Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte
Psychologie

www.psychologie.zhaw.ch

Bachelorarbeit

Untersuchung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischen Angeboten in der Türkei (Ankara)

Welche Gründe führen wann und wen in die psychologische Beratung?

Sevinç Ataman

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Prof. Dr. Valerie Gamper

Zürich, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Abstract

Angesichts des zunehmenden Angebots an Psychotherapie und psychologische Beratung in türkischen Grossstädten beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, durch wen und aus welchen Gründen das Angebot der Psychologie in Ankara beansprucht wird. Die Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Untersuchung, die die Bereitschaft der Ankaraner, psychologische Interventionen in Anspruch zu nehmen, untersuchen, zeigen, dass Ankaraner Frauen und Männer mit unterschiedlichen Bildungs- und Einkommensniveaus bereit sind, für sich selbst und ihre Kinder den Psychologen im Vergleich zum Arzt, zu den Nächsten, zu alternativen und traditionellen Methoden bevorzugt in Anspruch zu nehmen. Dieser Bereitschaft tragen die Tradition in Anatolien und die Interventionen des Türkischen Psychologenverbandes bei Katastrophen bei. Die Gründe, die zum Psychologen führen, sind Suche nach Unterstützung, Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Beziehung. Die Bereitschaft in Ankara zeigt, dass Türken gegenüber psychologischen Interventionen aufgeschlossen sind und kann auch ausserhalb der Türkei im Interesse der betroffenen Person und des Gesundheitssystems genutzt werden.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Einleitung**	**1**
1.1.	Zielsetzung	2
1.2.	Abgrenzung	2
2.	**Das Angebot der Psychologie**	**3**
2.1.	Die Psychotherapie	4
2.1.1.	Warum Psychotherapie?	5
2.2.	Die psychologische Beratung	5
2.2.1.	Warum psychologische Beratung?	6
2.3.	Der Psychologe als formale Hilfsquelle und der Klient	6
2.4.	Wirkfaktoren der Psychotherapie und der psychologischen Beratung	8
2.5.	Wer geht zum Psychologen?	9
2.6.	Ansätze der Psychologie und der Psychotherapie in Anatolien – Ein kurzer Überblick von der Antike bis ins 20. Jahrhundert	10
2.7.	Erklärungen für die Ursachen von psychischen Krankheiten in Anatolien	13
2.8.	Haltung gegenüber Problemen	16
3.	**Ankara**	**16**
3.1.	Psychologiestudium in der Türkei und in Ankara	17
3.2.	Psychotherapie und psychologische Beratung in Ankara	18
3.3.	Psychotherapie-Ausbildung in Ankara	20
3.4.	**Die Türkei – Demographische Daten**	**20**
3.4.1.	Traumatische Ereignisse in der Türkei	22
3.4.2.	Machtdistanz, Individualismus-Indexwerte und Kollektivismus in der Türkei	23
3.4.3.	Psychologie und die türkische Gesellschaft	24
4.	**Definitionen**	**25**
4.1.	Definition der Modernisierung	26
4.2.	Definition und Operationalisierung des „modernen Lebens“	27
4.3.	Definition „traditionelle Methoden“ und „alternative Methoden“	28

5.	**Empirischer Teil**	**29**
5.1.	Fragestellung und Hypothesen	29
5.2.	Methodisches Vorgehen und Datenerhebung	29
5.3.	Messinstrumente	30
5.3.1.	Fragebogen zur Einholung demographischer Daten und zur Messung der Bereitschaft, Psychotherapie und psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen	30
5.3.2.	Skala für Individualismus und Kollektivismus	33
5.4.	Stichprobenbeschreibung	34
5.4.1.	Demographische Merkmale	34
6.	**Darstellung der quantitativen Ergebnisse**	**37**
6.1.	Zusammenhang zwischen einzelnen Hauptvariablen der Studie	37
6.2.	Vergleich des Bildungsstandes	38
7.	**Überprüfung der Hypothesen**	**39**
7.1.	Überprüfung der ersten Hypothese	39
7.2.	Überprüfung der zweiten Hypothese	41
7.3.	Überprüfung der dritten Hypothese	43
7.4.	Qualitative Untersuchung	46
7.4.1.	Ergebnisse der qualitativen Untersuchung	47
8.	**Diskussion**	**48**
8.1.	Zusammenfassung	48
8.2.	Interpretation der Ergebnisse	50
8.3.	Fazit	55
8.4.	Methodenkritik	56
8.5.	Implikationen für die Praxis	57
9.	**Abstract**	**58**
10.	**Literaturverzeichnis**	**59**
11.	**Anhang: Fragebögen und Tabellen**	**69**

1. Einleitung

Es lässt sich nicht bestreiten, dass Menschen immer schon Hilfe, Unterstützung und Rat gesucht haben. Selbst die Heiligen Bücher der Religionen und die Werke der Antike sind Ratgeber für das Wohlbefinden, und zugleich berichten sie von Ressourcen wie Propheten, Priester, Hellseher, Orakel- und Traumdeuter, Götzen und Berater, an die sich Hilfesuchende wenden. Im Laufe der Zeit und der Entwicklungen in allen Bereichen des Lebens - allen voran in den natur- und geisteswissenschaftlichen, sozialen, kulturellen, politischen Bereichen im 18. und 19. Jahrhundert (Großmaß, 2004) - sowie deren Folgen hinsichtlich der „menschlichen Bewusstseinsentwicklung" (Grawe, Donati & Bernauer, 1995, S.6), die zum modernen Leben führten, haben sich auch die Ressourcen der Hilfe und die Formen des Helfens verändert (vgl. Luhmann, 1973). So unterscheidet auch Luhmann bezüglich der Institution des Helfens zwischen den Formen in der archaischen, hochkultivierten und modernen Gesellschaft (Luhmann, 1973). Die moderne Gesellschaft bietet dem Menschen die Möglichkeit, sich als Individuum und nicht „als integraler Teil einer Gruppe" (Grawe et al., 1995, S.5) zu erleben und sich aus dem „ [engen] Verbundenheitsgefühl (…) mit seiner Umwelt und Mitwelt ohne die strenge Unterscheidung von Innen und Aussen" (Grawe & Donati & Bernauer, 1995, S. 5) zu lösen. Nun steht der Mensch auf einer „Stufe der Bewusstseinsentwicklung" (Grawe et al., 1995, S. 6), in der eine „reflektierend-distanzierende Betrachtung" (Grawe et al., 1995, S. 6) seiner Umwelt und seiner selbst stattfindet, die den „Nährboden" (Grawe et al., 1995, S. 6) für die Psychotherapie bietet.

Nicht nur in der westlichen Welt, die die moderne bzw. postmoderne Gesellschaft hervorgebracht hat, und in der „Ob Liebeskummer oder Schwiegermutter, Terrorangst, Grossschadenereignis, Amoklauf oder Coming-Out – permanente Ratschläge und Statements psychologischer Experten nicht mehr fehlen" (Hilgers, 2007, S. 151) dürfen, steigt zunehmend das Angebot und die Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychologischer Beratung, sondern auch in der Türkei. Dieser Tatsache scheinen der in dem 19. Jahrhundert beginnende und nach Gründung der Republik (1923) beschleunigte Modernisierungsprozess und verschiedene Ereignisse und Gegebenheiten der Zeit Rechnung zu tragen, die einerseits zum Teil einen Lebensstil „seemingly indistinguishable from the prototypic Western type" (Fişek-Okman & Kağıtçıbaşı, 1998, S. 81) hervorbrachten und andererseits die psychologische Unterstützung in Folge

von Krisensituationen wie das Marmara-Erdbeben[1] von 1999 (vgl. Bolak-Boratav, 2004) für viele betroffene Menschen ausserhalb der Millionenstädte wie İstanbul, Ankara und İzmir in den Alltag holten.

1.1. Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, den Stand, den Stellenwert, das Angebot und die Inanspruchnahme bzw. die Akzeptanz der Psychologie sowie der Psychotherapie und der psychologischen Beratung in Ankara darzustellen. Dies kann einerseits dazu beitragen, Hemmungen (vgl. Holzmann & Volk, Georgi, Pflug, 1994) gegenüber psychologischen Interventionen seitens der türkischen und türkischstämmigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern in der Schweiz zu vermindern und andererseits Hemmungen Schweizer Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber Patientinnen und Patienten aus einer als nicht-westlich angesehenen Kultur zu reduzieren. Daher versucht diese Bachelorarbeit, anhand der nachstehenden Hypothesen folgende Fragestellung zu beantworten:

Welche Gründe führen wann und wen in die psychologische Beratung?

Hypothese 1: Personen, die sich dem modernen Leben angepasst haben, nehmen das Angebot der Psychologie in Anspruch.

Hypothese 2: Das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie wird mehr in Anspruch genommen als das Angebot für Erwachsene.

Hypothese 3: Traditionelle Methoden verlieren ihre Anziehungskraft im Vergleich zum Angebot der Psychologie.

1.2. Abgrenzungen

Diese Arbeit beschäftigt sich nicht mit einzelnen psychotherapeutischen Grundorientierungen und beraterischen Ansätzen. Sie beschäftigt sich des Weiteren nicht mit den Unterschieden der Psychotherapie und der psychologischen Beratung.

[1] Am 17. August 1999 wurde der Nordwesten des Landes von einer Erdbebenkatastrophe heimgesucht. Nach offiziellen Angaben verloren 17 480 und nach inoffiziellen Angaben bis zu 60 000 Menschen ihr Leben. 600 000 Menschen wurden obdachlos.

Die Bedarfs- und Versorgungssituation der türkischen / türkischstämmigen Mitbürger in der Schweiz und im weiteren deutschsprachigen Raum liegt auch nicht im Interesse dieser Arbeit.

Die Stichprobe der quantitativen Untersuchung bilden lediglich Bewohner der Stadt Ankara. Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung sind, werden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Die Leistungen der Psychologie in der Wissenschaft und Forschung werden hier ebenso nicht berücksichtigt.

Die Symptome, die die Klienten zum Psychologen führen, sind auch nicht im Fokus dieser Arbeit, sondern die Gründe, aus denen Klienten im Vergleich zu anderen Hilfsquellen den Psychologen bevorzugen.

Weitere Abgrenzungen zeigen sich in der quantitativen und der qualitativen Untersuchung. Bei der quantitativen Untersuchung wurde die soziale Erwünschtheit nicht gemessen; eine entsprechende Messskala hierfür ist nicht vorhanden. Somit konnte bei der Bereitschaft der Inanspruchnahme des Psychologen die Varianz der sozialen Erwünschtheit nicht geprüft werden. Des Weiteren wurden Testpersonen nicht nach dem Vorhandensein eines Freundes oder Freundin befragt. Bezüglich des Familienstandes wurden lediglich die offiziellen Bezeichnungen verwendet.

Berufs- und Funktionsbezeichnungen sind im Text zur besseren Lesbarkeit lediglich in männlicher Form angegeben, doch gelten sie für beide Geschlechter.

2. Das Angebot der Psychologie

Das Angebot der Psychologie wird in dieser Arbeit mit der Psychotherapie und der psychologischen Beratung eingegrenzt. Es handelt sich hier um die Leistung des Psychologen als Hilfsquelle in der Rolle des Psychotherapeuten oder psychologischen Beraters, dem sich der leidende oder problembelastete Mensch mit persönlichen und möglicherweise intimen Problemen wendet und eröffnet (Rauchfleisch, 2001). Daher werden hier die Psychotherapie und die psychologische Beratung nicht gegeneinander aufgewogen oder verglichen, denn “We can probably best understand their relationship

within a continuum, with counseling at one end and psychotherapy at the other“ (Nystul, 2011, S. 6).

2.1. Die Psychotherapie

Die Psychotherapie ist ein „Teilbereich der klinischen Psychologie“ (Wittchen & Hoyer, 2006, S.4) und wird im *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* als „gezielte, professionelle Behandlung psychischer und / oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 815) definiert. Diese Behandlung kann von Gesetzes wegen durch ausgebildete klinische Psychologen und Psychiater in Form einer Einzeltherapie oder Gruppentherapie durchgeführt werden.

Strotzka (1978) definiert die Psychotherapie folgendermassen:

> Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und / oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltes. (Strotzka, 1978, S.4)

Durch die klare Erwähnung der bewussten und geplanten Interaktion sowie des gemeinsam erarbeiteten Ziels der Psychotherapie gibt die Definition von Strotzka einen wichtigen Hinweis darauf, warum der Psychologe als Hilfsquelle im Vergleich zu anderen Hilfsquellen wie zum Beispiel die Nächsten, traditionelle und alternative Methoden, in Frage kommt.

Studien in verschiedenen europäischen Ländern und in der Türkei zeigen, dass die Bevölkerung die Psychotherapie, insbesondere für Depression und Schizophrenie, im Vergleich zur Pharmakotherapie zunehmend bevorzugt, da Psychopharmaka als schädlich und süchtig machend bewertet werden (Ozmen, Ogel, Aker, Sağduyu, Tamar & Boratav, 2005; Angermeyer & Matschinger, 2005). In diesem Zusammenhang wird in einer Schweizerischen Studie folgendes festgestellt:

> Among several psychiatric treatment approaches 'psychotherapy' was favored, while psychopharmacological treatment and electroconvulsive therapy were only proposed by less than one-fourth of the interviewees. Especially psychotropic drugs were considered to be harmful (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2001, S. 553)

2.1.1. Warum Psychotherapie?

Die Psychotherapie bzw. psychologische Interventionen werden nicht lediglich zur Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen angewandt. Diese können auch präventiv zur Vermeidung der Entstehung von psychischen Störungen und in Folge von belastenden und traumatisierenden Ereignissen und Erlebnissen eingesetzt werden (Grawe et al., 1995). Ziel ist es, den Leidensdruck des Menschen zu lindern oder zu beheben.

Die positiven Wirkungen der Psychotherapie bzw. psychologischen Interventionen können neben der Besserung der eigentlichen Symptomatik positive Nebenwirkungen auf die „Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen, auf das Selbstwertgefühl und auf das allgemeine Wohlbefinden“ (Grawe et al., 1995, S. 674) haben, von denen nicht nur der Patient, sondern auch seine Umwelt profitieren (Grawe et al., 1995), da der Behandelnde „nach Beendigung über mehr Ressourcen zur aktiven Gestaltung seines Lebens verfügt als vor der Psychotherapie“ (Krause-Girth, 2004, S. 26) und neue „Sicht- und Handlungsweisen, eine veränderte Wahrnehmung, ein verändertes Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und eine veränderte Problemlösungsfähigkeit“ (Krause-Girth, 2004, S. 26) erworben hat.

Angesichts der Tatsache, dass „zwischen 21 und 33% der Patienten der Allgemeinmedizin und von Internisten unter psychischen Störungen von Krankheitswert“ (Grawe et al., 1995, S. 682) leiden und zwischen einem Drittel und der Hälfte „aller Erwachsenen (…) im Laufe des Lebens mindestens eine psychische Störung von Krankheitswert haben“ (Margraf, 2009, S. 26) wird, können durch eine rechtzeitige Psychotherapie medizinische Behandlungskosten und die Leidensdauer des Patienten nachweislich erheblich gesenkt werden (Grawe et al., 1995, vgl. auch Margraf, 2009).

2.2. Die psychologische Beratung

Die psychologische Beratung ist im *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* als

> ein vom Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt oder optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben bzw. Problemen verbessert werden (Häcker & Stapf, 2009, S. 127)

definiert. Die professionelle Beratung verhielt sich in ihren Anfängen Ende des 19. Jahrhunderts und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als „Hüter einer der gesellschaftlichen Normen entsprechenden Lebensweise“ (Nußbeck, 2006, S. 14). Sie entwickelte sich im Laufe der Zeit im Zuge der Studentenbewegung von 1968 und dem Einfluss der humanistischen Psychologie sowie dem systemischen Ansatz in der Psychologie zur Hilfe zur Selbsthilfe. Durch ein strukturiertes dialogisches Gespräch, in dem Berater und Hilfesuchender gleichrangig sind, erhält der Hilfesuchende Unterstützung, um anhand seiner eigenen Ressourcen und Fähigkeiten zu einer Lösungsfindung zu kommen und dementsprechend zu handeln. Ziel ist, dass der Hilfesuchende sich von seinem situativen, konkreten und ihm selbst bekannten „Problemdruck“ befreit und aus der gegenwärtigen Situation Problemlösekompetenzen für ähnliche zukünftige Situationen bildet.

Die Beratungskonzepte sind von den theoretischen Konzepten der psychotherapeutischen Schulen abgeleitet. Die Wirkfaktoren der psychologischen Beratung sind mit den Wirkfaktoren der Psychotherapie identisch.

2.2.1. Warum psychologische Beratung?

Da die psychologische Beratung wie bereits in Abschnitt 2.2. dargestellt, den Hilfesuchenden von seinem Problemdruck befreit und für zukünftige ähnliche Situationen seine Problemlösekompetenzen fördert, hat sie eine „präventive und entwicklungsfördernde Rolle“ (Nußbeck, 2006, S.22), durch die eine mögliche Dekompensation des Hilfesuchenden verhindert werden kann. Dadurch kann die betroffene Person vor einem psychischen Leiden bewahrt und letztendlich Kosten für das Gesundheitswesen eingespart werden. Abgesehen davon kann sie zweifellos vergleichbar mit der Psychotherapie die Lebensqualität des Betroffenen und seines Umfelds verbessern, da sie den Problemdruck aufhebt.

2.3. Der Psychologe als formale Hilfsquelle und der Klient

In der Einleitung wurde versucht darzustellen, dass die Bewusstseinsentwicklung des Menschen die Psychotherapie bzw. psychologische Beratung in ihrer heutigen Art und Weise hervorgebracht hat. Somit ist der Psychologe zunehmend eine formale

Hilfsquelle für den leidenden Menschen. Der Psychologe unterscheidet sich als formale Hilfsquelle von Freunden, die als informale Hilfsquelle betrachtet werden (Nystul, 2011). Nach Nystul (2011) lassen sich die Unterschiede und Vorzüge der formalen Hilfsquelle gegenüber der informalen in vier Punkten zusammenfassen:

1. Objektivität: Da Klient und Berater keine gemeinsamen vorherigen privaten Erfahrungen haben, verhält sich der Berater im Vergleich zu Freunden unvoreingenommen gegenüber dem Klienten und seinem Problem. Im Gegenzug „Having no previous experience with the counselor, the client is free to try new modes of behaving and relating" (Nystul, 2011, S. 9) .
2. Vertraulichkeit und Schutz des Klienten: Ausser in ausserordentlichen Umständen wie Lebensgefahr für den Klienten, steht der Berater gesetzlich unter Schweigepflicht. Dieses bietet dem Klienten die Möglichkeit, sich ohne Bedenken zu öffnen.
3. Keine Gefährdung der Beziehung / Freundschaft: Berater können die Klienten, wenn notwendig, mit schmerzvollen Tatsachen und Emotionen konfrontieren, ohne ihre Beziehung zu gefährden. (Nystul, 2011, S. 9)
4. Psychologische Instrumente des Beraters: „A final difference lies in the repertoire of counseling strategies and techniques available to professional counselors and their ability to systematically utilize these strategies and techniques to promote client growth" (Nystul, 2011, S. 9).

Nach Saunders (1993) durchläuft der leidende Mensch vier aufeinanderfolgende Phasen bis er den tatsächlichen Kontakt zu einer Psychotherapie bzw. psychologischen Beratung aufnimmt: „(1) realizing there is a problem; (2) deciding that therapy would be an appropriate way to try to solve the problem; (3) deciding to seek therapy; and (4) making contact with the MHS"[2] (Saunders, 1993, S. 556).

Unabhängig davon, ob der Betroffene den Auslöser seines Problems ausmachen kann oder nicht, durchläuft er nach der Identifizierung des Vorhandenseins eines mentalen Problems zuerst eine Phase des „self-healing or self righting" (Manthei, 2006), in der er versucht, das Problem aus eigenen Kräften und Bemühungen aufzuheben (Manthei, 2005; Manthei ,2006). Die Phase schliesst die Hilfesuche in der Familie, im Freundeskreis, beim Priester, bei Selbsthilfe-Literatur, bei weiteren nicht-professionellen Per-

[2] MHS – Mental Health System

sonen sowie das Ignorieren oder die Verneinung des Problems, die Reduzierung der beruflichen Tätigkeiten und alternative Methoden wie Beten, Massage oder Meditation, Medikamenten- und Alkoholkonsum ein (Zimbardo & Gerrig, 2008; Manthei, 2006; Saunders, 1993). Familienangehörige und der Freundeskreis sind auch dabei behilflich, das Problem bei der betroffenen Person zu identifizieren und zur professionellen Hilfesuche zu raten (Manthei, 2006; Saunders, 1993), wobei Familienangehörige diesbezüglich zurückhaltender sind als der Freundeskreis und die Arbeitskollegen (Saunders, 1993). Betroffene wenden sich an professionelle Hilfe, wenn self-healing und die nicht-professionellen Hilfsquellen keine ausreichende Erleichterung oder Lösung mit sich bringen (Manthei, 2006; Vogel & Wester, 2003) und sie ihre eigenen Probleme als (ge)wichtiger einschätzen als die Probleme anderer Menschen (Vogel et al., 2003). Die Zeitspanne bis der Betroffene professionelle Hilfe sucht ist sehr unterschiedlich, aber es kann nach Saunders (1993) davon ausgegangen werden, dass 48% der Betroffenen hierfür mehr als zwei Jahre brauchen (vgl. Manthei, 2005). Bei Personen, die mit Psychotherapie bzw. psychologischen Interventionen in der Vergangenheit gute Erfahrung gemacht haben, ist diese Zeitdauer geringer (Manthei, 2006; Saunders, 1993). Vogel et al. (2003) bemerken, dass lediglich ein Drittel der Personen, die von einer Psychotherapie bzw. psychologischen Intervention profitieren könnten, diese in Anspruch nimmt. Das grösste Hindernis dabei ist, dass der Betroffene die Mitteilung von negativen und schmerzlichen Gefühlen als ein riskantes Verhalten betrachtet (Vogel et al., 2003).

2.4. Wirkfaktoren der Psychotherapie und der psychologischen Beratung

Obwohl sich diese Arbeit mit der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Psychologen als Hilfsquelle bzw. mit der Phase vor dem Eintritt in die psychologische Intervention beschäftigt, werden hier die Wirkfaktoren genannt, da erfolgreiche vorherige Erfahrungen mit psychologischen Interventionen die Bereitschaft der Inanspruchnahme von psychologischen Interventionen vergrössern (Vogel et al., 2003, Manthei, 2006). Die Wirkfaktoren führen den Erfolg der Therapie herbei und machen den Nutzen für den betroffenen Menschen aus, die ihn nebst und / oder trotz anderer Hilferessourcen erneut zum Psychologen führen.

Es werden hier vorwiegend die Wirkfaktoren der Psychotherapie genannt, doch gelten diese gleichermassen für die psychologische Beratung, „ da Psychotherapie und Beratung, insbesondere, wenn es sich um kurative Beratung handelt, zahlreiche Überschneidungen aufweisen“ (Boeger, 2009, S. 20) und, wie bereits in Abschnitt 2 erwähnt, sich im selben Kontinuum befinden. Die Wirkfaktoren der Psychotherapie werden durch Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke (2007) folgenderweise zusammengefasst:

- Intensive, emotional besetzte vertrauensvolle Beziehung zwischen Hilfesuchenden und Helfer
- Erklärungsprinzip (Glaubenssystem, Mythos) bezüglich der Ursachen der Erkrankung und eine damit zusammenhängende Methode für ihre Beseitigung bzw. Behebung
- Problemanalyse, die dem Patienten Möglichkeiten der Bewältigung eröffnet
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen, die sowohl der Hoffnung weitere Nahrung geben als auch dem Patienten zunehmend Sicherheit und Kompetenz vermitteln
- Förderung emotionalen Erlebens als Voraussetzung für eine Einstellungs- und Verhaltensänderung (Reimer et al., 2007, S. 21)

Bezüglich der Wirkfaktoren werden in dieser Arbeit Reimer et al. (2006) zitiert, da diese die therapeutische Beziehung hervorheben und sowohl Wirkfaktoren, die von Grawe genannt werden, nämlich Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und Klärungsperspektive (Grawe, 1995) als auch Wirkfaktoren, die von Yalom (2004, 2010) genannt werden, miteinschliessen.

2.5. Wer geht zum Psychologen?

Nach einer empirischen Untersuchung von Leaf, Bruce, Tischler & Holzer (1987) an der Yale-University gehen mehr Hilfesuchende zum Psychologen als in der Vergangenheit (vgl. auch Angermeyer et al., 2005; Ozmen et al., 2005; Die Welt, 2007). Leaf et al. (1987) fanden heraus, dass Frauen im Vergleich zu Männern signifikant eher bereit sind, psychologische Leistungen in Anspruch zu nehmen als die Unterstützung von Geistlichen, Familienangehörigen und Hausärzten. Ebenso neigen Hilfesuchende mit mehr Einkommen und höherer Bildung dazu, einen Psychologen aufzusuchen als sich an einen Geistlichen, Familienangehörigen und Hausarzt zu wenden (Leaf et al., 1987).

Personen im mittleren Lebensalter sind im Vergleich zu jüngeren (18 – 24 Jahre) und älteren Personen (ab 64 Jahre) eher bereit, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (Leaf et al. 1987). Eine spätere Untersuchung unterscheidet zwischen der Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen und dem anschliessenden Eintritt in eine Psychotherapie (Vessey et al., 1993). Diese Untersuchung kommt zu den Ergebnissen, dass

- „females are much more likely to make mental health visit, but once a visit is made are not likely than males to enter psychotherapy“ (Vessey et al., 1993, S. 549),
- eine positive Beziehung zwischen Bildungsniveau und der Wahrscheinlichkeit einen Psychologen aufzusuchen und Psychotherapie in Anspruch zu nehmen vorhanden ist,
- das Einkommensniveau zwar keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, einen Psychologen aufzusuchen hat. „However, the wealthier were much more likely to subsequently enter psychotherapy given that they had made a mental health visit“ (Vessey et al, 1993, S. 549),
- Personen im Alter zwischen 31 und 40 Jahren eine grössere Bereitschaft aufweisen, einen Psychologen aufzusuchen,
- „the separated or divorced group are the most likely to make a visit followed by the never married, married, and widowed who are very unlikely ever to make a visit” (Vessey et al., 1993, S. 549).

2.6. Ansätze der Psychologie und Psychotherapie in Anatolien – Ein kurzer Überblick von der Antike bis ins 20. Jahrhundert

Da diese Arbeit sich mit der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von psychologischen Angeboten in Ankara beschäftigt und die Psychologie eher als ein Produkt der westlichen Kultur betrachtet wird (Mocan-Aydın, 2000, İmamoğlu, 2003), soll ein historischer Blick auf die Erfahrungen auf anatolischem Boden geworfen werden, um eine Verbindung mit der heutigen Akzeptanz des Angebots der Psychologie in der Türkei herstellen zu können.

Hippokrates (um 460 v. Chr. – um 370 v. Chr.), Vater der modernen Medizin, wurde auf der griechischen Insel Kos geboren und war als Wanderarzt in Griechenland und in

Anatolien tätig. Hippokrates entwarf die Temperamentenlehre bzw. die Viersäftelehre (Achner, 2009, Comer, 2008) mit der er Gemütszustände wie die Melancholie und die Manie erklärte. Er war davon überzeugt, dass Krankheiten und gestörtes Verhalten nicht von Dämonen und Göttern verursacht werden, sondern dass sie körperliche, vom Gehirn ausgehende, Ursachen haben (Ducey & Simon, 1975, S.15). So erklärte er die Hysterie mit der wandernden Gebärmutter in der unzufriedenen Frau, und darüber hinaus betrachtete er die Fallsucht, die damals als Heilige Krankheit galt, als eine natürliche Krankheit, deren Ursache im Gehirn lag (Öztürk & Uluşahin, 2008; Ducey et al., 1975). Ausserdem weist er auf die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patienten sowie auf die Kooperation des Patienten bei der Bekämpfung der Störung hin (Ducey et al. 1975, S. 16).

Galenos (120 n. Chr. – 201 n. Chr) wurde in Pergamon, im heutigen Bergama / Türkei, geboren und studierte im Asklepieion von Pergamon Medizin (Çicek, 2006). Er praktizierte in Pergamon und Rom als Arzt. Er entwickelte die Viersäftelehre weiter und ordnete diesen weitere Gemütsstimmungen zu. Er „unterschied systematisch emotionale Ursachen (wie finanzielle Sorgen und Liebesentzug) von medizinischen (wie Kopfverletzungen und Alkoholmissbrauch)“ (Comer, 2008, S.8). Er befasste sich auch mit den Träumen seiner Patienten, da diese für ihn Informationen über den Zustand des Patienten enthielten. So befragte auch **Rufus von Ephesos** (ca. 80 – 150 n. Chr.) seine Patienten nach ihren Träumen.

Der Arzt **Aretaeus** von Kappadokien wurde um 80 n. Chr. in Kappadokien in der Nähe von Göreme / Türkei geboren. Er studierte in Alexandria und praktizierte in Rom. Er folgte der Lehre von Hippokrates und setzte sich für die Observation des Patienten zur Diagnose seines Leidens ein. Er beschrieb präzise Diabetes, neurologische und mentale Störungen. Unter anderem entwickelte er das Konzept von Hippokrates über Melancholie und Manie weiter und stellte fest, dass Melancholie und Manie einen zirkulären Verlauf zeigen und Erscheinungsformen derselben Störung sind. Ausserdem erkannte er bei der Melancholie die gegen das Selbst gerichtete Aggression bzw. die Suizidgefahr (İşçen, 2010).

Des Weiteren ist das Behandlungszentrum **Asklepieion** in Pergamon zu nennen, wo auch Galenos einst studierte und später als Arzt praktizierte. Im Asklepieion wurden Patienten neben Schlamm- und Warm- und Kaltwasserbädern, mit Massagen,

Leibesübungen, Kräutern, Aromen, Diäten, Musik, Suggestion, Meditation und Heilschlaf therapiert. Patienten, die nach Pergamon kamen, wurden zuerst einer Untersuchung unterzogen. Sollte sich erweisen, dass keine tödliche Krankheit vorliegt und dass Hoffnung auf Genesung besteht, wurde dem Patienten der Eintritt ins Asklepieion zwecks Behandlung gewährt. So begab sich der Patient in guter Hoffnung auf Genesung zur Behandlung. Nachdem er sich mit dem Heilwasser reinwusch und ein schlichtes, weisses Gewand überzog, betete er im Tempel für seine Gesundheit. Danach trank er vom Heilwasser und wurde durch einen Tunnel, aus dessen Öffnungen Licht, das Rauschen des fliessenden Wassers, die Suggestionen und die Musik der Priester eindrangen, in den Behandlungsraum geführt. Dort legte sich der Patient zum Träumen nieder. Der Patient erhielt durch den Traum, der von Priestern gedeutet wurde, das Rezept für die Behandlung seines Leidens. Neben der Behandlung beschäftigten sich die Patienten mit Leibesübungen, Theater, Musik und Lesen. (Tuzcu, 2010; Menekay, 2009; Güneş, 1998; Tuncer, 1995; Başer, 2010)

Ein weiteres Asklepieion **Allianoi**, das 1994 entdeckt wurde, befindet sich unweit von Pergamon. Neben diesen beiden Asklepieia gab es in der hellenistischen und römischen Zeit weitere Heilstätte und Thermalbäder in vielen Orten Anatoliens wie zum Beispiel in *Ephesus* (Efes), *Hierapolis* (Pamukkale) und *Ancyra* (Ankara).

Das Römische Bad in **Ancyra** wurde im 3. Jahrhundert zu Ehren von Asklepios vermutlich zur Genesung von Kaiser Caracalla gebaut. Dort befand sich eine überdimensionale Asklepios-Statue und es wurden zu Ehren von Asklepion Sportwettspiele (Isopythia Asklepia Soteria) veranstaltet (Kadıoğlu & Görkay, 2007). So steht fest, dass Asklepion und seine Gefolgschaft in Ancyra bekannt waren. Ob das Römische Bad in Ancyra einem Asklepiei gleichkam, ist dahingestellt, doch zeugt es davon, dass Gesundheit, körperliche wie seelische, von Bedeutung war, und dass in Anatolien das Konzept, bei Leid und Sorge extern professionelle Hilfe zu suchen, sowie das Konzept der Psychohygiene vorhanden waren.

> The Aesculapian temples of the hellenistic era functioned as treatment institutions for mentally ill. In places where such temples did not exist, the “sanctuaries” took over this task and performed it, even if on a smaller scope, through suggestive therapy (Koptagel, 1971, S. 605).

Die Methoden Asklepiei wurden in Anatolien in der Seldschukischen (1040 – 1194) und Osmanischen Zeit (1299 – 1923) im Umgang mit psychischen Störungen erhalten

(Koptagel, 1971). Es wurden im 13. und 14. Jahrhundert Krankenhäuser eingerichtet, die auch psychisch Kranke behandelten (Volkan, 1975). Darüber hinaus boten *Tekke* (Derwischenklöster), die das Konzept der *Liebe zum Geschöpften aus Liebe zum Schöpfer* verfolgten, Unterstützung und Schutz auch für psychisch Kranke. Hier konnten Leidende in ihrer psychotischen Phase von der Aussenwelt abgeschirmt werden und waren ansonsten in das soziale Leben sowie in die Arbeit im Kloster eingebunden (Koptagel, 1971).

In der Osmanischen Zeit wurden 1470 in Istanbul, 1484 in Edirne und 1539 in Manisa Krankenhäuser errichtet, in denen auch psychisch Kranke aufgenommen und behandelt wurden. Im Krankenhaus *Darülşifa* in Edirne, das heute in ein Museum umgewandelt und 2004 durch den Europarat zum Museum des Jahres gewählt wurde, wurden psychisch Kranke mit Musik, Wasserklang und Düften behandelt. Vamık zitiert diesbezüglich Lewis (1971) folgendermassen:

> The great medical school founded by Sultan Bayazid II (1481-1512) in Edirne …. had a mental hospital with individual rooms for the patients and a large hexagonal communal hall, acoustically perfect, with an open dome and a soothing fountain in the middle; at one end was a dais on which musicians sat and played to calm and distract psychopathic and melancholy patients. In most of towns separate hospitals were provided for infidels, and these were also served by gifted and well-trained doctors and surgeons. The diet was always plentiful; if the hospital kitchens were found to be inadequate, food was brought in from the public kitchens. (Vamık, 1975, S.388)

Die erste moderne psychiatrische Klinik wurde 1898 von Raşit Tahsin, ein Schüler Kraepelins, in İstanbul gegründet. Die Gründer der modernen Psychiatrie wie Raşit Tahsin und sein Nachfolger Mazhar Osman Uzman standen unter Einfluss von Kraepelin, bei dem sie in Deutschland studiert hatten (Vamık, 1975).

2.7. Erklärungen für die Ursachen von psychischen Krankheiten in Anatolien

Obwohl Hippokates und seinen Anhängern die Verbindung zwischen Körper und Geist bekannt war, und zur Ursache der Krankheit bzw. zur Gesundheit eine gute Lebensführung gehörte, galten in Anatolien auch andere Ursachen als krankmachend, die zum Teil bis heute ihre Gültigkeit bewahrt haben. Dazu zählt vor allem *nazar* (der Blick). Dieser schadenverursachende Blick kann absichtlich von einer neidenden, aber auch unabsichtlich von einer liebenden, gutmütigen Person ausgehen. Daher ist es heute

noch in der Türkei üblich, dass die Person sich selbst, Familienangehörige, Kinder und das für ihn Wertvolle mit einem blau, weiss, gelben Auge aus Glas gegen den Blick schützt. Dieser Schutz kann so weit gehen, dass Familienangehörige, Reichtum, Erfolgserlebnisse, Glück, körperlicher und geistiger Gesundheitszustand, gute private sowie geschäftliche Beziehungen und sonstiges Wertvolles den Blicken bzw. dem bewussten oder unbewussten Neid anderer tatsächlich und / oder in einem Gespräch möglichst wenig ausgesetzt werden. In diesem Zusammenhang kommt es oft vor, dass für schöne Kleinkinder das Kosewort „çirkin / çikin“ (hässlich) verwendet wird, um vom bewusst oder unbewusst neidenden Blick zu schützen.

Türken, die aus Zentralasien nach Anatolien einwanderten, glaubten als Schamanen auch vor der Islamisierung an übernatürliche Wesen, die heilend oder krankmachend waren. Das Konzept von übernatürlichen Wesen wurde auch nach der Islamisierung der Türken beibehalten, da auch im Koran von übernatürlichen und unberechenbaren Dämonen, *Cin,* die wie Gottes Engel für das menschliche Auge und den menschlichen Verstand nicht wahrnehmbare Wesen sind, berichtet wird (Kızılhan, 2010). Sie können einen Menschen, und insbesondere Kinder, ängstigen, verwirren, verführen, zu Untaten verleiten und in ihrer Entwicklung behindern. Zum Schutz vor den bösen Geistern werden Amulette und Talismane am Leib getragen, für heilig gehaltene Orte und Gräber besucht, Blei gegossen und weitere Praktiken wie „tying rags to trees“ (Erginer, 2003, S. 50), „touching, kissing, licking, embracing or spending the night at such (sacred) places, carrying soil from there to places of misfortune, and leaving votive offerings“ (Erginer, 2003, S. 54) sowie „prayer, breathing, animal sacrifice, fumigation, reading special phrases from Koran, tying pieces of cloth on sacred places (….)” (Tuncer, 1975, S.174) angewandt. Raney & Canel-Çınarbaş (2005) berichten von einer Studie von Çarkoğlu & Toprak (2000), nach der 52,7% der Befragten einen heiligen Ort oder ein Grab besuchen und 11,8% der Befragten ein Amulett tragen. So wird nicht nur die Verantwortung der Ursache externalisiert, sondern auch die Verantwortung der Lösung. Eigene Bemühungen in Form von Änderungen im Denken, Wahrnehmen und Handlung werden somit erspart.

Die Dämonen können durch Zauberei, *büyü*, sowohl im Guten als auch im Bösen durch Personen beeinflusst werden, die *Hoca* genannt werden und zum grössten Teil keine formale religiöse Ausbildung haben. So kann der betroffenen Person Schaden wie „the

inability to concentrate, physical weakness, sexual impotence, loss of love, hallucinations, and confusional states“ (Tuncer, 1995, S.173) zugefügt werden.

Eine weitere Ursache ist Etikettierung. Die Etikettierungstheorie besagt, dass „das Etikett zur Störung führt“ (Finzen, 2000, S.75). So gibt die Redewendung[3] *bir adama kırk gün deli dersen deli olur* (wenn du jemanden 40 Tage verrückt nennst, dann wird er verrückt) einen Hinweis, dass **Etikettierung** bzw. self-fulfilling prophecy der Ansicht der Türken nach zu Störungen führen können. So wie Etikettierung Störungen verursachen kann, kann sie auch heilen. Durch gegensätzliche Etikettierung und bzw. Ignorierung wird der Versuch unternommen, das gestörte Verhalten, das Leid zu beheben.

Die durch Umstände und / oder andere Personen verhinderte, unerfüllte **Liebe**, die als *kara sevda* (schwarze Liebe) bezeichnet wird, wird als eine weitere Ursache von psychischen Störungen betrachtet. Die Geschichte von *Leyla und Mecnun* (Fuzuli, 1949), zwei arabischen Liebenden aus dem 7. Jahrhundert, die zueinander nicht finden konnten, wurde in der türkischen Literatur 1535 von Fuzuli aufgegriffen und bis heute durch mehrere Autoren, Theater- und Filmemacher in verschiedenen Versionen behandelt. Der Roman *Masumiyet Müzesi* (2008) (Das Museum der Unschuld) des Nobelpreisträgers Orhan Pamuk steht auch in der Tradition der psychisch krankmachenden unerfüllten Liebe von *Leyla und Mecnun*.

Darüber hinaus hängt das Schicksal eines Menschen im Islam von **Gottes Wille** ab und ist vordeterminiert. Sowohl das Gute als auch das Schlechte kommen von Gott und dürfen nicht in Frage gestellt werden. In diesem Zusammenhang wird jedes Ereignis, jede Erfahrung als *kısmet* (das, was Gott für den Menschen vorsieht), *kader* (Schicksal) und *alın yazısı* (Lebenslauf, der einem durch Gott auf die Stirn geschrieben und unveränderbar ist) hingenommen und nicht hinterfragt, da die Hintergründe mit menschlichem Verstand nicht zu begreifen sind.

Somit wird in Anatolien die Ursache der psychischen Störungen und die Eigenverantwortung bei Konflikten und Fehlverhalten external attribuiert. Die

[3] Das Wissen, das durch Redewendungen vermittelt wird, dürfte in einem Land, in dem die durchschnittliche Schulbildung nach UN-Angaben 2010erst 6,5 Jahre erreicht hat, von Bedeutung sein. Noch 2008 betrug die durchschnittliche Schulbildung 4 Jahre (Altan, 2008).

Externalisierung der Ursachen und der Verantwortung führt dazu, dass die Lösungsfindung auch externalisiert wird.

2.8. Haltung gegenüber Problemen

Die Haltung gegenüber Leid und Problemen in der Türkei lässt sich mit zwei Redewendungen, die gegensätzliche Botschaften beinhalten, erklären:

1. *Kol kırılır, yen içinde kalır* (Der Arm bricht und bleibt im Hemdärmel). Die Botschaft davon ist, dass innerfamiliäre, persönliche und zwischenmenschliche Konflikte, Streitigkeiten, Leid, Kummer und Probleme nicht nach aussen getragen werden (vgl. Doğan, 2000; Soliman, 1991).
2. *Derdini söylemeyen derman bulamaz* (Wer von seinem Leid nicht spricht, findet kein Heilmittel). Somit wird das Mitteilen von Leid und Problemen gefördert.

Weitere Redewendungen *insan insanın zehrini alır* (Der eine Mensch nimmt das Gift des anderen Menschen) oder *el elden üstündür* (Eine andere Hand ist geschickter als die ei(ge)ne Hand) fordern auch zur Mitteilung von Leid und Problemen oder zur Hilfesuche auf.

3. Ankara

Ankara ist seit 1923 die Hauptstadt der Republik Türkei und kann auf eine lange Geschichte bis ins 8. Jahrhundert v. Chr. zurückschauen (Kadıoğlu & Görkay, 2007). In schriftlichen Dokumenten wird *Ancyra* erstmals im 6. Jahrhundert v. Chr. genannt. In der Stadt und Umgebung sind Reste von Bauwerken der Hethitern, Phryger, Galater, Römer vorhanden. In 25 v. Chr. wurde Ankara zur Hauptstadt der römischen Provinz Galatia. Im 1. und 2. Jahrhundert n. Chr. in der römischen Zeit erlebte Ankara seine Blütezeit, und es wurden viele Bauwerke wie das Theater, das Bad und das Stadion errichtet. Ankara wuchs zu einem „wichtigen Handelszentrum heran; man schätzt, daß in Ankyra während der römischen Kaiserzeit bis zu 200 000 Einwohner gelebt haben. In der Zeit des frühen Christentums war Ankara Sitz eines Bischofs und Ort zweier Konzilien (315 und 358)" (Dorn, 1997). Die Blütezeit wurde mit dem Einfall der Sassaniden in 622 und der Araber in 654 und 839 beendet, doch blieb Ankara bis 1073

unter oströmischer bzw. byzantinischer Herrschaft. 1143 geriet Ankara unter seldschukische Herrschaft und später unter osmanische Herrschaft. Ankara verdankte seinen Wohlstand der Angorawolle und den Lederprodukten, die unter anderem auch nach Europa geliefert wurden. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts verlor Ankara an Bedeutung, da Engländer in Südafrika die Angoraziege züchteten und im Textilbereich die Mechanisierung zunahm. Am 20. April 1920 wurde in Ankara die Türkische Nationale Grossversammlung einberufen, und Ankara wurde am 13. Oktober 1923 Hauptstadt der Republik Türkei, die nach dem Niedergang des Osmanischen Reiches gegründet wurde. 1920 hatte Ankara 28 000 Einwohner (ASO, 2008).

Heute ist Ankara eine Millionenstadt mit ca. 3,5 Millionen Einwohnern. In der Provinz Ankara leben nach dem Stand von 2010 4.771.716 Menschen und somit 6,5% der türkischen Gesamtbevölkerung (TÜİK, 2011). Die Stadt Ankara entwickelte sich in den letzten Jahren zunehmend von einer Verwaltungsstadt zu einer Industriestadt. Zahlreiche staatliche und private Firmen der Verteidigungs-, Elektronik-, Maschinenbau- und Metallindustrie produzieren in Ankara (ASO, 2008).

Die monatliche Zeitschrift CNBC-e erklärte Ankara im September 2009 als die Stadt, die in der Türkei die höchste Lebensqualität bietet. Die Schriftkundigkeit liegt in der Stadt Ankara bei 90% und jede neunte Person hat einen Universitätsabschluss. Hinsichtlich der wirtschaftlichen, gesundheitlichen und bildungsmässigen Infrastruktur steht Ankara landesweit auf Platz eins (Mavi, 2009).

3.1. Psychologiestudium in der Türkei und in Ankara

Nach Angaben des Hochschulrates (YÖK) sind in der Türkei insgesamt 149 Universitäten vorhanden, davon 95 staatliche und 54 private Stiftungsuniversitäten[4]. Der Zugang zum Studium erfordert die Teilnahme an der jährlichen zentralen Aufnahmeprüfung, die durch den Hochschulrat durchgeführt wird. Diese Aufnahmeprüfung ermöglicht den Zugang zu insgesamt 165 Universitäten im In- und Ausland. Somit können sich türkische Studenten durch die zentrale Universitätsaufnahmeprüfung an 37 Universitäten für ein Psychologiestudium

[4] Sämtliche Angaben im Abschnitt 3.1. über Universitäten, Studienplätze u.a. sind den Angaben des YÖK (Hochschulrat) und des ÖSYM-Handbuchs für 2010 (Zentralstelle zur Auswahl und Zulassung von Studenten und Studentinnen) entnommen.

bewerben, davon sind vier auf Zypern und zwei in Aserbaidschan. Es werden insgesamt 2452 Studienplätze für Psychologie angeboten.

Darüber hinaus wurden 2010 an insgesamt 43 Universitäten 3362 Plätze für das Studium der *Führung und psychologischen Beratung* angeboten. Absolventen dieser Studienrichtung werden für Beratungstätigkeiten an Schulen und Hochschulen ausgebildet (Doğan, 2000).

Aus dem Katalog für Studienprogramme und Studienplätze ist ersichtlich, dass das Studium der Psychologie in der Türkei ein begehrtes Studienfach ist und hohe Leistungen mit Schwerpunkt in den Fächern Türkisch und Mathematik erfordert (vgl. Kağıtçıbaşı, 1994). Das Studium der Psychologie sowie das Studium der Führung und der psychologischen Beratung dauern acht Semester. Ein postgraduales Studium (Master) ist mit entsprechenden Leistungen bei der zentralen Aufnahmeprüfung für postgraduales Studium möglich.

Das Psychologiestudium in Ankara ist an drei staatlichen und an zwei privaten Universitäten[5] möglich. Das Gesamtkontingent in Ankara für das Psychologiestudium beträgt 280 Plätze.

3.2. Psychotherapie und psychologische Beratung in Ankara

Psychotherapie wird in staatlichen und privaten Krankenhäusern und Therapiezentren sowie Praxen angeboten. Psychologische Beratung wird zusätzlich in Schulen und Hochschulen angeboten.

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums und des Türkischen Psychologenverbandes kann Psychotherapie von Gesetzes wegen ausschliesslich durch einen Psychiater und unter Anleitung eines Psychiaters durch klinische Psychologen mit einem zweijährigen postgradualen Abschluss (Master) durchgeführt werden. Die medikamentöse Therapie darf ausschliesslich durch Psychiater verordnet werden. In staatlichen Krankenhäusern, dessen angebotene Dienstleistungen von der Bevölkerungszahl im jeweiligen Ort abhängen, ist bei Bedarf eine Abteilung für Psychiatrie vorgesehen, die ambulant und stationär Patienten behandelt (Erlass des

[5] Es sind in Ankara insgesamt vier staatliche und vier private Universitäten vorhanden.

Gesundheitsministeriums vom 13.10.2004). Patienten, deren gesundheitliches Befinden eine Psychotherapie erlaubt, erhalten diese von einem Psychiater oder klinischen Psychologen.

Die Behandlung bzw. die Psychotherapie ist in staatlichen Krankenhäusern für versicherte Personen kostenlos. Nichtversicherte können privat gegen einen Entgelt von 18 TL (ca. 10 CHF / 9 Euro) sich an ein staatliches Krankenhaus wenden und unter anderem Psychotherapie erhalten. Mittellose können nach Gesetz Nr. 3816, veröffentlicht am 03.07.1992, mit der *Grünen Karte* kostenlos die Leistungen in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus findet psychologische Beratung im schulischen und hochschulischen Bereich kostenlos statt. Gemäss der Verordnung des Erziehungsministeriums vom 17.4.2001 werden in staatlichen und privaten Schulen psychologische Beratungsstellen eingerichtet, die Schüler in ihrer persönlichen, schulischen und beruflichen Entwicklung durch Absolventen der Fächer Psychologie und psychologische Beratung unterstützen.

Nach dem Hochschulgesetz Nr. 281 vom 04.11.1981 müssen Universitäten und Hochschulen im Rahmen von sozialen Dienstleistungen für Studenten psychologische Beratungsstellen einrichten.

Eine Untersuchung, inwieweit in Ankara und landesweit die Beratungsstellen in Schulen und Hochschulen eingerichtet und in Anspruch genommen werden, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Allerdings sind angesichts der Entwicklung der Inanspruchnahme von psychologischer Intervention diese Schritte bedeutend, da dadurch seit 1981 bzw. seit 2001 das Konzept der professionellen Hilfesuche der jüngeren Generation vertraut ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass den Eltern durch ihre Kinder im Schulalter die Leistungen der Psychologie auch bekannt werden. Darüber hinaus zeigen die gesetzlichen Massnahmen, dass das Konzept der professionellen Unterstützung systematisch mit staatlichen Mitteln gefördert und bekannt gemacht wird.

Im privaten Bereich ist ein massives Therapieangebot ersichtlich. Es werden in zahlreichen privaten Krankenhäusern, Einrichtungen und Praxen von Psychiatern und Psychologen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene psychologische Interventionen angeboten. Klienten können über Internetseiten eine für ihre Bedürfnisse geeignete

Psychotherapie wie zum Beispiel Sexualtherapie, Angsttherapie oder Prüfungsangst-Therapie ausfindig machen. Auf den Webpages der Einrichtungen wird das psychologische Angebot dargestellt. Auf der Webpage *Tavsiye Ediyorum*[6] (ich empfehle) befindet sich eine Liste von Psychologen und Klientenbewertungen.

3.3. Psychotherapie-Ausbildung in Ankara

Psychiater und Psychologen finanzieren die Psychotherapie-Ausbildung aus eigenen Mitteln. Es bietet sich in Ankara ein breites Angebot an psychotherapeutischer Ausbildung wie Gestalttherapie, Kognitive-Behavioristische-Therapie, Psychodrama, Integrative Psychotherapie, Holistische Sexualtherapie, Transaktionsanalyse, das internationale Standards erfüllt.

Die Ausbildung für Psychoanalyse nach IPA-Standards findet in Istanbul statt.

3.4. Die Türkei – Demographische Daten

Nach Angaben des Türkischen Instituts für Statistik (Türk İstatistik Kurumu, TÜİK) beträgt die Einwohnerzahl der Türkei per 31.12.2010 (TÜİK, 2011) 73.722.988. Der Anteil der weiblichen Bevölkerung liegt bei 49,8% und der männlichen Bevölkerung bei 50,2%. 73% der Bevölkerung leben in Städten oder Kreisstädten. Mit 13.255.685 Einwohnern beherbergt İstanbul 18% der Bevölkerung (TÜİK, 2011). 50% der Bevölkerung ist jünger als 29,2 Jahre und 67,2% ist im Alter von 15 – 64. Ein Viertel der Bevölkerung (25,65%) ist unter 14 Jahre alt (TÜİK, 2011). Das Durchschnittsalter betrug 2008 bei Frauen 76 Jahre und bei Männern 71 Jahre.

Die erste Volkszählung fand 1927 statt. Die Einwohnerzahl der Türkei lag 1927 lediglich bei 13,6 Millionen. Somit ist die Bevölkerung in 83 Jahren um 60 Millionen gewachsen. Das Bevölkerungswachstum betrug 2008 0,13% und zeigt eine abnehmende Tendenz (Hacettepe, 2010). Während in den 1920er Jahren 8 von 10 Personen in ländlichen Gebieten lebten (Hacettepe, 2010, S. 19), leben heute 73% in städtischen

[6] http://www.tavsiyeediyorum.com/index_40_tavsiye_psikologlar.htm

Gebieten, davon 36,2% der Bevölkerung in Städten mit über eine Million Einwohnern. Diese Entwicklung zeigt sich auch entsprechend auf dem Arbeitsmarkt. Nach dem Stand von 2008 nehmen 70% der Männer und 25% der Frauen am Arbeitsmarkt teil. Heute sind weniger als 25% der Bevölkerung in der Landwirtschaft, 27% im industriellen Sektor und 50% im Dienstleistungssektor (Hacettepe, 2010) tätig. Die Untersuchung der Hacettepe-Universität (2006) über Binnenmigration und Vertriebene besagt, dass ca. 50% der Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben die Erfahrung der Binnenmigration gemacht haben. Dabei spielten auch Sicherheitsgründe in der Südosttürkei Mitte der 1990er Jahren eine Rolle (Hacettepe, 2010).

Das Bruttosozialeinkommen pro Kopf betrug 1960 USD 1000 und im Jahr 2008 lag es bei USD 13 500. Auf der Rangliste der Weltbank steht die Türkei bzgl. der Gleichheit der Einkommensverteilung unter 124 Ländern auf 54. Stelle (Hacettepe, 2010). Der Bevölkerungsanteil an der Grenze der Hungersnot lag 2008 bei 0,5% und 17% der Bevölkerung lebten in Armut (Hacettepe, 2010, S. 24).

Das gesetzliche Ehefähigkeitsalter beträgt sowohl für Frauen als auch für Männer 17 Jahre. Das durchschnittliche Eheeintrittsalter lag 1940 bei Frauen bei 19 und bei Männern bei 23 Jahren. Im Jahr 2010 lag das durchschnittliche Eheeintrittsalter bei Frauen bei 23,3 und bei Männern bei 26,5 Jahren. Der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen betrug durchschnittlich 3,2 Jahre (TÜİK, 2010). Die Geburtenrate lag 2009 (TÜİK, 2010) türkeiweit bei 2,06%.

1935 waren lediglich 10% der Frauen und 29% der Männer alphabetisiert. Heute (Stand: 2008) sind 87% der Frauen und 97% der Männer alphabetisiert. Nach dem Stand von 2008 haben 18% der Frauen die Sekundarstufe[7] (insgesamt 11 bzw. 12 Schuljahre) und 10% die Hochschule absolviert. Dagegen haben 23% der Männer einen Sekundarschul- und 14% einen Hochschulabschluss. Nach Angaben des UNDP für 2010 beträgt der durchschnittliche Bildungsstand 6,5 Schuljahre (Haberler, 2010).

Die oben genannten Daten zeigen, dass die Türkei heute den Stand eines OECD-Landes nicht erreicht hat. Dennoch deuten sie aber darauf hin, dass die Türkei sich seit ihrer Gründung im Jahr 1923 und durch die Modernisierungsbemühungen seit dem 19.

[7] Im Schuljahr 1997-1998 wurde die Schulpflicht durch Zusammenlegung der Grundschule (5 Jahre) und Mittelschule (3 Jahre) von 5 auf 8 Jahre erhöht. Die weiterführende Schule (Gymnasium oder Berufsschule) wurde von 3 auf 4Jahre verlängert.

Jahrhundert stark entwickelt hat. Durch die Urbanisierung, Industrialisierung, Erhöhung des Bildungsstandes, höhere Erwerbstätigkeit der Frauen, das Eingreifen der Geburtenkontrolle mit modernen Methoden (Hacettepe, 2010, S. 48) und den diesem folgenden Rückgang der Geburtenrate hat sich die traditionelle Mehrgenerationen-familie mit zahlreichen Kindern aufgelöst und zur Kernfamilie mit zwei Kindern umgewandelt. Faktoren wie Industrialisierung, Urbanisierung und die Teilnahme am Arbeitsmarkt bzw. ein eigenes Einkommen fördern den Prozess der individuellen Entscheidungsfähigkeit und somit die Individualisierung der Personen (Moracco, 1985).

3.4.1. Traumatische Ereignisse in der Türkei

Die Republik Türkei ist der Nachfolgestaat des Osmanischen Reiches. Sie wurde nach dem Ersten Weltkrieg 1923 gegründet. Die politischen, sozialen sowie wirtschaftlichen Ereignisse zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die Balkankriege (1912-1913) , der Erste Weltkrieg (1914 – 1918), der Verlust von Territorien im Balkan, auf der Arabischen Halbinsel und in Nordafrika, die Besetzung Anatoliens durch die Alliierten und der anschliessende türkische Befreiungskrieg (1919-1923) forderten viel menschliche und materielle Verluste, brachten mit sich Vertreibung, Migration, Bevölkerungsaustausch und verursachten sehr viel Leid und Not (Ataman, 1990; Oran, 2004; Ortaylı, 2010). Die Gründung der Republik mit der Hauptstadt im bescheidenen Ankara und somit die Transformation von einem Vielvölkerreich mit Territorien in drei Kontinenten in einen Nationalstaat in Anatolien und von einem theokratischen Staat (Hafızoğulları, 2008) in einen laizistischen Staat und die darauffolgenden Reformen wie der Wechsel des arabischen Alphabets ins lateinische (1928), die Normierung der Kleidung nach westlichem Vorbild durch die Kleiderordnungen (1925 und 1931), die Einführung des gregorianischen Kalenders (1926) und der metrischen Masseinheiten (1931), die Gleichstellung der Frauen durch das passive und aktive Wahlrecht auf kommunaler (1930) und auf parlamentarischer Ebene (1934) waren nach den schweren und langanhaltenden Kriegsjahren weitere Herausforderungen. Die traumatischen Komponenten der Kriege und der Transformation wurden hinter dem Stolz und der Freude über die Errungenschaften der jungen Republik Türkei nicht besprochen.

In den Jahren von 1960 bis 1980 fanden drei Militärputsche statt. Die damit verbundenen politischen Ereignisse und zum Teil bürgerkriegsähnlichen Zustände vor den Putschen in 1970 und 1980 verursachten viel Unruhe und Unsicherheit. Dem folgten Verhaftungen und Menschenrechtsverletzungen, Ausrufung des Ausnahmezustands und Notstands sowie Einschränkungen von persönlichen Rechten. Die 1990er Jahre waren gekennzeichnet durch den PKK-Terror und die staatlichen Gegenmassnahmen. Dies brachte mit sich viele menschliche, materielle und wirtschaftliche Verluste, Menschenrechtsverletzungen sowie soziale Probleme wie eine starke Migration aus den östlichen und südöstlichen Regionen des Landes (Hacettepe, 2006), Arbeitslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und schwere psychische Belastungen, die sich zum Teil in den hohen Selbstmordraten im Südosten äussern.

Das Marmara-Erdbeben am 17. August 1999 bestürzte das Land. Nach offiziellen Angaben verloren 17 480 und nach inoffiziellen Angaben bis zu 60 000 Menschen ihr Leben. 600 000 Menschen wurden obdachlos.

Die zunehmende Gewalt gegenüber Frauen ist auch zu den traumatischen Ereignissen in der Türkei zu zählen (Güvemli, 2011).

Aufgrund der demographischen Daten, der strukturellen Transformationen und den traumatischen Ereignissen kann vorweggenommen werden, dass in der Türkei die Menschen aus allen Bildungs- und Einkommensniveaus vor massiven Herausforderungen stehen. In Ballungszentren wie Ankara, in die in den 1950er Jahren aus wirtschaftlichen Gründen und seit den 1990er Jahren sowohl aus Sicherheitsgründen als auch aus wirtschaftlichen Gründen eine starke Migration stattgefunden hat, steigt angesichts der Herausforderungen der Bedarf an psychologischer Hilfe dementsprechend.

3.4.2. Machtdistanz, Individualismus-Indexwerte und Kollektivismus in der Türkei

Hofstede & Hofstede (2009) definieren Machtdistanz als „das Ausmaß bis zu welchem die weniger mächtigen Mitglieder von Institutionen bzw. Organisationen eines Landes erwarten und akzeptieren, dass Macht ungleich verteilt ist“ (Hofstede et al. 2009, S. 59).

In der Untersuchung von Hofstede et al. (2009) werden Machtdistanz und die Individualismus-Index-Werte (IDV) in 74 Ländern gemessen und bewertet. Die Türkei nimmt unter 74 Ländern bezüglich Machtdistanz Position 32/33 ein. Die Deutschschweiz steht hier auf der Position 70. Je kleiner die Zahl der Machtposition ist, desto stärker ist die Machtdistanz. Bezüglich des IDV nimmt die Türkei die Position 41 ein. Die Deutschschweiz hat hier die Position 16/17. Da die Machtdistanz und der Individualismusindex „tendenziell in negativer Korrelation“ (Hofstede et al., 2009, S. 111) stehen, kann somit die türkische Gesellschaft als eine eher kollektivistische Gesellschaft bezeichnet werden, in der Hierarchien eingehalten werden.

Per definitionem zeigt sich die Machtdistanz in Beziehungen in der Familie, in Bildungsinstitutionen, in der Arbeit, bei Behörden und in jeder Beziehung, in der es ein Machtgefälle bzw. Hierarchien gibt. So erwarten in „Gesellschaften mit großer Machtdistanz (…) Eltern von Kindern Gehorsam” (Hofstede et al., 2009, S.66) und “man betrachtet die Eltern als Autoritätspersonen, solange sie leben” (Hofstede et al. , 2009, S.67). Das „ungleiche Verhältnis zwischen Eltern und Kind, welches mit dem Bedürfnis nach Abhängigkeit seitens der Schüler übereinstimmt“ (Hofstede et al., 2009, S. 69) wird in der Schule, am Arbeitsplatz und in weiteren sozialen Beziehungen fortgesetzt (Hofstede et al., 2009). Hierarchien und Machtpositionen werden anerkannt, wobei der „Mächtige (…) seine Macht aus seiner formalen Position, seinem Fachwissen und seiner Fähigkeit, andere zu belohnen“ schöpft (Hofstede et al., 2009, S.79).

Das Verhältnis zwischen Eltern und den Nachkommen erscheint in diesem Zusammenhang ein wichtiger Indikator für Individualismus und Kollektivismus. Die Unterstützung der Unabhängigkeit des Kindes ist ein Merkmal individualistischer bzw. moderner Gesellschaften (Kağıtçıbaşı, 1990a).

3.4.3. Psychologie und die türkische Gesellschaft

Einerseits wird Psychologie „as a product mostly of Western culture, reflects the tradition of individualism within which it was born and developed“ (Imamoğlu, 2003, S. 368) beschrieben, andererseits wird die türkische Gesellschaft als eine eher kollektivistische Gesellschaft bezeichnet (Abschnitt 3.4.2). Hier kann die Frage, ob dann das Angebot der Psychologie in der Türkei genutzt werden kann, folgendermassen

beantwortet werden: Hofstede et al.(2009) unterscheiden zwischen dem Individualismus bzw. Kollektivismus einer Gesellschaft und des Individuums. Während sie im Hinblick auf die Gesellschaft „Individualismus und Kollektivismus als entgegen gesetze Pole derselben Dimension“ (Hofstede et al., 2009, S.109) sehen, empfehlen sie, „wenn es um einen Vergleich der Werte von Individuen geht – Individualismus und Kollektivismus als zwei separate Dimensionen“ (Hofstede et al., 2009, S.110) zu behandeln. Somit wird der individuelle / persönliche Individualismus in kollektivistischen Gesellschaften nicht ausgeschlossen (Kağıtçıbaşı, 1990b; Triandis,1988; İmamoğlu, 1998).

Einzelne Personen in kollektivistischen Gesellschaften können für beide Dimensionen hohe Werte erhalten. Cross-kulturelle Studien weisen darauf hin, dass bei Menschen Individualismus und Kollektivismus in hohen Massen situationsabhängig auftreten können (Kağıtçıbaşı,1990b; Kağıtçıbaşı, 1996; Sinha & Tripathi, 1994), und dass somit das Angebot der Psychologie in kollektivistischen Gesellschaften auch nutzbar ist (Dwairy, 2006).

Der persönliche Individualismus bestätigt sich in der türkischen Gesellschaft durch Redewendungen wie

- *Ateş düştüğü yeri yakar* (Das Feuer verbrennt die Stelle, auf die es fällt), die darauf hindeutet, dass letztendlich jeder sein Leid selber tragen muss;
- *Önce can sonra canan* (Zuerst das eigene Leben und dann das Leben der Geliebten / des Geliebten / der Nächsten), die darauf hindeutet, dass persönliche Interessen und das persönliche Wohlergehen vorrangig sind;
- *Her koyun kendi bacağından asılır* (Jedes Schaf wird am eigenen Bein aufgehängt), die darauf hindeutet, dass jeder letztendlich für sich selbst verantwortlich ist und sich selbst schützen muss;
- *Kendi düşen ağlamaz* (Wer selber stürzt, weint nicht), die darauf hindeutet, dass jeder für seine eigenen Taten verantwortlich ist.

4. Definitionen

Angesichts der Hypothesen im anschliessenden empirischen Teil werden die Begriffe „modernes Leben“ bzw. „Modernisierung“ und „traditionelle Methoden” definiert und deren Operationalisierung erläutert.

4.1. Definition der Modernisierung

> Unter Modernisierung verstehen wir die sich wechselseitig beeinflussenden Strukturveränderungen in den verschiedenen Bereichen (Subsystemen) der Gesellschaft: Staaten- und Nationalbildung, Demokratisierung im pol. Bereich; Industrialisierung und Tertiärisierung, d.h. Ausbau der Dienstleistungen , im wirtschaftl. Bereich; Urbanisierung, Bildungsentwicklung, steigende Mobilität (soziale Mobilisierung) im sozialen Bereich; Säkularisierung, Rationalismus und Universalismus, u.a. mit der Folge des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts, im kulturellen Bereich; Individualisierung und Leistungsorientierung im personalen Bereich (Schäfers & Kopp, 2006, S.349, vgl. Degele, 2002; Beck, 1986; Beck, 1999).

Die Modernisierung ist die Folge der durch die Aufklärung, die Französische Revolution und die industrielle Revolution verursachten tiefgreifenden und sich wechselseitig beeinflussenden politischen, sozialen, kulturellen und individuellen Veränderungen (Hillmann, 2007). Durch Veränderungen, die letztendlich zur Demokratisierung und Gleichberechtigung führten, wurde der Mensch vom entmündigten Untertan zum mündigen Individuum, der seine eigenen politischen und persönlichen Entscheidungen trifft. Die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Veränderungen brachten mit sich die Urbanisierung, die Kernfamilie, die freie Wahl des Ehepartners, die Arbeitsteilung bzw. entlohnte und ausserhäusliche Erwerbstätigkeit, die zu sozialen Rechten wie Renten- und Krankenversicherungen führten, sowie die Ausbreitung und die Erreichbarkeit des Bildungswesens für alle sozialen Schichten.

Es wird davon ausgegangen, dass die Strukturveränderungen eine „unidirectional change“ (Kağıtçıbaşı, 1990b, S.126) in der Familie sowohl in westlichen als auch nicht-westlichen Ländern in Richtung Individualisierung (Kağıtçıbaşı, 1990b) verursachen.

> Through this transition, the family is also expected to change from a closely knit, interdependent unit toward the nucleated Western family, characterized by independence, individualism, and separation from kin. Together with structural nucleation in terms of household type, emotional nucleation and individuation are expected to take place with industrialization and urbanization – in short, modernization. (Kağıtçıbaşı, 1990b, S. 126)

Dadurch verändert sich auch Einstellung zu den Nachkommen bzw. zu dem Wert des Kindes. Die Erwartung der Eltern von ihren Kindern ist in nicht-modernen Gesellschaften materieller Art. Da Kinder als Arbeitskraft und Altersversicherung gesehen werden, ist die Zahl der Kinder in nicht-modernen Gesellschaften höher. In modernen Gesellschaften sind die Erwartungen der Eltern emotionaler Art. Es entsteht

keine materielle Bindung zum Kind und keine materielle Erwartung vom Kind. Es sind nun eine psychische Bindung und psychische Erwartung vorhanden, die auch mit einem Kind oder einer geringeren Zahl von Kindern erfüllt werden können (Kağıtçıbaşı, 1990a).

Im Hinblick auf die zweite Hypothese dieser Arbeit, dass nämlich das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie mehr in Anspruch genommen wird als das Angebot für Erwachsene, und unter Berücksichtigung der demographischen Daten im Abschnitt 3.4, die auf eine starke Transformation der türkischen Gesellschaft zu einer modernen Gesellschaft innerhalb einer kurzen Zeit hindeuten, kann davon ausgegangen werden, dass Eltern ihre Kinder als vollintegrierte Mitglieder einer modernen Welt sehen, wobei sie sich selbst möglicherweise zwischen dem traditionellen und modernen Leben erleben.

4.2. Definition und Operationalisierung des „modernen Lebens"

Ausgehend von den Ausführungen im Abschnitt 4.1 werden zur Operationalisierung des Begriffes „modernes Leben" die Testpersonen hinsichtlich

- der Wahrnehmung des aktivenWahlrechts / Stimmabgabe (vgl. Flora, 1974)
- des Zugangs zum Bildungswesen / Bildungsniveau (vgl. Flora, 1975)
- der entlohnten und ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit
- der sozialen Ansprüche wie Renten- und Krankenversicherung
- des Zustandekommens der Ehe bzw. der Wahl des Ehepartners
- der Zahl der Kinder
- der Familienform
- des Wohnorts
- der Einstellung gegenüber eigenen Kindern

erfragt.

4.3. Definition „traditionelle Methoden“ und „alternative Methoden“

Traditionelle Methoden werden mit dem Verhalten

- Wahrsagen lassen
- Bleigiessen lassen
- Amulette fertigen lassen
- mit Zaubersprüchen behandeln lassen
- zum Hodscha gehen

und alternative Methoden mit dem Verhalten

- Yoga machen
- meditieren
- Reiki anwenden

operationalisiert.

5. Empirischer Teil

5.1. Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Bereitschaft der Inanspruchnahme von psychologischen Angeboten in der Türkei. Es sollen dabei Kenntnisse über das Verhalten gegenüber psychologischen Angeboten der Ankaraner Bevölkerung ermittelt werden. Daraus ergibt sich die Fragestellung: Welche Gründe führen wann und wen zur psychologischen Beratung?

Zur Beantwortung der Fragestellung werden folgende Hypothesen geprüft:

1. Personen, die sich dem modernen Leben angepasst haben, nehmen das Angebot der Psychologie (Psychotherapie / psychologische Beratung) in Anspruch.
2. Das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie wird mehr in Anspruch genommen als das Angebot für Erwachsene.
3. Traditionelle Therapiemethoden verlieren ihre Anziehungskraft im Vergleich zur Psychotherapie / psychologischen Beratung.

5.2. Methodisches Vorgehen und Datenerhebung

Zur Beantwortung der Fragestellung und zur Überprüfung der Hypothese wurden quantitative und qualitative Methoden angewandt. Da bei der Inanspruchnahme des Angebots der Psychologie zwei Parteien, nämlich die Klienten oder potentiellen Klienten und Psychologen beteiligt sind, wurde entschieden, beide Parteien zu befragen. Zur Befragung der Bereitschaft der Inanspruchnahme des Angebots der Psychologie durch die Ankaraner Bevölkerung wurde ein Fragebogen von der Verfasserin dieser Arbeit ausgearbeitet. Des Weiteren wurde die standardisierte Skala für Individualismus – Kollektivismus von Triandis und Gelfand (1988), adaptiert in 2003 an die türkische Sprache durch Wasti (Öner, 2006), verwendet.

Zur Einholung der Sicht der Psychologen wurden Leitfadeninterviews mit Psychologinnen durchgeführt, die in der Stadt Ankara tätig sind (siehe Abschnitt 7.4.).

5.3. Messinstrumente

5.3.1. Fragebogen zur Einholung demographischer Daten und zur Messung der Bereitschaft, Psychotherapie und psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen

Da zu der Fragestellung „Welche Gründe führen wann und wen in die psychologische Beratung?“ kein standardisierter Fragebogen im Katalog der in der Türkei angewandten Tests (Öner, 2006) gefunden werden konnte, wurde zur Überprüfung der Hypothesen ein Fragebogen durch die Verfasserin dieser Arbeit entwickelt. Der Fragebogen besteht aus vier Teilen und bezweckt, Testpersonen Fragen zu stellen, die die Überprüfung der Hypothesen ermöglichen. Der Fragebogen befindet sich in deutscher Übersetzung im Anhang.

Im ersten Teil wurden von den Testpersonen demographische Daten über Geschlecht, Geburtsdatum, Zivilstand, Berufstätigkeit, Versicherungslage, das eigene Einkommen und das Haushaltseinkommen erfragt. Des Weiteren wurden unter Berücksichtigung der ersten Hypothese zur Operationalisierung des Begriffs „modernes Leben“ demographische Daten über Bildungsstand, Bildungsstand der Eltern und des Ehepartners, Lebensjahre in Ankara, Wohnsituation, Zustandekommen der Ehe und die Anzahl der Kinder erfragt. In diesem Teil befindet sich auch die Frage, ob die Testperson jemals Kontakt zu einem Psychologen hatte. Insgesamt befinden sich im ersten Teil 19 Fragen.

Im zweiten Teil des Fragebogens wurden weiterhin zur Operationalisierung des Begriffs „modernes Leben“

- die Unabhängigkeit von den Eltern bei allgemeinen Entscheidungen
- die Unabhängigkeit des Probanden von den Eltern oder vom Ehepartner bei der Wahrnehmung des aktiven Wahlrechtes bzw. die politische Entscheidungsfähigkeit
- die Unabhängigkeit von Respektpersonen bei der Entscheidung über die Verwendung des selbstverdienten Einkommens und anderer Einnahmen bzw. finanzielle Entscheidungsfähigkeit
- die Einstellung gegenüber Nachkommen bzw. Kinder

erfragt. Diese Skala soll durch 14 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 trifft nicht zu - 5 trifft zu) die vier Indikatoren des „modernen Lebens“, nämlich politische Entscheidungsbereitschaft, allgemeinen Entscheidungsbereitschaft, finanzielle Entscheidungsbereitschaft und die Einstellung zu Nachkommen messen. Da bei der Skala Modernität, die aus 14 Items bestand, fünf Items auf keinen Faktor oder auf mehrere Faktoren im gleichen Masse geladen (crossloading) wurden, wurden diese Items bei der Bewertung nicht berücksichtigt. Diese sind Item 3, 4, 8 und 14. Bei der Hauptkomponentenanalyse mittels Varimax rotation (Principal Component Analysis) stellen sich drei Faktoren heraus. Diese Faktoren sind Einstellung zu eigenen Nachkommen, Unabhängigkeit von den Eltern bei allgemeinen Entscheidungen und politische Entscheidungsbereitschaft (siehe Tabelle 1a im Anhang).

Der erste Faktor Einstellung zur eigenen Nachkommen besteht aus drei Items. Die Faktorladung dieser Items bewegt sich zwischen .93 und .87. Der Eigenwert des ersten Faktors beträgt 2,45. Der erste Faktor erklärt 27,24% der Varianz.

Der zweite Faktor Unabhängigkeit von den Älteren bei Entscheidungen besteht aus vier Items. Die Itemladung bewegt sich zwischen .76 und .62. Der Eigenwert dieses Faktors beträgt 1.88. Der zweite Faktor erklärt 20,92% der Varianz.

Der dritte Faktor besteht aus zwei Items, die die politische Entscheidungsbereitschaft messen. Die Itemladung bewegt sich zwischen .80 und .77. Der Eigenwert des dritten Faktors beträgt 1.20. Der dritte Faktor erklärt 14,06% der Varianz.

Durch die Skala Modernität wird insgesamt 62,22% der Varianz erklärt. Auf der Grundlage der Varianzanalyse wurde zur Reliabilitätsschätzung die Methode der inneren Konsistenz nach Cronbach angewandt, da eine Testwiederholung ausgeschlossen ist.

Es zeigte sich bei zwei Faktoren eine zufriedenstellende Faktorenladung, nämlich bei der Einstellung zu den Nachkommen und bei der Unabhängigkeit von den Eltern bei allgemeinen Entscheidungen. Bei dem Faktor politische Entscheidungsbereitschaft zeigte sich eine ausreichende Faktorladung (siehe Tabelle 1b im Anhang). Der dritte Teil des Fragebogens soll die Bereitschaft der Testpersonen zur Inanspruchnahme der Psychotherapie und / oder der psychologischen Beratung für sich selbst und für ihre Kinder im Vergleich zu ihrer Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Arztes /

Krankenhauses, der nahestehenden Personen, der traditionellen Methoden und der alternative Methoden auf einer fünfstufigen Likert-Skala erfragen (siehe Anhang 1 Fragebogen).

Hiermit befinden sich im dritten Teil insgesamt zwölf Skalen mit jeweils fünf Subskalen. Zwei Skalen mit jeweils fünf Subskalen in diesem Teil des Fragebogens beziehen sich auf die Inanspruchnahme des Angebots der Kinder- und Jugendpsychologie (siehe Anhang 1 – Fragebogen).

Je höher die Punktzahl für eine Subskala ist, desto höher wird die Bereitschaft der Testperson eingeschätzt, bei der jeweiligen Hilfsquelle / Ressource (Arzt, Psychologe, nahestehende Personen, traditionelle Methoden, alternative Methoden) Unterstützung zu suchen bzw. in Anspruch zu nehmen.

Für Frauen und Männer	Hilfsquelle	Mean	SD	Range	Min.	Max.
Bereitschaft der Inanspruchnahme der Testperson für sich	Arzt / Krankenhaus	3.54	1.08	4	1	5
	Psychologe	3.91	1.05	4	1	5
	Nahestehende Personen	3.74	1.05	4	1	5
	Traditionelle Methode	1.17	0.42	2.45	1	3.45
	Alternative Methoden	1.97	1.36	4	1	5
Bereitschaft der Inanspruchnahme der Testperson für das Kind	Arzt / Krankenhaus	4.08	1.29	4	1	5
	Psychologe	4.48	0.96	4	1	5
	Nahestehende Personen	3.67	1.33	4	1	5
	Traditionelle Methode	1.11	0.45	2.5	1	3.5
	Alternative Methoden	1.82	1.41	4	1	5

Tabelle 2 – Bereitschaft, eine Hilfsquelle in Anspruch zu nehmen

Im vierten Teil des Fragebogens werden anhand einer Skala mit 16 Items die Gründe der Inanspruchnahme sowie die Hemmnisse der Inanspruchnahme des Angebots der Psychologie erfragt. Die zwei Items hinsichtlich der Hemmnisse (Geld und Registrierung in den Akten) wurde wegen der Doppelbedeutung der Aussagen ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Psychologen befinden sich in Tabelle 3 (siehe Anhang).

Nach der Hauptkomponentenanalyse mit Varimax rotation stellen sich drei Faktoren heraus. Diese Faktoren sind Suche nach Unterstützung, Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Selbsterkenntnis. Dem ersten Faktor Unterstützung sind acht Items zugeordnet und die Itemladung liegt zwischen .83 und .56. Der Eigenwert des ersten

Faktors beträgt 3.95 und die Gesamtvarianz, die durch den Faktor erklärt wird, liegt bei 28,20% (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Der zweite Faktor Empfehlung Dritter besteht aus drei Items. Die Itemladung liegt zwischen .85 und .81. Der zweite Faktor erklärt 19,21% der Varianz und sein Eigenwert liegt bei 2.69 (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Der dritte Faktor Vertrauen und Selbsterkenntnis besteht aus drei Items. Die Itemladung liegt zwischen .78 und .71. Der dritte Faktor erklärt 17,65% der Varianz und sein Eigenwert liegt bei 2.48. Die innere Konsistenz der drei Faktoren wird mit Cronbachs Alpha gemessen. Diese betragen für den ersten Faktor .87, den zweiten Faktor .86 und den dritten Faktor .75 und sind zufriedenstellend bis hoch (siehe Tabelle 3 im Anhang).

Die Skala Gründe und Hemmnisse der Inanspruchnahme der Inanspruchnahme des Angebots der Psychologie erklärt eine Gesamtvarianz von 65,06%.

5.3.2. Skala für Individualismus und Kollektivismus

Es wurde zur Messung des Individualismus und Kollektivismus die ins Türkische adaptierte Version der „Individualism and Collectivism Scale“ von Triandis und Gelfand (1998) verwendet. Diese Skala wurde 2003 von Wasti ins Türkische adaptiert. Die Testpersonen beantworten die Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala (triff nicht zu – trifft zu). Obwohl die Originalskala 37 Items beinhaltet, wurden 10 Items, die bei dieser Stichprobe nicht funktionierten, bei der Bewertung ausgeschlossen. Somit wurde die Auswertung anhand von 27 Items durchgeführt.

Bei der Hauptkomponentenanalyse zeigen sich zwei Hauptfaktoren (Subskala für Individualismus und Subskala für Kollektivismus). Die Itemladung für die Subskala Individualismus bewegt sich zwischen .69 und .30; der Eigenwert beträgt 7.28 und die innere Konsistenz der Items nach Cronbachs Alpha beträgt .84. Die Itemladung für die Subskala Kollektivismus liegt zwischen .62 und .39. Der Eigenwert liegt bei 2.59 und die innere Konsistenz nach Cronbachs Alpha bei .78. Somit ist die innere Konsistenz für beide Dimensionen zufriedenstellend. Die Varianz wird zu 18,59% durch den Faktor des Individualismus und zu 16,67% durch den Kollektivismus erklärt (Tabelle 4 im Anhang).

5.4. Stichprobenbeschreibung

Es wurden 115 Fragebögen in verschiedenen Bezirken der Stadt Ankara an erwachsene Personen ausgeteilt. Diese waren bereit, freiwillig den Fragebogen auszufüllen. Acht Fragebögen wurden lediglich rudimentär beantwortet und damit nicht bewertet. Es wurden insgesamt 107 Fragebögen (93,04 %) freiwillig und korrekt ausgefüllt. Es nahmen 62 Frauen und 45 Männer an der Befragung teil.

Zwei weitere Fragebögen wurden bei der Auswertung aufgrund sozialer Erwünschtheit ausgeschlossen, da diese von zwei analphabetischen Personen erst in Form eines vollständig strukturierten Fragebogens mit Hilfe der Testperson beantwortet werden konnten.

Somit wurden bei sämtlichen Auswertungen die Fragebögen von 105 Personen herangezogen. Von diesen 105 Personen sind 61 weiblich (58,1%) und 44 männlich (41,9%).

Geschlecht	**Häufigkeit**	**Prozent**
weiblich	61	58,1
männlich	44	41,9
Gesamt (N= 105)	105	100,0

Tabelle 5 - Geschlecht: Verteilung nach Geschlecht

Der Altersdurchschnitt der Stichprobe beträgt 39,95 Jahre (SD= 12.33). Die Testpersonen sind im Alter zwischen 21 und 76.

5.4.1. Demographische Merkmale

Die demographischen Merkmale bzgl. des Familienstands der Stichprobe werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Zivilstand		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N(%)
	ledig	14 (23%)	7 (15,9)	21 (20%)
	verlobt	1 (1,6%)	3 (6,8%)	4 (3,8%)
	verheiratet	36 (59%)	32 (72,7%)	68 (64,8%)
	geschieden	7 (11,5%)	0 (0%)	7 (6,7%)
	verwitwet	3 (4,9)	2 (4,5%)	5 (4,8%)

Tabelle 6 – Familienstand

68% der Testpersonen sind verheiratet. Es sind mit 72% mehr Männer als Frauen verheiratet. Der Prozentsatz der Frauen, die ledig (23%) und geschieden (15%) sind, ist höher als bei Männern.

Der Bildungsstand wurde durch neun Kategorien erfragt, die dem Bildungswesen der Türkei entsprechen (siehe Tabelle 7 im Anhang).

Die Tabelle 7 (siehe Anhang) zeigt, dass 83,8 Prozent der Testpersonen mindestens einen Gymnasiumabschluss haben. Mehr als die Hälfte der Testpersonen, nämlich 56,3% haben nach dem Lyzeum oder nach der Berufsschule eine weiterführende Bildung erhalten. Der Prozentsatz der Frauen mit einem Abschluss einer zweijährigen Fachhochschule ist um 10,8% höher als bei Männern. Der Anteil der Frauen mit einem Universitätsabschluss liegt bei 42,6% und ist um 4% höher als bei Männern. 9,8% der weiblichen Testpersonen sind postgraduiert, wobei lediglich 2,3% der Männer postgraduiert sind.

Die Tabelle 7 (siehe Anhang) zeigt, dass 60% der Mütter der Testpersonen nach dem Abschluss der Mittelschule (acht Jahre Schule) keine weiterführende Schulbildung erhalten haben. 18,1% der Mütter der Testpersonen sind Analphabeten. 21,9% haben einen Lyzeumabschluss und 6,7% einen Berufsschulabschluss. 13,1% der Mütter weiblicher Testpersonen haben einen Universitätsabschluss, wogegen der Prozentsatz bei Müttern von männlichen Testpersonen bei 0% liegt. Tabelle 7 zeigt, dass 26,2% der Mütter von weiblichen Testpersonen nach der Mittelschule ihre schulische Bildung fortgesetzt haben, wobei bei männlichen Testpersonen dieser Prozentsatz bei 20,4% liegt. Hinsichtlich des Bildungsstandes der Väter der Testpersonen zeigt Tabelle 7, dass 52,5% der Väter eine schulische Ausbildung nach der Mittelschule genossen haben, wobei der Anteil der Väter mit Universitätsabschluss allgemein bei 26,7% liegt. Der Prozentsatz der Väter weiblicher Testpersonen mit Universitätsabschluss liegt mit 39,3% deutlich höher als bei den Vätern von männlichen Testpersonen mit 9,1%.

Bei dem Bildungsstand des Ehepartners zeigt sich, dass insgesamt 1% der Ehepartner analphabetisch ist. Es zeigt sich, dass 61,9% der Ehepartner einen höheren Abschluss als die Mittelschule haben.

In Tabelle 8 (siehe Anhang) werden das eigene monatliche Einkommen sowie das monatliche Haushaltseinkommen gezeigt. Die Tabelle 8 zeigt, dass in der Stichprobe

männliche Testpersonen mit einem niedrigen bis zu einem mittleren Einkommen stärker vertreten sind, wobei bei den weiblichen Testpersonen die Gruppe mit mittlerem bis zu hohem Einkommen stärker auftritt. Angesichts des Gesamteinkommens der Testperson und des Haushaltes zeigt Tabelle 8, dass die Stichprobe mehrheitlich aus Personen mit mittlerem bis zu hohem Einkommen besteht.

Tabelle 9 (siehe Anhang) zeigt, dass ein Grossteil der Testpersonen erwerbstätig und versichert ist. Es sind 6,6% der Frauen nicht erwerbstätig und 1,6% der Frauen arbeitslos. Es sind 4,9% Frauen nicht versichert und hiermit stehen sie nicht unter dem Schutz einer Versicherung durch eigene Erwerbstätigkeit oder durch den Ehemann oder die Eltern[8]. Die Männer der Stichprobe sind alle erwerbstätig oder in Rente. Es sind 6,8% der Männer nicht versichert.

Die Tabelle 10 (siehe Anhang) zeigt, dass die Testpersonen der Stichprobe nicht mehr als drei Kinder haben. 39% der Stichprobe sind kinderlos. Der Anteil der kinderlosen weiblichen Testpersonen liegt bei 42,6% und ist somit 8,5% höher als bei männlichen Testpersonen. Die Zahl der weiblichen Testpersonen mit einem Kind ist mit 34,4% um 7,1% höher als bei den männlichen Testpersonen. Der Grossteil der weiblichen Testpersonen (77%) haben entweder kein Kind oder nur ein Kind. 22,9% haben mehr als ein Kind. Der Prozentsatz von männlichen Testpersonen mit mehr als einem Kind liegt bei 38,6%.

Tabelle 11 (siehe Anhang) über den längsten Aufenthaltsort der Testpersonen der Stichprobe zeigt, dass der Grossteil der Stichprobe (81,9%) im Laufe ihres Lebens die längste Zeit in der Grossstadt[9] verbracht haben. Die Durchschnittsdauer der in Ankara verbrachten Jahre der Stichprobe beträgt 27,39 Jahre (SD= 15.83). Die Spannweite bewegt sich zwischen 1 – 62 Jahre.

Die Wohnsituation der Stichprobe wird in Tabelle 12 (siehe Anhang) gezeigt. Demnach wohnt ein Grossteil der Testpersonen der Stichprobe mit 72,4% getrennt von ihren Eltern oder Schwiegereltern. Der Anteil der männlichen Testpersonen, die getrennt von ihren Eltern leben ist 8,4% grösser als bei weiblichen Testpersonen.

---

[8] Nicht verheiratete Frauen stehen unter dem Schutz der Versicherung sofern ein Elternteil versichert ist oder war.

[9] Als Grossstadt werden lt. Gesetz-Nr. 5216 vom 10.07.2004 Ortschaften mit über 750.000 Einwohnern bezeichnet.

Auf Tabelle 13 (siehe Anhang) wird gezeigt, wie die Ehe der Testpersonen zustande gekommen ist. 57,2% der Testpersonen der Stichprobe haben eine Liebesehe geschlossen. 11,4% der Testpersonen sind eine arrangierte Ehe eingegangen, der sie selber auch zugestimmt haben. Lediglich 4,8% der weiblichen Testpersonen sind in die Ehe ohne Einverständnis und Kennenlernen des Ehepartners eingegangen.

6. Darstellung der quantitativen Ergebnisse

6.1. Zusammenhang zwischen einzelnen Hauptvariablen der Studie

Tabelle 14 über den Zusammenhang zwischen einzelnen Hauptvariablen (siehe Anhang) zeigt signifikante Korrelationen zwischen den Hauptvariablen. Hinsichtlich der Bildung besteht ein signifikant starker Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand der Testperson und des Ehepartners (r=.82, $p \leq 0.01$). So zeigt sich auch zwischen dem Bildungsstand der Mutter und der Testperson (r= 0.41, $p \leq 0.01$) sowie zwischen dem Bildungsstand der Testperson und des Vaters (r=.061, $p \leq 0.01$) ein signifikanter Zusammenhang. Der Zusammenhang zwischen dem Haushaltseinkommen und der Bildung der Testperson (r= .57, $p \leq 0.01$), der Bildung der Mutter (r= .38, $p \leq 0.01$), der Bildung des Vaters (r= .59, $p \leq 0.01$) und der Bildung des Ehepartners (r=.57, $p \leq 0.01$) sind signifikant. Die allgemeine Entscheidungsbereitschaft korreliert ebenso positiv signifikant mit dem Bildungsstand der Testperson (r=.23, p ≤ 0.05), der Bildung des Ehepartners (r=.24, $p \leq 0.05$) und dem Haushaltseinkommen (r=.22, $p \leq 0.05$).

Zwischen den Dimensionen Kollektivismus und Individualismus zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang (r=.56, $p \leq 0.01$).

Oben wurde erwähnt, dass der Skala für Gründe der Inanspruchnahme der Psychologie drei Faktoren, nämlich Suche nach Unterstützung, Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Selbsterfahrung zugeordnet wurden. Anhand dieser Skala wurde ein Zusammenhang zwischen der Variable Suche nach Unterstützung und Bildung der Testperson (r=.26, $p \leq 0.01$), der Bildung des Vaters (r=.32, $p \leq 0.01$), dem Haushaltseinkommen (r=.24, $p \leq 0.05$), der Einstellung zu Nachkommen (r=.40, $p \leq 0.01$) und dem Kollektivismus (r=.20, $p \leq 0.01$) festgestellt, der in Tabelle 14 gezeigt wird.

Ein positiver Zusammenhang zeigt sich zwischen dem Faktor Empfehlung Dritter und Kollektivismus (r=.22, $p \leq 0.05$) sowie dem Faktor Suche nach Unterstützung (r=.39, $p \leq 0.01$).

Hinsichtlich der Gründe, einen Psychologen aufzusuchen, zeigen sich beim Faktor Vertrauen und Selbsterfahrung signifikante positive Zusammenhänge mit den Faktoren / der Dimensionen Individualismus (r=.36, $p \leq 0.01$), dem Kollektivismus (r=.32, $p \leq 0.01$), Suche nach Unterstützung (r=41, $p \leq 0.01$) und Empfehlung Dritter (r=.36, $p \leq 0.01$).

In Tabelle 14 zeigt sich eine negative Korrelation zwischen Alter und der Einstellung gegenüber Nachkommen (r= -.36, $p \leq 0.01$). Es ist daraus zu schliessen, dass je älter die Testperson ist, desto weniger sie sich die Unabhängigkeit des Kindes wünscht.

Zwischen der politischen Entscheidungsbereitschaft und der allgemeinen Entscheidungsbereitschaft ist eine positive Korrelation (r=.25. $p \leq 0.05$) zu beobachten.

6.2. Vergleich des Bildungsstandes

Zu Beginn der Arbeit war es geplant, die Testpersonen nach ihrem Bildungsstand in drei Gruppen aufzuteilen. Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass wegen der Stichprobengrösse die Aufteilung in drei Gruppen nicht günstig ist. Daher wurden die Testpersonen bezüglich des Bildungsniveaus in zwei Gruppen aufgeteilt. Schriftkundigkeit bis Abschluss einer zweijährigen Fachhochschule wurde als niedriges und der Bildungsstand ab Universitätsabschluss als hohes Bildungsniveau gruppiert. Es zeigte sich, dass Testpersonen mit hohem Bildungsniveau (M= 4.51, SD = .55) im Vergleich zu Testpersonen mit niedrigem Bildungsniveau (M=4.16, SD= .93) eine signifikant höhere Bereitschaft haben, einen Psychologen wegen Suche nach Unterstützung aufzusuchen [$t(95)= -2.31$, $p<.05$]. Bei den zwei weiteren Faktoren Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Selbsterfahrung, nach denen die Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen, überprüft wurden, zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Bildungsstandes.

7. Überprüfung der Hypothesen

7.1. Überprüfung der ersten Hypothese

Zur Überprüfung der ersten Hypothese werden die Indikatoren des modernen Lebens (Abschnitt 4.2.) operationalisiert.

Bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich, dass die Anzahl der Kinder als Indikator des modernen Lebens hier nicht verwendet werden kann, da 33 Testpersonen ein Kind, 25 Personen zwei Kinder und sechs Personen drei Kinder angegeben haben. Somit ist die Möglichkeit zu einem Vergleich mit Testpersonen mit mehreren Kindern nicht gegeben.

Der Bildungsstand ist in zwei Gruppen aufgeteilt, nämlich niedrig und hoch (Abschnitt 6.2.). Die Gruppe mit niedrigem Bildungsstand beinhaltet Schriftkundige bis Absolventen einer zweijährigen Fachhochschule. Absolventen der Universitäten und weiterführenden Institutionen bilden die Gruppe mit hohem Bildungsstand. Auf dieser Grundlage wurde die Differenz zwischen den genannten zwei Gruppen hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Psychologen für sich selbst und die Kinder mit einer oneway ANOVA geprüft. Es hat sich herausgestellt, dass zwischen den Gruppen hinsichtlich der Bereitschaft, für sich selbst oder für ihre Kinder einen Psychologen in Anspruch zu nehmen, kein signifikanter Unterschied vorhanden ist. Ebenso hat der Bildungsstand der Mutter und / oder des Vaters keinen Einfluss auf die Bereitschaft, für sich selbst oder das Kind einen Psychologen aufzusuchen.

Da in der Stichprobe die Zahl der Nichterwerbstätigen und der Arbeitslosen sehr niedrig ist, wurden die Erwerbstätigen mit Rentnern verglichen. Hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Psychologen zeigte sich zwischen Erwerbstätigen und Rentnern kein signifikanter Unterschied. Allerdings zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Rentnern hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Psychologen für ihre Kinder. Demnach sind Erwerbstätige (M=4.58, SD=0.77) im Vergleich zu Rentnern (M= 3.93, SD=1.49) eher geneigt, wegen des Kindes einen Psychologen [F (6.33,94)=5.30, p<.05] aufzusuchen.

Es zeigt sich, dass je höher das Haushaltseinkommen ist, desto höher die Bereitschaft, einen Psychologen für sich selbst aufzusuchen, ist (r = .26, p <0.05). Allerdings zeigt

sich in diesem Zusammenhang kein signifikanter Unterschied in der Bereitschaft, für das Kind einen Psychologen in Anspruch zu nehmen. Testpersonen der Stichprobe mit niedrigem Einkommen neigen genauso viel wie Testpersonen mit hohem Einkommen, einen Psychologen in Anspruch zu nehmen, sofern es sich um ihre Kinder handelt.

Auf der Grundlage des Versicherungsstandes kann keine Aussage über die Bereitschaft gemacht werden, da von 105 Testpersonen 93 selber versichert und weitere 5 durch ihre Eltern oder ihre Ehepartner versicherungstechnisch abgedeckt sind. Deshalb wurde diesbezüglich keine Analyse durchgeführt.

Die Variablen Wohnhaftigkeit in Ankara und die längste Zeit des Lebens in der Stadt / Grossstadt verbracht zu haben, haben keinen Einfluss auf die Bereitschaft, einen Psychologen in Anspruch zu nehmen.

Bei der Variable, getrennt von den Eltern oder Schwiegereltern zu leben, sowie bei der Anzahl der Jahre, die getrennt vom Elternhaus verbracht wurden, zeigt sich auch kein signifikanter Unterschied.

Zur Prüfung des Unterschiedes zwischen den Familienständen wurde die Stichprobe in zwei Gruppen aufgeteilt: Die erste Gruppe bilden verlobte und verheiratete Testpersonen; die zweite Gruppe geschiedene, verwitwete und ledige Testpersonen. Hier zeigt sich auch kein signifikanter Unterschied.

Die Variable Zustandekommen der Ehe kann hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Psychologen nicht geprüft werden, da die ungleichmässige Verteilung zwischen den Gruppen ein ANOVA nicht ermöglicht.

Hinsichtlich der Indikatoren der Modernisierung zeigt sich zwischen der Bereitschaft, für sich selbst sowie für das Kind einen Psychologen in Anspruch zu nehmen, und der Einstellung zu Nachkommen eine Korrelation. Testpersonen, die die Unabhängigkeit des Kindes fördern, haben eine grössere Bereitschaft, für sich selbst einen Psychologen aufzusuchen (r=.24, p <0.05). Darüber hinaus haben sie auch eine grössere Bereitschaft, für das Kind einen Psychologen (r=.27, p <0.01) aufzusuchen.

7.2. Überprüfung der zweiten Hypothese

Im Zusammenhang mit der zweiten Hypothese wird einerseits die Bereitschaft, einen Psychologen in Anspruch zu nehmen, und andererseits die Bereitschaft der Testpersonen, andere Hilfsquellen (Arzt, die Nächsten, traditionelle Methoden und alternative Methoden) für sich selbst und ihre Kinder aufzusuchen, geprüft. Diese Überprüfung wurde mit Paired Samples Test (t-Test) durchgeführt.

Bei dem Vergleich der Hilfsquellen stellt sich Folgendes heraus:

Die Bereitschaft der Testpersonen, sich für ihre Kinder (M = 4,07, SD=1.30) an einen Arzt zu wenden, ist signifikant grösser als für sich selbst (M= 3.54, SD = 1.09) [t (94)= -4.89, $p \leq 0.001$]. Ebenso ist die Bereitschaft, sich für das Kind (M= 4.46, SD= 0.98) an einen Psychologen zu wenden, signifikant grösser als für sich selbst (M=3.91, SD= 1.05) einen Psychologen aufzusuchen [t (97)= -7,01 $p \leq 0.001$].

Die Testperson nehmen ihre Nächsten und traditionelle Methoden gleichermassen als Hilfsquelle in Anspruch. Somit zeigen die Testpersonen weder für sich selbst noch für ihre Kinder einen signifikanten Unterschied in der Bereitschaft, ihre Nächsten oder traditionelle Methoden in Anspruch zu nehmen. Hinsichtlich der Bereitschaft, alternative Methoden in Anspruch zu nehmen, zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Testpersonen nehmen alternative Methoden für sich selbst (M= 1,17, SD= 0.42) signifikant mehr in Anspruch [t (95)= 2.26 $p \leq 0.05$] als für ihre Kinder (M=1.11, SD= 0.45).

Bei dem Vergleich, ob bei Frauen ein Unterschied hinsichtlich der Bereitschaft, für sich selbst und das Kind einen Psychologen in Anspruch zu nehmen, besteht, stellt sich Folgendes heraus:

Es zeigt sich, dass weibliche Testpersonen für ihre Kinder eine grössere Bereitschaft zur Inanspruchnahme des Psychologen zeigen als für sich selbst. Dieser Unterschied ist signifikant [t (55)=-6.84, p <0.001]. Darüber hinaus haben weibliche Testpersonen eine grössere Bereitschaft, für ihre Kinder zum Arzt zu gehen als für sich selbst [t (53)=-3.80, p <0.001]. Dieser Unterschied ist ebenso signifikant.

Bei der Inanspruchnahme der Nächsten und der traditionellen Methoden zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Allerdings zeigt sich, dass Frauen für sich selbst alternative

Methoden signifikant mehr in Anspruch nehmen als für ihre Kinder [t (53)=2.47, p <0.05].

Bezüglich der männlichen Testpersonen stellt sich Folgendes heraus:

Die männlichen Testpersonen zeigen, ebenso wie weibliche Testpersonen, eine signifikant grössere Bereitschaft, einen Arzt [t(40)= -3.16, p <0.01] und einen Psychologen [t (41)= -3.14, p <0.01] für ihre Kinder aufzusuchen als für sich selbst. Hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme der Nächsten und der alternativen Methoden zeigt sich weder für sich selbst noch für die Kinder ein signifikanter Unterschied. Doch zeigen männliche Testpersonen hinsichtlich der traditionellen Methoden eine signifikant grössere Bereitschaft, diese für sich selbst in Anspruch zu nehmen als für ihre Kinder [t (41)= 2.21, p <0.05]. Es zeigt sich, dass die Testpersonen insgesamt für ihre Kinder eine signifikant grössere Bereitschaft zeigen, einen Psychologen aufzusuchen. Somit bestätigt sich die zweite These, dass das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie mehr in Anspruch genommen wird als das Angebot für Erwachsene.

	Frauen			Männer		
	Für sich selbst Mean, (SD)	Für das Kind Mean, (SD)	*t*	Für sich selbst Mean, (SD)	Für das Kind Mean, (SD)	*t*
Arzt	3.28 (1,01)	3.90 (1,35)	-3.80***	3.89 (1.11)	4.31 (1.20)	-3.16**
Psychologe	3.93 (0,92)	4.59 (0.82)	-6.84***	3.90 (1.22)	4.30 (1.14)	-3.14**
Nächsten	3,77 (1,04)	3,56 (1,39)	1.54	3.74 (1.07)	3.80 (1.23)	-0.46*
Traditionelle Methode	1.27 (0,53)	1.18 (0.58)	1.17	1.05 (0.16)	1.02 (0.15)	2.21*
Alternative Methoden	2.11 (1.41)	1.75 (1.36)	2.47*	1.79 (1.31)	1.79 (1.37)	0.00

*p<0.05, **p <0.01, ***p<0.001

Tabelle 15 – Vergleich zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Bereitschaft für sich selbst und ihre Kinder Hilfsquellen in Anspruch zu nehmen

7.3. Überprüfung der dritten Hypothese

Auch bei der Überprüfung der dritten Hypothese wurde die Bereitschaft der Testpersonen in Bezug auf sich selbst und ihre Kinder berücksichtigt.

Zur Überprüfung, welche Hilfsquellen die Testpersonen für sich selbst bevorzugt in Anspruch nehmen würden, wurde oneway within subject ANOVA (repeated subject ANOVA*)* angewandt. Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Hilfsquellen [$F(4,376)=177.55$, $p \leq 0.001$]. So zeigten die Testpersonen im Vergleich

- zum Arzt (M=3.55, SD= 1.09),
- zu alternativen Methoden (M=1.99, SD=1.37)
- zu traditionellen Methoden (M=1.17, SD=0.42)

eine signifikant grössere Bereitschaft, für sich selbst einen Psychologen (M=3.91, SD= 1.06) aufzusuchen. Allerdings zeigt sich bei der Bereitschaft, als Hilfsquelle für sich selbst die Nächsten in Anspruch zu nehmen, kein signifikanter Unterschied.

Hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme anderer Hilfsquellen als einen Psychologen ist zwischen weiblichen und männlichen Testpersonen ein signifikanter Unterschied zu verzeichnen [$F(4,372)=3.82$, $p < 0.01$]. Die weiblichen Testpersonen (M=3.29, SD=1.01) neigen im Vergleich zu männlichen Testpersonen (M=3.89, SD=1.11) weniger dazu, einen Arzt in Anspruch zu nehmen. Weibliche Testpersonen neigen mehr zu traditionellen Methoden (M=1.25, SD=0.52) als männliche Testpersonen (M=1.05, SD=0.16).

Es wurde ebenso die Bereitschaft, für die Kinder Hilfsquellen in Anspruch zu nehmen, mit oneway within subject ANOVA überprüft. Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei mindestens zwei Hilfsquellen [$F(4,388)=193,29$, $p \leq 0.001$].

Die Testpersonen neigen im Vergleich

- zum Arzt (M=4.07, SD= 1.30),
- zu Nächsten (M=3.67, SD= 1.30),
- zu alternativen Methoden (M=1.83, SD=1.42) und
- zu traditionellen Methoden (M=1.11, SD=0.45)

dazu, für ihre Kinder einen Psychologen in Anspruch zu nehmen (M=4.45, SD= 0.98).

Bezüglich der Bereitschaft der Inanspruchnahme der fünf Hilfsquellen zeigt sich zwischen weiblichen und männlichen Testpersonen kein Unterschied.

Hilfsquelle	df	SS	MS	F
Between Subjects				
Gender	1	0.00	0.00	0
Within Subject				
Ressource	4	572.57	143.14	183.41***
Ressource*Gender	4	11.91	2.98	3.82**

*p<0.05, **p <0.01, ***p<0.001

Tabelle 16 - Summary table mixed factorial design 2 (gender) x 5 (Ressource) with repeated measures on the last factor

Tabelle 16 zeigt, dass zwischen der Bereitschaft der weiblichen und männlichen Test-personen insgesamt kein signifikanter Unterschied vorhanden ist. Doch zeigt sich in den bevorzugten Hilfsquellen zwischen Frauen und Männern ein bedeutender Unterschied.

Tabelle 17 zeigt, inwiefern weibliche und männliche Testpersonen welche Hilfsquelle insgesamt für sich selbst in Anspruch zu nehmen bereit sind.

Arzt Mean, (SD)	Psychologe Mean, (SD)	Nahestehende Personen Mean, (SD)	Traditionelle Methoden Mean, (SD)	Alternative Methoden Mean, (SD)
3.55_a ,(1.09)	3.91_b ,(1.06)	$3.76_{a,b}$,(1.04)	1.17_c ,(0.42)	1.99_d ,(1.37)

Tabelle 17 – Inanspruchnahme der Hilfsquellen durch Testpersonen für sich selbst

Hilfsquellen mit dem selben Subscript unterscheiden sich bei p =0.05 nicht. Tabelle 17 zeigt, dass die Testpersonen am wenigsten bereit sind, traditionelle Hilfsquellen in Anspruch zu nehmen. Die grösste Bereitschaft zeigt sich bei der Hilfsquelle Psychologe und die Nächsten. Somit wird die dritte Hypothese bestätigt, dass einheimische, traditionelle Methoden ihre Anziehungskraft im Vergleich zur Psychotherapie und psychologischen Beratung verlieren.

Inanspruchnahme der Hilfsquellen	Arzt Mean, (SD)	Psychologe Mean, (SD)	Nahestehende Mean, (SD)	Trd.Metho. Mean, (SD)	Altv.Metho. Mean, (SD)
Frauen	3.29_a (1.01)	3.95_b (0.93)	3.78_b (1.03)	1.25_c (0.52)	2.13_e (1.41)
Männer	3.89_b (1.11)	3.88_b (1.23)	3.74_b (1.08)	1.05_d (0.16)	1.81_e (1.32)

Tabelle 18 – Inanspruchnahme der Hilfsquellen durch Frauen und Männer

Mittelwerte mit selbem Subscript unterscheiden sich nicht bei $p = 0.05$. Mittelwerte mit unterschiedlichem Subscript unterscheiden sich bei $p < 0.05$. So zeigt sich, dass Männer eine grössere Bereitschaft haben, einen Arzt aufzusuchen als Frauen. Hinsichtlich des Psychologen, der Nächsten und der alternativen Methoden ist kein signifikanter Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Testpersonen ersichtlich.

Die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Testpersonen in der Bereitschaft der Inanspruchnahme von Hilfsquellen für die Kinder wurde mit mixed factorial design with repeated measures on the last factor überprüft. Hierfür wurde ein Design von 2 (Gender) x 5 (Hilfsquellen für Kinder) angewandt.

Hilfsquelle für Kinder	df	SS	MS	F
Between Subjects				
Gender	1	0.23	0.23	0.10
Within Subject				
Ressource	4	236.36	209.09	192.82***
Ressource*Gender	4	7.49	1.87	1.73

*p<0.05, **p <0.01, ***p<0.001

Tabelle 19 – Inanspruchnahme der Hilfsquellen für Kinder durch weibliche und männliche Testpersonen

Bei Tabelle 19 zeigt sich, dass

- weibliche und männliche Testpersonen sich in ihrer Bereitschaft der Inanspruchnahme von Hilfsquellen für ihre Kinder insgesamt nicht differenzieren,
- insgesamt mindestens zwischen zwei Hilfsquellen ein Unterschied bei der Bereitschaft der Inanspruchnahme vorhanden ist,
- Frauen und Männer sich nicht hinsichtlich einzelner Hilfsquellen unterscheiden.

In diesem Zusammenhang zeigt Tabelle 18, dass Testpersonen der Stichprobe bereit sind, für ihre Kinder an erster Stelle einen Psychologen, an zweiter Stelle einen Arzt und eine nahestehende Person, an dritter Stelle alternative Methoden und an letzter Stelle traditionelle Methoden in Anspruch zu nehmen. Hilfsquellen mit selbem Subscript unterscheiden sich nicht. Hilfsquellen mit unterschiedlichem Subscript unterscheiden sich bei p<0.05%.

Arzt Mean, (SD)	Psychologe Mean, (SD)	Nahestehende Personen Mean, (SD)	Traditionelle Methoden Mean, (SD)	Alternative Methoden Mean, (SD)
4.07_a, (1.29)	4.45_b, (0.98)	3.67_a, (1.33)	1.11_c, (0.45)	1.83_d, (1.42)

Tabelle 20- Inanspruchnahme der Hilfsquellen durch Testpersonen

7.4. Qualitative Untersuchung

In Bezug auf die Fragestellung wurde zur Gewinnung weiterer Kenntnisse Experten-interviews (Mayring, 2010, Gläser & Laudel, 2010, Kuş, 2009) mit sechs Psychologinnen geführt (Anhang Tabelle 21 – Psychologinnen), die in Ankara tätig sind. Die Interviews wurden mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, da diese Methode „induktiv“ (Kuckartz, 2010, S.96) vorgeht, und „insofern für solche Fragestellungen besonders geeignet [ist], bei denen das Vorwissen gering ist und die Exploration im Vordergrund steht“ (Kuckartz, 2010, S.96).

Drei der Psychologinnen arbeiten ausschliesslich mit Patienten über 17 Jahre. Eine Psychologin arbeitet ausschliesslich mit Kindern zwischen 0 – 12 Jahre. Eine Psychologin arbeitet im Schuldienst mit Jugendlichen im Alter von 15 – 18 Jahre und in der Praxis mit Erwachsenen. Eine Psychologin arbeitet mit Klienten im Alter zwischen 16 – 30 Jahre. Vor dem Gespräch wurde den Psychologinnen zugesichert, dass ohne ihre Erlaubnis das Gespräch nicht auf Tonband aufgenommen wird und ihre Namen sowie der Arbeitsplatz nicht genannt werden.

Die Interviews wurden anhand eines Leitfadens geführt und dauerten ca. 20 – 45 Minuten. Die Gespräche wurden in türkischer Sprache geführt. Die Aussagen der Psychologinnen wurden mit Dolmetscherkürzel notiert und anschliessend reinschriftlich abgeschrieben. Anhand der Fragen im Leitfaden und den Antworten wurden folgende Kategorien vor der Analyse „ex ante“ (Gläser et al., 2010, S. 47) gebildet:

1. Geschlecht der Klienten
2. Alter der Klienten
3. Quelle des Wissens über Psychologen
4. Wie finden Klienten zum Psychologen?

5. Warum Psychologe?
6. Sind Unterschiede zwischen Psychiater und Psychologe bekannt?
7. Aus welchem Bildungsstand sind die Klienten?
8. Aus welchem Einkommensniveau sind die Klienten?

7.4.1. Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Nach der Auswertung der Psychologinnen, die mit Erwachsenen arbeiten, wenden sich mehr Frauen als Männer an sie bei eigenen Problemen. Die Klienten sind überwiegend im mittleren Lebensalter (20 – 45 Jahre).

Nach der Meinung der Psychologinnen suchen Klienten als Hilfsquelle einen Psychologen auf, weil *ihre Nächsten nicht mehr ausreichen* (Psychologin 4) und sie ein *Bedürfnis nach Dialog und Vertrauen haben* (Psychologin 1).

Als Quelle des Wissens über Psychologen erwähnten vier Psychologinnen das Therapieangebot des Psychologenverbandes nach katastrophalen Ereignissen. Insbesondere nannten sie die Aktivitäten nach dem *Marmara-Erdbeben* im Jahr 1999 mit Klienten aus Dörfern und Kleinstädten mit geringem Bildungsstand und Einkommen. Drei Psychologinnen wiesen auf *Fernsehsendungen* hin, in denen Psychiater und Psychologen vorkommen und auf Morgensendungen im Fernsehen, in denen Psychiater und Psychologen als Ratgeber auftreten. Drei Psychologinnen nannten des Weiteren *Institutionen wie Schulen, Kinderkrippen, Kindergärten, Familiengerichte und die Kinderschutzbehörde*, die Kinder, Jugendliche und Eltern per Gesetz mit Psychologen konfrontieren. Durch diese Tatsachen haben *Psychologen einen Platz in der Gesellschaft eingenommen* und die *Idee vom Psychologen ist nicht mehr weit entfernt* (Psychologin 6).

Alle interviewten Psychologinnen, die privat arbeiten, haben die Erfahrung gemacht, dass Klienten sich auf Empfehlung von Bekannten oder Internet-Empfehlungen direkt an sie wenden. Klienten, die sich an ein Krankenhaus wenden, werden vom Arzt zum Psychologen überwiesen. Eine Psychologin (Psychologin 3) teilte ihre Erfahrung mit, dass Ärzte in jüngster Zeit Somatisierungspatienten empfehlen, einen Psychologen aufzusuchen. Sie wies darauf hin, dass in Zukunft auf diesem Weg mehr Klienten sich

an Psychologen wenden würden, da unter Ärzten diesbezüglich eine Bewusstseinsveränderung stattfinde.

Alle interviewten Psychologinnen gaben an, dass Klienten den Unterschied zwischen Psychiater und Psychologen kennen. *Die Patienten wollen eher zum Psychologen. Patienten sind resistent gegen Medikamente, aber nicht gegen Gespräche. Sie bevorzugen die Psychologen* (Psychologin, 4).

In der Häufigkeit der Inanspruchnahme des Psychologen sehen die drei beamteten Psychologinnen keinen Unterschied hinsichtlich des Bildungsstandes und des Einkommens ihrer Klienten (Psychologin 1, 4 und 5). Die zwei privatschaffenden Psychologinnen bewerten ihre Klienten als Personen mit mittlerem oder höherem Bildungs- und Einkommensniveau. Lediglich eine privatschaffende Psychologin sieht keinen Unterschied hinsichtlich des Bildungsstandes und der Inanspruchnahme des Psychologen.

8. Diskussion

8.1. Zusammenfassung

Die vorliegende Bachelorarbeit versucht - ausgehend von der Zunahme der Inanspruchnahme und des Angebots der psychologischen Interventionen in der Türkei bzw. in Ankara - die Fragestellung, welche Gründe wann und wen in die psychologische Beratung führen, zu beantworten. In der Literatur befinden sich einige Studien, insbesondere US-amerikanische Studien, die die Bereitschaft der Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychologischer Beratung untersuchen, die auch für diese Arbeit verwendet wurden. Allerdings gibt es keine Untersuchung über die Bereitschaft der Ankaraner Bevölkerung zur Inanspruchnahme eines Psychologen.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden im theoretischen Teil das Angebot der Psychologie, die Gründe, einen Psychologen aufzusuchen, das Verhältnis zwischen dem Psychologen als Hilfsquelle und dem Klienten sowie die Wirkfaktoren diskutiert. Um die Verbindung zwischen der Psychologie, die eher als ein Produkt des Westens betrachtet wird (Mocan-Aydın, 2000), und der Türkei herstellen zu können, wurde ein

Rückblick auf die Vergangenheit der Psychologie bzw. der Psychotherapie in Anatolien von der Antike bis ins 20. Jahrhundert geworfen. Des Weiteren wurden im Rahmen der Fragestellung und der Hypothesen demographische Daten über die Türkei und Ankara wiedergegeben sowie Begriffe wie Modernisierung und modernes Leben definiert. In diesem Zusammenhang wurden Themen wie Machtdistanz, Individualismus und Kollektivismus gestreift.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden im empirischen Teil eine quantitative und eine qualitative Untersuchung durchgeführt. Für die quantitative Untersuchung wurden 115 Fragebögen in verschiedenen Bezirken in Ankara ausgeteilt, von denen 105 unter Berücksichtigung der Hypothesen ausgewertet wurden. Für die qualitative Untersuchung wurden sechs in Ankara tätige Psychologinnen interviewt. Die Interviews wurden anhand qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Als Ergebnis zeigte sich, dass bei der Stichprobe aus Ankara die Bereitschaft der Inanspruchnahme des Angebots der Psychologie vorhanden ist. Die Testpersonen der Stichprobe zeigen die Bereitschaft, unter den Hilfsquellen Arzt, Psychologe, die Nächsten, traditionelle Methoden und alternativen Methoden, an erster Stelle einen Psychologen und an zweiter Stelle einen Arzt für sich selbst und für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen. Alternative Methoden werden an dritter und traditionelle Methoden an vierter bzw. letzter Stelle bevorzugt. Somit haben nach den Ergebnissen, die aus dieser Stichprobe gewonnen werden konnten, traditionelle Methoden ihren Anreiz gegenüber dem Angebot der Psychologie eindeutig verloren. Das Bedürfnis nach Vertrauen und Dialog führt Klienten zum Psychologen, da diese durch übliche Hilfsquellen nicht ausreichend angeboten werden können. Ausserdem spielt die Vermeidung von Psychopharmaka bei der Bevorzugung des Psychologen eine Rolle.

Das Wissen über das Angebot der Psychologie wurde bekannt durch

- Interventionen des Psychologenverbandes bei Katastrophen wie das Marmara-Erdbeben von 1999 und wichtigen gesellschaftlichen Ereignissen,
- staatliche Massnahmen zur Errichtung von psychologischen Beratungsstellen wie zum Beispiel in Schulen, Hochschulen und Familiengerichten und
- Empfehlung und Fernsehsendungen.

Allerdings kann die Rolle der Modernisierung, bzw. ob die Anpassung an das moderne Leben bei der Bereitschaft der Inanspruchnahme des Psychologen eine Rolle spielt, nicht präzise beantwortet werden, da die Stichprobe keine Testpersonen umfasst, die nach den Kriterien dieser Arbeit nicht an das moderne Leben angepasst sind.

8.2. Interpretation der Ergebnisse

Diese Bachelorarbeit versucht, die Fragestellung, welche Gründe wann und wen in die psychologische Beratung führen, anhand von drei Hypothesen, nämlich

1. Personen, die sich dem modernen Leben angepasst haben, nehmen das Angebot der Psychologie (Psychotherapie / psychologische Beratung) in Anspruch.
2. Das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie wird mehr in Anspruch genommen als das Angebot für Erwachsene.
3. Traditionelle Therapiemethoden verlieren ihre Anziehungskraft im Vergleich zur Psychotherapie / psychologischen Beratung.

zu beantworten.

Die erste Hypothese überprüft die Aussage, dass Personen, die sich dem modernen Leben angepasst haben, das Angebot der Psychologie (Psychotherapie und psychologische Beratung) in Anspruch nehmen. Anhand der Darstellungen und den einschlägigen Tabellen kann davon ausgegangen werden, dass sich die Testpersonen der Stichprobe, die aus 105 Personen besteht, gemäss der Indikatoren der Modernität dem modernen Leben angepasst haben. Der Bildungs- und Einkommensstand der Testpersonen der Stichprobe bewegt sich zwischen mittel und hoch. Die Testpersonen leben überwiegend in Kernfamilien mit einer niedrigen Kinderzahl und haben ihren Ehepartner selbst gewählt und geben somit das Bild einer modernen Familie (Abschnitt 4.2.). Bei der Auswertung der Stichprobe ist zu berücksichtigen, dass Ankara die Hauptstadt der Türkei ist, die zentralistisch regiert wird. Der Verwaltungsapparat der Türkei befindet sich in Ankara. Darüber hinaus befinden sich in Ankara vier staatliche und sieben private Universitäten. Zahlreiche staatliche und private Industriebetriebe sind in Ankara. Die wirtschaftliche, gesundheitliche und bildungsmässige Infrastruktur ist in Ankara gut vorhanden. Ankara bietet die Möglichkeiten einer westlichen,

modernen Stadt, die sich im Verhalten ihrer Einwohner bei psychischen Problemen widerspiegelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die Entwicklungen im Laufe der Zeit und durch die Modernisierungsmassnahmen (Abschnitt 3.1., 3.2, und 3.4.) eine Bewusstseinsentwicklung (Abschnitt 1) stattgefunden hat, die den Weg zur Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung durch einen Psychologen öffnet. Angesichts der Tatsache, dass die Hälfe der Bevölkerung der Türkei jünger als 29,2 Jahre und ein Viertel der Bevölkerung jünger als 14 Jahre ist, kann davon ausgegangen werden, dass ein wichtiger Teil der Bevölkerung über psychologische Beratung durch die Schule bzw. Hochschule informiert ist und die Möglichkeit, sich präventiv und therapeutisch an einen Psychologen zu wenden, kennt. Weitere demographische Daten wie zum Beispiel, dass 73% der Bevölkerung in städtischen Gebieten und davon 36,2% in Millionenstädten leben (Abschnitt 3.4.), unterstützen diese Annahme, da die Erreichbarkeit des Psychologen in der Stadt in staatlichen Einrichtungen und privat gegeben ist (Abschnitt 3.2.).

Die im Abschnitt 2.5. genannten Untersuchungen von Leaf et al. (1987) und von Vessey et al. (1993) legen dar, dass zwischen dem Bildungsniveau und der Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen, eine positive Beziehung vorhanden ist. Diese Kenntnis lässt sich an der Ankaner Stichprobe zum Teil bestätigen: Die Stichprobe ist, wie im Abschnitt 7.2. dargestellt, nach dem Bildungsniveau in zwei Kategorien geteilt. Die Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen, lässt sich anhand von drei Faktoren feststellen (siehe Abschnitt 6.3.1.), nämlich *Suche nach Unterstützung*, *Empfehlung Dritter* sowie *Vertrauen und Selbsterkenntnis*. Ankaraner Testpersonen mit hohem Bildungsniveau zeigen eine signifikant höhere Bereitschaft, wegen Suche nach Unterstützung einen Psychologen aufzusuchen. Es besteht ausserdem zwischen Suche nach Unterstützung und der Bildung des Vaters ein signifikant starker Zusammenhang. Dies kann auf die bewusste und geplante Interaktion zwischen dem Psychologen und Klienten sowie auf die gemeinsam erarbeiteten Ziele (siehe Abschnitt 2.1) zurückgeführt werden, auf die Testpersonen mit hoher Bildung vermutlich eher zurückgreifen. Allerdings zeigt sich kein signifikanter Unterschied bezüglich Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Selbsterfahrung. Personen aus allen Bildungsniveaus ist die Möglichkeit, einen Psychologen aufzusuchen, bekannt und es bestehen diesbezüglich keine Hemmungen.

Die Stichprobe erlaubt hinsichtlich der Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen, den Vergleich zwischen Erwerbstätigen und den Rentnern. Hier zeigt sich kein signifikanter Unterschied, für sich selbst einen Psychologen aufzusuchen. Somit lässt sich der Befund von Leaf et al. (1987) und Vessey et al. (1993), dass Personen im mittleren Lebensalter eine grössere Bereitschaft hinsichtlich der Inanspruchnahme eines Psychologen haben, nicht bestätigen.

Das Niveau des Haushaltseinkommens (niedrig, mittel, hoch) scheint eine Auswirkung auf die Bereitschaft, für sich selbst einen Psychologen aufzusuchen, zu haben. Je höher das Haushaltseinkommen ist, desto höher ist die Bereitschaft, für sich selbst einen Psychologen aufzusuchen. Diese positive Beziehung könnte von der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines freischaffenden Psychologen herrühren, da für versicherte sowie mittellose Personen mit Grüner Karte in staatlichen Krankenhäusern sowie Behandlungszentren ein kostenloser und für nicht-versicherte Personen ein günstiger Zugang (TL 16, ca. 10 CHF) zum Psychologen vorhanden ist. Die Aussagen der Psychologinnen unterstützen auch diese Annahme.

Bei den Testpersonen der Stichprobe besteht ein positiver Zusammenhang ($r=.56$, $p\leq 0{,}01$) zwischen den Dimensionen Kollektivismus und Individualismus. Hinsichtlich dieser Stichprobe müssen Kollektivismus und Individualismus nicht „als entgegen gesetzte Pole derselben Dimension“ (Hofstede et al. 2009, S.109) gesehen, sondern als „zwei separate Dimensionen“ (Hofstede et al. , 2009, S.110) betrachtet werden, die wie im Abschnitt 3.4.3. dargestellt, gleichzeitig in hohen Massen situationsabhängig auftreten können. Bei dieser Stichprobe sind Kollektivismus und Individualismus keine Dimensionen, die die Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen, negativ beeinflussen. Diese beiden Dimensionen haben möglicherweise einen Einfluss darauf, aus welchem Grund die Testperson die Bereitschaft zeigt, einen Psychologen aufzusuchen: Kollektivistische Personen zeigen die Bereitschaft, wegen der in dieser Arbeit genannten drei Faktoren, nämlich Suche nach Unterstützung, Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Selbsterfahrung, einen Psychologen aufzusuchen. Der Faktor Individualismus korreliert hinsichtlich der Gründe, einen Psychologen aufzusuchen, lediglich mit Vertrauen und Selbsterfahrung. Nach den Aussagen der Psychologinnen finden Klienten, die nicht über die Psychiatrie an sie überwiesen werden, durch Empfehlung Dritter oder Internet zu ihnen. Möglicherweise finden individualistische

Klienten eher über Internet und kollektivistische Klienten eher durch Empfehlung Dritter zum Psychologen.

Die Lebensjahre in Ankara oder in einer Stadt haben keinen Einfluss auf die Bereitschaft, für sich selbst und das Kind einen Psychologen aufzusuchen. Dies lässt sich sowohl auf die Tradition in Anatolien, Hilfe und Unterstützung zu suchen, als auch auf die Arbeit des Psychologenverbandes bei Krisen, insbesondere der Krisenintervention nach dem Marmara-Erdbeben von 1999, und dem Psychologenbild in Medien zurückführen.

So wie die Lebensjahre haben Wohnsituation und Familienstand keine Auswirkung auf die Bereitschaft, einen Psychologen als Hilfsquelle in Anspruch zu nehmen.

Somit lässt sich die erste Hypothese, dass Personen, die sich dem modernen Leben angepasst haben, das Angebot der Psychologie in Anspruch nehmen, zum Teil bestätigen, da die Stichprobe keine Personen umfasst, die keines der Indikatoren der Modernität erfüllen.

Bei psychischen Problemen zeigen die Testpersonen eine Bereitschaft, als Hilfsquelle im Vergleich zum Arzt, zu den Nächsten, zu alternativen und traditionellen Methoden sich an erster Stelle an einen Psychologen zu wenden. Diese Bereitschaft gilt sowohl bei eigenen Problemen als auch bei Problemen der Kinder.

Die Bereitschaft der Erwerbstätigen, sich für das Kind an einen Psychologen zu wenden, ist signifikant grösser als bei Rentnern. Dieser Befund kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie mehr in Anspruch genommen wird als das Angebot für Erwachsene, da Erwerbstätige jünger sind und jüngere Kinder haben, deren Vormundschaft sie noch haben.

Angesichts der Tatsache, dass die Bevölkerungszahl der Stadt Ankara durch die Binnenmigration in den 1950er und 1990er Jahren stark gewachsen ist, darf die positive Korrelation zwischen der Einstellung zu den Nachkommen bzw. der Unterstützung der Unabhängigkeit der Kinder und der Suche nach Unterstützung beim Psychologen als ein Hinweis darauf gesehen werden, dass Ankaraner Eltern, die selbst möglicherweise aus einem eher traditionellen Leben kommen, ihre Kinder als ein Teil des modernen Lebens sehen, deren Probleme mit entsprechenden Mittel gelöst werden müssen. Während

Testpersonen für sich selbst den Psychologen und ihre Nächsten gleichermassen in Anspruch nehmen, bevorzugen sie für ihre Kinder an erster Stelle den Psychologen und an zweiter Stelle den Arzt und die Nächsten. Dass Ankaraner Erwachsene für sich selbst an erster Stelle einen Psychologen und die Nächsten und für ihre Kinder an erster Stelle einen Psychologen und an zweiter Stelle die Ärzte und die Nächsten bevorzugen, kann ein weiterer Hinweis darauf sein, dass Ankaraner Eltern ihre Kinder mehr als einen Teil des modernen Lebens sehen als sich selbst. Es ist auch ein Hinweis darauf, dass Testpersonen für sich selbst und ihre Kinder psychologische Interventionen gegenüber psychiatrischen Interventionen bevorzugen (Abschnitt 2.1.) und ein Bewusstsein von Psychopharmaka vorhanden ist.

Somit lässt sich die zweite Hypothese, dass das Angebot der Kinder- und Jugendpsychologie mehr in Anspruch genommen wird als das Angebot für Erwachsene, bestätigen.

Traditionelle Methoden werden durch die Testpersonen der Stichprobe für sich selbst und die Kinder am wenigsten bevorzugt. Beim Vergleich von Frauen und Männern der Stichprobe nutzen Frauen für sich selbst traditionelle Methoden mehr als Männer, obwohl die Frauen der Stichprobe ein höheres Bildungs- und Einkommensniveau als Männer haben (Abschnitt 5.4.1.). Im Hinblick auf die Kinder gibt es zwischen Frauen und Männern keinen Unterschied. Obwohl Frauen im Vergleich zu Männern traditionelle Methoden mehr nutzen, werden als Hilfsquellen für sich selbst 1. Psychologe und die Nächsten, 2. Arzt, 3. Alternative Methoden 3. Traditionelle Methoden genutzt und für die Kinder 1. Psychologe, 2. Arzt und die Nächsten, 3. Alternative Methoden und 4. Traditionelle Methoden.

Somit wird die dritte Hypothese, dass traditionelle Methoden ihre Anziehungskraft im Vergleich zur Psychotherapie und psychologischen Beratung verlieren, bestätigt. Die Tatsache, dass Ankaraner Testpersonen alternative Methoden traditionellen Methoden vorziehen und die Inanspruchnahme der traditionellen Methoden an letzter Stelle nennen, kann zusätzlich auch ein Hinweis auf die Modernität bzw. auf die Verwestlichung sein. Zwar sind die alternativen Methoden keine westlichen Methoden, dennoch sind sie aus der westlichen Welt in die Türkei eingezogen.

Für die Ankaraner Testpersonen scheint Vertrauen bzw. die Beziehung ein Vorzug des Psychologen im Vergleich zu den anderen Hilfsquellen zu sein (Abschnitt 2.3.). Dies zeigt auch, dass das Vertrauen bzw. die Beziehung zu Personen, die traditionelle Methoden ausüben, geschwächt ist. Traditionelle Methoden scheinen (Abschnitt 7.4.) eher aus Gewohnheit in Anspruch genommen zu werden und nicht als Hilfsquelle zur Problemlösung. Hierzu werden Psychologen eindeutig bevorzugt. Hier stellt sich die Frage, ob Personen, die dem traditionellen Leben verbunden sind und das Leben durch Gotteswillen vordeterminiert sehen (Abschnitt 2.7.), das Angebot der Psychologie wahrnehmen, da die Begegnung mit einem Psychologen unter den Aspekten „Wille Gottes“ und „Schicksal“ gesehen werden könnte.

Das Vertrauen bzw. die Beziehung wird seitens der interviewten Psychologen als Wirkfaktor der psychologischen Intervention betrachtet (Abschnitt 2.4.). Da 49,5% der Testpersonen bereits einen Psychologen in Anspruch genommen haben, kann davon ausgegangen werden, dass das Vertrauen bzw. die Beziehung als Wirkfaktor nicht nur den Erfolg der psychologischen Intervention ausmacht, sondern die Bereitschaft, in Zukunft einen Psychologen aufzusuchen, positiv beeinflusst.

8.3. Fazit

Anhand dieser Bachelorarbeit kann gesagt werden, dass die Ankaraner Bevölkerung die Bereitschaft hat, bei psychischen Problemen einen Psychologen in Anspruch zu nehmen. Im Vergleich der Hilfsquellen Psychologe, Arzt, die Nächsten, traditionelle Methoden und alternative Methoden hat der Psychologe als unterstützende und vertrauliche Hilfsquelle einen hohen Stellenwert und wird von Personen bei eigenen Problemen und bei Problemen des Kindes an erster Stelle bevorzugt. Diese Bereitschaft lässt sich auf die anatolische Tradition, Hilfe zu suchen und auf die erfahrene psychologische Unterstützung bei Krisensituationen, insbesondere nach dem Marmara-Erdbeben von 1999, zurückführen. Die Krisenintervention nach dem Marmara-Erdbeben scheint einerseits eine wichtige Erfahrung für die Bevölkerung gewesen zu sein, dass zur Verarbeitung und Überwindung traumatischer Ereignisse das psychologische Angebot durchaus effektiv ist, und andererseits scheint es die Inanspruchnahme eines Psychologen und psychologischer Instrumente enttabuisiert zu

haben. Die Tatsache, dass das Psychologiestudium ein begehrtes Studium ist, dürfte auch die Akzeptanz der Psychologie in Ankara bzw. in der Türkei bestätigen.

8.4. Methodenkritik

Die Stichprobe repräsentiert nicht sämtliche sozio-ökonomische Schichten und Bildungsniveaus. Analphabeten, arbeitslose und mittellose Personen sind nicht ausreichend vertreten. Des Weiteren sind die Auswirkung der (globalen) Kommunikation und der Globalisierung hinsichtlich der Bereitschaft der Inanspruchnahme eines Psychologen nicht überprüft worden. Daher können die Befunde nicht für sämtliche sozio-ökonomische Schichten und Bildungsniveaus generalisiert werden. Bei späteren Untersuchungen könnten die hier vernachlässigten Personen auch stärker in die Stichprobe eingeschlossen werden.
Bei der Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Psychologen wurden die Testpersonen nicht konkret nach der Auswirkung ihrer vorhandenen positiven oder negativen Erfahrungen mit einem Psychologen befragt. Da diese für die zukünftige Bereitschaft von Bedeutung sind, sollte sie bei einer zukünftigen Untersuchung berücksichtigt werden.
Die Interviews für die qualitative Untersuchung wurden mit sechs Psychologinnen geführt. Vier der Psychologinnen teilten mit, dass die Zahl der weiblichen Klienten höher ist als die der männlichen. Jedoch zeigt die quantitative Untersuchung, dass hinsichtlich der Bereitschaft, einen Psychologen aufzusuchen, zwischen Frauen und Männern kein signifikanter Unterschied vorhanden ist. Aufgrund der Überlegung, dass Männer männliche Psychologen bevorzugen könnten, scheinen bei zukünftigen Untersuchungen Interviews mit männlichen Psychologen unabdingbar zu sein.

Die soziale Erwünschtheit ist, wie eingangs erwähnt, nicht überprüft worden. Da sich diese Arbeit nicht mit dem Verhalten, sondern mit der Bereitschaft befasst, darf möglicherweise davon ausgegangen werden, dass die Überprüfung der sozialen Erwünschtheit das Ergebnis nicht sehr beeinflusst hätte.

8.5. Implikationen für die Praxis

Das Wissen über die Bereitschaft in Ankara kann dazu beitragen, Klienten aus der Türkei zu Psychotherapie und psychologischer Beratung in der Schweiz zu ermutigen. Sollten Klienten das Angebot der psychologischen Interventionen nicht annehmen, dürfte dies nicht auf die türkische Tradition und auf das heutige Verhalten in der Türkei zurückgeführt werden. Die Testpersonen sind Bewohner aus Ankara und sind mit türkischen Mitbürgern in der Schweiz hinsichtlich des Zugangs zu Bildung, Erwerbstätigkeit und Gesundheitsversorgung vergleichbar. Unter Berücksichtigung des Nutzens der psychologischen Interventionen für die betroffene Person, ihre Umwelt und letztendlich für die Krankenkassen könnte unter türkischstämmingen Jugendlichen in der Schweiz das Psychologiestudium gefördert werden. Als kurzfristige Lösung können vertrauenswürdige Sprachkundige zwecks Dolmetschen stärker in das Versorgungssystem einbezogen werden. Andererseits dürfen sprachkundige türkischstämmige Klienten, die bereit sind, eine psychologische Intervention einzugehen, mit Vorstellungen von verschlossenen türkischen Patienten und einem Land, in dem es keine psychologische Versorgung gibt, konfrontiert werden, die die Bereitschaft, das Angebot der Psychologie in der Schweiz in Anspruch zu nehmen, beeinträchtigen kann.

9. Abstract

Angesichts des zunehmenden Angebots an Psychotherapie und psychologische Beratung in türkischen Grossstädten beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, durch wen und aus welchen Gründen das Angebot der Psychologie in Ankara beansprucht wird. Die Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Untersuchung, die die Bereitschaft der Ankaraner, psychologische Interventionen in Anspruch zu nehmen, untersuchen, zeigen, dass Ankaraner Frauen und Männer mit unterschiedlichen Bildungs- und Einkommensniveaus bereit sind, für sich selbst und ihre Kinder den Psychologen im Vergleich zum Arzt, zu den Nächsten, zu alternativen und traditionellen Methoden bevorzugt in Anspruch zu nehmen. Dieser Bereitschaft tragen die Tradition in Anatolien und die Interventionen des Türkischen Psychologenverbandes bei Katastrophen bei. Die Gründe, die zum Psychologen führen, sind Suche nach Unterstützung, Empfehlung Dritter sowie Vertrauen und Beziehung. Die Bereitschaft in Ankara zeigt, dass Türken gegenüber psychologischen Interventionen aufgeschlossen sind und kann auch ausserhalb der Türkei im Interesse der betroffenen Person und des Gesundheitssystems genutzt werden.

10. Literaturverzeichnis

Achner, H. (2009). *Ärzte in der Antike*. Mainz am Rhein: von Zabern.

Altan, A. (2008). Siyasal milliyetçilik kontgerilla ile iç içe. . [On-line]. Available: http://www.mehmetaltan.com/index.asp?sayfa=gundem

Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2005). Have there been any changes in the public's attitudes toward psychiatric treatment? Result from representative population surveys in Germany in the year 1990 and 2001. In *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 68–73.

Ankara Sanayi Odası (ASO) (2008): *Ankara ve Sanayi. Nüfus ve Özellikleri* [On-line]. Available: http://www.aso.org.tr/kurumsal/index.php?sayfa_no=39

Ataman, H. (1990). *Esaret Yılları*. İstanbul: Kardeşler Maatbası.

Başer, N. (2010). *Lacan*. İstanbul: Say.

Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft*. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Beck, U. (1999). *Was ist Globalisierung?* Irrtümer des Globalismus – Antworten auf Globalisieurung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Boeger, A. (2009). *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte.* Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Bolak-Boratav, H. (2004). Psychology at the Cross-Roads: The View from Turkey. In M.J.Stevens & D. Wedding (Eds.), *Handbook of International Psychology* (pp. 311-330). New York: Brunner-Routledge.

Çarkoğlu, A. & Toprak, B. (2000). *Türkiye'de din, toplum ve siyaset.* İstanbul: TESEV.

Çicek, Ü. (2006). *Antik Dönem Sağlık Merkezleri.* İzmir: İzmir Ticaret Odası.

Comer, R.J. (2008*). Klinische Psychologie* (6. Auflage). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Doğan, S. (2000). The historical development of counselling in Turkey. In I*nternational Journal for the Advancement of Counselling, 22*, 57-67.

Dorn, W. (1997). *Zentralanatolien*. Von Ankara durch das anatolische Hochland: Kulturlandschaften zwischen Orient und Okzident. Köln: Dumont.

Ducey, C. & Simon, B. (1975). Ancient Greece and Rome. In J.G. Howells (Ed.), *World History of Psychiatry* (pp. 1-38).

Dwairy, M. (2006). *Counselling and Psychotherapy with Arabs and Muslims*. A Culturally Sensitive Approach. New York: Teachers College Press.

Degele, N. (2006) Modernisierung. In Endruweit & Trommsdorff (Hrsg.), (2002) *Wörterbuch der Soziologie* (S. 376-377) (2., völlig neuüberarbeitet und erweiterte Auflage). Stuttgart: UTB.

Erginer, G. (2003). *Elemterefiş*. Anadolu'da Büyü ve İnanışlar. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Finzen, A. (2000). *Schizophrenie - Die Krankheit verstehen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Fişek-Okman, G. & Kağıtçıbaşı, Ç. (1998). Multiculturalism and Psychotherapy: The Turkish Case. In P. Pedersen (Ed.), *Multiculuralism as aFourth Force* (pp.75 -92). Philadelphia, Pa.: Brunner/Mazel.

Flora, P. (1974). *Modernisieurngsforschung.* Zur empirischen Analyse der gesellschaftlichen Entwicklung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Flora, P. (1975). *Indikatoren der Modernisierung*. Ein historisches Datenhandbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Fuzuli (1949). Leyla ve Mecnun. In F. Köprülü, *Eski Şairlerimiz.* Divan Edebiyatı Antolojisi (2. Baskı). İstanbul: Ahmet Halit Kitapevi.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Grawe, K., Donati, ,R. & Bernauer, F. (1995). *Psychologie im Wandel*. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In *Psychotherapeut, 40,* 130-145.

Großmaß, R. (2004). Psychotherapie und Beratung. In F. Nestmann, , Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung, Band 1: Disziplinen und Zugänge* (S. 89–102). Tübingen: dgvt.

Güneş, A. (1998). Asklepion ve Terapi. In *XXII. Uluslararası Grup Psikoterapileri Kongresi – XXII. International Congress of Group Psychotherapies* (S. 17–27). Ankara: MedicoGraphics.

Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.), (2004). *Dorsch*. Psychologisches Wörterbuch (15., überarbeitete und erweiterte Ausgabe). Bern: Huber.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2006). *Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması.* [On-line]. Available: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tgyona/TGYONA-AnaRapor.pdf

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişmeler: 1968 – 2008.* [On-line]. Available: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf

Hofstede, G. & Hofstede, G.J. (2009). *Lokales Denken, globales Handeln*. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management (4. Auflage). München: dtv.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Güvemli, Ö. (2011). Daha kaç kadın ölecek. In *Cumhuriyet* vom 28.2.2011.

Hafızoğulları, Z. (2008). Atatürk ve Laiklik. Atatürk and Laicism. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,* 57(3), (S. 833-843). Ankara: Ankara Üniversitesi.

Hilgens, M. (2007). Unseren täglichen Psychofritze gib uns heute: oder fundiertes Fachwissen mit emanzipatorischem Anspruch? Funktion und Rolle psychotherapeutischer Experten in den Medien. In *Psychotherapie Forum, 15,* 151–156.

Hillmann, K.-H. (2007). *Wörterbuch der Soziologie* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kröner.

Holzmann, T.H., Volk, S. Georgi, K. & Pflug, B. (1994). Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. In *Psychiatrische Praxis, 21,* 106-108.

İmamoğlu, O. E. (2003). Individuation and Relatedness: Not Opposing but Distinct and Complementary. In *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 129*(4), 367-402.

İşçen,Y. (2010). *Kapadokyalı Hekim Aretaeus*. [On-line]. Available:

http://www.cappadociaexplorer.com/detay.php?id=345&cid=176

Kadıoğlu, M. & Görkay, K. (2007). Yeni Arkeolojik Araştırmalar Işında ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΛ ΤΗΣΓΑΛΑΤΙΑΣ: ANKYRA. In *Anadolu / Anatolia, 32,* 21-153.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1990a). *İnsan, Aile ve Kültür* (3. Baskı). İstanbul: Remzi.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1990b). Family and Home-Based Intervention. In R.W. Brislin (Ed.), *Applied Cross-Cultural Psychology* (pp. 121 – 141). Newbury Park, California: Sage.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1994). Psychology in Turkey. In *International Journal of Psychology, 29* (6), 729–738.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1996). The Autonomous-Relational Self: A New Synthesis. In *European Psychologist, 1*(3), 180-186.

Kızılhan (2006). *Erfahrungen mit Migranten türkischer Herkunft in der Michael-Balint-Klinik.* [On-line]. Available: http://www.michael-balint-klinik.de/pdf/mbk_mig_erf.pdf

Kızılhan, J. (2010). *Subjektive Krankheitswahrnehmung bei Migrantinnen und Migranten aus familienorientierten Gesellschaften*. [On-line]. Available: http://www.generationen.at/download/2010/janilhankizilhan.pdf

Koptagel, G. (1971). Rehabilitation of the mentally handicapped in Turkey: *Past and Present.* In *Social Science & Medicine, 5,* 603 – 606.

Krause-Girth, C. (2004). Psychotherapie, Gesundheit und Geschlecht – Argumente für eine geschlechtersensible gesundheitsförderliche Psychotherapie. In *Psychotherapie Forum, 12,* 26-35.

Kuckartz, U. (2010*). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3., aktualisierte Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kuş, E. (2009). *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri.* Sosyal Bilimlerde Araştırma Teknikleri Nicel mi? Nitel mi? (3. Auflage). Ankara: Anı.

Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2001). Lay recommendations on how to treat mental disorders. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 36, 553-556.

Leaf, P.J., Bruce, L.M., Tischler, G.L. & Holzer, C.E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. In *Journal of Community Psychology, 15* (2), 275–284.

Lewis, R. (1971). *Everyday Life in Ottoman Turkey.* London: B.T.Batsford. New York: G.P. Putnam Sons.

Luhmann, N. (1973). Formen des Helfens im Wandel der gesellschaftlicher Bedingungen. In H.-U. Otto & S. Schneider (Hrsg.*) Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit*, 1. Halbband (S. 21-45). Neuwied: Luchterhand.

Manthei, R.J. (2005). What can clients tell us about seeking counselling and their experience of it? In *International Journal for the Advancement of Counselling,4,* 541 - 555.

Manthei, R.J. (2006). Clients talk about their experience of seeking counselling. In *British Journal of Guidance & Counselling, 34 (4),* 519 – 538.

Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Eine kritische Literaturauswertung. Heidelberg: Springer.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Grundlagen und Techniken (11. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.

Mavi, B. İşte Türkiye'nin yaşanacak şehirleri. In *CNBC-e, 35*, 36-86.

Menekay, S. (2009). Asklepion – Bergama. In *Dirim Tıp Gazetesi* (S. 1-5). Ankara. RNA Sağlık Yayıncılık Organizasyon.

Mocan-Aydın, G. (2000). Western Models of Counseling and Psychotherapy Within Turkey: Crossing Cultural Boundaries. In *The Counseling Psychologist, 28*, 280-338.

Moracco, J. (1985). Counseling in the Middle East: Some considerations for mental health practitioners. In *American Mental Health Counselors Association Journal 7*(2): 64-71.

Nußbeck, S. (2006). *Einführung in die Beratungspsychologie*. München: Ernst Reinhard.

Nystul, M.S. (2011). *Introduction to counseling*, (4th. ed.). Boston: Pearson.

Oran, Baskın (2004). *Türk Dış Politikası*. Kurtuluş Savaşından Bugüne Olgular, Belgeler, Yorumlar, Cilt I: 1919 - 1980, (9. Baskı). İstanbul: İletişim.

Oran, Baskın (2003). *Türk Dış Politikası*. Kurtuluş Savaşından Bugüne Olgular, Belgeler, Yorumlar, Cilt II: 1980 - 2001, (6. Baskı). İstanbul: İletişim.

Ortaylı, İlber (2010). *Türkiye'nin Yakın Tarihi*. İstanbul: Timaş.

Ozmen, E., Ogel, K., Aker, T., Sağduyu, A., Tamar, D. & Boratav, C. (2005). Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40* (11), 869–876.

Öner, N. (2006). *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler: Bir Başvuru Kaynağı.* İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukarı I* (11. Baskı). Ankara: Nova.

Pamuk, O. (2008*). Masumiyet Müzesi*. İstanbul: İletişim.

Rauchfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie*. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

Saunders, S.M. (1993). Applicants' Experience of the Process of Seeking Therapy. In *Psychotherapy, 30* (4), 554-564.

Shonali, R. & Canel-Çınarbaş, D. (2005). Counseling in developing countries: Turkey and India as examples. In *Journal of Mental Health Counseling.* [On-line]. Available: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb1416/is_2_27/ai_n29176993/

Soliman, A.M. (1991).The role of counseling in developing countries. In *International Journal for the Advancement of Counselling, 14*(3), 3–14.

Strotzka, H. (1978). Was ist Psychotherapie. In H. Strotzka (Hrsg.) *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren und Indikationen* (2., überarb. u. erw. Auflage), (S.3-6). Urban & Schwarzenberger: München, Wien, Baltimore.

Triandis, H.C, Bontempo, R. & Villareal M. (1988). Individualism and Collectivism: Cross-Cultural Perspectives on Self-Ingroup Relationships. In *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (2), 323-338.

Tuncer, C. (1995). Mentall illness in an Islamic-Mediterranean culture: Turkey. In I. Al-Issa (Ed.), *Handbook of culture and mental illness: An international perspective* (pp. 169 – 182). Madison, CT: International Universities Press.

Tuzcu, E.Murat (2010). *Ölümün girmediği hastane: Asklepion*. [On-line]. Available:

http://www.milliyet.com.tr/olumun-giremedigi-hastane-asklepion/prof-dr-e-murat-tuzcu/yasam/yazardetay/24.05.2010/1241774/default.htm.

Türk İstatistik Kurumu (TÜİK) (2010). *Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2010 Yılı III. Dönem.* [On-line]. Available: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=37&ust_id=11

Türk İstatistik Kurumu (TÜİK) (2011). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Yılı Sonuçları.* [On-line]. Available: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8428

Vamık, V. D. (1975). Turkey. In J. G. Howells (Ed.), *World History of Psychiatry* (pp. 383-399).

Vessey, J.T. & Howard, K.I. (1993). Who seeks psychotherapy? In *Psychotherapy, 30 (4)*, 546–553.

Vogel, D.L., Wester, S.R. (2003). To seek help or not to seek help: The Risks of Self-Disclosure. In *Journal of Counseling Psychology, 50(3)*, 351–361.

Wittchen. H.U., Hoyer, J. (Hrsg.) (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie.* Heidelberg: Springer.

Yalom, I.D. (2004). *Liebe, Hoffnung, Psychotherapie* (2. Auflage). München: btb.

Yalom, I.D. (2010). *Der Panama-Hut* (2. Auflage). München: btb.

Schäfers, B. & Kopp, J. (Hrsg.) (2006). *Grundbegriffe der Soziologie* (9. Grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zimbardo, P.G., Gerring, R.J. (2008). *Psychologie* (18. aktual. Auflage). München: Pearson.

11. ANHANG: Fragebögen und Tabellen

1	Fragebogen zur Einholung demographischer Daten und zur Messung der Bereitschaft Psychotherapie und psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen	71
2	Fragebogen Individualismus / Kollektivismus	80
3	Tabellen	82
	Tabelle 1a – Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Modernität	82
	Tabelle 1b – Reliabilität der Skala Modernität	82
	Tabelle 3 – Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Psychologen	83
	Tabelle 4 – Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Individualismus und Kollektivismus	84
	Tabelle 7 – Bildungsstand	85
	Tabelle 8 – Einkommen	86
	Tabelle 9 – Erwerbstätigkeit und Versicherungsstand	86
	Tabelle 10 – Anzahl der Kinder	87
	Tabelle 11 – Längster Aufenthaltsort	87
	Tabelle 12 – Wohnsituation	87
	Tabelle 13 – Zustandekommen der Ehe	88
	Tabelle 14 – Zusammenhang zwischen einzelnen Hauptvariablen der Studie	89
	Tabelle 21 – Psychologinnen	90
	Tabelle 22 – Kategorien	91

ANHANG 1

Demographische Fragen

Die Studie wird im Rahmen einer Bachelor-Arbeit durchgeführt. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten. Hinsichtlich der Objektivität und der Verlässlichkeit der Ergebnisse ist es sehr wichtig, dass Ihre Antworten Ihre wahre Meinung und Emotionen reflektieren und alle Fragen beantwortet werden. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Sevinç Ataman

Geschlecht: □ weiblich □ männlich

Geburtsdatum:

Familienstand: □ Verheiratet □ Verlobt □ Ledig □ Geschieden □ Verwitwet

Bildungsstand

□Analphabet □Kann lesen und schreiben □Grundschule

□Mittelschule □Gymnasium □Berufsschule

□2jährige Fachhochschule □Universität □Post-gradual

Bildungsstand der Mutter

□Analphabet □Kann lesen und schreiben □Grundschule

□Mittelschule □Gymnasium □Berufsschule

□2jährige Fachhochschule □Universität □Post-gradual

Bildungsstand des Vaters

□Analphabet □Kann lesen und schreiben □Grundschule

□Mittelschule □Gymnasium □Berufsschule

□2jährige Fachhochschule □Universität □Post-gradual

(Falls vorhanden) Bildungsstand des Ehepartners:

□Analphabet □Kann lesen und schreiben □Grundschule

□Mittelschule □Gymnasium □Berufsschule

□2jährige Fachhochschule □Universität □Post-gradual

Erwerbstätigkeit

□Erwerbstätig □nicht erwerbstätig □arbeitslos

□Rentner

□Sonstiges…….

(Falls vorhanden) Ihr persönliches monatliches Einkommen

□ 0 – 500 TL □1501 – 2000 TL □3001 – 3500 TL

□501- 1000 TL □2001 – 2500 TL □3501 – 4000 TL

□1001 – 1500 TL □2501- 3000 TL □4500 TL oder mehr

Monatliches Einkommen des Haushalts

□ 0 – 500 TL □1501 – 2000 TL □3001 – 3500 TL

□501- 1000 TL □2001 – 2500 TL □3501 – 4000 TL

□1001 – 1500 TL □2501- 3000 TL □4500 TL oder mehr

Sind Sie versichert? (Sozialversicherung, Pensionskasse, Versicherung für Freiberufler, Privatversicherung, Versicherung im Ausland)

□Nein □bin selber versichert □durch meine(n)Ehepartnerin

□durch die Eltern[10]

[10] Wenn die Mutter oder der Vater gesetzlich versichert ist / war, sind Töchter mitversichert, sofern sie nicht verheiratet sind. Dies gilt auch für verwitwete oder geschiedene Frauen.

Seit wie vielen Jahren leben Sie in Ankara?_____

Wo haben Sie die meiste Zeit Ihres Lebens verbracht?

□ Dorf □ Kleinstadt □ Kreisstadt □ Stadt □ Grossstadt

Wenn ja, wievielmal?

Haben Sie Kinder? □Ja □Nein

Wenn ja, wie viele?

Wohnen Sie getrennt von Ihren Eltern oder Schwiegereltern?

□Ja □Nein

Wenn ja, seit wann? …..Jahre …… Monate

Wie haben Sie ihren Ehepartner / Ehepartnerin geheiratet?

□ Wir haben uns selber kennengelernt; die Eltern waren auch einverstanden.

□ Wir haben uns selber kennengelernt; wir haben geheiratet, obwohl die Eltern nicht einverstanden waren.

□ Wir haben uns durch Vermittlung von Bekannten kennengelernt; wir haben aneinander emotional Gefallen gefunden und haben geheiratet.

□ Wir haben uns durch Vermittlung von Bekannten kennengelernt und fanden, dass wir zueinander passen.

□ Ohne Bekanntschaft (traditionell durch Brautschau)

□ Sonstiges_____□

Haben Sie jemals für sich selbst, für ein Familienmitglied oder für eine nahestehende Person einen Psychologen aufgesucht?

□ Ja □ Nein

Bitte geben Sie an, inwiefern die nachstehenden Aussagen zu ihnen passen. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie Ihre Stellung zu den Aussagen richtig angeben. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

1	2	3	4	5
Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Hin und wieder	Trifft eher zu	Trifft zu

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Hin und wieder	Trifft eher zu	Trifft zu
Ich wähle die Partei /den Kandidaten, die / der mir am meisten zusagt.	1	2	3	4	5
Ich wähle die Partei / den Kandidaten, die / den ich nach Meinung meiner Eltern oder meines Ehepartners wählen soll.	1	2	3	4	5
Ich fälle meine Entscheidungen selber, ohne mich an meine Familienältesten zu wenden.	1	2	3	4	5
Ich bespreche Entscheidungen mit den Familienältesten, aber die letzte Entscheidung fälle ich selber.	1	2	3	4	5
Ich sehe von Entscheidungen und Wünschen ab, die meine Familienältesten nicht gutheissen.	1	2	3	4	5
Solange meine Familienältesten leben, würde ich mich nicht wagen, Entscheidungen zu treffen und diese durchzusetzen.	1	2	3	4	5
Wie ich mein Gehalt oder meine Einkommen ausgebe, entscheide ich selber.	1	2	3	4	5
Ich sehe von Ausgaben ab, die meine Familienältesten nicht gutheissen.	1	2	3	4	5
Solange meine Familienältesten leben, würde ich mich nicht wagen, zu entscheiden, wie ich mein Geld ausgebe.	1	2	3	4	5
Ich unterstütze mein Kind dabei, eigenen Interessen nachzugehen.	1	2	3	4	5
Ich will, dass mein Kind sich für seinen Beruf selbst entscheidet.	1	2	3	4	5
Ich will, dass mein Kind seinen Ehepartner selbst aussucht.	1	2	3	4	5
Ich fürchte, dass mein Kind seine Beziehungen zu mir nicht weiterpflegt, wenn es sein eigenes Leben hat.	1	2	3	4	5

Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage für Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. (….)

1	2	3	4	5
Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Hin und wieder	Trifft eher zu	Trifft zu

Wenn ich seit min. 2 Wochen unbegründete Ängste hätte oder mich fürchten würden, aus dem Haus zu gehen,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich mich seit min. 2 Wochen müde , erschöpft, wertlos, unentschieden fühlen würde,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich seit min. 2 Wochen Selbstmordgedanken hätte,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5

Wenn ich ein Suchtproblem mit Alkohol oder Substanzen hätte,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich seit min. 2 Wochen Schmerzen oder Beschwerden hätte, die medizinisch nicht erklärt werden können,					
1. würde ich zu anderen Ärzten gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich seit min. 2 Wochen unter Schlafstörungen leiden würde,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn wir das Leben seit min. 2 Wochen keinen Spass machen, bedeutungslos und leer vorkommen würde,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen .	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3		5

Wenn mir seit einiger Zeit ständig störende Gedanken einfallen würden,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich seit einiger Zeit mich störende Verhaltensweisen ständig wiederholen würde,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich in innerfamiliären Beziehungen und in Beziehungen mit Menschen aus meinem Umfeld oder am Arbeitsplatz Probleme hätte,					
1. würde ich zu einem Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle gehen.	1	2	3	4	5
3. würde ich mit mir nahestehenden Personen sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, mich besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich Yoga machen, meditieren oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5
Wenn ich mein Kind traurig, erschöpft, wütend, unruhig oder unkonzentriert erleben würde,					
1. würde ich mit ihm zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen.	1	2	3	4	5
2. würde ich es zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle bringen.	1	2	3	4	5
3. würde ich darüber mit einer mir nahestehenden Person sprechen.	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, es besprechen lassen oder zum Hodscha gehen.	1	2	3	4	5
5. würde ich es zu Yoga oder zur Meditation schicken oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5

Wenn mein Kind sich anders als andere Kinder oder als sonst verhalten würde,					
1. würde ich mit ihm zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen	1	2	3	4	5
2. würde ich es zu einem Psychologen oder zu einer psychologischen Beratungsstelle bringen	1	2	3	4	5
3. würde ich darüber mit einer mir nahestehenden Person sprechen	1	2	3	4	5
4. würde ich Wahrsagen, Bleigiessen, Amuletten schreiben, es besprechen lassen oder zum Hodscha gehen	1	2	3	4	5
5. würde ich es zu Yoga oder zur Meditation schicken oder Reiki anwenden.	1	2	3	4	5

Bitte kreuzen Sie an, welche Aussage für Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. (….)

1	2	3	4	5
Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Hin und wieder	Trifft eher zu	Trifft zu

SKALA GRÜNDE UND HEMMISSE DER INANSPRUCHNAHME DES ANGEBOTS DER PSYCHOLOGIE					
Bei Bedarf würde ich selber zum Psychologen gehen.	1	2	3	4	5
Ich würde zum Psychologen gehen, wenn mein Arzt mir dazu rät.	1	2	3	4	5
Ich würde zum Psychologen gehen, wenn ein Familienmitglied mir dazu rät.	1	2	3	4	5
Ich würde zum Psychologen gehen, wenn eine mir nahestehende Person mir dazu rät.	1	2	3	4	5
Ich würde zum Psychologen gehen, wenn ein Arbeitskollege oder mein Vorgesetzter mir dazu rät.	1	2	3	4	5
Ich glaube nicht, dass ein Psychologe für mich nützlich sein kann.	1	2	3	4	5
Ich würde nicht zum Psychologen gehen, wenn ich genügend finanzielle Mittel hätte.	1	2	3	4	5
Ich weiss nicht, was ein Psychologe macht.	1	2	3	4	5
Ich würde zum Psychologen gehen, weil ich mir sicher bin, dass er nichts weitererzählt.	1	2	3	4	5
Ein Psychologe kann mich dabei unterstützen, ein Problem, das ich selber nicht klar definieren kann, zu definieren.	1	2	3	4	5
Ich würde zum Psychologen gehen, weil ich glaube, dass er mich besser als meine Freunde und meine Nächsten unterstützen kann.	1	2	3	4	5
Ich würde zwecks Selbsterfahrung zum Psychologen gehen.	1	2	3	4	5
Ein Psychologe kann mich besser unterstützen als meine Freunde und Angehörige.	1	2	3	4	5
Ich kann mich einem Psychologen ohne Bedenken öffnen.	1	2	3	4	5
Ein Psychologe kann mich bei der Durchführung der Problemlösung unterstützen.	1	2	3	4	5
Ich bevorzuge es, zu keinem staatlichen Psychologen zu gehen, da es in meine Personalakte eingetragen wird und somit mein Berufsleben beeinflussen kann.	1	2	3	4	5

ANHANG 2

Wir möchten erfahren, inwiefern Sie mit den nachstehenden Aussagen einverstanden sind oder nicht. Bitte kreuzen Sie in der nachstehenden Skala mit einem X an, inwieweit Sie einverstanden sind.

1	2	3	4	5
Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft zu

INDIVIDUALISMUS / KOLLEKTIVISMUS		Trifft nicht zu	Trifft ehehr nicht zu	Weder noch	Trifft eher zu	Trifft zu
1.	Mein Glück hängt von dem Glück anderer Menschen in meiner Umgebung ab.	1	2	3	4	5
2.	Gewinnen ist alles.	1	2	3	4	5
3.	Für meine nächste Umgebung bin ich bereit, auf meine eigenen Interessen zu verzichten.	1	2	3	4	5
4.	Es stört mich, wenn andere erfolgreicher als ich sind.	1	2	3	4	5
5.	Es ist für mich wichtig, die Harmonie unter den Menschen in meiner nächsten Umgebung zu bewahren.	1	2	3	4	5
6.	Es ist für mich wichtig, meine Arbeit besser als andere zu erledigen.	1	2	3	4	5
7.	Es gefällt mir, Kleinigkeiten mit meinen Nachbarn zu teilen.	1	2	3	4	5
8.	Das Wohlergeben meiner Arbeitskollegen ist für mich wichtig.	1	2	3	4	5
9.	Konkurrenz ist ein Naturgesetz.	1	2	3	4	5
10.	Es macht mich stolz, wenn ein Arbeitskollege ausgezeichnet wird.	1	2	3	4	5
11.	Es ist für mich wichtig, eine authentische Person zu sein.	1	2	3	4	5
12.	Wenn jemand erfolgreicher als ich ist, dann fühle ich mich gestresst und angeregt.	1	2	3	4	5
13.	Meistens lebe ich so, wie es mir recht ist.	1	2	3	4	5
14.	Es ist für mich wichtig, die Entscheidung der meiner Nächsten zu respektieren.	1	2	3	4	5
15.	Ich verlasse mich auf mich selbst eher als auf andere.	1	2	3	4	5
16.	Familienangehörige müssen zusammenhalten, koste es was es wolle.	1	2	3	4	5
17.	Eltern und Kinder sollten so lange wie möglich zusammenbleiben.	1	2	3	4	5
18.	Meine von anderen unabhängige individuelle Identität ist für mich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
19.	Es ist für mich wichtig, für meine Familie zu sorgen, auch wenn ich auf meine eigenen Wünsche verzichten muss.	1	2	3	4	5

20.	Meine individuelle Identität ist für mich sehr wichtig.	1	2	3	4	5
21.	Ich bin ein von anderen getrennte authentische Person.	1	2	3	4	5
22.	In meiner nächsten Umgebung respektiere ich die Wünsche der Mehrheit.	1	2	3	4	5
23.	Mir gefällt es, eigen und anders als andere zu sein.	1	2	3	4	5
24.	Es ist für mich wichtig, die Meinung meiner guten Freunde einzuholen bevor ich mich für etwas entscheide.	1	2	3	4	5
25.	Ich würde einem Verwandten in finanziellen Schwierigkeiten im Rahmen meiner Möglichkeiten helfen.	1	2	3	4	5
26.	Eine Konkurrenz kann keine gute gesellschaftliche Ordnung geschaffen werden.	1	2	3	4	5
27.	Der Mensch muss sein Leben unabhängig von Anderen leben.	1	2	3	4	5
28.	Ich sehe von etwas, was mir gefällt ab, wenn meine Familie nicht zustimmt.	1	2	3	4	5
29.	Ich fühle mich wohl, wenn ich mit anderen kooperiere.	1	2	3	4	5
30.	Es gefällt mir, in einer Umgebung zu arbeiten, in der ich mit anderen konkurrieren kann.	1	2	3	4	5
31.	Ich bevorzuge es, mit Menschen offen und geradeaus zu reden.	1	2	3	4	5
32.	Es muss den Kindern beigebracht werden, dass Arbeit vor Spass kommt.	1	2	3	4	5
33.	Spasshaben bedeutet für mich, meine Zeit mit anderen zu verbringen.	1	2	3	4	5
34.	Erfolg ist das Wichtigste im Leben.	1	2	3	4	5
35.	Wenn ich erfolgreich bin, habe ich es meinen Fähigkeiten zu verdanken.	1	2	3	4	5
36.	Ich mag es überhaupt nicht, mit meiner nächsten Umgebung nicht gleicher Meinung zu sein.	1	2	3	4	5
37.	Um meine Familie zufrieden zu stellen, würde ich Sachen mache, die ich auch hasse.	1	2	3	4	5

ANHANG 3

Tabellen

SKALA MODERNITÄT ITEMS	Einstellung zur Nachkommen	Unabhängigkeit bei Entscheidungen	Politische Unabhängigkeit
Ich will, dass mein Kind sich für seinen Beruf selbst entscheidet.	**.93**		
Ich unterstütze mein Kind dabei, eigenen Interessen nachzugehen.	**.88**		
Ich will, dass mein Kind seinen Ehepartner selbst aussucht.	**.87**		
Solange meine Familienältesten leben, würde ich mich nicht wagen, Entscheidungen zu treffen und diese durchzusetzen.		**.76**	
Solange meine Familienältesten leben, würde ich mich nicht wagen, zu entscheiden, wie ich mein Geld ausgebe.		**.70**	
Ich sehe von Ausgaben ab, die meine Familien ältesten nicht gutheissen.		**.63**	
Ich sehe von Entscheidungen und Wünschen ab, die meine Familien ältesten nicht gutheissen.		**.62**	
Ich wähle die Partei / den Kandidaten, die /der mir am meisten zusagt..			**.80**
Ich wähle die Partei oder den Kandidaten, die / den ich nach Meinung meiner Eltern oder meines Ehepartners wählen soll.			**.77**
Eigenvalues	2.45	1.88	1.27
Erklärte Varianz (%)	%27,24	%20,92	%14,06
Cronbach's Alpha	.80	.63	.58

Tabelle 1a–Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Modernität

Skala Modernität		Cronbach's Alpha	Reliabilität
1	Einstellung zu eigenen Nachkommen	.80	Zufriedenstellend
2	Unabhängigkeit von den Älteren bei Entscheidungen	.63	Zufriedenstellend
3	Politische Entscheidungsbereitschaft	.58	Ausreichend

Tabelle 1b- Reliabilität der Skala Modernität

SKALA BEREITSCHAFT DER INANSPRUCHNAHME EINES PSYCHOLOGEN		Suche nach Unterstützung	Empfehlung Dritter	Vertrauen & Selbsterkenntnis
10	Ein Psychologe kann mich dabei unterstützen, ein Problem, das ich selber nicht klar definieren kann, zu definieren.	.83		
14	Ich denke, dass ein Psychologe mir behilflich sein kann, Lösungswege zu finden.	.76		
1	Bei Bedarf würde ich selber zum Psychologen gehen.	.75		
15	Ein Psychologe kann mich bei der Durchführung der Problemlösung unterstützen.	.74		
13	Ich kann mich einem Psychologen ohne Bedenken öffnen.	.66		
6	Ich glaube nicht, dass ein Psychologe für mich nützlich sein kann.	.60		
2	Ich würde zum Psychologen gehen, wenn mein Arzt mir dazu rät.	.58		
8	Ich weiss nicht, was ein Psychologe macht.	.56		
3	Ich würde zum Psychologen gehen, wenn ein Familienmitglied mir dazu rät.		.85	
4	Ich würde zum Psychologen gehen, wenn eine mir nahestehende Person mir dazu rät.		.85	
5	Ich würde zum Psychologen gehen, wenn ein Arbeitskollege oder mein Vorgesetzter mir dazu rät.		.81	
9	Ich würde zum Psychologen gehen, weil ich mir sicher bin, dass er nichts weitererzählt.			.78
12	Ich würde zum Psychologen gehen, weil ich glaube, dass er mich besser als meine Freunde und meine Nächsten unterstützen kann.			.76
11	Ich würde zwecks Selbsterfahrung zum Psychologen gehen.			.71
	Eigenwert	3.95	2.69	2.47
	Erklärte Varianz (%)	28,20	19,21	17,65
	Cronbachs Alpha	.87	.86	.75

Tabelle 3 – Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Psychologen

SKALA INDIVIDUALISMUS - KOLLEKTIVISMUS		Individualismus	Kollektivismus
15	Ich verlasse mich auf mich selbst eher als auf andere.	**.69**	
35	Wenn ich erfolgreich bin, habe ich es meinen Fähigkeiten zu verdanken.	**.65**	
23	Mir gefällt es, eigen und anders als andere zu sein.	**.65**	
20	Meine individuelle Identität ist für mich sehr wichtig.	**.65**	.33
13	Meistens lebe ich so, wie es mir recht ist.	**.62**	
6	Es ist für mich wichtig, meine Arbeit besser als andere zu erledigen.	**.59**	.37
21	Ich bin eine von anderen getrennte, eigene Person.	**.56**	
18	Meine von anderen unabhängige, individuelle Identität ist für mich sehr wichtig.	**.56**	
27	Der Mensch muss sein Leben unabhängig von Anderen leben.	**.54**	
4	Es stört mich, wenn andere erfolgreicher als ich sind.	**.51**	
14	Es ist für mich wichtig, die Entscheidung meiner Nächsten zu respektieren.	**.47**	.42
34	Erfolg ist das Wichtigste im Leben.	**.47**	
2	Gewinnen ist alles.	**.42**	.34
26	Ohne Konkurrenz kann keine gute gesellschaftliche Ordnung geschaffen werden.	**.30**	.34
9	Konkurrenz ist ein Naturgesetz.	**.49**	.54
19	Es ist für mich wichtig, für meine Familie zu sorgen, auch wenn ich auf meine eigenen Wünsche verzichten muss.	.39	**.65**
1	Mein Glück hängt von dem Glück anderer Menschen in meiner Umgebung ab.		**.62**
16	Familienangehörige müssen zusammenhalten, koste es was es wolle.	.31	**.61**
10	Es macht mich stolz, wenn ein Arbeitskollege ausgezeichnet wird.		**.60**
8	Das Wohlergeben meiner Arbeitskollegen ist für mich wichtig.		**.59**
3	Für meine nächste Umgebung bin ich bereit, auf meine eigenen Interessen zu verzichten.		**.59**
32	Kindern muss beigebracht werden, dass Arbeit vor Spass kommt.		**.53**
29	Ich fühle mich wohl, wenn ich mit anderen kooperiere.		**.52**
22	In meiner nächsten Umgebung respektiere ich die Wünsche der Mehrheit.	.40	**.46**
17	Eltern und Kinder sollten so lange wie möglich zusammenbleiben.		**.45**
7	Es gefällt mir, Kleinigkeiten mit meinen Nachbarn zu teilen.		**.41**
5	Es ist für mich wichtig, die Harmonie unter den Menschen in meiner nächsten Umgebung zu bewahren.		**.39**
	Eigenvalue	7.28	2.59
	erklärte Varianz (%)	18,59	16,67
	Innere Konsistenz (Cronbachs Alpha)	.84	.78

Tabelle 4 – Ergebnisse der Faktorenanalyse der Skala Individualismus-Kollektivismus

Bildungsstand		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N(%)
Bildungsstand der Testperson	schriftkundig	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)
	Primarschule	2 (3,3%)	4 (9,1%)	6 (5,7%)
	Mittelschule	4 (6,6%)	5 (11,4%)	9 (8,6%)
	Gymnasium	10 (16,4%)	13 (29,5%)	23 (21,8%)
	Berufsschule	3 (4,9%)	3 (6,8%)	6 (5,7%)
	2jährige Fachhochschule	8 (13,1%)	1 (2,3%)	9 (8,6%)
	Universität	26 (42,6%)	17 (38,6%)	43 (41%)
	post-graduiert	6 (9,8%)	1 (2,3%)	7 (6,7%)
Bildungsstand der Mutter	Analphabet	7 (11,5%)	12 (27,3%)	19 (18,1%)
	schriftkundig	1 (1.6%)	5 (11,4%)	6 (5,7%)
	Primarschule	15 (24,6%)	11 (25%)	26 (24,8%)
	Mittelschule	5 (8.2%)	7 (15,9%)	12 (11,4%)
	Gymnasium	16 (26,2%)	7 (15,9%)	23 (21,9%)
	Berufsschule	5 (8,2%)	2 (4,5%)	7 (6,7%)
	2jährige Fachhochschule	3 (4,9%)	0 (0%)	3 (2,9%)
	Universität	8 (13,1%)	0(0%)	8 (7,6%)
	post-graduiert	0 (0%)	0(0%)	0 (0%)
Bildungsstand des Vaters	Analphabet	2 (3,3%)	2 (4,5%)	4 (3,8%)
	schriftkundig	2 (3,3%)	5 (11,4%)	7 (6,7%)
	Primarschule	10 (16,4%)	12 (27,3%)	22 (%21)
	Mittelschule	9 (14,8%)	7 (15,9%)	16 (15,2%)
	Gymnasium	9 (14,8%)	10 (22,7%)	19 (18,1%)
	Berufsschule	1 (1,6%)	2 (4,5%)	3 (2,9%)
	2jährige Fachhochschule	1 (1,6%)	1 (2,3%)	2 (1,9%)
	Universität	24 (39,3%)	4 (9,1%)	28 (26,7%)
	post-graduiert	2 (3,3%)	1 (2,3%)	3 (2,9%)
Bildungsstand des Ehepartners	Analphabet	0 (0%)	1 (2.3%)	1 (1%)
	schriftkundig	0(0%)	0(0%)	0 (0%)
	Primarschule	1 (1,6%)	8 (18,2%)	9 (8,6%)
	Mittelschule	3 (4,9%)	2 (4,5%)	5 (4,8%)
	Gymnasium	6 (9,8%)	9 (20,5%)	15 (14,3%)
	Berufsschule	3 (4,9%)	1 (2,3%)	4 (3,8%)
	2jährige Fachhochschule	3 (4,9%)	4 (9.1%)	7 (6.7%)
	Universität	23 (37,7%)	8 (18,2%)	31 (29,5%)
	post-graduiert	5 (8,2%)	3 (6,8%)	8 (7,6%)

Tabelle 7 – Bildungsstand

Einkommen der Testperson	TL	Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	0 – 500	5 (8,2%)	1 (2,3%)	6 (5,7%)
	501 - 1000	12 (19,7%)	8 (18.2%)	20 (19%)
	1001 - 1500	9 (14,8%)	10 (22,7%)	19 (18,1%)
	1501 - 2000	9 (14,8%)	13 (29,5%)	22 (21%)
	2001 - 2500	7 (11,5%)	1 (2,3%)	8 (7,6%)
	2501 - 3000	5 (8,2%)	3 (6,8%)	8 (7,6%)
	3001 - 3500	1 (1,6%)	1 (2,3%)	2 (1,9%)
	3501 - 4000	1 (1,6%)	2 (4,5%)	3 (2,9%)
	4500 und höher	6 (9,8%)	4 (9,1%)	10 (9,5%)
Einkommen des Haushalts	TL	Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	0 – 500	0 (0%)	2 (4,5%)	2 (1,9%)
	501 - 1000	2 (3,3%)	2 (4,5%)	4 (3,8%)
	1001 - 1500	5 (8,2%)	8 (18,2%)	13 (12,4%)
	1501 - 2000	9 (14,8%)	11 (25%)	20 (19%)
	2001 - 2500	7 (11,5%)	4 (9,2%)	11 (10,5%)
	2501 - 3000	6 (9,8%)	2 (4,5%)	8 (7,6%)
	3001 - 3500	5 (8,2%)	3 (6,8%)	8 (7,6%)
	3501 - 4000	6 (9,8%)	2 (4,5%)	8 (7,6%)
	4500 und höher	19 (31,1%)	8 (18,2%)	27 (25,7%)

Tabelle 8 - Einkommen

Erwerbstätigkeit		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	Erwerbstätig	44 (72,1%)	38 (86,4%)	82 (78,1%)
	Nicht erwerbstätig	4 (6,6.%)	0 (0%)	4 (3,8%)
	Arbeitslos	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)
	Renter	11 (18%)	5 (11,4%)	16 (15,2%)
	Sonstiges	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)
Versicherungsstand		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	Nicht versichert	3 (4,9%)	3 (6,8%)	6 (5,7%)
	Versichert	53 (86,9%)	40 (90,9%)	93 (88,6%)
	Versichert durch den Ehepartner	4 (6,6%)	0 (0%)	4 (3,8%)
	Versichert durch die Eltern	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)

Tabelle 9 : Erwerbstätigkeit und Versicherungsstand

Anzahl der Kinder		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	Keine Kinder	26 (42,6%)	15 (34,1%)	41 (39%)
	Ein Kind	21 (34,4%)	12 (27,3%)	33 (31,4%)
	Zwei Kinder	11 (18%)	14 (31,8%)	25 (23,8%)
	Drei Kinder	3 (4,9%)	3 (6,8%)	6 (5,7%)

Tabelle 10 – Anzahl der Kinder

Längster Aufenthaltsort		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	Dorf	2 (3,3%)	1 (2,3%)	3 (2,9%)
	Kleinstadt	5 (8,2%)	2 (4,5%)	7 (6,7%)
	Stadt	5 (8,2%)	3 (6,8%)	8 (7,6%)
	Grossstadt	49 (80,2%)	37 (84,1%)	86 (81,9%)

Tabelle 11 – Längster Aufenthaltsort

Wohnsituation		Frauen (%)	Männer N (%)	Total N (%)
	Mit den Eltern oder Schwiegereltern	18 (29,5%)	7 (15,9%)	25 (23,8%)
	Getrennt von Eltern oder Schwiegereltern	42 (68,9%)	34 (77,3%)	76 (72,4%)

Tabelle 12 – Wohnsituation

		Frauen N (%)	Männer N (%)	Total N (%)
Zustandekommen der Ehe	Wir haben uns selber kennengelernt; die Eltern waren auch einverstanden	27 (44,3%)	26 (59,1%)	53 (50,5%)
	Wir haben uns selber kennengelernt; wir haben geheiratet, obwohl die Eltern nicht einverstanden waren	5 (8,2%)	2 (4,5%)	7 (6,7%)
	Wir haben uns durch Vermittlung von Bekannten kenngelernt; wir haben aneinander emotional Gefallen gefunden und haben geheiratet	7 (11,5%)	1 (2,3%)	8 (7,6%)
	Wir haben uns durch Vermittlung von Bekannten kennengelernt und fanden, dass wir zu einander passen	0 (0%)	4 (9,1%)	4 (3,8%)
	Ohne Bekanntschaft (traditionell durch Brautschau)	3 (4,9%)	2 (4,5%)	5 (4,8%)
	Sonstiges	3 (4,9%)	0 (0%)	3 (2,9%)

Tabelle 13 – Zustandekommen der Ehe

Zusammenhang zwischen einzelnen Hauptvariablen der Studie	Alter	Bildung	Bildung der Mutter	Bildung des Vater	Bildung des Ehepartners	Haushaltseinkommen	Einstellung zu Nachkommen	Entscheidungsbereitschaft	Politische Entscheidungsbereitschaft	Individualismus	Kollektivsmus	Suche nach Unterstützung	Empfehlung Dritter	Vertrauen und Selbsterfahrung
1. Alter	1													
2.Bildungsstand	-.02	1												
3.Bildungsstand der Mutter	-.19	.41**	1											
4.Bildungsstand des Vaters	.03	.61**	.75**	1										
5. Bildungsstand des Ehepartners	-.03	.82**	.45**	.57**	1									
6. Haushaltseinkommen	.27**	.57**	.38**	.59**	.57**	1								
7.Einstellung zu Nachkommen	-.36**	.13	.18	.16	.08	.04	1							
8.Entscheidungsbereitschaft	.15	.23*	.19	.22*	.24*	.22*	-.06	1						
9. Politische Entscheidungsbereitschaft	.18	.02	-.01	.07	-.01	.18	-.03	.25*	1					
10.Individualismus	-.02	-.09	-.04	.04	-07	.03	.07	-.09	-.05	1				
11.Kollektivismus	.05	-.30	-.08	.04	-.02	.07	.19	-.12	.07	.56**	1			
12.Suche nach Unterstützung	-.14	.26**	.23	.32**	.18	.24*	.40**	-.01	.06	.05	.20*	1		
13.Empfehlung Dritter	.05	.07	.13	.11	.05	.24	.18	-.17	-.03	.02	.22*	.39**	1	
14.Vertrauen und Selbsterfahrung	.10	-.01	.16	.12	.03	.13	,09	-.13	-.01	.36**	.32**	.41**	.36**	1

*$p < .05$,** $p < .001$

Tabelle 14 – Zusammenhang zwischen einzelnen Hauptvariablen der Studie

Psychologinnen	**Arbeitet seit**	**Universität**	**Arbeitet privat /staatlich**	**Ausbildung**
Psychologin 1	11 Jahren	Ankara-Universität	Privat	Jung-Institut / Zürich + KVT - Melbourne University
Psychologin 2	Über 20 Jahren	Ankara-Universität	Staatliches Krankenhaus	Klinische Psychologin., Promoviert, KVT, Psychoanalyse
Psychologin 3	Seit 20 Jahren	Hacettepe-Universität	Schule + Privatpraxis (wurde nach ihren Erfahrungen in der Praxis befragt)	Klinische Psychologin, M.A., Integrative Therapie, Sexualtherapie, Hypnose
Psychologin 4	Seit 21 Jahren	Hacettepe-Universität	Staatliches Krankenhaus	Klinische Psychologin, KVT
Psychologin 5	Seit 8 Jahren	Hacettepe-Universität	Uni-Klinik	Klinische Kinder-Psychologin, KVT Spieltherapie
Psychologin 6	Seit 3 Jahren	Hacettepe-Universität	Privates Beratungszentrum	Klinische Psychologin, KVT, lernt z.Zt. Psychoanalyse

Tabelle 21 – Psychologinnen

Kategorie	**Psychologin 1 (privat)**	**Psychologin 2 (Krankenhaus)**	**Psychologin 3 (Schule + privat)**	**Psychologin 4 (Krankenhaus)**	**Psychologin 5 (Uni.Klinik)**	**Psychologin 6 (Privat)**
Geschlecht	60% Frauen 40% Männer	Mehr Frauen	Überwiegend Männer	Mehrheitlich Frauen	Kein Unterschied	Mehr Frauen
Alter	20 – 35 Jahre	Überwiegend mittlerer Lebensalter	20 – 40 Jahre	25 – 45 Jahre	0 - 12 Jahre	16 – 30 Jahre
Quelle des Wissens	*Marmara-Erdbeben*	*Marmara-Erdbeben*; Aktivitäten (Krisenstab) des Psychologenverbands bei Katastrophen; *TV-Programme*.	In der Schule durch die psychologische Beratung. Die Eltern erfahren auch von ihren Kindern über Psychologen. Ansonsten vom Hörensagen.	*Marmara-Erdbeben. TV-Sendungen*	Durch Kinderkrippen und -gärten, Kinderärzte, Kindeschutzbehörde, Psychologen und Sozialarbeiter beim Gericht.	Jugendlichen wird in der Schule dazu geraten. Ansonsten durch *TV-Sendung*en und *Marmara-Erdbeben.* Das Erdbeben war ein Brechpunkt für Psychologen.
Wie finden Klienten zu Psychologen	Snow-ball. Ein Klient bedeutet für mich mehrere Klienten, weil er mich weiter empfiehlt.	Patienten werden von der Psychiatrie überwiesen. Wer schon mal bei uns war und uns kennt, kann sich direkt einen Termin bei uns (Psychologen) beantragen.	Empfehlung durch Bekannte, die bei mir waren oder über die Internet-Seite.	Sie werden von der Psychiatrie überwiesen oder verlangen selber auf Empfehlung nach einem Psychologen.	Die Angehörigen der Kinder wenden sich an die Poliklinik. Das Kind wird zuerst von einem Arzt untersucht, und an einen Psychologen überwiesen, wenn nötig.	Internet, Hörensagen, Empfehlung
Warum Psychologe?	Bedürfnis nach Dialog und Vertrauen und Zeitgeist	Weil Klienten Hilfe und Unterstützung suchen.	Klienten wissen, dass hier nichts weitererzählt wird.	Menschen sehen, dass *ihre Nächsten nicht mehr ausreichen***,** nicht mehr behilflich sein können.	Bei Auffälligkeiten raten Kinderkrippen oder Kinderärzte Eltern, die Kinder zu uns zu bringen. Oder die Eltern wenden sich selbst an uns bei Auffälligkeiten oder auch präventiv.	Erfordernisse der Zeit. Es hat sich das Bewusstsein dafür entwickelt.

Tabelle 22 - Kategorien

(Fortsetzung auf Seite 92)

(Fortsetzung von Seite 91)

Kategorie	**Psychologin 1 (privat)**	**Psychologin 2 (Krankenhaus)**	**Psychologin 3 (Schule + privat)**	**Psychologin 4 (Krankenhaus)**	**Psychologin 5 (Uni.Klinik)**	**Psychologin 6 (Privat)**
Kennen Klienten den Unterschied Psychiater / Psychologe	Ja	Ja. Patienten bevorzugen es, mit einem Psychologen zu reden, weil sie keine Medikamente einnehmen möchten.	Ja.	Ja. Patienten wollen eher zum Psychologen. Patienten sind resistent gegen Medikamente, aber nicht gegen Gespräche. Sie bevorzugen Psychologen.	Ja.	Ja. Sie werden zwar im Vorgespräch darüber informiert, was ich als Psychologin machen kann. Aber wissen es schon im Vorfeld. Bisher gab es keine Konfusion.
Bildungsstand	Eher hoch	Alle	Alle	Ohne Bildung bis hoch gebildet, promovierte Personen, Ärzte	Sämtliche. Da gibt es keinen Unterschied.	Sowohl bei Jugendlichen als auch bei den Eltern meistens Lyzeum.
Einkommensniveau	Eher Leute mit gutem Einkommen	Alle. Denn wer nicht versichert ist oder eine Grüne Karte hat, bezahlt nur 13 TL (ca. 7 CHF)	(keine Angaben)	Fast jede. Wer nicht versichert ist, zahlt 16 TL (ca. 9 CHF).	Es kommen Kinder aus jeder Einkommensklasse.	Mittlerer Stand und höher.
Wirkfaktoren	Die *Beziehung*, Psychoedukation	Die *Beziehung*	*Vertrauen*, Verstandenwerden, Nicht-verurteiltwerden. Die *Beziehung*, auf die sich der Klient verlassen kann.	Um Probleme erzählen zu können, braucht es eine *vertrauensvolle Beziehung*. In der Psychiatrie hat man für Patienten nicht sehr viel Zeit. Mit uns ist es einfacher, diese Beziehung aufzubauen, weil wir Zeit zur Verfügung stellen. Ausserdem bieten wir Dauerhaftigkeit. In der Psychiatrie wechseln die Ärzte. Wir sind immer da.	Die *Zuwendung*.	Der therapeutische Vertrag. Die Qualität der *Beziehung*. Das *Vertrauen* und meine Fähigkeiten.

Tabelle 22 - Kategorien

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: