Es wird auch rege, aber z. T. wenig zielführend, das Internet konsultiert: „(...) das ist natürlich eine Homepage, da hat man X Therapeuten, wo man keine Ahnung hat, ja wer ist nun seriös“ (TN1, 122). Gerade bezüglich der Hürde „Vertrauen in Dienste zu psychischen Gesundheitsproblemen“ und der Problematik der Stigmatisierung ist das Bedürfnis gross, Empfehlungen und Ratschläge vom Umfeld bezüglich dem Vorgehen beim Hilfe(auf)suchen zu erhalten. Hier werden vor allem Vertrauenspersonen und Menschen einbezogen, die selber über persönliche Erfahrung mit Problemen der psychischen Gesundheit verfügen. Eine Teilnehmende beschreibt ihr Vorgehen folgendermassen: „vielleicht kennt über sieben Ecken jemand jemanden, welcher dasselbe schon durchgemacht hat und sagt, gehe doch dorthin“ (TN3, 47). Oft wird jedoch erst erkannt, wie viele Menschen im Umfeld von einem psychischen Gesundheitsproblem betroffen sind oder waren, wenn selbst der Schritt gemacht wurde, über die eigenen psychischen Gesundheitsprobleme zu sprechen. Diese offen zu legen, bedeutet auch, sich zu offenbaren, was meist als schwierig empfunden und daher hinausgezögert wird: „Das war auch so ein Schritt, ich habe ganz lange niemandem erzählt, dass wir ein Problem haben“ (TN2,



78). Auch hier ist es oft das Umfeld, welches den Anstoss gibt und die psychischen Gesundheitsprobleme anspricht, „(...) habe gedacht nein, es muss einfach gehen, und dann gab es mal einen guten Tag und ich habe gedacht, ja jetzt ist es gut, jetzt bin ich vielleicht ein wenig ausgeruhter, (...). Ja, und danach kam eben meine Schwester und hat gesagt, sorry, jetzt musst du was unternehmen“ (TN8, 35). Vielfach sind es auch Dritte, welche einen aktiven Part beim Hilfe(auf)suchen übernehmen, dies kann bereits beim Erkennen der psychischen Gesundheitsprobleme sein oder auch wenn die Betroffenen selber durch ihre Krise handlungsunfähig sind. „Ja, es hört sich total einfach an, so nach dem Motto, ruf halt an, wenn du merkst es geht dir schlecht, aber in dem Moment wo es dir halt einfach schlecht geht, also kann ich zu mindestens nicht anrufen, weil ich es teilweise auch nicht in Worte fassen kann“ (TN 10, 100).

## DISKUSSION

Mit der vorliegenden Studie wurden neue Erkenntnisse gewonnen, wie Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen den Prozess des (Auf)Suchens formeller Unterstützung für die Bewältigung ihrer (subjektiven) Probleme erleben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten ihre psychischen Beschwerden als Folge von „realen“ Problemen erachten. Der Hilfe(auf)such Prozess ist geprägt vom Bestreben diese ursächlichen Probleme zu bewältigen. Dies führt u. a. zu verschiedenen Kontakten zu formellen und informellen - nicht auf psychische Gesundheit spezialisierten - Fachpersonen. Erst wenn die „realen“ Probleme den Alltag immer mehr bestimmen und die psychischen Gesundheitsprobleme unerträglich werden, verändert sich die Problemwahrnehmung der Betroffenen und/oder ihres Umfeldes: Die psychischen Gesundheitsprobleme, welche zuvor meist nicht als solche erkannt wurden, werden nun unweigerlich sichtbar. Doch selbst wenn ein spezifischer Behandlungsbedarf realisiert wird, ist eine Inanspruchnahme spezialisierter Betreuung mit dem Überwinden verschiedener Hürden verbunden. Hierbei sind die Betroffenen auf die aktive Unterstützung Dritter angewiesen.

Durch das gezielte Erheben der Betroffenenperspektive konnte aufgezeigt werden, wie zentral die als ursächlich empfundenen „realen“ Probleme für das Hilfe(auf)suchen sind. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit der von Rudell et al. (2008) beschriebenen Hilfe(auf)such Strategie „Lösen von situationsbedingten Problemen“. Denn auch die Teilnehmenden dieser Studie erhofften sich durch das Bewältigen ihrer „realen“ Probleme ein Reduzieren ihrer psychischen Belastungssituation. Die Überlagerung von psychischen und nicht psychischen Problemen scheint einerseits nicht überraschend, da sowohl Komorbiditäten, wie auch gleichzeitiges Bestehen von sozialen Problemen

bei psychischen Gesundheitsproblemen durchaus bekannt sind (Jacobi et al., 2014). Andererseits ist die deutliche Einschätzung der Teilnehmenden, dass die psychischen Probleme die Folge der „realen“ Probleme sind, ein bemerkenswertes Ergebnis, welches zu einem vertieften Verständnis des Hilfe(auf)such-Prozesses verhilft. Denn die Fokussierung der Betroffenen auf das „Lösen“ der „realen“ Probleme führte bei den elf Teilnehmenden dieser Studie zu einer beachtlichen Vielfalt an Kontakten zu nicht auf psychische Gesundheit spezialisierten informellen und formellen Fachpersonen. Dies lässt nur vermuten, wie zahlreich Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen mit solchen potenziellen Ansprechstrukturen in Kontakt stehen. Mit diesen Fachpersonen wurde jedoch kaum über psychische Belange gesprochen. Die Teilnehmenden schildern, dass sie dies auch nicht erwarteten. Auch Prior et al. (2003) konnten hierzu aufzeigen, dass in der Gesellschaft die Meinung vorherrscht, Fachpersonen der Primärversorgung hätten nicht wirklich Interesse an den emotionalen Problemen ihrer Kundinnen und Kunden. Somit werden die auf Grund der „realen“ Probleme aufgesuchten Stellen von den Betroffenen nicht als potenzielle Ansprechstrukturen für psychische Probleme erkannt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass diese ihre psychischen Probleme dort nicht ansprechen. Zudem fehlen den dortigen Fachpersonen vermutlich oft auch die Grundlagen zur Früherkennung psychischer Gesundheitsprobleme.

Dass potenzielle Ansprechstrukturen nicht als solche wahrgenommen werden, kann neben der Fokussierung der Teilnehmenden auf die „realen“ Probleme auch mit der Schwierigkeit Betroffener psychische Probleme als solche zu deuten erklärt werden. Die Teilnehmenden beschreiben hierzu, dass ihnen das Wissen fehlte, ab wann ein psychisches Gesundheitsproblem vorliegt und auch ab wann dieses als behandlungsbedürftig eingestuft werden muss. Gulliver et al. (2010) zeigen, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz eine Hauptbarriere für das gezielte Hilfe(auf)suchen darstellt. Ergänzend dazu beschreiben Prior et al. (2003), dass emotionaler (psychischer) Stress nicht als Grund für eine medizinische Behandlung erachtet wird. Auch die Teilnehmenden der vorliegenden Studie gaben an, dass erst ein als unerträglich empfundener Leidensdruck sie oder ihr (professionelles) Umfeld ihre psychische Gesundheitsproblematik erkennen liess. Zum selben Ergebnis kamen auch Thomson et al. (2004). Die hier erhobene Betroffenenperspektive lässt vermuten, dass Dienste zur Unterstützung/Beratung allgemeiner Alltagsbewältigung in solchen Belastungssituationen eher als geeignete Hilfen angesehen werden als solche die sich hauptsächlich mit der Diagnose und Therapie von psychiatrischen Krankheiten befassen. Dies spricht für den von der WHO (2013) propagierten



---

Ausbau von niederschweligen Angeboten durch Gesundheitsfachpersonen, um die Durchlässigkeit (Schnittstelle) von nichtspezialisierten zu spezialisierten Angeboten zu gewährleisten.

Neben der bereits beschriebenen eingeschränkten Gesundheitskompetenz beim Erkennen einer psychischen Problematik fehlt Betroffenen zudem Wissen zu den spezialisierten Angeboten der psychischen Gesundheit (Gulliver et al., 2010). Die Teilnehmenden der vorliegenden Studie stützten sich daher bei ihrer Suche unter anderem gewinnbringend auf Empfehlungen und Ratschläge von Vertrauenspersonen. Sie beschreiben jedoch auch, dass sie es als einen schwierigen Schritt empfanden über ihre psychischen Probleme zu sprechen. Als ein Grund nannten sie die bereits von Clement et al. (2014) dargestellten Befürchtungen, eine psychische Problematik könnte öffentlich werden. Die dabei mit Stigma behaftete Einstellung gegenüber psychiatrischer Betreuung wird auch als direkte Hürde zur Aufnahme spezialisierter Betreuung bezeichnet. Die Teilnehmenden gaben an, dass psychische Probleme nicht in ihr Selbstbild passten und es sich als Makel anfühle, psychiatrische Dienste in Anspruch zu nehmen. Zudem äusserten sie Ängste, Fachpersonen nicht vertrauen zu können. Auch bei der Überwindung dieser Hürden spielte die Unterstützung aus dem Umfeld - vor allem in Form von Ratschlägen - eine wichtige Rolle. Auch Rudell et al. (2008) konnten aufzeigen, dass das Sprechen mit der Familie über „Distress“ positiv mit der Inanspruchnahme von Diensten der Primärversorgung korreliert. Dass Zuspruch aus dem Umfeld einen positiven Einfluss auf das Hilfe(auf)such-Verhalten haben kann, zeigte auch Gulliver et al. (2010). Somit ist das soziale Umfeld als die zentrale Ressource beim Hilfe(auf)Suchen zu verstehen, vom Erkennen einer psychischen Problematik bis hin zum Beheben von Wissensdefiziten bezüglich der Verfügbarkeit und Adäquatheit von Diensten der psychischen Gesundheit. Dies stützt die Aussage der WHO, welche den informellen Sektor als einen wichtigen Teil eines optimalen Dienstleistungs-Mixes der psychischen Gesundheitsversorgung betrachtet (WHO, 2008a).

### **Stärken und Limitationen**

Auf Grund der zielgerichteten Auswahlstrategie der Teilnehmenden ist es gelungen, direkt betroffene Menschen zu befragen und Datenmaterial aus Betroffenenperspektive zu sammeln. Da in der Literatur beschrieben wurde, dass das Auf(such)verhalten von regionalen und kulturellen Faktoren beeinflusst wird, erfolgte die Rekrutierung bewusst über eine einzige Institution bzw. Ansprechstruktur. Hierdurch ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

Auch wenn durch die Heterogenität der Stichprobe (u. a. bezüglich der Altersspanne, der Dauer der Leidenszeit, nur ein männlicher Teilnehmer) und der zielgerichteten Rekrutierung durch einen Gatekeeper nicht auf eine Datensättigung geschlossen werden kann, so geben die Ergebnisse der Studie einen ersten wichtigen Einblick in die Betroffenenperspektive und können Gesundheitsfachpersonen und formellen Ansprechstrukturen wichtige Hinweise bzgl. der oft thematisierten geringen Inanspruchnahme geben.

Das Erleben wurde retrospektiv bei Menschen, welche bereits formelle Hilfe in Anspruch genommen haben, erhoben. Damit wurde in Kauf genommen, dass die Perspektive von Betroffenen, welche keine Hilfe aufsuchen wollen oder können, nicht einbezogen wird. Zudem kann mit diesem Vorgehen eine retrospektive Rationalisierung nicht ausgeschlossen werden (Gläser & Laudel, 2010). Durch gezieltes Nachfragen und Hinterfragen im Interviewverlauf wurde versucht, diese Gefahr zu minimieren.

Da Betroffene nur über einen kurzen Zeitraum (wenige Wochen) vom KIZ betreut werden, konnten die Studienteilnehmenden zum Zeitpunkt des Analyseabschlusses nicht mehr für einen „Membercheck“ erreicht werden. Die Ergebnisse wurden kontinuierlich mit Expertinnen und Peers überprüft und diskutiert, hierüber konnte eine gewisse kommunikative Validierung gewährleistet werden. Zudem wurden alle Analyseschritte genau dokumentiert sowie kontinuierlich ein Forschungstagebuch geführt, um so die Nachvollziehbarkeit und Transparenz sicher zu stellen.

### **Schlussfolgerungen**

Die hier aus der Perspektive der Betroffenen beschriebene Prominenz der „realen“ Probleme beim Hilfe(auf)suchen spricht für die Relevanz der Schnittstellen in der Primärversorgung zu den nicht auf psychische Gesundheit spezialisierten formellen wie informellen Diensten. Es scheint zentral, dass Fachpersonen dieser formellen und informellen Stellen die Fähigkeit entwickeln, psychische Gesundheitsprobleme zu erkennen und Verantwortung übernehmen, potenziell vorhandene Problematiken anzusprechen. So könnten diese zukünftig als bedeutsame Schnittstelle zu formellen auf psychische Gesundheit spezialisierten Diensten fungieren (Sottas & Brügger, 2012; WHO, 2009). Um den Wissensdefiziten hinsichtlich psychischer Gesundheitsprobleme sowohl auf Seiten potentiell Betroffener und ihres Umfeldes wie auch aus Seiten nicht spezialisierter formeller und informeller Dienste entgegen zu wirken, scheint eine stärkere Sensibilisierung aller zentral.

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass betroffenenorientierte Ansprechstrukturen nicht nur für



die Betroffenen selber sondern auch für deren Umfeld - hierzu zählen nicht nur die Angehörigen sondern auch in kontaktstehende informelle und formelle (Gesundheits-) Fachpersonen - erkennbar und erreichbar sein sollten. Gezielt deponierte Information direkt bei potenziell Betroffenen oder indirekt z.B. durch das Auslegen von Infobroschüren in Wartezimmern, Schulen, Gemeindeeinrichtungen u. a. können als niederschwellige Interventionen zur Sensibilisierung der Bevölkerung beitragen und so die frühzeitige Selbst- und Fremdwahrnehmung von psychischen Gesundheitsproblemen begünstigen. Diese wiederum gilt als wichtiger Schritt zum Aufsuchen professioneller auf psychische Gesundheit spezialisierter Hilfsangebote. Auch das Internet kann bei der Informationsvermittlung eine gute Plattform bieten (z. B.: [www.psy.ch](http://www.psy.ch); [www.wiegeht-es-dir.ch](http://www.wiegeht-es-dir.ch)).

Auf psychische Gesundheit spezialisierte Ansprechstrukturen sollten ihre Angebote betroffenenorientierter gestalten und präsentieren, um einerseits Berührungängste abzubauen und andererseits überhaupt den niedrigschwiligen Zugang zu ermöglichen. Beispielsweise sollte klar beschrieben sein, bei welchen Beschwerden (z. B. unkontrollierbaren Weinkrämpfen über mehrere Tage) welches Angebot in Anspruch genommen werden kann/sollte. Zudem sollten zur Förderung der Vertrauenswürdigkeit, Inhalte und Ziele der angebotenen Dienstleistungen transparent dargelegt werden. Zielführend kann es zudem sein, niederschwellige Angebote zur psychischen Gesundheit nicht direkt psychiatrischen Institutionen sondern an anderen Anlaufstellen anzugliedern z. B. Apotheken, Erziehungsberatungsstellen, Gemeinschaftspraxen oder Arbeitslosenämter.

Die Studie weist darauf hin, dass ein Ausbau von Diensten, welche nicht psychiatrisch therapeutisch-

diagnostische Angebote sondern gezielt Angebote zur Alltagsbewältigung oder Beratung bei sozialen, alltagsbezogenen Fragen in den Vordergrund stellen, zu einem frühzeitigen Intervenieren bei psychischen Problemen hilfreich sein kann. Vorstellbar sind spezialisierte Gesundheitsfachpersonen, welche in Form von Liaison Diensten alltagspraktische Unterstützung anbieten wie z. B. Unterstützung bei der Vor- und Nachbereitung schwieriger Gespräche in der Familie oder mit offiziellen Stellen. Je nach Bedarf sind hierbei die Kompetenzen unterschiedlicher Gesundheitsdisziplinen gefragt.

Um die vorliegenden Ergebnisse weiter stringent aus der Betroffenenperspektive zu verifizieren sind weitere Studien zu dieser Thematik zu empfehlen, beispielsweise Fallstudien, die eine vertiefte Analyse der Kontakte der Betroffenen zu den diversen informellen und formellen Stellen während ihrer Krisenzeit ermöglichen. Um eine retrospektive Rationalisierung zu vermeiden wäre eine Bedarfserhebung bei Betroffenen, welche sich aktuell auf der Suche nach Unterstützung befinden indiziert. Hierzu könnten Teilnehmende über verschiedene Angebote der Primärversorgung rekrutiert werden. Auch das Erleben des Hilfe(auf)such-Prozesses aus der Perspektive des Umfeldes der Betroffenen oder der verschiedenen (potenziellen) Schnittstellen zu erheben könnte zu einer Komplettierung der vorliegenden Ergebnisse führen.

## DANKSAGUNG

Wir danken den Teilnehmenden für ihre Offenheit. Ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Allen Peers, die durch ihr Nachhaken und ihre konstruktive Diskussion zur kommunikativen Validierung aber auch zur besseren Nachvollziehbarkeit des Studienablaufs beigetragen haben, gilt ebenso unser Dank.

## Literatur

- Ajdacic-Gross, V., & Graf, M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Amsler, F., Jäckel, D., & Wyler, R. (2010). Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte - Angebot, Lücken und Mängel: GEF.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., . . . Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 1-17. doi: 10.1017/S0033291714000129
- Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogenen Indikatoren (Obsan Dossier 13). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Flick, U., Von Kardorff, E., & Steinke, I. (2012). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. Von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung - Ein Handbuch* (Vol. 9, pp. 13-29). Hamburg: Rowohlt.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (Vol. 4). Wiesbaden: VS Verlag.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BioMed Central Psychiatry*, 10(113), 1-9.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Jordi, A., Beghi, E., . . . Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.



- International council of nurses. (2014). ICN definition of nursing. Retrieved 03.02.2015, from <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304-319. doi: 10.1002/mpr.1439
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., . . . Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.*, 18(1), 23-33.
- Prior, L., Wood, F., Lewis, G., & Pill, R. (2003). Stigma revisited, disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2191-2200. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00235-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00235-6)
- Rickwood, D., & Kerry, T. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behaviour Management*, 5, 173-183.
- Rudell, K., Bhui, K., & Priebe, S. (2008). Do 'alternative' help-seeking strategies affect primary care service use? A survey of help-seeking for mental distress. *BMC public health*, 8, 207. doi: 10.1186/1471-2458-8-207
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: SAGE.
- Sottas, B., & Brügger, S. (2012). *Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung*. Zürich: Careum Stiftung.
- Steinke, I. (2009). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. Von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung - Ein Handbuch* (Vol. 7, pp. 319-331). Hamburg: Rowohlt.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinic sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 810-817.
- UPD. (o. A.). *Kriseninterventionszentrum (KIZ), Universitäre Psychiatrische Dienste des Kantons Bern*. Retrieved 03.09.2015, from [http://www.upd.gef.be.ch/upd\\_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote\\_fuer\\_erwachsene/Psychiatrische\\_poliklinik/krisenintervention.html](http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote_fuer_erwachsene/Psychiatrische_poliklinik/krisenintervention.html)
- WHO. (2008a). Integrating mental health into primary care A global perspective Retrieved 16.04.2015, from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf)
- WHO. (2008b). Primary health care. Now more than ever. *World health report 2008*. Retrieved 16.04.2015, from [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
- WHO. (2009). *Improving health system and service for mental health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved 16.04.2015, from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf).
- WHO. (2013). *Nursing and midwifery progress report 2008-2012*. Retrieved 16.04.2015, from [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf?ua=1)
- WHO. (2014). *Mental disorders - Fact sheet Nr. 396*. Retrieved 16.04.2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wohlrab-Sahr, M., & Przyborski, A. (2009). *Qualitative Sozialforschung - Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.