

AN INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF  
SOMATIZATION EXPERIENCES

A THESIS SUBMITTED TO  
THE GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES  
OF  
MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY

BY

SELİN TEMİZEL KIRIŞMAN

IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS  
FOR  
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY  
IN  
THE DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

SEPTEMBER 2022



Approval of the thesis:

**AN INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF  
SOMATIZATION EXPERIENCES**

submitted by **SELİN TEMİZEL KIRIŞMAN** in partial fulfillment of the requirements for the degree of **Doctor of Philosophy in Psychology, the Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University** by,

Prof. Dr. Yaşar KONDAKÇI  
Dean  
Graduate School of Social Sciences

---

Prof. Dr. Mine MISIRLISOY  
Head of Department  
Department of Psychology

---

Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ  
Supervisor  
Department of Psychology

---

**Examining Committee Members:**

Assoc. Prof. Dr. Bahar ÖZ (Head of the Examining Committee)  
Middle East Technical University  
Department of Psychology

---

Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ (Supervisor)  
Middle East Technical University  
Department of Psychology

---

Assoc. Prof. Dr. Meltem ANAFARTA ŞENDAĞ  
Ufuk University  
Department of Psychology

---

Assist. Prof. Dr. Derya ÖZBEK ŞİMŞEK  
Nevşehir Hacı Bektaş University  
Department of Psychology

---

Assist. Prof. Dr. Elif ÜNAL  
Ondokuz Mayıs University  
Department of Psychology

---



**I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.**

**Name, Last Name: SELİN TEMİZEL KIRIŞMAN**

**Signature:**

## **ABSTRACT**

### **AN INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF SOMATIZATION EXPERIENCES**

**TEMİZEL KIRIŞMAN, Selin**  
Ph.D., The Department of Psychology  
Supervisor: Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ

September 2022, 145 pages

The term “somatization” is derived from the Greek word soma which refers to the body. Somatization is characterized by the medically unexplained symptoms and the tendency to express the psychological distress with bodily symptoms. Majority of the research on somatization has been reserved to understanding what psychosomatic behaviour is, categorization of psychosomatic behaviour, prevalence rates and reflections of somatization in the medical system, while little research has focused to explore the personal experiences in somatization in clinical context. Therefore, the current study aimed to investigate how individuals with psychosomatic complaints interact with their bodies and their experiences related to symptom. 7 female individuals who have been experiencing psychosomatic symptoms participated in the study. As a result of the interpretative phenomenological analysis of 7 cases, 5

superordinate themes emerged, which were ‘Explanations for the somatic symptoms’, ‘Deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child’, ‘Reflection of the symptoms on their motherhood experiences’, ‘Life before and after the symptoms: Comparisons between past and current selves and others’ and ‘Need for support from significant others’. These themes and the clinical implications of the results were discussed in the light of the literature.

**Keywords:** Somatization, Interpretative Phenomenological Analysis, Qualitative Research

## ÖZ

### SOMATİZASYON DENEYİMLERİNİN YORUMLAYICI FENOMENOLOJİK ANALİZİ

TEMİZEL KIRIŞMAN, Selin  
Doktora, Psikoloji Bölümü  
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ

Eylül 2022, 145 sayfa

“Somatizasyon” terimi, bedeni ifade eden Yunanca soma kelimesinden türetilmiştir. Somatizasyon, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ve psikolojik sıkıntıyı bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi ile karakterizedir. Somatizasyon üzerine yapılan araştırmaların çoğu, psikosomatik davranışın ne olduğunu, psikosomatik davranışın sınıflandırılmasını, yaygınlık oranlarını ve somatizasyonun tıbbi sistemdeki yansımalarını anlamaya ayrılmışken, çok az araştırma somatizasyondaki bireysel deneyimleri klinik bağlamda keşfetmeye odaklanmıştır. Bu nedenle, bu çalışmada psikosomatik yakınmaları olan bireylerin bedenleri ile nasıl etkileşime girdiğini ve semptomlarla ilgili deneyimlerini araştırmayı amaçlanmıştır. Çalışmaya psikosomatik belirtileri olan 7 kadın katılmıştır. 7 olgunun yorumlayıcı fenomenolojik analizi sonucunda, ‘Somatik belirtilere ilişkin açıklamalar’, ‘Yetişkin



bir çocuk olarak ebeveynlerle ilişkide yoksun bırakılan ihtiyaçlar ve çelişen duygular', 'Semptomların annelik deneyimlerine yansımaları', 'Semptomlardan önceki ve sonraki yaşam: Geçmiş ve şimdiki benlik ve başkaları arasında karşılaştırmalar ' ve 'Sosyal destek alma ihtiyacı' olmak üzere beş tema ortaya çıkmıştır. Bu araştırmanın sonuçları ve klinik çıkarımları literatür ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Somatizasyon, Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz, Nitel Araştırma

*To My Sunshine Eliz*

## ACKNOWLEDGMENTS

First and foremost, this has been an incredibly instructive and enjoyable process and I would like to express my gratitude for the numerous people who supported me throughout this journey and motivated me endlessly during my PhD studies.

I would like to begin with expressing my gratitude to my thesis supervisor Prof. Dr. Tülin Gençöz for her support, patience and guidance not only throughout this longest dissertation process but also during my entire graduate education. She provided me the opportunity to talk to her when I have a question and guided me through her valuable comments, efforts and knowledge whenever I needed. She always supported and inspired me in my journey to be an insightful clinician and helped me to discover my strengths. I feel very proud and lucky to be her student in every sense.

Besides my advisor, I also want to extend my warmest thanks to the members of the thesis committee; Assoc. Prof. Meltem Anafarta Şendağ, Assoc. Prof. Dr. Bahar Öz, Assist. Prof. Dr. Derya Özbek Şimsek and Assist. Prof. Dr. Elif Ünal for their valuable comments and suggestions which helped me to look from different point of views.

I am also grateful to Prof. Dr. Faruk Gençöz who shaped me not only as a therapist but also as a person for their contributions to my development as a clinical psychologist. Thanks to him, I learned many things about my weaknesses and

strengths. Moreover, I can say that everyone I came across during my education at METU Clinical Psychology Program made a contribution to this learning process.

Thank you all.

I am also very grateful to Dr. Derya Özbek Şimşek as my colleague. Anytime I had a difficulty related to my thesis, she encouraged me and made me believe in myself.

Thank you very much for your help and always listening to me and trying to find a

solution. I would also like to thank my friends from doctoral degree Tuğba Uyar

Suiçmez, Begüm Zübeyde Şengül, Sinem Baltacı, Seray Akça and Fazilet Canbolat.

Thank you all for making all this time so precious.

My sincere thanks also go to my lovely sisters Hande Ekici, Ümran Yüce Selvi and Melikenaz Yalçın. I have always felt lucky to have you in my life because not many people in the world have such a friendship. I know you are always there for me. This dissertation was a very little part of your friendship. I cannot thank you enough for your unconditional support. You are the meaning of the sisterhood to me.

I would like to thank to all the participants who agreed to be interviewed as a part of this study for their participation and contribution because this study would not be possible without their participation. I would like to thank to Psychiatrist Dr. Serhat Yahsi and Didem Ergene for their contributions to find my participants. I would also thank to Dr. Marylin Bedeau for her genuine support and valuable contribution in the analysis part of my thesis.

I would also like to thank The Scientific and Technological Research Council of Turkey (TÜBİTAK) for the financial support provided me throughout my undergraduate and graduate education.

I would like to express my deepest gratitude to my husband Mehmet. He has always supported me in any condition and hold my hand from the very beginning. This thesis could not have been written without his unlimited love and patience for me.

I would like to thank to my beloved parents who have given me unconditional support and endless love all the time. This dissertation process was harder than normal, but they have been so supportive and made me feel safe to be on my side in every risky decision I made. I would not be the person I am today without them.

They deserve the best of everything in this world. I cannot thank my family enough for being the rock in my life and being so patient and loving in every process I went through.

Lastly, my sunshine Eliz, when the day you will read this comes, I will say ‘it all worth it!’

## TABLE OF CONTENTS

PLAGIARISM .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÖZ.....	vi
DEDICATION .....	viii
ACKNOWLEDGMENTS.....	ix
TABLE OF CONTENTS .....	xiii
LIST OF TABLES .....	xv
CHAPTERS	
1. INTRODUCTION.....	16
1.1. Overview .....	16
1.2. Somatization in DSM Perspective.....	18
1.3. Etiology and Related Factors in Somatization.....	21
1.4. Somatization in the Cultural Context.....	24
1.5. Somatization from Different Theories.....	25
1.5.1. Cognitive-Behavioural Theory of Somatization.....	25
1.5.2. Attachment Theory of Somatization.....	28
1.5.3. Psychodynamic Theory of Somatization.....	30
1.5.4. Overlapping between Different Theories.....	33
1.6. Current Conceptualization of Somatization.....	34
1.7. The Aim of the Study.....	35

2. METHOD.....	37
2.1. Methodological Background.....	37
2.1.1. The Reason of Choosing Qualitative Research for Studying Somatization.....	37
2.1.2. Interpretative Phenomenological Analysis as a Methodology of Qualitative Investigation.....	39
2.2. Participants and Sampling Method .....	41
2.3. Procedure.....	44
2.4. Data Analysis.....	46
2.5. Trustworthiness of the Study and Reflexivity.....	47
3. RESULTS.....	51
3.1. Explanations for the somatic symptoms.....	53
3.2. Deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child.....	61
3.3. Reflection of the somatic symptoms on their motherhood experiences.....	68
3.4. Life before and after the symptoms: Comparisons between past and current selves and others.....	72
3.5. Need for support from significant others.....	77
4. DISCUSSION .....	81
4.1. Explanations for the somatic symptoms.....	81
4.2. Deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child.....	84
4.3. Reflection of the somatic symptoms on their motherhood experiences.....	85
4.4. Life before and after the symptoms: Comparisons between past and current selves and others.....	87
4.5. Need for support from significant others.....	89

5. CONCLUSION .....	91
5.1. Conclusion and Clinical Implications of the Study .....	91
5.2. Limitations and Strengths of the Study .....	92
REFERENCES.....	94
APPENDICES	
A. INFORMED CONSENT FORM .....	108
B: DETAILED LIST OF QUESTIONS FOR SEMI-STRUCTURED INTERVIEW.....	110
C. TURKISH VERSION OF THE SAMPLE QUESTIONS FOR SEMI- STRUCTURED INTERVIEW.....	111
D. APPROVAL OF THE METU HUMAN SUBJECTS ETHICS COMMITTEE.....	112
E. CURRICULUM VITAE.....	113
F. TURKISH SUMMARY / TÜRKÇE ÖZET .....	117
G. THESIS PERMISSION FORM / TEZ İZİN FORMU.....	146



## LIST OF TABLES

Table 1 Descriptive Information about the Participants.....	43
Table 2 Themes of Interpretative Phenomenological Analysis of Interviews with Participants Experiencing Psychosomatic Symptoms.....	52

## CHAPTER 1

### INTRODUCTION

*“The words we can’t say are the holes we punch in the walls of our psyche...” (Geddes, 2015)*

#### 1.1. Overview

The term “somatization” is derived from the Greek word soma which refers to the body. Somatization is characterized by the medically unexplained symptoms and the tendency to express the psychological distress with bodily symptoms (APA, 2013) and it is one of the most confounding problems in mental health area today (Woolfolk & Allen, 2012). It has been studied from different perspectives across different cultures in terms of the undeniable link between mind and body (Kirmayer & Young, 1998). However, despite the extensive research and numerous efforts to conceptualize somatization, researchers have struggled to clarify this ever-existing psychological phenomenon (Lipowski, 1987) due to the changes in the definition and conceptualization of the term over time. Research indicates that majority of individuals have been experienced a negative impact of psychological distress on their physical health (Smith, Conway & Cole, 2009) and somatization is regarded as

a culturally approved idiom of distress indicating psychosocial problems (Katon, Ries & Kleinman, 1984).

Somatization was firstly thought to be related with conversion disorder whereby internal psychological conflicts are physically expressed (Marin & Carron, 2002). This definition indicated the causality between experiencing psychological distress and presenting somatic symptoms (Craig et al., 1993). On the contrary, Lipowski (1988) defined somatization as a tendency to express psychological stress as bodily symptoms in the lack of emotional experience and suggested that somatization should not be regarded as a disorder or a diagnostic category. Somatic expression can be observed in a range of mental disorders and is not always pathological (Rodin, 1991). This definition of somatization is also consistent with the current conceptualization of medically unexplained symptoms (Rosendal, Fink, Bro, & Olesen, 2005), which usually has a behavioural and descriptive (Krapelinian) understanding, while excluding the underlying factors (Hiller & Fichter, 2004).

To sum up, although somatization is defined in various ways and included in a broad range of other clinical conditions, two fundamentals of somatization have been agreed upon by researchers: individuals with somatization experiences present a variety of medically unexplained symptoms and underlying psychiatric, psychological, or social stressors cause their somatic manifestation (Katon et al., 1982). In other words, somatization can be explained in two ways: a secondary symptom of psychological distress which is presenting somatization and a main symptom of medically unexplained illness which is functional somatization (De Gucht & Fischler, 2002).

## **1.2. Somatization in DSM Perspective**

The symptoms and diagnostic criteria for somatization disorders, as well as the medically unexplained symptoms themselves, have evolved throughout time. Professionals have offered various approaches for its etiology, diagnosis, and treatment, however it has never been possible to establish a consensus and no approach was found to be better than the other (Creed, 2006). Thus, disagreement over the criteria of somatic symptoms has become a must but not an exception (Jana et al., 2012).

For this reason, criteria for diagnosis of somatization defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) have been also modified over time as the understanding of somatization changed. Initially, DSM-II (1968) classified medically unexplained symptoms as neuroses, psychophysiological disorders, and special symptoms (Hollifield, 2004) and also included Briquet's syndrome, which is characterised with conversion symptoms, anxiety and depressive symptoms, gastrointestinal problems, sexual and menstrual problems, bodily pain related to psychological distress in different parts of body without any medical explanation and patients' belief that they have been physically unwell for the most of their lives (Cloninger et al., 1986a).

DSM-III eliminated the hysterical and hypochondriacal neuroses from previous versions and suggested a new category: the somatoform disorders (APA, 1980). Somatoform disorders category included conversion disorder, somatization, psychogenic pain, and hypochondriasis (Hollifield, 2004). Briquet's syndrome was renamed, eliminating all the psychic symptoms and remaining only somatic

symptoms, as somatization disorder (Kellner, 1990). In DSM-III-R, somatization related disorders were classified as somatization disorder, undifferentiated somatoform disorder, adjustment disorders with physical complaints, and somatoform disorder, not otherwise specified. Somatization disorder was considered as chronic and relapsing disorder which is almost impossible for complete remission and largely overlaps with hypochondriasis (Hollifield, 2004).

When it comes to DSM-IV, the diagnosis of undifferentiated somatoform disorder has been reformed considering that somatization disorder would only describe a minority of individuals with somatic symptoms. The DSM-III and DSM-IV categories have been criticized for being incomprehensible and missing a sufficient organizing structure. Tightly defined classifications and vague non-specific subcategories has been regarded as misleading (Barsky et al., 2001).

Because the difference between somatization disorder and undifferentiated somatoform disorder remained unclear in DSM-V, they were merged under the heading of somatic symptom disorder (APA, 2013). Moreover, DSM-V criteria eliminated, to minimize overlapping diagnosis, the categories of somatization disorder, hypochondriasis, pain disorder, and undifferentiated somatoform disorder. Therefore, DSM-V is considered to better recognize the complexity of the interface between psychiatry and medicine. There are currently six categories of somatization disorder in DSM-V under the new name somatic symptom and related disorders: ‘somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, conversion disorder, psychological factors affecting other medical conditions, factitious disorder, other specified somatic symptom and related disorder’. In the DSM-IV, the diagnosis of

somatization disorder was mostly based on a long and complicated symptom count of medically unexplained symptoms, with a focus on the lack of a medical explanation for a symptom. Because of this categorization technique, the majority of the literature has focused on uncommon phenomena while disregarding more prevalent types of somatisation, particularly those that present to primary health care. Studies indicated that patients with undifferentiated or not otherwise defined somatoform disorders are far more common in primary care than patients with a diagnosed illness (Kirmayer & Robbins, 1994). Individuals previously diagnosed with somatization disorder would only fulfil DSM-V criteria for somatic symptom disorder if, in addition to their physical symptoms, they also exhibit the aberrant thoughts, feelings, and behaviours that constitute the disease (APA, 2013). Many neurological conditions, including fibromyalgia, have been previously thought to be somatised symptoms because doctors could not find a reason for people's pain. As a result, the focus of DSM-V has shifted from the lack of a medical explanation to symptoms that are significantly more severe than expected in combination with distress and impairment. Many people with somatic symptom disorders are distinguished by the way they express and interpret their symptoms, rather than the symptoms themselves (APA, 2013).

On the other hand, most professionals still may be unfamiliar with these new classifications. Somatization rates decrease when the DSM's criteria are strictly followed, while the rates for the presentation of medically unexplained symptoms tend to increase from 20 percent to of 60 percent (Steinbrecher, Koerber, Frieser & Hiller, 2011). Thus, most of the health professionals do not use such diagnostic

criteria when researching and treating somatization (Lamberty, 2008). Furthermore, the classifications are unclear if these symptoms are main illnesses or they are solely connected to psychopathology, such as anxiety and depression diagnoses. Despite not being an official diagnosis in itself, somatization is a symptom. In the current study, the term somatization will not also be used as a disorder and will be regarded as a symptom apart from a particular diagnostic category as it corresponds to the terminology used by mental health experts, and the study's aim to understand personal experiences rather than contributing to the classification.

### **1.3. Etiology and Related Factors in Somatization**

The etiology of somatization disorders is still unclear and the term “unexplained medical symptoms” supports that the causes of somatization disorders are unknown (Martin & Yutzy, 1999). There is not only one explanation related to somatization; like the other psychological disorders, it is the consequence of a complex interaction between genetic variables and past experiences (Mai, 2004). Thus, several etiological factors have been proposed to explain somatization (Barsky & Klerman, 1983).

Genetic predisposition has been suggested for somatization disorder (Shapiro, & Rosenfeld, 1986). Research showed that there is a high tendency to occur somatic problems within the same family clustering (Mai & Merskey, 1981). Gender, age, ethnicity and education are other factors relevant to somatization.

Somatization disorder usually appears before the age of 30 and is more common in women (Kroenke & Spitzer, 1998). Women usually experience more physical distress and higher number, intensity, and frequency of somatic symptoms than men

(Barsky, Peekna & Borus, 2001). There is also a strong link between somatization and ethnicity (Escobar & Canino, 1989), as well as poor socioeconomic status with less education (Fink et al., 1999).

Somatization also appears to be influenced by developmental and learning processes. Family represents the culture's linguistic patterns, such as utilizing body language to express pain, as well as illness-related beliefs and behaviours. A child observing a sick parent or sibling may learn illness behaviour (Mai, 2004). Studies showed that children are at more risk of developing somatic symptoms in their adulthood if they observed a lot of physical symptoms and illness behaviour in another family member (Hartvig & Sterner, 1985). This might be seen as the impact of identification and modelling in presenting somatic symptoms.

Coping with psychological demands and conflicts, struggling with feelings of guilt and anger and lower self-esteem might make individuals more vulnerable to develop somatic symptoms. Being in the ill position allows getting attention and assistance while also avoiding expectations (Mechanic, 1986). Furthermore, children may be inclined to utilize somatization as a coping mechanism in adulthood if they learn that complaining about bodily problems is rewarded by greater attention or avoidance of conflict situations (Mechanic, 1980). Craig and colleagues (1994) examined the impact of stressful life events and secondary gain in psychological problems. Findings showed that stressful experiences had an impact on all psychological disorders, while secondary gain was a more frequent concept for patients with medically unexplained symptoms. These individuals were also found to be emotionally neglected in their childhood and only received care when they were



physically unwell (Craig, Drake, Mills & Boardman, 1994). In line with this, female psychiatric patients with somatization disorder have reported more sexual and physical abuse than patients with other disorders (Pribor, Yutzy, Dean, & Wetzel, 1993).

The sensitivity to the development and maintenance of somatization is also influenced by personality characteristics. Individual vulnerabilities, as well as intricate interactions between patients and their families, physicians, and the social system, may all contribute to somatization behaviour. According to studies, everyone has hypochondriacal concerns and somatic symptom complaints, and there is a relationship between these and the personality trait of neuroticism (Costa & McCrae, 1985). A high correlation has been found between Cluster B personality disorders and somatization (Stern, Murphy & Bass, 1993). Individuals with somatic complaints had two times more passive-dependent, histrionic, and sensitive-aggressive characteristics than patients with anxiety and depression. Patients with borderline personality disorder, on the other hand, had significantly more somatic complaints. This link might be due to the fact that somatization patients and those with Cluster B personality disorders have comparable patterns of social interactions (Mai, 2004). In addition to these, alexithymia, which was coined by Sifneos in 1973 based on observations of patients during dynamic psychotherapy, might be important to the genesis of somatization. Some patients with psychosomatic disorders had difficulties distinguishing their emotions during treatment, according to Sifneos; these patients were unable to find acceptable words to express their feelings in words (Sifneos,

1973). According to cross-sectional studies, a positive correlation between alexithymia and somatization was demonstrated (Mai, 2004).

#### **1.4. Somatization in the Cultural Context**

The relationship between the mind and body is universal however, somatic complaints have subjective meanings in the culture they belong to. Somatic complaints function as a way of expressing the relationship conflicts and dissatisfaction with life situations. Thus, somatization functions as a culturally specific way of communication as well as being an idiom of distress (Hoover, 1998). Specific cultural values and beliefs define the way that psychological distress is expressed. According to Hulme (1996), somatization is “a culturally sanctioned idiom of psychosocial distress to indirectly implicate family, school, work, financial and other social problems”. A study (Parsons & Wakeley, 1991), which showed that participants had more somatic complaints in accordance with their stress levels and those who introspect are more likely to experience somatic symptoms, supported this idiom of distress model.

Additionally, according to anthropologists, somatization is a strong coping strategy for psychosocial suffering in many different cultures. Physical symptoms serve as signs for looking for “care, sympathy, love, time off, and time out”, therefore somatization could be an effective way of manipulating relationships (Katon et al., 1982).

The differences in physical symptoms among cultures can be explained by a variety of factors. The meaning attributed to the somatic symptom, understanding of

physical functioning of body, and illness beliefs are all shaped by culture. Some cultures, particularly collectivistic ones, have a greater propensity to convey psychological distress through physical symptoms (as cited in Morawa et al., 2017). Emotional regulation may act as a mediator between emotion and somatic processes, which accounts for the higher rates of somatization instead of expressing emotional pain in cultural context. Even the cultural variations in the negative psychological states like anxiety and depression may be because they act as a mediator in the amplification of somatic symptoms (Bermejo et al., 2012).

Although some studies indicate that people from non-Western cultures report more somatic and fewer psychological problems, reviews demonstrate that, regardless of cultural background, physical complaints are a key element of depressive states, therefore the stigma connected to mental illnesses can influence how patients report their symptoms. Studies conducted in Turkish people also show that depressive complaints and other mental health problems contribute to the fear of being stigmatized in the society while expression of somatic symptoms do not, so there is a tendency in these cultures to somatize their negative emotional states (Montesinos et al., 2012).

## **1.5. Somatization from Different Theories**

### **1.5.1. Cognitive-Behavioural Theory of Somatization**

According to the cognitive-behavioural theory, somatic symptoms are considered to be influenced by psychological and social factors. Somatization is conceptualized as a self-perpetuating and self-validating cognitive disturbance resulted by

amplification of symptoms (Stuart et al., 2008), and attributions and beliefs which may cause the individual to experience physical sensations in certain ways are emphasized in this approach (Rief, Hiller & Margraf, 1998). Attribution is a cognitive process where somatic sensations are interpreted in the context of the body and its physical and social environment. People with somatic symptoms may experience physical arousals as catastrophic and misinterpret benign bodily sensations as an indicator of a serious illness due to a lower threshold (Rosendal et al., 2005). These intensified symptoms lead to an increase in their health-related worries, maintaining a vicious cycle.

Martin and Pihl (1985), similarly, have proposed that difficulty in the emotional regulation of stressful events at the cognitive level can cause excessive physiological stimulation and behavioural reactions which might cause a tendency to have illnesses (Martin & Pihl, 1985). Cognitions and beliefs about the underlying reasons and severity of condition and negative expectations regarding prognosis, influence the experience of somatic symptoms, and their intensity, intrusiveness and unpleasantness (Kirmayer & Robbins, 1991). These beliefs are shaped by the culture and the health care system (Duddu et al., 2006).

Emotional awareness approach, it is a 'cognitive skill' to identify and describe the emotional experience (Lane & Schwartz, 1987). Therefore, somatization is seen to be associated with an impairment in emotional processes and also cognitive dysfunction with attention and memory issues (Niemi et al., 2002). The cognitive representation of illness model (Horne, 1997) refers to the construction of an internal representation of what is happening to them when patients experience physical or psychological

signs. The key elements of thinking are around identity, cause, timeline, consequences and cure/control regardless of the nature of the symptoms (Patel & Sumathipala, 2006). People with somatic symptoms often reported cognitive problems such as low concentration, incapacity to memorize recent events and inability to find the right word when speaking (Barrows, 1995).

From the behaviourist perspective, somatization is also considered as a search for help and attention-seeking mechanism (Kellner, 1990). Pilowsky proposed a new concept as abnormal illness behaviour displayed by patients with long lasting somatization (Pilowsky, 1969). These behaviours could be asking for medications or different physical examinations, frequent use of health care system, avoidance of work responsibilities, and sharing their physical complaints with family members and significant others (Barsky & Borus, 1999). Although this abnormal illness behaviour is not consistent with the doctor's investigation and there is no physical problem, patients continue to stay in the sick role (Chaturvedi et al., 2006), since they can receive more attention and care from their families or significant others or be exempt from work and house responsibilities for their incapacity. These kinds of positive advantages accompanying physical or psychological symptoms are defined as secondary gains which are psychologically complex to understand the underlying reasons (Dersh et al., 2004). In other words, being in the sick role, unconsciously or consciously, motivates people especially under quite amount of stress to get the attention and protection of others (Parsons, 1975). That is to say, patient's sick role and illness behaviour continue depending on the reinforcement and reward processes (Sata & Munday, 2017). Linking attention and care with the illness can be related to

these learning processes in childhood or being exposed to similar behaviour patterns of parents emphasizing the influence of parents, significant others and also doctors in the persistence of the symptoms (Barsky & Klerman, 1983). There is evidence that children in families where bodily complaints receive special attention are significantly more likely to use somatization as a defence in their adult life (Woolfolk & Allen, 2006).

In other respects, somatic symptoms cause difficulties in patients' lives rather than advantages (Kellner, 1990). Somatization is significantly associated with illness behaviour and increased health care utilization (Karlsson et al., 1997). Therefore, these patients are sometimes called as 'heartsink' or 'worried well' and seen as individuals linked with overuse or misuse of the healthcare system with no physical disorder, although their symptoms are not artificial (Bermingham et al., 2010).

### **1.5.2. Attachment Theory of Somatization**

Attachment theory, which focuses on the influence of the early experiences with parents and caregivers on the later internalized interpersonal representations and perceptions in adulthood, has been useful to understand how individuals develop somatic symptoms (Ciechanowski et al., 2002). Bowlby, (1969) first proposed that the relationship between infants and their parents determines these mental representations or expectations related to the responses of people to their attempts to seek comfort and relief under physical or emotional distress. Attachment styles were classified into four categories based on Bowlby's attachment theory: 'secure attachment, preoccupied attachment, dismissing attachment, and fearful attachment'

(Bartholomew & Horowitz, 1991). Individuals who have a secure attachment report that they had reliable care when they were child, are more likely to perceive themselves and others in a positive way and find other people reliable. Individuals with the preoccupied attachment report inconsistent caregiving in childhood. This inconsistency in the responses to their needs is associated with the development of a negative view of self as worthless and the expectation that others are not willing to help even if they are able to (Waldinger et al., 2006). This attachment style has been characterized by lower self-esteem, need for assurance and a positive and idealized view towards others. Individuals with dismissing attachment style report unresponsive caregiving experiences in childhood which foster a positive view about themselves as self-sufficient, but they avoid close relationships because of the belief that others cannot be relied on. In the fearful attachment, adults report rejective caregivers which result in negative view of themselves and others. They have the desire to be close but also have the fear of rejection as others are unreliable to depend on, leading to approach-avoidance style relationship when trying to get close to others (Bartholomew & Horowitz, 1991). These attachment styles have been triggered during conditions that produce feelings of threat such as major life changes and difficult events (Bowlby, 1973).

Attachment theory's claim that relationships in early childhood and adolescence affect health-related behaviours has prompted researchers to look at the relationship between interpersonal style and emotional regulation, coping mechanisms, and illness behaviours. As evidenced by parents' visiting rates and family participation in health and sickness research, the strength of parent–child attachment also affects

family reactions to children's illness (Feeney, 2001). Literature related to somatization implies that attachment deficiencies from childhood are the sources of physical symptoms in later life (Aisenstein & Gibeault, 1991). Several studies indicated the relationship between insecure attachment styles and adult somatic symptom reporting (Liu et al., 2011). In addition, research indicate associations between fearful attachment style and increased somatic complaints, between dismissing attachment style and somatization (Kidd & Sheffield, 2005), and between preoccupied attachment and somatization (Wearden et al., 2005).

### **1.5.3. Psychodynamic Theory of Somatization**

The connection between psychological and physical processes has been investigated from very earlier times of psychoanalysis (Freud, 1895). Psychoanalytic perspective is interested to explain the meaning of symptoms with unconscious wishes and fantasies of the patients (Lipsitt, 1974), and concepts of drive, conflict, and defense (Rodin, 1991).

Sigmund Freud has been a significant figure for the psychoanalytic approach and his ideas on somatization influenced many other followers. He brought the relation of unconscious ideas to the mental processes and offered a topographical model of the mind (Freud, 1915). According to Freud, 'body' has become to have an essential role in psychoanalytic approach, especially after his studies with Charcot on hysteric patients (Chapman, 1999). He proposed two types of bodies for the human subject as a biological body and an erotogenic body (David-Ménard, 1989). He connected the unconscious with the body, which is not referred as a biological body



(Canellopoulos, 2010). Instead, he speaks of the body as the erotogenic zone which plays an important role in hysterical neurosis (Freud, 1905). It is the pleasure body projected by the ego, and unrelated with the physiological systems and processes that make up the biological body – except the physical effects such as fainting and vomiting which take place in hysterical conversion. As a result, the emergence of the ‘second body’ does not solve the dilemma of physical symptoms, but it aids in the explanation of hysterical neurosis by symbolisation (Chapman, 1999).

Freud conceptualized neurosis as formation of behavioural and physical symptoms when there is an intrapsychic conflict. He differentiates between the actual neuroses and the psycho-neuroses in his Introductory Lectures, proposing that only the psycho-neuroses linked to repressed memories (Freud, 1917). However, the actual neuroses are tied to current-day traumas experienced in the subject’s life. The manifestations of the actual neuroses have no psychical significance, meaning the subject directly somatises without psychological relationship. The manifestations of psychoneuroses, in contrast, are strongly linked to the subject’s psychical experience (Chapman, 1999). So, Freud suggested that the somatic symptoms indicated unconscious representations of the conflict related to abuse or trauma which the patient fails to confront due to uncontrollable psychological pain. The person does not respond in the actual trauma experience, instead represses it and the repressed trauma manifests itself as physical effects in defense of the repressed memories (Breuer & Freud, 1981). The unconscious mind serves as a storage space for primitive desires and impulses that are held at bay and mediated by the preconscious area. For example, Freud (1915) discovered that certain events and desires were

often too frightening or unpleasant for his patients to recognise, and he assumed such knowledge was hidden in the unconscious mind. This can happen through the process of repression. Repression, on the other hand, is a natural part of psychosexual development and a neurosis is the most innocuous and socially appropriate way of conflict resolution (Freud, 1953). Over time, Freud began to doubt the reality of his patients' trauma experiences assuming that reported experiences of sexual abuse or trauma are actually representation of their childhood fantasies and differentiated fact from fiction in his patients' reports (Freud, 1981).

Laplanche and Pontalis, later on, defined somatization disorders as a new form of the actual neuroses which have their origins in the subject's present condition, while the psychoneuroses are related to childhood experience and trauma. They also noted that the concept of somatization can be used to differentiate hysterical conversion from other processes of symptom conversion (Laplanche & Pontalis, 1973).

Initially, psychoanalytical literature suggested that repressed sexual thoughts are the underlying cause of the hysteria and conversion processes despite it is not yet clear how Freud's neurosis is different than hysterical conversion. According to one view, if a problem is explored deep enough, a neurotic structure behind the somatic symptoms is always found. On the contrary, other approaches suggest many different factors that plays a role in somatization. While one means that only 'neurotic individuals have bodily symptoms, which was falsified, other approach cannot exactly explain the 'psychosocial' processes behind somatization (Chapman, 1999).

In this sense, psychoanalytic theory conceptualized the physical symptoms that occur in somatization function as ego defenses against intolerable anxiety related to having a psychological problem (Kirmayer & Robbins, 1996). Therefore, many definitions and mechanisms of somatization indicates that defensive processes take place. Freud provided the original definition of a defense mechanism as a “counterforce which serves to protect the individual from overwhelming anxiety and unacceptable impulses” (Cramer, 2006). Defense mechanisms related to somatization include denial, displacement or rationalization, or an attempt at conflict resolution (Kellner, 1990). These defenses function as turning away from unacceptable thoughts and situations to focusing on physical problems. To illustrate, the patients may blame bodily symptoms for their failures and when they are worried about bodily symptoms, they may avoid their attention from present psychic problems instead of dealing with intolerable conflict. The patient may thus avoid blaming herself/himself for such problems, and in doing so avoid depression. By looking from this perspective, somatization may have an adaptive function for patients in a way protecting them from a more severe mental disorder. So, somatization may not always be pathological (Taylor & Mann, 1999). In other words, defenses help individuals to cope with the realities of daily life. The splitting of the mind is a defense mechanism to protect consciousness from distressing, and usually sexual ideas.

#### **1.5.4. Overlapping between different theories**

The lack of consistency, as explained previously, brings about conflicts between different psychological theories, however there is also an agreement between the

theories of somatization. A lack of relationship between physical and cognitive elements of emotion, as a result of a failure of normal emotional development, is suggested by the current psychoanalytic approach (Bucci, 1997). Cognitive approach also includes the connection between thoughts and feelings lies behind the somatization. Furthermore, misinterpretations of physical experiences can lead to bodily feelings being mislabelled as a physical disease, as suggested by cognitive theory, which occur as a result of difficulties recognising and connecting somatic sensations to cognitive and contextual events. (Taylor et al., 1991). Somatization is also thought to occur as a result of developing dysfunctional illness beliefs shaped in the early learning environment, according to cognitive theory, and cognitive theorists would likely agree that modelling and various types of reinforcements that can occur during both childhood and adulthood are important in the formation of such beliefs. That is to say, psychodynamic, cognitive, behavioural, and social learning models all have some common perspective in terms of understanding somatization.

## **1.6. Current Conceptualization of Somatization**

Somatization was initially conceptualized as a type of defense mechanism and in the former definitions, somatization was thought to be related to a psychopathology (Al Busaidi, 2010). As the underlying factors that contribute to the development of somatization still not clear, it is difficult to agree on a common explanation (Smith et al., 2009). However, current conceptualization indicates a behavioural and descriptive approach in the ‘diagnosis, classification, and treatment’ of psychosomatic syndromes and somatization is generally explained as abnormal illness behaviour such as exaggerated or inadequate reactions to symptoms. This

explanation led to an identification of patients having somatic symptoms (Kirmayer & Looper, 2006). All the controversial definitions of somatization also resulted in a new term as ‘medically unexplained symptoms’ which has been accepted among the latest research (Al Busaidi, 2010). On the other hand, the place of somatization within a pathology or psychosocial distress is yet a question (Kirmayer & Robbins, 1991).

### **1.7. The Aim of the Study**

Despite its apparent clinical importance and the extensive research that has been conducted in the past decades, somatization remains a complex concept because it is hard to determine to what degree psychological factors are exacerbating subjective perceptions and these experiences revolve around emotions such as anger, guilt and resentment. Majority of the research on somatization has been reserved to understanding what psychosomatic behaviour is, categorization of psychosomatic behaviour, prevalence rates and reflections of somatization in the medical system, while little research has focused to explore the personal experiences in somatization in clinical context. Therefore, the current study aimed to investigate how individuals with psychosomatic complaints interact with their bodies and their experiences related to symptom.

The focus of the study is not making a statistical generalization. Therefore, the term somatization will be used as a generic concept and should not be regarded as part of a particular diagnostic category. On the contrary, in-depth understanding of those individuals’ interpretation of their experiences regarding psychosomatic complaints

will be the focus of the study. Thus, a qualitative approach, namely IPA, was preferred in order to understand their emotions, thoughts, how they make sense of their symptoms, how they are influenced by their symptoms, and the ways they express themselves. The reasons for preferring a qualitative methodology were explained in detail in the method part.

## CHAPTER 2

### METHOD

*About research method:*

*“Let us keep looking, in spite of everything. Let us keep searching. It is indeed the best method for finding, and perhaps, thanks to our efforts, the verdict we will give this patient tomorrow will not be the same as we must give him today.”*

*Jean-Martin Charcot (1825-1893)*

*(Charcot, 1887)*

#### **2.1. Methodological Background**

##### **2.1.1. The Reason of Choosing Qualitative Research for Studying Somatization**

Qualitative research methodology allows researchers to study complex phenomena within their contexts and they are valuable in clinical and health studies since they provide a deeper and comprehensive understanding of the individual experiences compared to quantitative research (Cromby, 2012). In other words, qualitative methodology contributes to the conceptualization of social phenomena by focusing on how individuals make sense of, perceive and experience those phenomena (Pope & Mays, 1995).

For studying somatization, qualitative methodology, particularly interpretative phenomenological analysis (IPA) is helpful for a variety of reasons. IPA is useful when investigating subjects that are complicated, confusing, and emotionally charged (Smith & Osborn, 2015). Looking into psychosomatic symptoms carefully and focusing on the interaction style of individuals with symptoms and how they use language when talking about their symptoms and how they make sense of these symptoms are highly important while studying psychosomatic symptoms (Lipsitt, 2015). ‘Patient-related factors’ may affect understanding and interpretation of somatization. For instance, it was found that patients are unwilling to report psychosocial problems which might cause misleading diagnosis of somatization because of the information patients choose to share (de Zwaan & Muller, 2006). This might be due to feeling uncomfortable to share socially unacceptable issues (Murray et al., 2013). However, emotions can be inferred from characteristics such as tone of voice, intensity, or speed, and qualitative methods enable the observation of these characteristics so qualitative research is mostly chosen to study emotions (Cromby, 2012). Qualitative research is also preferred when individuals do not have insight for their emotions, or they are not directly and verbally expressed but able to come up during the interaction (Cromby, 2012). In addition, it allows researcher to take into consideration their own emotional reactions observed during the research procedure to evaluate participant feelings (Hubbard, Backett-Milburn, & Kemmer, 2001).

The goal of this study was to gain a comprehensive understanding of experiences of individuals related to psychosomatic symptoms and how they make sense those experiences. Since the main focus is investigating experiences of the participants and



IPA provides the better way to understand individuals' 'lived subjective experiences' and how these experiences are interpreted by them (Smith, 2004), IPA was utilized and regarded as the most appropriate methodology for this research. This study expands on the few qualitative investigations that have been conducted so far by concentrating more closely on the unique experience of the self in somatization. (Smith & Osborn, 2007).

### **2.1.2. Interpretative Phenomenological Analysis as a Methodology of Qualitative Investigation**

Interpretative phenomenological analysis (IPA) is a qualitative approach which aims to provide detailed examinations of 'personal lived experience' (Smith et al., 2009). It differs from other methods due to its psychological, interpretative, and idiographic features (Gill, 2014). It has three theoretical fundamentals in phenomenology, hermeneutics, and idiography. As a qualitative approach, phenomenology was initially theorized by Husserl, which aims to produce accounts of 'lived experiences' in its own terms instead of preexisting theoretical background (Alase, 2017). Heidegger also argued that the impact of 'language, culture, ideology, expectations, or assumptions' is undeniable and suggested that individual is a part of reality dualistically separated from the world, between relativism and objectivism (Rennie, 1999). Since IPA revealed the importance of subjective meanings and individual phenomena, phenomenology has been more popular recently enjoying renewed interest within psychology (Nightingale & Cromby, 1999).

IPA researcher tries to explore participants who try to make sense of what is happening to them (Smith & Osborn, 2003). However, the meaning is reconstructed by the participant and the researcher together (Osborn & Smith, 1998). In this process, participant tries to make sense of their experiences while researcher also interprets participant's experience within their own subjective experience, and they repeatedly recreate the meaning. Therefore, the analysis in IPA is double hermeneutic (Smith, 2004).

IPA is idiographic, enabling the detailed examination of each individual account so that variations are not missed (Biggerstaff & Thompson, 2008). Analysis starts with the detailed investigation of the first case and continues with the following cases after initial themes were generated. Then, cross-case analyses of participants' statements proceed, and interpretative themes are formulated. IPA is also inductive, which means that it allows constructing research questions rather than verifying or validating preexisting hypotheses. Therefore, themes cannot be predicted at the beginning of the study (Smith, 2004). So, the inductive feature of IPA brings flexibility to enrich the information coming from the data. Lastly, IPA is interrogative, meaning that it is important to be flexible to process and include any emerging data (Smith, 2004). Thus, IPA was the most reliable way to understand subjective experiences of a purposively chosen small sample and obtain knowledge that might not be possible using quantitative methods (Espíndola & Blay, 2009).

## **2.2. Participants and Sampling Method**

In this study, a purposive sampling process was used, and a homogeneous sample was formed in line with IPA guidelines (Smith & Osborn, 2003). Morse (1995) reported that when the sample was more restrictive and clearly determined, saturation would be faster. For this reason, three inclusion criteria were determined as gender, age, education level. Participants were required to be women who had at least high school education and aged over 18. Additionally, a primary criterion for participants was to have medically unexplained symptoms at least for the last 3 years, which were fully examined by physicians such as neurologists and internal medicine specialists and to be referred as a participant of this study by a psychiatrist. Although the residential addresses of the participants were not determined as inclusion criteria at the beginning, only participants living in Tekirdag, Turkey were recruited to ensure homogeneity. Since somatization commonly accompanied by other mental disorders such as anxiety disorders or depression (APA, 2013), comorbidity factor was ignored.

Women may have a greater tendency to focus on their bodies and hence, notice and report more symptoms (Pennebaker & Watson, 1991). In addition, women may be more likely to seek help because they are more willing than men to admit distress and acknowledge the need for assistance (Verbrugge, 1985). In some circumstances, women may be more able to seek help because they are less constrained than men by full-time employment. On the other hand, women experience more difficulty to seek help because of heavy work and family responsibilities.

Small sample sizes are preferred in IPA due to detailed analyses of cases, rather than big sample sizes (Smith & Osborn, 2003). There is not a certain rule for the sample size, however it is suggested for phenomenology studies to be between 5 and 25 (Creswell, 1998). Similarly, Morse (2000) stated that fewer participants are needed when more useable data are collected from each individual. 7 female individuals who have been experiencing psychosomatic symptoms without having an organic disease participated in the study. For this reason, the sample size of the current study was consistent with IPA. The age range of participants was between 27 and 41. This age range was chosen to protect homogeneity, recruiting participants relatively in close ages. Also, research showed that prevalence rates for somatization decreases after the age of 65 although it is clinically observed that somatoform disorders are common in older age groups (Hilderink, 2013). Therefore, a younger age group was decided to be recruited as there is no evidence that somatization is associated with age. All participants suffered from mainly strong headaches and pain in different parts of body for between 4 and 20 years. Three participants were high school graduate, three of them had two years university degree and one participant had a bachelor's degree. All of them, except one participant, were married. All married participants had children. All of the participants described their socio-economic status as moderate. At the time of the interview, all participants were taking medications related to their symptoms, mainly aiming to decrease their anxiety. Also, participants were given nicknames to ensure anonymity. Descriptive information related to the participants were listed in Table 1.

**Table 1.** *Descriptive Information about the Participants*

<b>Nickname</b>	<b>Age</b>	<b>Marital Status</b>	<b>Education</b>	<b>Current Complaints</b>	<b>Events associated with the onset of the psychosomatic symptom</b>
Yasemin	31	Married	Two-year University Degree	Pain in her legs, headaches, accumulation of saliva in the mouth/hypersalivation (for 8 years)	Domestic violence by her father  Sexual abuse in childhood
Seçil	37	Married	Two-year University Degree	Continuous pain in chest and headaches (for 18 years)  Panic attack (diagnosed)	After the thyroid surgery
Çisem	41	Married	High School Degree	Heart palpitations, numbness in the arms and hands (for 9 years)	Death of her father from cancer  Earthquake
Berrin	37	Married	Bachelor's Degree	Migraine, dizziness, blackouts (for 19 years)	Sexual abuse by classroom teacher in primary school
Ebru	34	Married	High School Degree	Headaches (for 20 years)  Paralysis in left leg (for 4 years)	Financial difficulties

**Table 3 (Cont'd).** *Descriptive Information about the Participants*

<b>Nickname</b>	<b>Age</b>	<b>Marital Status</b>	<b>Education</b>	<b>Current Complaints</b>	<b>Events associated with the onset of the psychosomatic symptom</b>
Nazife	30	Married	High School Degree	Numbness in the face, Ice pick headaches  (for 8 years)	Her brother (Police officer) was arrested and diagnosed with cancer
Tülay	27	Single	Two-year University Degree	Headaches, Pain and tremors in her legs  (for 14 years)	Domestic violence by her father  Mother's suicide attempt

### **2.3. Procedure**

The ethical approval was received from the Human Research Ethics Committee of the Middle East Technical University. Participants were verbally informed about the research after they have been referred by the psychiatrist. After they accepted to participate, informed consent form (See Appendix A) was received from each participant and confidentiality was ensured. Participants were informed that they could withdraw the interview anytime they feel uncomfortable. The data were collected via face-to-face semi-structured interviews. Participants were encouraged to talk freely, and the researcher tried to be open to emerging topics that might be

important throughout the interview. Each person was interviewed only once.

Interviews took place in the interview room of Department of Psychiatry at Tekirdag State Hospital after getting the necessary permissions from there. The interviews were audio-recorded as they were informed about that procedure in the informed consent form. The interviews lasted between 1 hour 8 minutes and 1 hour 45 minutes, with an average of 84 minutes. At the end of the interviews, the contact information of the researcher was shared and the participants who were not getting professional help were informed about the other resources for psychological support.

Before starting to data collection process, a pilot study was conducted to practice the interviewing skills, and improve the interview questions, if necessary. Participant of the pilot study was a 40-year-old woman who has been experiencing psychosomatic symptoms for 7 years. After the transcript of the pilot study was analysed, certain themes emerged such as ambivalent emotions towards her parents, attribution of symptom and coping styles. As a result of the interview, the participant stated that the questions were understandable, and she did not feel uncomfortable while answering the questions. In addition, she said the questions enabled her to think about her problems and she felt relieved. Therefore, no major modifications were made in the interview questions.

In total, 13 patients were referred by psychiatrist. Only 8 of these patients accepted to be interviewed after the study was detailly explained, but one of them later extracted from the study since the recruitment criteria related to the duration of symptoms has been changed from one year to 3 year. 5 of them rejected to participate stating that

they became more worried about speaking. As a result, 7 women constituted the final sample of the study.

#### **2.4. Data Analysis**

The data was analysed according to the principles of IPA (Smith & Osborn, 2003). IPA is based on phenomenology and ideography (Smith, Flowers, & Larkin, 2009); therefore, the detailed examination of each case and then analysing the next case separately were required.

At the first level of analysis, the audio record of the first interview was transcribed word by word and case examination was started with reading this transcription several times to have a holistic idea about the participant and taking notes on the left margin of the transcripts. Then, emergent themes were identified, and these themes were written on the right margin. After subordinate and superordinate themes were formed for the first case, same procedure was repeated for each case. Lastly, cross comparisons of the themes were done, and a table is formed for the five recurrent themes across seven cases. As a result of cross-case comparisons, five superordinate themes emerged as searching for the reasons behind their symptom, deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child, reflection of the symptoms on their motherhood experiences, comparisons between past and current selves and others and need for support from significant others.



## **2.. Trustworthiness of the Study and Reflexivity**

Qualitative researchers work within standards as ‘subjectivity, reflexivity, adequacy of data, and adequacy of interpretation’ to ensure the trustworthiness of the qualitative research (Connelly, 2016). Whereas quantitative research methods values objectivity, qualitative research accepts the subjective nature of data and analytic processes (Morrow, 2005). Therefore, considering that the researcher’s experiences and perspective influence the research process, reflexivity becomes an important issue for the researchers to manage their subjectivity (Patton, 2002).

Bracketing is referred as an important part of qualitative research which is the process of becoming aware of the researcher’s assumptions, values, knowledge, predispositions, and personal experiences about research and making them explicit to the self and others to increase the credibility of qualitative research (Husserl, 1931). In this study, existential bracketing, which suggests that researchers can put aside their theoretical backgrounds, existing assumptions and interpretations not to lose the track of the subject in the study although they are unable to completely remove their impact and personal consciousness, was utilized (Ashworth, 1999). With regard to existing assumptions, researchers should be aware of their own point of view and should clearly identify the personal factors, since it may influence the whole research process. At this point, I explained my own assumptions and personal experiences about the subject of this study.

I am a 33-year-old woman, and a Ph.D. candidate in clinical psychology program at METU. I am currently working as a clinical psychologist in London, England. As a

part of my graduate education, I have been conducting psychotherapy since 2012. My graduate education and supervision process shaped my practice as a clinician in psychodynamic orientation. My interest on this topic comes from my experience of working with patient groups with somatization complaints in my master's internship. Everyone experiences somatization in some time in their lives, but it gets in the way of everyday life and requires treatment for some people. Considering my orientation and experience as a psychotherapist, significant past experiences in individuals' lives might be more prominent to me during the interviews and process of analysis. Also, this subject seems convenient to the rationale of qualitative analysis dealing with the phenomena through a person's perspective, and the way they perceive and experience them. For this reason, qualitative research orientation also matches with my clinical orientation. During my Ph.D, I have left my life in Turkey and moved to the UK. As I started a new beginning, I came across a lot of difficulties resulting in emotional distress. As a woman who has been financially independent after university degree, I felt helpless since I could not pursue my professional career at the beginning. Although I expressed my feelings and get support from my close environment, I personally experienced how emotional distress could affect our body functioning. After a while, I started to work with women experiencing psychosomatic symptoms from different cultures in National Health Service (NHS) in the UK. So, the idea of interpreting the different individuals' experiences and the effect of culture made me more excited in the process.

Besides my theoretical orientation and working experience, individuals with somatic complaints are quite familiar to me as my mother has experienced medically

unexplained long-term pain as a reflection of another physical condition after we lost my grandmother from cancer. For this reason, the interviews somehow made me feel familiar to what has been told and I also noticed that I thought about their children or other family members. I tried to change the disadvantage of being familiar with the research subject into the advantage of being an insider, trying to be aware of my feelings and their reflection on the research.

One of the important things I noticed during the interviews, one participant expressed her depressive feelings due to not being able to work after she married. I felt putting myself into her shoes as I have gone through similar experience and noted this feeling in the reflexive diary in order to remember during the analysis to protect my position between empathy and sympathy.

Considering these characteristics and experiences, I tried to maintain a reflexive approach in this research. More importantly, I was the research instrument and I started to keep a reflective journal at the beginning of the data collection process which enabled me to take into account my experiences, feelings, thoughts, and biases about the overall research process (Houghton et al., 2013). I noted my feelings, thoughts, experiences, unexpected reactions, impressions, and awareness that appeared throughout the process. I kept these notes before and after the interviews, during transcriptions and forming the recurring themes. These recordings worked as a reminder to realize the effect of previous expectations on the analysis while engaging in the data. In addition, emerging themes of the study were discussed with the research team and followed by the thesis monitoring committee regularly. Also, results of the analysis were discussed with colleagues from different theoretical and

cultural backgrounds. Feedbacks and interpretations were taken into consideration and provided a more flexible perspective regarding the interpretation of the data.

In addition to being aware of the impact of lived experiences on the research process, reflexivity was also carried out in different ways in the study. Data was collected via semi-structured face-to-face interviews to increase the credibility of the research. Semi-structured interviews allow participants to talk about the topics rather than being limited only to the interview questions (Chan, Fung, & Chien, 2013). Also, I tried to keep myself back from reading the related literature while collecting data not to influence the analysis process as analysis starts from gathering the first data.

Overall, I believe that my experience as a clinical psychologist on working with patients with somatic symptoms so far makes it easier to establish relationship with the participants in the interviews, which allows participants to express themselves in a comfortable way.

## **CHAPTER 3**

### **RESULTS**

The current complaints of participants consisted of many bodily symptoms including headaches, leg pains, dizziness, fainting, numbness, heart palpitation and chest pain resulting in emotional difficulties. Pain was the most frequently experienced symptom among participants. Also, a number of different emotions were described regarding their somatic symptoms such as sadness, worry, anger, lack of happiness, disappointment, feeling guilty, and fear. Some psychiatric and psychological words and concepts such as dopamine, serotonin, depressed, anxiety, stress and nervous attacks were used by some participants in different ways.

As a result of the interpretative phenomenological analysis of 7 cases, five superordinate themes emerged, which were ‘Explanations for the somatic symptoms’, ‘Deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child’, ‘Reflection of the symptoms on their motherhood experiences’, ‘Life before and after the symptoms: Comparisons between past and current selves and others’ and ‘Need for support from significant others’.

The superordinate themes were also listed in Table 2. In this section, each superordinate theme was described, and extracts from the participants’ statements were also provided in the related sections.

**Table 2.** *Themes of Interpretative Phenomenological Analysis of Interviews with Participants Experiencing Psychosomatic Symptoms*

---

**1. Explanations for the somatic symptoms**

- 1.1. Uncertainty: ‘There must be a reason’
- 1.2. Childhood abuse as the cause of the symptoms
- 1.3. Spiritual and religious explanations
- 1.4. Parents with somatic symptoms

**2. Deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child**

- 2.1. Need for being cared and valued
- 2.2. Need for protection and safety: ‘They could protect me, but they did not!’
- 2.3. Unresolved anger and guilt as a cost of blaming parents

**3. Reflection of the somatic symptoms on their motherhood experiences**

- 3.1. Belief of being an inadequate mother
- 3.2. Becoming an overprotective mother

**4. Life before and after the symptoms: Comparisons between past and current selves and others**

- 4.1. Loss of family roles
- 4.2. Loss of social life
- 4.3. Loss of financially independent self – feeling like a burden

**5. Need for support from significant others**

- 5.1. Getting support from family and friends
  - 5.2. Lack of understanding
-

### 3.1. Explanations for the Somatic Symptoms

This theme presents participants' search for an explanation for their somatic symptoms and need for causal attributions to understand what is happening to their body. A distinctive part of the participants' accounts was the detailed stories about the onset of their psychosomatic symptoms. When working with individuals displaying somatic complaints, it is important to explore their perceived causes of somatic symptoms. They were simply asked to describe their symptom and how it affects their life. They were also specifically asked when and how their symptoms began and under which conditions these complaints increased or decreased to understand which factors could have contributed to the onset of psychosomatic symptom. Although they talked about the onset of the symptom and significant life events parallel to the occurrence of symptom throughout the interview, some of the statements indicated that they are still suffering from the uncertainty behind the symptom. For example, Seçil, whose complaints (a strong pain in her chest and continuous headaches) has started 18 years ago at the same time with her thyroid surgery, stated that she tried to understand why this pain started, after spending several years in the medical services and having various medical tests:

You are trying to find the reason. There must be a reason. I mean, I have never experienced such a bad thing from my family, so I am very surprised how I got this (illness), for example, you grow up in a bad family, you become psychologically ill. I was working, I had a good job, I had my own money, I was free... I did not live a bad life, thank God, so why I had such a disease, I always tried to understand this for years, I mean, is it because of a deficiency in my brain, I don't know, there are hormones like dopamine, serotonin in our brain, I say, my God, why did it happen to me? I even blamed the doctor who performed the operation. Did he do something poorly or did he do something wrong? I was blaming him and planning to sue him because he made me like this but there is no such thing, he made the operation very well.

### *Original*

*Sebebini bulmaya çalışıyorsun. Bir sebebi olmalı diyorsun. Yani öyle hiç kötü bir şey de yaşamadım ailemden çok yani nasıl buna tutuldum zaten çok şaşırıyorum mesela olur kötü bir ailede büyürsün, psikolojikman şey olursun. Çalışıyordum, güzel bir işim vardı, parama karışılmıyordu, özgürdüm yani... Kötü bir hayat yaşamadım Allaha şükürler olsun yani niye böyle bir hastalık oldu bende böyle hep senelerce bunu hep şey yaptım yani beynimde olan bir eksiklikten mi yani işte zaten hormonların dopamin, serotonin bilmem ne bir şeyler varmış ya beynimizde ya diyorum ki Allahım neden bende oldu bu... Beni ameliyat eden doktoru bile çok suçladım acaba dedim o mu bir şeyleri eksik mi yaptı ya da ne bileyim yanlış mı yaptı onu da suçlayıp diyordum ki yani onu mahkemeye vereceğim diyordum yani beni bu hale getirdi aslında hiç alakası yok gayet güzel yapmış ameliyatı.*

Similarly, statement of Nazife, who has been having the headaches for 8 years, showed that she failed to find why she is suffering from this pain, resulting in despair and blaming herself:

We did an MRI, nothing came out, he (doctor) asked if I was going through a stressful time, he prescribed medicine, so I used it, then I stopped taking medicine, I used all kinds of drugs including neurological ones, but no, it's not something that drug will help, this is something else, now in a little sadness, even in joy it starts immediately, I have a headache again, drowsiness, I feel like I am not fully awake, I feel unhappy, weak. I get angry with myself, I say why, I mean, is there a problem with me, why I am not stronger.

### *Original*

*MR çekildik hiçbir şey çıkmadı, stresli bir zamandan mı geçiyorsun diye sordu, ilaç yazdı yani kullandım, sonra bıraktım, işte nörolojiden tut her türlü ilacı kullandım ama yok, diyorum demek ilacın iyi geleceği bir şey değil bu başka bir şey şimdi de küçücük bir üzüntüde, sevinçte bile hemen başlıyor, başımda yine ağrı var, sersemlik, hiç kendimde değilmişim gibi böyle, mutsuz, halsiz hissediyorum kendimi. Kendime kızıyorum, neden diyorum neden bende böyle bir hastalık var, yani bende bir sorun mu var daha güçlü oluyorsun diye.*

Despite this uncertainty about the reason of their somatic experiences, participants attributed their symptoms to particular reasons. First of all, Berrin said that she connected her migraine and blackouts with the sexual abuse from her teacher in her childhood. She stated that she could make this connection as she studied in the



counselling and psychological guidance department, read books, gain knowledge and made counselling sessions as a counsellor. Berrin added that the reason behind her career choice was to be able to help the children who may experience abuse. She told this was the first time she talked about this abuse to someone, except her husband who is also a counsellor, as she recently finds herself thinking about to start psychotherapy:

There were some troubles in the past, during the primary school period, maybe it was something related to that time, there is no problem in telling you that anyway, an abuse, an abuse by my classroom teacher. Which was done several times, not only once and I couldn't tell anyone, because I was afraid at that time. In fact, I can say that it is the biggest factor in my becoming a psychological counsellor. You know, if there is a child who has experienced something like this, in order to be able to touch them. I relate many things there... Well, of course, after studied this (department), after our professors taught at university, after reading the books, I started to make interpretations. I mean, my headaches or isolating myself from certain things, lack of self-confidence are always connected with these experiences...

### *Original*

*Yaa birtakım sıkıntılar yaşandı zamanında geçmişte ilkokul döneminde, belki bunların verdiği bir şeyler de olabilir, bunu size söylememin bir sakıncası yok zaten, bir taciz olayı, ee sınıf öğretmeni tarafından gerçekleşen bir taciz olayı. Bir kere değil birkaç kere gerçekleştirilen ve o dönemde korktuğum için çekindiğim için, kimseye söylemiyorsun. Hatta benim rehber ve psikolojik danışman olmamdaki en büyük etken diyebilirim. Hani böyle bir şey yaşayan bir evlat varsa ona bir dokunabilmek adın. Ben birçok şeyi oraya bağlıyorum... Ee tabi bunu okuduktan sonra, o kitapları üniversitede, hocalarımız anlattıktan sonra, kitapları okuduktan sonra bunu çıkarmaya başladım, yani yaşadığım o baş ağrıları ya da kendimi birtakım şeylerden geri çekmem, o özgüven eksikliği hep bu yaşantularıyla bağlantılı...*

Yasemin, similarly attributed her headaches, hypersalivation and difficulty in swallowing to the abuse in childhood which she never talked about this incident to anyone. She said that she recently has been thinking more about this memory as she sees more sexual abuse stories in the media.

I can tell you comfortably that we will never meet again. I was at my grandparents, when someone touched my genitals... I was wearing a red tights, the middle was ripped and that man took advantage of it... Later, when I was sitting at my grandparents, he came again and I recognized it was him, I couldn't remember his face but I knew it was him, I couldn't tell anyone... How I related the saliva, what I wanted but couldn't say, what I saved, I can't spit, I can't explain, I see it in my dreams, I shout, but I don't make a sound. I wonder if the things that I put inside me and can't say are accumulating, you know, some people can't swallow, they accumulate, I collect them and I wonder if I started to be unable to hold them anymore after this age or is this the physical reflection?

### *Original*

*Size söyleyebilirim bir daha görüşmeyeceğimiz için rahatlıkla. Babaannemlerin oradaydım, birisi benim cinsel organıma dokunduğunda... Üstümde kırmızı bir tayt vardı, ortası sökülmüştü ve o adam ondan faydalandı...Daha sonra babaannemlerde otururken yine geldi ve onun olduğunu tanıdım, yüzünü hatırlamıyordum ama onun olduğunu anladım, kimseye söyleyemedim...Tükürüğü de nasıl bağdaştırdım, söylemek isteyip de söyleyemediklerim biriktirdiklerim, tüküremiyorum anlatamıyorum rüyamda görüyorum, bağıriyorum ama sesim çıkmıyor. Acaba diyorum hani böyle içime atıp söyleyemediklerim birikiyor da hani bazı insanlar yutkunamaz ya birikir, ben de bunları biriktirip biriktirip de acaba bu yaştan sonra tutamamaya mı başladım veya bu fiziğe mi yansdı?*

Yasemin also mentioned her father was beating her and her mother and the only thing she remembers in her family was 'violence'. She attributed all these traumatic childhood memories caused her current pain. Tülay, who has reported strong pain and tremors in her legs, similarly talked about the domestic violence in her family while she was a child. She said that she witnessed her mother's suicide while she was talking about how her complaints began and she associated her complaints with these events they experienced in the childhood period:

These pain have existed since my childhood, coinciding with the onset of my problems. I saw my mother's suicide and everything. She had cut her wrists, I was in the 6th grade at that time, I found her, I screamed at the neighbours. I'm crying for mom, mom, they took her in blood, now they got divorced for 5 years, I stayed with my father. My brother stayed with my mother, my brother stayed away from these events anyway, he went to Edirne to study at university, I stayed at the scene. I've thought about suicide a few times too. I think that's why I have this pain, there is no problem with my brother, it happened to me.

### *Original*

*Bu ağrılar çocukluğumdan beri var, yaşadığım sıkıntıların başlamasıyla aynı döneme denk geliyor. Annemin intiharını falan her şeyi gördüm. Bileklerini kesmişti, 6. sınıfa gidiyordum o zaman, ben buldum, çığlık çığlığa komşulara bağırdım. Anne, anne diye ağlıyorum, kanlar içinde götürdüler, şimdi 5 sene oldu boşandılar, ben babamın yanında kaldım. Abim annemle kaldı, abim uzakta kaldı zaten bu olaylardan, o üniversite okumaya Edirne'ye gitti okulda, ben olayların orasında kaldım. Birkaç defa ben de intiharı düşündüm. Bence bu yüzden yaşıyorum bunları da, abimde bir sıkıntı yok, olan bana oldu.*

Some participants tried to find a meaning in their somatic experiences with some religious explanations. This spiritual meaning-making seemed to help them to cope with their suffering. To illustrate, Seçil attributed her pain to some religious themes believing this illness was given to her as a challenge from God in this life and there is a silver lining in all these negative experiences. This explanation probably made her symptoms more reasonable and less frightening to her:

Sometimes I think that, maybe God gives a test to everyone in some way, my test in this world is this disease, but it is a very terrible disease, there are such suras in the Quran, so it really knows about depression, I believe. I am a faithful person. Of course, everyone is a believer in their own way... maybe that's the only thing I can think positive, I suffer from this disease, but sometimes I pray for something that will never happen, thank God, my prayer is accepted, I wonder when God is testing me with illness, that I think as a punishment. Sometimes I think like, but my God, it's like he's rewarding me like this in a way while he's punishing me, it's like I'm giving you this disease, but look, I also accept your prayers, I mean, sometimes I think about these kind of things, thank God, things I pray for are really happening.

### *Original*

*Bazen de şeyi düşünüyorum ee belki de işte Allah herkese bir şekilde bir imtihan vermiş ya bu dünyada benim de imtihanım bu hastalıkmuş ama çok fecii bir hastalık bununla ilgili böyle sureler de varmış kuranda ee bunalımlarla ilgili hakikaten de biliyor ama ben inanıyorum bakın...yani inançlı bir insanım tabi herkes inançlıdır kendine göre de...işte belki de iyi düşündüğüm taraf yalnızca bu, bu hastalığı çekiyorum ama bazen böyle hiç olmayacak bir şeye dua ediyorum Allaha şükürler olsun ki duam kabul oluyor, diyorum ki acaba Allah beni bir şekilde hastalıkla ee şey yaparken sınarken yani ceza gibi düşünüyorum bazen ama tövbe ya rabbim ee bunu vermişken bir anlamda beni böyle ödüllendiriyor gibi, sanki ben sana bu hastalığı veriyorum ama bak senin dualarını da kabul ediyorum gibi yani, bu tür şeyleri de*

*düşünüyorum bazen, şükürler olsun yani böyle bir şey dua ediyorum bir şey için oluyor.*

Statements of Nazife also tend to show that she embraced religion in times of emotional crisis which is specifically the realization of human mortality. After her brother's diagnosis of cancer, she explained she needed faith to cope with and began to search for God. She indicated to an explanation of a divine meaning at the end of the interview. She felt that her body was sending signals, *"Maybe that was a message for me to take care of my life. (God) maybe gave me signals inside which I could not understand. This is something written in Quran."* It can be said that Seçil and Nazife's religious explanations come from Quran on this subject. Although they believed their somatic experiences could be related to spiritual things, they did not make definite judgments but used conditional phrases.

Almost all participants reported that at least one of their parents suffered from similar somatic symptoms. This was perceived by participants as there is a genetic predisposition transmitted between family members and different generations. In this regard, Nazife mentioned that her father showed a similar pattern in the following statement:

We have this illness in our family, most of us have it between the relatives. For example, my father has it, my uncle has it, but I don't know if it's the same. My father can overcome on his own without using any medicine... The last one was because he felt sorry for my brother... He falls on the bed, he says my face and head are numb, he is just weary of life, he does not eat, I don't know exactly, he is withdrawn. My cousin also has it, she is a teacher in Çanakkale, and her daughter is at university, so you can see that our family is very emotional, sensitive, I think, we get offended in a small distress or difficulty. For example, she also falls on the bed, something happens at school, she has an exam, it happens immediately like this.

### *Original*

*Sülalemizde var bu hastalık, çoğu kişide var akrabalar arasında dolaşiyor. Mesela babamda var, amcamda var, onunki aynı mı bilmiyorum ama. Babam hiç ilaç kullanmadan kendi yenebiliyor... En son o da abime üzüldüğünden oldu... Yatağa düşüyor, yüzüm, başım uyuşuyor diyor, o da aynı böyle hayata küsüyor, yemek yemiyor, tam bilmiyorum, içine kapanık. Kuzenimde var, o da Çanakkale'de öğretmen, kızında var o da üniversitede şu an, yani anlayacağınız bizim sülale çok duygusal, hassas galiba, küçücük bir sıkıntıda, zorlukta hayata küsüyoruz. Mesela o da yataklara düşüyor, okulda bir olay oluyor, sınavı oluyor hemen böyle oluyor.*

Seçil stated that her father had experienced similar somatic symptoms due to fear of losing his mother at a very young age and his mother also had the similar problems indicating the 'familial transmission':

My father had experienced something like me for about one year, during the military service or before he went to the military. My grandmother was very sick when my father was still in primary school, she had such diseases, just like us, my father's side is very similar, actually... My father is just like me. Even in primary school, for example, while going to primary school in the village, his friends were playing all together, he would stand back and cry thinking if my mother was going to die. what if something would happen, my mother was very sick. For example, at that time, they go to military in their 20s, I don't know if he experienced such a thing because he was sad and worried about his mother.

### *Original*

*Babam askerliğinde, askere gitmeden önce mi askerde mi yaşamış benim gibi bir dönem böyle bir sene kadar bir şey... Babaannem babam daha ilkokula giderken çok rahatsızmış böyle hastalıkları varmış o da işte bizim gibi bize işte sülaleden geçiyor baba tarafım çok böyle aslında...babam da aynen benim gibi daha ilkokulda mesela köyde işte ilkokula giderken herkes çocuklar arkadaşları oynarmış o çekilirmiş bir kenara annem ölecek mi, annem çok hasta ya bir şey olursa diye düşünüp ağlarmış mesela işte o 20 yaşlarında askere gidiliyor ya o zamanlar o dönemde bir öyle bir şey geçirmiş bilmiyorum acaba annesine çok üzüldüğü dertlendiği için mi öyle bir şey yaşamış.*

Furthermore, Seçil reported that her mother was also very anxious showing a similar pattern of somatic expression. This statement illustrated how somatization rooted in their family and increased in intensity especially when there is an anxiety provoking situation:

My mother is a bit of a timid and fussy person, very timid, for example, we were living in Istanbul at first, I went to primary school there, then we moved to the Vize district of Kırklareli... My father was working at the post office and we were living next to our relatives in Istanbul, there were many acquaintances. In Vize, it was very secluded for us, and the house my father rented was in a secluded place... My mother was very afraid, my father was working until 11 at night, I was going to secondary school at that time, my mother was very afraid of the thief. She was unavoidably scaring us as if the thief would come and something like that, I remember that I was feeling on the edge until my father came home. My mother had heart palpitations, she was waiting her hand here (on the chest), she had headaches due to panic and distress.

### *Original*

*Annem biraz korkak ve pımpirikli, telaşlı bir insan çok korkak mesela biz İstanbul'da oturuyorduk ilk baş ilkokulu orada okudum sonra ee Kırklareli'nin Vize ilçesine taşındık...Babam postanede çalışıyordu ve şimdi İstanbul'da çok böyle tabi akrabalarımızın yanında oturuyorduk böyle tanıdıklar falan çok vardı, Vize'de orası bize çok تنها hani bir de tuttuğu ev babamın biraz böyle şeydi تنها bir yerdeydi... annem çok korkuyordu babam mesaiye kalıyordu gece 11'e kadar, işte ortaokula gidiyordum o zamanlar tabi, ay hırsız gelir annem hırsızdan çok korkar oldu olası, ay hırsız gelecek falan böyle yani bizi de korkuturdu elinde olmadan, biz babam gelene kadar falan diken üstünde yaşadığımı bilirim. Annemin de carpintisi olurdu, eli hep burda (göğsünde) beklerdi, başı ağırırdı panikten sıkıntından.*

Ebru, similarly stated that her mother always had an illness ever since she can remember:

My mother has always been sick for as long as I can remember. Well, he had migraine at that time. Excuse me, she was health freak, when she saw something on TV, there were programs, she would stick it to herself right away, her stomach swells, something else comes out. She always had an illness. There's actually nothing, it's psychological, nothing.

### *Original*

*Benim annem bildim bileli hep hasta. E işte migreni vardı o dönemde. Affedersin hastalık hastasıydı, televizyonda bir şey görürdü, programlar var ya, o hemen kendine yapıştırırdı, işte midesi şişer, işte başka bir şey çıkar. Sürekli bir hastalığı vardı. Ya aslında bir şey yok, onun da psikolojik, bir şeyi yok.*

Çisem stated that her mother was very anxious, and they even hide things from her because she can make it very complicated because of her anxiety. For example,

Çisem shared that she and her brother decided not to tell their father's cancer diagnosis to him. So, they did not tell their mother as well because she would cry 'loudly' and eventually tell him.

My mother is always in panic. She exaggerates things. We didn't tell my mother because she will be panicked, cry, and worst of all, lament. My father didn't have the strength to handle them at that time.

*Original*

*Annem hep paniktir. Olayları büyütür, abartır. Anneme söylemedik çünkü panik yapacak, ağlayacak, en kötüsü de ağıtlar yakacak. Babamın bunları kaldırabilecek gücü yoktu o sırada.*

### **3.2. Deprived Needs in Relationship with Parents and Ambivalent Emotions as an Adult Child**

When the participants were asked to talk about their childhood and family relationships during the interviews, anger towards their parents was the most prominent emotion. Some of the participants directly accepted their anger while some of them indirectly referred in their accounts. The origins of anger stated by the participants were related to distant, neglectful, violent fathers and distant mothers. Deprivation of needs to be loved, cared and protected by parents led them to feel unloved, unimportant, even abandoned as children. Most of the participants reported significant abuse histories. Emotional abuse like humiliating or neglecting was as common as physical abuse which was equally damaging. Witnessing violence between parents was also described. The extract below belongs to Yasemin who reported physical and emotional abuse by her father:

All I think about, from my childhood to this age, is my father's alcohol, his violence against my mother and us, his attitudes, pressures, the way he puts us in trouble, his curses... And how many times did my father forget me somewhere, he forgot like an object, I'm at this age I still can't forget this... Drinker, drunk, and as a father, neither he stood by us, stood behind us, nor supported us... I blame my father for my introversion, I am so angry, the fact that I could not find a way out, I feel very lonely, very lonely inside myself.

### *Original*

*Çocukluğumdan şu yaşıma gelene kadar tek düşündüğüm babamın alkölü, anneme, o bize olan şiddeti, yaklaşımları, baskıları, hani bizi zora sokmaları, küfürleri... Bir de babam beni unuttu kaç kere bir yerlerde, unuttu ya, eşya gibi unuttu, bu yaşıma geldim hala unutamıyorum bunu... İçkici, ayyaş, baba olarak ne bir yanımızda durdu ne bir arkamızda durdu ne destekçimiz oldu... Babamı suçluyorum tabii ki, çok kızıyorum, içime kapanıklığım, hani bir çıkar yol bulamamış olmam, kendimi çok yalnız, kendi içimde çok yalnız hissediyorum gerçekten.*

While Yasemin talked about her father's attitude, she also described her relationship with her mother as cold and distant:

Now, when I look at my own child, I understand things better. I say my father never loved us. After some time, my mother started not to show her love and I felt that she started to lose these emotions. Does it matter if you love your child in the house of such a torturer man, or does it matter if you show it or not... As I said, I compare myself to my mother, because my mother is a person who does not show her love, for example, I kiss my mother's hand rarely, even our hugs are fake. You know, we don't have genuine hugs saying my dear daughter or my dear mother. Because I feel that she does not have these feelings either.

### *Original*

*Şimdi kendi çocuğuma baktıkça daha iyi anlıyorum bir şeyleri. Babam diyor bizi hiç sevmemiş. Bir yaştan sonra annem de sevgisini belli etmemeye başladı ve köreldiğini hissettim. Böyle işkenceci bir adamın evinde olup da sen sevsen ne olur, sevmesen ne olur veya belli etsen ne olur, etmesen ne olur... Ben kendimi biraz anneme benzetiyorum dediğim gibi annem de sevgisini belli etmeyen bir insan olduğu için, mesela ben annemin bayramdan bayrama elini öperim, hani şöyle sarılmamız bile sahtedendir. Hani böyle canım kızım veya canım annem gibisinden hiçbir şekilde sarılmışlığımız yoktur. Çünkü onda da bu duyguların olmadığını hissediyorum.*

Esra described her family as disconnected and told that both mother and father did not spend time with her and they were not there where she needed:



We were not much close with my mom and dad. My mother has always been sick for as long as I can remember. Her problem is also psychological. But that's why she was always busy with herself. So she was not a mother to us. My father used to go to work in the early hours of the morning and arrived at 9 o'clock at night... We couldn't spend too much time together with my family on Sundays. I always thought we were a disconnected family. I usually used to spend time in my room... I was upset about some things, for example, you are a young girl, you want something, you can't buy it, they (my family) didn't buy it, but if it was for something else, they were buying it.

### *Original*

*Annem babamla yani çok şey değildik. Benim annem bildim bileli hep hasta... Onun da psikolojik, bir şeyi yok. Ama bu yüzden hep kendisiyle meşguldü. Bize öyle annelik yapmadı yani. Babamla da işte sabahın kör saati işe gider, gecenin 9'unda gelir... Pazar günleri de çok fazla birlikte zaman geçiremezdik biz ailemle. Kopuk bir aile olduğumuzu hep düşünürdüm ben. Ben zaten genelde odamda vakit geçirirdim... Bazı şeylerde üzülüyordum mesela genç kızsın bir şey istiyorsun, alamıyorsun, almıyorlardı ama başka bir şey için bulunuyordu alınıyordu.*

Esra told a memory about her father's reaction about her anxiety and concentration problems at school. She said that she expected support from her parents, but she felt frustrated:

At that time, I had a perception problem, for example, I was studying like crazy at home. I was also stressed... While I was talking on the board, my face was getting red in front of the public. I failed in the class, I had 9 bad marks due to this perception problem. Then, in the 2nd semester, that is, in the 2nd half term, school principal called my family, and my mother came to school. Experiencing this situation hurt me because I was a successful student before, I mean, throughout my secondary school life... In the evening, my father came home, he got angry. This hurt me a lot... I was very embarrassed, but I remember I expected support, neither my mother nor my father said anything supportive. I got a sick report the day after my mother met the principal, but it hurt so much... I left school, it was the school I wanted the most, my uniforms were hanging behind the door of my room until I got married.

### *Original*

*O dönemde bende şey vardı algılama problemi, mesela evde deli gibi çalışıyordum. Hem de stres oluyordum... Tahtada konuşurken, topluluk önünde işte yüzüm kıpkırmızı oluyordu. Sınıfta kaldım, 9 tane zayıf getirdim bu algılama probleminden dolayı. Sonra 2.dönem yani 2.yılın yarı döneminde müdür ailemi çağırdı işte annem geldi. Bu durumu yaşamak benim ağırımaya gitti çünkü öncesinde ben başarılı bir öğrenciydim yani ortaokul hayatım boyunca... Akşam babam geldi, kızdı, söylendi.*

*O bayağı ağırırma gitti benim...Çok utandım ama bir destek beklediğimi hatırlıyorum, baktım ne annem ne babam öyle bir şey demedi. Annemlerin görüştüğünün ertesi günü de rapor aldım ama çok ağırırma gitti...Bıraktım sonra da okulu, en çok istediğim okuldu ben evlenene kadar benim üniformalarım odamın kapısının arkasında asılıydı.*

Esra also told nothing has changed in her relationship with her parents and they are still as distant as before:

My parents came to my house rarely. My father doesn't come to my house unless he has to. So, as I said, I have been married for 13 years, my father has come to my house 4 times or 5 times. He doesn't. My mother comes and usually mentions her problems that she is sick, she does not ask what is wrong with you. You want a little support behind you. You may not be able to financially support, but everyone needs emotional support.

*Original*

*Benim annem babam benim evime sayılı gelmiştir. Babam mecbur kalmadıkça bana gelmez. Yani ben dediğim gibi 13 yıllık evliyim, benim babam benim evime 4 kere en çok 5 kere gelmiştir. Gelmez. Annem işte gelir, genelde hasta olduğunu dile getirerek kendi dertlerinden bahseder, senin ne derdin var diye sormaz. İnsan istiyor birazcık arkada bir desteğin olsun istiyorsun. Maddi olarak olamayabilirsin ama manevi desteğe herkesin ihtiyacı vardır.*

Berrin described her parents as not caring enough and expressed that she felt unprotected during her childhood. She stated that if her parents were more supportive and caring, she could talk about the abuse and eventually she would not have to experience this difficulty. Berrin seemed angry when she was talking about these memories:

There is no such thing, I say that my child's flesh or bone is mine, not anyone else's. I say this to the parents as well. You have flesh or bone, you should not commend your child to anyone, even to their teachers. Because of what I've been through, if they had been a little caring, controlling, I mean, protective at that time, maybe this wouldn't have happened. I mean, my experiences wouldn't have lasted so long, maybe it would have happened once, maybe twice at primary school age, but they were not controlling. They could protect me, but they did not. How many times did they come to school! For example, when I see my child sad, I don't pin her down, but I know her face shape, for example, my daughter's face, when I see her a little sad, I ask if there is something upsetting her, I ask if something went wrong at school

today. But nobody asked us, nobody came to school and talked to the teacher. When we are sad or thoughtful, nobody asked, so yes, I am angry in this sense. Am I right, yes I am right.

### *Original*

*Yok öyle bir şey, eti de benim kemiği de benim çocuğum kimsenin değil diyorum ben, bunu velilere de söylüyorum, eti de senin kemiği de senin kimseye bu şekilde çocuğumu emanet etmeyeceksin, öğretmen dahi olsa. Çünkü yaşadıklarımın dolayısı yani o noktada hani biraz, ilgili, kontrolcü yani koruyucu olsalardı belki bu kadar olmayacaktı, yani benim yaşadığım şeyler bu kadar uzun sürmeyecekti belki, belki bir kere olacaktı, belki iki kere olacaktı ilkokul çağında ama kontrolcü değillerdi yani. Beni koruyabilirlerdi, ama korumadılar. Kaç kere okula geldiler gördüler! Ben mesela çocuğumu üzgün gördüğüm zaman, sık boğaz yapmam çocuğu ama onu biliyorum ben yüz şeklini mesela kızımın, biraz üzgün göreyim ne oldu seni üzen bir şey mi var diye soruyorum, yolunda gitmeyen bir şey mi oldu bugün okulda diye soruyorum. Ama bize soran olmadı yok, ne okula gelip öğretmenle konuşan oldu, ne yüzünüz asık geldiğinde eee ya da düşünceli olduğunuzda neyin var diye soran oldu, soran olmadı yani evet bu anlamda kızıyor muyum kızıyorum. Haklı mıyım haklıyım.*

Seçil's statements showed she was angry with her mother because she was too worried and overprotective, and she blamed her mother because of the way she raised them. She stated that she has become the person like her mother, although she did not want to be like her:

I blamed my mother for her attitude, like you are being so apprehensive, faintheart, very anxious, being extremely addicted to us, so addicted to us, then she was distrustful of us, but now I do the same thing to my child, is it because of my illness, because we are such incredulous, as if I took all these things from my mother. I was angry with her, why did you do this, maybe my disease is because of you, I blamed my mother for this, but well, I do the same things to my child unavoidably. I was saying I wouldn't do it, but my mom even says sometimes, you were so angry with me that you wouldn't do it.

### *Original*

*Annemi suçlamışumdır senin bu tavırların yani böyle çok evhamlı olman korkak olman çok telaşlı olman çok aşırı bize düşkün böyle üzerimize düşkün olması yani sonra bize güvensizdi yani ama şimdi aynı şeyi ben de çocuğuma yapıyorum bu rahatsızlığımdan dolayı mı, çok böyle pımpirik biri olduğumuzdan, ya sanki annemden bütün bu şeyleri almışım ona kızıyordum niye böyle yaptın senin yüzünden de belki benim bu hastalığım suçladım da annemi bu konuda, ama ee işte ama aynı şeyleri ben de yapıyorum çocuğuma elimde olmadan. Yapmayacağım diyordum ama annem hatta bazen diyor şimdi hani sen yapmayacaktın bana kızıyordun falan.*

In another example, Çisem stated that her mother was not caring to her but showing 'compassion' to her brother:

My mother, how to say it, she was neglectful to me. My father was like trying to compensate it...I did always get on with my father. My mother always seemed to be after her own troubles, but it wasn't like that with my brother. She was always more compassionate towards my brother.

*Original*

*Annem nasıl desem nasıl anlatsam ee ilgisizdi bana karşı. Babam da sanki bunu telafi etmeye çalışır gibiydi...babamla aram hep çok iyiydi. Annem de hep kendi derdinin peşinde gibiydi ama erkek kardeşime karşı böyle değildi yani beni hep ihmal ettiğini düşünüyorum hala da yani. Kardeşime karşı hep daha ee nasıl desem daha şefkatliydi.*

As it can be inferred from the given statements above, most of the participants described ambivalent emotions with a shift from a position of feeling victimized by a parent to seeing that the parent's inability to provide more care probably resulted from the parent's own early deprivation, rather than from an unwillingness or selfishness. In this regard, Yasemin stated that she can understand her mother despite she is still angry:

I'm angry, but she is like that probably because of the beatings. Both from my father and from her own father. My mother's father was also a drinker, my deceased grandfather. But I want to think that my mother always loves us somewhere inside, but she can't show it.

*Original*

*Kızıyorum ama o da yediği dayaklardan büyük ihtimalle böyle oldu. Hem babamdan hem de kendi babasından. Babası da içkiciymiş annemin, rahmetli dedem. Ama annem içinde bir yerlerde hep bizi seviyor diye düşünmek istiyorum, fakat gösteremiyor.*

Similarly, Esra stated that the expression of love has never been physical or verbal in their family and her grandparents were also very rigid, “*My grandparents were also the same, sometimes I admired families which has close bondings.*”

Çisem was more distant when she was talking about her mother and felt herself uncomfortable as she talked about her mother in a negative way. She also stated that lack of attention and care from her mother led her to become stronger and mature indicating a positive side of being neglected, because she had to learn to do everything by herself:

It's rather than anger now, all happened in the past, but I remember, and as I said I had to do everything on my own, thanks to my mother, which made me grow and mature. That's why I even feel lucky. But it's bad, of course... It's like I'm discrediting my mother, but I think of it as I talk, my mother never really supported me. When I was going to give birth, my mother said to me, 'I can't come, your grandfathers have field work, we are dealing with them, did you tell your mother-in-law, will she come?'. I didn't say anything, then I went to the hospital myself, I gave birth, and it was a little earlier than I was told. I warned my husband that he would definitely not tell my mother. Then, after giving birth, we called her and she came, as always, with that expression of being oppressed. She's innocent, everyone seems to be cruel except her!

#### *Original*

*Öfkeden çok oldu bitti bunlar artık ama hatırlıyorum işte, bir de dediğim gibi ben her şeyi kendi başıma yapmak zorunda kaldım annem sayesinde bu da beni büyüttü, olgunlaştırdı. O yüzden şanslı bile hissediyorum. Ama kötü tabii yine de...İyice annemi gömüyorum gibi oldu ama konuştuğça da aklıma geliyor, annem gerçekten bana hiç destek olmamış. Ben doğum yapacağım zaman annem bana dedi ki 'ben gelemeyeceğim işte dedenlerin tarla işleri var onlarla uğraşıyoruz, kayınvalidene söyledin mi o gelecek mi?'. Ben hiçbir şey demedim sonra gittim kendim hastaneye yattım doğum yaptım hatta biraz erken de oldu söylenenden. Eşime tembihledim anneme kesinlikle söylemeyeceksin diye. Sonra doğumdan sonra aradık geldi, yine her zamanki gibi o ifadesiyle boynu bükük mazlum. O suçsuz onun dışında herkes zalim sanki.*

### 3.3. Reflection of the Somatic Symptoms on their Motherhood Experiences

These psychosomatic symptoms in the middle of their lives had many implications. The most problematic consequences were difficulties in taking good care of their children and these difficulties affected their motherhood perception evoking feelings of guilt and belief of inadequacy. For example, Ebru stated that even if she forces herself to complete her responsibilities, she feels inadequate as a mother:

I feel very inadequate because I can't take care of it, my child is 10 years old, he is mature now, so he can understand some things, I feel sorry for him, for example, I need to help him with studying, I need to spend (time) with him, maybe I need to take him somewhere, I can't meet his demands from me. I am also upset, as I said, about my husband's reaction, I am a person who cares about everything, there are relaxed people, I have never been like that, for example, if something needs to be done, it should be perfect for me, it is the same for the work life, I try not to make mistakes, I try to fix the mistake I made.

*Original*

*İlgilenemediğim için çok yetersiz hissediyorum, çocuğum 10 yaşında çünkü akli başında artık yani bazı şeyleri anlayabiliyor, üzülüyorum hani onunla mesela ders yapmam gerekiyor, geçirmem gerekiyor, belki bir yerlere çıkarmam gerekiyor, benden olan isteklerini karşılayamıyorum, e karşılayamadığım için bu sefer ister istemez takıyorum kafaya ona da üzülüyorum, işte dediğim gibi eşimin tepkisine üzülüyorum, her şeyi kafaya takan biriyim geniş insanlar vardır ya hiç ben öyle olamadım yani, mesela bir iş olacaksa o iş tam olmalı benim için iş hayatında da öyleyimdir hani hata yapmamaya çalışırım yaptığım hatayı da telafi etmeye çalışırım.*

Similarly, Seçil stated that she felt inadequate as a mother and blamed herself. She wished to be different from her mother who had made mistakes but she turned into the same mother:

I always blamed myself for my son, I always felt sorry for being such an inadequate mother for him, sometimes I couldn't cook, there were times when I felt so much guilty that I could not be a fully healthy mother and I always felt this sadness inside me.

*Original*

*Hep oğluma karşı çok suçladım kendimi, ona hep böyle eksik bir anne olmaktan yeri geldi yemek yapamadım, yani o kadar vicdan azabı duyduğum zamanlar oldu ki yani tam sağlıklı bir anne olamadım ve onun üzüntüsünü çok yaşadım hep içimde.*

Nazife also made a similar statement that these complaints significantly affect her life and her motherhood when she was asked about how they reflect to her family life:

Constant weakness, unhappiness, I can't do anything, this numbness, pain comes to me, it usually starts around 3 am until bedtime. I have 2 children, my daughter started school this year, I have to take care of her. He has a younger brother too, I'm trying to take care of him, but I don't know if I can give them love because of thinking about my illness. I can't show it, not exactly. I am very sad right now (crying).

*Original*

*Sürekli halsizlik, mutsuzluk, hiçbir şey yapamıyorum, bu uyuma, ağrı bir geliyor bana, genelde 3 gibi başlıyor gece yatma vaktine kadar. 2 tane çocuğum var, kızım bu sene okula başladı, onunla ilgilenmek zorundayım. Kardeşi de var küçük, ilgilenmeye çalışıyorum ama yani ben hastalığımı düşünmekten pek onlara sevgi gösterebiliyorum muyum bilmiyorum. Gösteremiyorum, tam olarak değil. Çok üzüliyorum şu anda (ağlıyor).*

On the other hand, Yasemin and Berrin stated that they became overprotective and anxious mothers because of the abuse history that they reported. Participants did not directly relate this to the somatic symptom but the perceived reason of the symptom. They shared that symptoms make them recognize how important to protect their children. To illustrate, Berrin shared that she taught her daughter to protect herself as her parents did not, but this caused her to perceive every stranger as a threat:

I put too much pressure on my daughter because of this situation I experienced, you know, I'm teaching how to protect herself, here are our private parts, these are not supposed to be touched here, only mother can touch and see, if you are with the doctor, the doctor can see it with your mother, well, but other than that, don't let anyone touch you. You will not. A little while later, I started my job and my

daughter's classroom teacher said to me that "How did you teach self-protection, what kind of pressure did you put on your daughter?" I think I'm just teaching him to protect herself. They were learning a topic, the world spinning around itself. She said I took your daughter out, I just tried to touch her once over lightly, she immediately closed herself like that, then I said Berrin, it means you have crossed the line a little, you should take her again and talk, you should teach which is good touch, which is bad touch. I had put a lot of pressure on her there. When she is going to go somewhere, the simplest example would be a trip for this weekend, she asked for permission last week. I mean, as soon as I hear the word trip, no, I'm in this mood (raising her shoulders) ... I said OK, you can go, but tell me about it! I don't show it to her, but something here gnaws away me. What if something happens, or someone hurts her, or she can't protect herself, or she stays silent, she's afraid and doesn't say anything, I mean, I'm being a little overprotective because I don't want her to experience what I've been through. These headaches also remind me to protect her all the time.

### *Original*

*Bu yaşadığım durumdan dolayı ben kızıma aşırı derecede meğersem baskı yapmışım hani, kendi korumayı nasıl olması gerektiğini anlatıyorum, işte özel bölgelerimiz buralar, buralara dokunulmaması gerekiyor işte anne dokunabilir, görebilir, doktor yanındaysan anne eşliğinde doktor bunu görebilir, ee ama bunun dışında kimsenin sana dokunmasına izin vermeyeceksin. Aradan biraz zaman geçti ben göreve başladım falan kızımın sınıf öğretmeni dedi ki bana, sen dedi bu çocuğa dedi nasıl bir kendini korumayı öğrettin, nasıl bir baskı yaptın dedi. Ben düşünüyorum ki ona sadece kendini korumasını öğretiyorum, ondan sonra işte bir konu işliyorlarmış işte dünyanın etrafında dönmesi. Çıkarttım kızını dedi, sadece şöyle bir dokunmaya çalıştım hemen kendini böyle kapattı, ondan sonra Berrin dedim, demek ki biraz çizgiyi aşmışsın, yeniden karşına alırsın konuşursun, konuşursun, hangisi iyi dokunuştur, hangisi kötü dokunuştur, bunları anlatırsın. Orda ona çok büyük bir baskı yapmışım. Bir yere gideceği zaman, en basiti geçen hafta gezi olacakmış bu hafta sonu, izin istiyor. Ben direk yani, gezi lafını duyar duymaz hayır, bu moddayım (omuzlarını kaldırıyor) ... Tamam dedim gidebilirsin ama sen gel onu bana sor. Belli etmiyorum ona ama şurda bir şey yiyor yani o derece. Ya bir şey olursa, ya biri ona zarar verirse, ya kendini koruyamazsa, ya sessiz kalırsa, korkup bir şey diyemezse, yani, kendi yaşadığım şeyleri yaşamasını istemediğim için biraz fazla ona korumacı davranıyorum. Bu yaşadığım bas dönmeleri falan da bana sürekli onu korumam gerektiğini hatırlatıyor.*

Yasemin similarly added to the statement of Berrin in a way that she wants to protect her child from the threats of outside:

After I became a mother, my fears have been doubled as I said... How much can we take care of our child, I let her play on the street, I can't watch her 24/7 or you know, it used to be like that but, I wouldn't even let the child out on the street anyway, she can only play in front of the door me looking from the window, from the balcony, if something happens, I can't fly to her.



### *Original*

*Anne olduktan sonra korkularım dediğim gibi daha katlandı... Biz ne kadar sahip çıkabiliyoruz çocuğumuza, sokağa salıyorsun oynasın diye, sen onu 7/24 gözetemezsin veya hani tamam eskiden olan bir şey şu an ben çocuğu sokağa bile salmam zaten, ancak kapının önüne onda da pencereden, balkondan bakarak, bir şey olsa uçarak gidemem yanına.*

Yasemin also stated that she feels inadequate because she cannot meet the needs of her daughter and this affects her child's psychological well-being:

I'm not saying I'm beating or something, but I'm making her upset, so I'm aware of that. I can't really care, like a mother. For example, the child needs the mother's attention and compassion and I can't give it to her, the child's psychology is broken, I am aware of it, my husband also says, the child is not psychologically good these days, for example, he tells me to be careful, because my daughter has notably changed, for example, she did not used to lie but she started lying. When I gave her responsibility, she would fulfill it, she would act like a mature girl, she doesn't do it now, she is spoiled, grouchy, as I said, she blames us too, she says you are a bad mother, she says you are bad, she slams the door or something. Since I see myself as a person without feelings, I look at my own daughter at a distance, I love with my eyes, there is no contact. I don't want it because I don't want it even when she hugs me. That's why I find myself weird, I get angry why am I like this, but then I think of my mother, and so is my mother.

### *Original*

*Dövüyorum falan demiyorum ama üzüyorum yani onun farkındayım üzdüğümün. İlgilenemiyorum da anne gibi. Çocuk mesela anne ilgisi şefkat illa ki ister ve ben bunları veremiyorum ona, çocuğun psikolojisi de bozuk onun da farkındayım eşim de diyor zaten çocuğun psikolojisi bu aralar hiç iyi değil dikkat et diyor mesela çünkü gözle görülür derecede değişti kızım yalan söylemezdi yalan söylemeye başladı mesela, eskiden sorumluluk verdiği zaman yerine getirirdi, olgun bir kız gibi davranırdı şu an yapmıyor şımarıklığa vuruyor hurçın, dediğim gibi o da bizi suçluyor sen kötü annesin diyor bana, sen kötüsün diyor, kapıyı falan çarpıyor mesela. Ben duyguları olmayan bir insan gibi gördüğüm için kendimi, kendi kızımı bile uzaktan bakıyorum gözlerimle seviyorum, temas yok. İstemiyorum çünkü o bana sarıldığı zaman bile istemiyorum sarılmasını. Kendimi bu yüzden garipsiyorum, kızıyorum ben neden böyleyim ama sonra annemi düşünüyorum annem de öyle.*

### 3.4. Life Before and After the Symptoms: Comparisons between Past and Current Selves and Others

When they talked about how symptom affected and changed their lives, they made comparisons between their past and current selves. Seçil mentioned her healthy and active past self, indicating a recall of the idealized past where she was working, financially independent, happy and confident:

I had a good job, I had my own money, I was free, I could go wherever I wanted... I became more extraverted when I was working in the office, I used to be shy, it went away, my self-confidence increased... now there is no such thing as joy of living, I constantly cry, I feel bored again. ... I want to work again, actually I worked in an accounting office for 5 years before this illness, I was already sick for the last year, so I barely managed the last year, I mean, so my brain was so full that I could not bother with accounting, now I am not in a position to work even if I wanted to.

*Original*

*Çalışıyordum, güzel bir işim vardı, parama karışılmıyordu, özgürdüm yani, istediğim yere gidiyordum... Büroda çalışırken açılmıştım, eskiden utangaçlığım vardı, o da gitti, özgüvenim geldi... şimdi yaşama sevinci denen bir şey yok, sürekli ağlamak geliyor içimden, müthiş yine can sıkıntısı oluyor... yine çalışmak istiyorum aslında ben 5 yıl muhasebe bürosunda çalışmıştım bu rahatsızlığımdan önce zaten hastalanınca son bir sene zar zor idare ettim artık yani hesap işlerine kafam da basmamaya başladı yani o kadar beynim dolu ve şey ki, şimdi istesem de çalışacak durumda değilim.*

Similarly, Esra stated that she was working so hard before her pain increased and working made her feel better. She told she still wants to work but it is physically impossible for her:

I was working at a very hard, I was in the modeling department, I mean, (I was doing) sewing, cutting and everything, there were 3 doors in our modeling room. I was constantly going in and out of one, I was working very hard like an atom ant, I was working till the mornings, I had such a crazy working system, but it was good for me. Even though I worked hard, I was taking better care of my child... I still want to, but my body seems to oppose it... This is why I sleep 20 hours of 24 hours. I walk holding on to the walls.

*Original*

*Çok yoğun tempo ile çalışıyordum yani modelhane bölümündeydim yani dikişini, kesimini her şeyini, modelhanemizde 3 tane kapı vardı birinden girip öbüründen çıkıyordum sürekli, atom karınca gibi baya yoğun çalışıyordum sabahlamalara kalıyordum, öyle çılgın bir çalışma sistemim vardı ama bana iyi geliyordu o. Çok çalışsam da evladına daha iyi bakıyordum... Hala da isterim ama vücudum sanki karşı çıkıyor... Şimdi bu yüzden gün 24 saat ben 20 saati uyuyorum. Duvarlara tutunarak yürüyorum.*

Yasemin stated that she feels desperate because she cannot work as she did before:

Depending on somebody for a living also hurts me a lot, my husband was not with me after we got married, he was on duty... I was so confident in myself that I used to say that I was not the person to be a housewife, I was working 24 hours without sitting. Now I don't have a job to work.

*Original*

*Bir insanın eline bakmak da bana çok koydu, evlendikten sonra da eşim zaten yanımda yoktu, görevdeydi... ben kendime o kadar çok güvenmişim ki eskiden ben böyle ev hanımı olup oturacak insan değildim diyorum, 24 saat oturmadan çalışıyordum ben. Şimdi ise çalışabileceğim bir iş yok.*

These memories of the past served as a reminder of what had been lost, rather than improving their self-esteem. On the other hand, the participants talked about cognitive coping strategies including a downwards comparison with others. For example, the following account of Yasemin stated that it is difficult for her to live with headaches and bodily pain however, she resisted this feeling by comparing herself to a neighbour who has difficulty to walk without support:

On the one hand, I say ok, I feel very bad, people don't understand, but only who has the same knows, we have a neighbour and she told me to go to a psychologist, she probably felt sorry for me, when we talked like that. For example, she cannot walk without support, so I say I am not like her, at least I have not become that way yet.

### *Original*

*Bir taraftan da diyorum tamam kendimi çok kötü hissediyorum, insanlar anlamaz ama yaşayan bilir, diyorum bir komşumuz var hatta o bana psikoloğa gitmemi söyledi böyle konuştuğumuzda üzüldü herhalde halime...o mesela desteksiz yürüyemiyor, o halde değilim diyorum, en azından o hale gelmedim daha.*

Seçil also compared her difficulties in life with others' lives, not particularly for the symptom or pain but in general:

My brother had babies, I'm sorry for him, he was born with a cleft palate, not a lip, but a palate. I researched a lot about it on the internet, thank God he had the surgery, well, there is nothing wrong with his eating or speaking, but thank God I did not experience anything bad like this. I look at these and thank God, maybe God didn't give me worse, maybe he didn't because he knew... there are much worse diseases, God forbid, fatal, people die from disease in 3 months.

### *Original*

*Kardeşimin bebekleri oldu onun da şeyine üzüldüm yarık damakla doğdu dudak değil de damak. Onu çok araştırdım internetten, Allaha şükür ameliyatını oldu, iyi yani yemesinde de konuşmasında da bir şey yok ama Allaha çok şükür kötü bir şey yaşamadım hani bunun gibi. Bunlara bakıp da şükür ediyorum, Allah bana daha kötüsünü vermemiş belki bilip de vermemiş... çok daha kötü hastalıklar var Allah korusun, ölümlü, insanlar 3 ayda ölüyorlar hastalıktan.*

In contrast, some participants made upwards comparisons with others who are enjoying their lives, emphasizing again their loss and lowering mood as they realised again that they cannot do the things which other people can normally do. In this regard, Nazife compared herself with other people who can have happier lives as she did before:

I see my friends, my cousins, relatives or see them on Facebook, everyone is happy with their life, they are traveling, and when I see them, I become upset, I say that I could be like this now.

*Original*

*Arkadaşlarımı görüyorum, kuzenlerim, akrabalarım ya da Facebook'ta görüyorsun, herkes hayatından memnun, geziyor ediyor, onları görünce de ister istemez üzülüyorum, diyorum ben de şimdi böyle olabilirdim.*

Tülay also reported that her situation prevents her to work and settle down her life, comparing herself with her friends:

I would like to have another life, I could work as normal people do, if these were not happened, I start a job and leave, it doesn't take long... I do not have many friends, but there are some, for example, who have a job, there are those who did not study, but they got married and have children, I feel like I have not achieved anything, as if I am condemned here.

*Original*

*Başka bir hayatım olsun çok isterdim, bunlar olmasaydı ben de normal insanlar gibi çalışabilirdim işim olurdu diyorum, şu halimle işlere girip çıkıyorum, uzun sürmüyor... Çok arkadaşım yok ama bazıları var mesela işi gücü olanlar var, okumayanlar var ama onlar da evlendi çocuğu çocuğu var, ben hiçbir şey başaramamış gibi hissediyorum kendimi, sanki mahkum oldum buraya ben.*

During the interviews, participants emphasized pessimism related to the future and feeling of hopelessness about recovering as they made comparisons between their past and current lives. Seçil shared her fear of becoming worse in the future as she cannot cope with her current problems:

I'm taking medicine, I am not psychologically balanced... what if I lose someone from my family, I am already using drugs, what will they give me, how will I be calmed down, I don't even want to think about it, but sometimes I think of it, after all, my illness has gotten worse so far, I have no hope that I will recover from now on. I wanted to have a second child so much that I couldn't have it just for this reason, I'm 40 now, it will never happen.

*Original*

*İlaç kullanıyorum, psikolojim iyi değil... diyorum ben yarın öbür gün yani ailemden birini kaybetsem nasıl ben zaten ilaç kullanıyorum bana ne verecekler, ben nasıl teskin olacağım, ya onu hiç düşünmek dahi istemiyorum ama bazen aklıma geliyor,*

*sonuçta bu hastalığım hep kötüye gitti şimdiye kadar, bundan sonra da iyileşeceğimden umudum yok. İkinci çocuğumu çok istedim sırf bu sebepten yapamadım ben, artık 40 oldum zaten hiç olmaz.*

Berrin told that although she can better cope with her situation because of her profession as a school counsellor which provides her insight, she stated she has concerns related to future:

Since I'm working as a counsellor, yes, I think maybe I can get over these problems, but I don't know, I still got addicted to these drugs. I'm afraid of that too, I'm wondering if it won't work without them, if I have to live with them. And I think drugs don't have much of an effect, it's a cliché, but it ends in my head, still it doesn't stop, it scares me, I think about how it will be in the future, yes.

*Original*

*İşin içinde olduğum için de evet belki daha atlatabiliyorum bu sorunlarımı diye düşünüyorum ama bilmiyorum gene de bu ilaçlara bağımlı oldum. Ondan da korkuyorum, bunlarsız olmayacak mı, illa bunlarla yaşamak zorunda mıyım diye düşünüyorum. Ki ilaçların da bence çok bir etkisi yok, klişe ama kafamda bitiyor ama demek ki bitmiyor bir şeyler, bu beni korkutuyor, ilerde nasıl olacak diye düşünüyorum evet.*

Yasemin also stated that she has no hope for the future and she does not believe it will be better regarding her symptoms:

When I was a child, I had excitement and happiness, but now there is none, there is not any at all. Believe me, they have been erased from me, all those feelings have been taken away, but I say, am I the one who needs to be treated because my feelings were erased from me, or is it the people who erased them from me? I don't know, but I don't think this is something that will change. I don't have hope for future. I haven't come here until now because I don't believe that there will be a change. Now I came to Dr Serhat because I had to come to take these drugs.

*Original*

*Çocukken bir heves vardı bir mutluluk heyecanım vardı ama şu an hiçbiri yok, hiçbiri yok yani. İnanın benden onlar silinmiş, alınmış o duyguların hepsi ama diyorum ya benden silindiği için tedavi görmesi gereken ben miyim yoksa benden silen insanlar mı? Bilmiyorum ama bence bu değişecek bir şey değil artık. Geleceğe dair bir umudum yok artık. Zaten bir değişiklik olacağına inanmadığımdan şimdiye kadar (psikiyatriye) hiç gelmedim, şimdi mecburiyetten bu ilaçları almak için geldim Serhat Bey'e.*

### 3.5. Need for Support from Significant Others

Somatization is experienced within a social context and affects the family and other relationships. Therefore, having these complaints caused a shift in the participants' social roles and relationships. While some participants reported changed relationships and feelings of isolation and lack of understanding, spouses, families and friends were a great source of social and emotional support for some. Family members and relatives helped with the household and young children. Esra mentioned the support of her mother-in-law and sister-in-law when she was not able to do housework or care her child:

My mother-in-law became a mother to me more than my mother and still she is. Imagine I'm going to work, I'm coming to my house, everywhere is clean, my food is freshly cooked, the table is ready, a woman who prepares everything and leaves, her help is definitely priceless. So is my sister-in-law, we are like sisters and we are very connected.

*Original*

*Benim kayınvalidem yani annemden çok annelik yaptı bana şu an hala öyledir. Ben şimdi atıyorum çalışıyorsunuz, evime geliyorum her yerim tertemiz, yemeklerim yeni pişmiş, masa hazır, çıkıp bırakıp giden bir kadın, ben onun hakkını ödeyemem kesinlikle. Görümcem de öyle, onunla da kardeş gibiyiz çok bağlıyız.*

Çisem stated that her husband tries to sooth her when she has heart palpitation and numbness in her head:

This calming is usually done by my husband, with his suggestions. He says it's ok, calm down. He tries to comfort me, says it's not like that... I say Remzi is my chance. Fortunately, God brought him to me, his calmness, his efforts to comfort me, he became like my psychologist. He is my biggest support. He is always with me while I am experiencing these.

### *Original*

*Genelde bu sakinleştirme eşim tarafından oluyor, onun telkinleriyle. Bir şey yok sakin ol diyor. Beni rahatlatmaya alışıyor, bak durum öyle değil diyor...Remzi benim şansım diyorum. Allah iyi ki ıkarmış onu benim karşıma onun soğukkanlığı beni rahatlatma abaları o benim psikoloğum gibi oldu. En büyük destekçim o benim. Bunları yaşarken hep o benim yanımnda.*

Berrin also mentioned her husband understand her very well because they are both counsellors. Whenever she experiences migraine headaches and blackouts, he encourages her to talk about whatever she thinks:

My husband and I are, fortunately, in the same profession, so I think he understands me better. For a while, these faintings became more frequent. I was going all over the place. At that time, my husband becomes more kind and more loving. He makes me talk, trying to understand what I'm thinking. He even insisted at first and told me to face it, you'll feel better, but I didn't want it... Thank God we don't have such a fight, we get along well. I think he understands me.

### *Original*

*Eşimle Allahtan aynı meslekeyiz, o yüzden beni daha iyi anladığımı düşünüyorum. Bir ara bu bayılmalarım daha çok oldu. Kafa göz gidiyordum artık. O zamanlar eşim daha yumuşak, sevgi dolu oluyor...Konuşturuyor beni neler düşündüğümü anlamaya alışıyor. Hatta o ilk başta çok ısrar etmişti bak gidelim yüzleş daha iyi hissedeceksin diye ama istemedim...Çok şükür öyle kavgamız gürültümüz yok, iyi anlaşıyoruz. Anladığımı düşünüyorum beni.*

The source of attention and care was her parents for Seil. Despite she cannot receive attention from her husband, her parents, especially her father was always available when she needed:

I was very bad 2 years ago, I was at my mother's house on the morning of the feast, my father took me out so we went for a walk in the countryside and forests... I was so bad that I couldn't cope with what I've been through, I had to tell my father that I'm so bad, I'm going to die. My father comforts me, he talks, he tells me... I firstly call him when I feel bad... Well, my father is my best supporter, he is 65 years old, sometimes I pray God to give him a long life. If something happens to him, how can I say, like there will be no one to support me.



### *Original*

*2 sene önce çok kötüydüm bayram sabahı annemlerdeydim o zamanlar, babam beni çıkardı böyle kırıklara, ormanlıklara yürüyüşe gittik... o kadar kötüyüm ki yaşadığım şeyler kendim başa çıkamıyorum, mecburen babama anlatıyorum işte çok kötüyüm baba öleceğim ben bilmem ne. Babam rahatlatıyor beni, konuşuyor, anlatıyor... Hemen onu arıyorum baba kötü oldum diye... İşte yani babam en çok benim destekçim, bazen yaşı 65 diyorum ki Allah'ım ona çok uzun ömür ver sanki ona bir şey olsa diyorum ya beni böyle şey yapacak nasıl diyeyim ee destek olacak kimse kalmayacağı gibi.*

On the other hand, some of the participants did not always find their families supportive. Seçil expressed her psychological and social isolation and she talked about a lack of understanding from her husband and his family despite they live in close proximity. She thought that her husband does not give enough support and if he showed interest and cared about her, she could feel better, which shows her need to get more care from her husband:

My husband is a person who doesn't like to talk anyway, yes he's understanding to me, but you know, he can't understand me very much, he let things slide, he is not very interested, in fact, maybe I would be better if he was a more caring spouse. If he could support me, take care of me... He says that I am doing it myself like his mother, in that sense, he is not as understanding as my father and family. I don't tell him much like my mother-in-law, I only say when I'm very bad, he doesn't yell to me, but he says you are doing it in your own head, so I don't know, he can't understand, I guess because he didn't experience the same, I accepted him in that way, I was very angry from the beginning.

### *Original*

*Eşim biraz zaten konuşmayı sevmeyen bir insan tamam bana anlayışlı davranıyor da hani beni çok anlayamıyor aslında yaşadıklarımı, öyle kendi haline bırakmış bir durumda, pek ilgilenmiyor, aslında daha bir ilgili bir eş olsa belki daha iyi olacağım yani. Destek olsa bana, ilgilense...O da işte annesi gibi sen kendin yapıyorsun diyor, o yönden zaten şey yani babam ailem gibi anlayışlı değil. İşte ona da kayınvalidem gibi pek söylemiyorum, çok kötü olduğumda diyorum yani öyle bağırıyor etmiyor da sen kendi kafandan yapıyorsun diyor yani işte ne bileyim anlayamıyor yani yaşamadığı için herhalde, öyle bulduruyorum baştan çok kızıldım.*

She also talked about the negative attitude of her mother-in-law about her symptoms.

In response to the perceived lack of understanding, she had developed a defensive style in communication with her:

My mother-in-law is very intolerant, she never understood my illness anyway... I mean, her being unsympathetic affected a lot to me at first, she doesn't even want to hear it, she can't stand it, I don't tell her at all, but she has changed a little bit in the last years because I had to scold her when necessary. I had to do so because there were times he made me angry about my illness.

*Original*

*Kayınvalidem çok anlayışsız o zaten hiçbir zaman anlamadı benim hastalığımı... yani onun da anlayışsız olması beni zaten ilk zamanlar çok şey yaptı ya o lafını bile duymak istemiyor tahammül edemiyor hiç anlatmıyorum zaten ona ama son senelerde birazcık işte şey yaptı o da çünkü onu yeri geldiğinde terslemek zorunda kalıyorum yani çünkü çok sinirlerimi bozduğu zamanlar oluyordu öyle hastalığımla ilgili işte yani.*

The lack of understanding left them feeling vulnerable to being rejected and they gave up talking about their pain or symptoms. Yasemin stated that her husband does not understand, and support her, so she does not talk to him anymore:

My husband also tells me that I am getting concerned about everything necessary or unnecessary, he says, let it go, if it's not like that, don't worry so much. And I wish I could, I wish I could. For example, my husband is a person who can easily get to sleep and he blames me for not being able to sleep... I think that the other people, especially my husband, does not understand me at all or listens to me in another way, I always say to him that he doesn't listen to me with his ears or something... I don't tell my husband anymore, because it doesn't matter either I told it to this wall or I told my husband.

*Original*

*Eşim de diyor ya gerekli gereksiz her şeyi takıyorsun diyor bana, ha bırak diyor ya oluruna bırak, öyleyse öyle, öyle değilse öyle değil hani bu kadar takma. Ben de diyorum keşke elimde olsa hani elimde değil. Eşim dönüp uyuyabilen bir insan mesela, ben uyuyamadığım için beni suçluyor... Karşı tarafın yani özellikle eşimin beni hiç anlamadığını veya başka bir yeriyle dinlediğini düşünüyorum sürekli de ona diyorum sen beni kulağınla dinlemiyorsun falan... Eşime anlatmıyorum artık ben de çünkü ha şu duvara anlatmışım ha eşime anlatmışım.*

## **CHAPTER 4**

### **DISCUSSION**

This study aimed to understand how individuals with somatic symptoms understand their complaints, what their experiences related to their symptoms are, and how symptoms affect their relationships. For this purpose, interviews were conducted with the participants, and five themes emerged as a result of the interpretative phenomenological analysis: ‘Explanations for the somatic symptoms’, ‘Deprived needs in relationship with parents and ambivalent emotions as an adult child’, ‘Reflection of the symptoms on their motherhood experiences’, ‘Life before and after the symptoms: Comparisons between past and current selves and others’ and ‘Need for support from significant others’.

#### **4.1. Explanations for the Somatic Symptoms**

Participants who have a long history in medical services to find out what their illnesses were still confused with source of the problem. They reported that they could not understand why these symptoms still exist despite it seems nothing wrong with their body in terms of medical examinations. Uncertainty is an important concept in long-lasting health conditions and its related distress (Wright et al., 2009). Also, the information which is available to the somatizing patients to help them in their understanding is not enough (Locker, 1991). Uncertainty has been found in

correlation with distress, helplessness and increase in the pain (Idler, 1993), when it lasts for a long time without recovery or believed to be no reason in origin.

The participants in this study, when trying to make sense of their experience, freely talked about their symptoms however referred their feelings of uncertainty and confusion. As the attribution theory suggested, searching for a meaningful explanation and reason is an ordinary response under such uncertainty (Brewin, 1988) and it becomes more difficult in somatization to establish any form of useful explanation. Patients with psychosomatic complaints use 'common-sense' concepts to construct their own meaning and representation of illness when they cannot find a factual explanation (Leventhal & Diefenbach, 1991). According to Holzman and Turk (1986), patients rely on general beliefs and attributions, which determine the meaning and significance of the problem, based on prior learning when there is uncertainty.

Although the participants in this study were not generally satisfied with their understanding of somatic problems since their efforts to understand the uncertainties in their symptoms had only caused distress, they associated the causes of their complaints with some stressful life events which can be explained by the diathesis-stress model. This model suggests that a triggering experience contribute to difficulties in individuals who perceive bodily symptoms as signs of a more serious problem. It basically suggests that stressful experiences and the vulnerability together function behind psychological problems (Turk, 2002). This vulnerability was described by the participants as having anxious parents and a genetic inheritance.

Associating with the emergence of their complaints, two of the participants reported that they had sexual abuse experience in their childhood. It's debatable if individuals who experienced sexual abuse can forget and then retrieve their memories of these earlier traumas. While some psychotherapists think that sexual abuse can be so traumatic that the person repress this memory, others think that sexual abuse memories can be recreated and do not reflect reality (King, 2009). Childhood sexual abuse has been found to correlate with higher levels of somatic concerns (Hall & Hall, 2011) and patients who attributed their symptoms to a specific event reported significantly higher levels of emotional distress, life interference and pain severity (Turk, 2002). Somatization symptoms among sexual abuse victims are usually related to pelvic pain, gastrointestinal problems, headaches, and difficulty in swallowing (Ratican, 1992), which is consistent with the symptoms of participants.

In their statements, all participants reported that at least one of their parents were highly anxious. This is consistent with the context of attachment theory which describes attachment as a unique relationship between a child and parental figure that is the foundation for further healthy development (Bowlby, 1982). Research supports that secure attachment has an impact on healthy communication style and emotional regulation, and resilience (Cassidy, 1990). Considering that is an inherent response and behavioural system based on their experiences with parents, they had anxious attachment style and it has been transmitted between generations. Identification with the anxious parent who had always bodily complaints could also explain this transmission of anxiety between parent and child from a different point of view. Growing up with a parent in a state of anxiety not only have momentarily effects but

also have long term debilitating effects on children as Freud (1933) described identification as a process of internalizing the parent's set of values. According to the interviews, an anxious parental figure had also somatic problems and illnesses. Being exposed to an ill parent in childhood may be a risk factor for somatization in adulthood and these individuals are more likely to report symptoms and to visit medical services than children of other mothers (Craig & Klein, 2002).

#### **4.2. Deprived Needs in Relationship with Parents and Ambivalent Emotions as an Adult Child**

Participants directly or indirectly reported anger towards their parents because of their deprived needs for to be loved, cared and protected. This led them to feel unloved, unimportant, even abandoned as children. Most of the participants also reported significant physical abuse histories. Similarly, findings in the literature suggested that parental low care and high overprotection during childhood has been found to be risk factor for physical symptoms and the patients' need for psychosomatic treatment in adulthood (Shibata et al., 2020).

Another study indicated that experiencing poor family functioning at age 15 has a link with amplifying somatic symptoms in the future and the association between a poor social environment in the family and somatic symptoms has been showed. Also, individuals who have experienced two or more life events until the age 15 tended to report more somatic symptoms as adults (Winding & Andersen, 2019).

Participants displayed ambivalent emotions during the interviews. While they had feelings of anger due to the neglectful relationships with their parents, they also felt

guilty when sharing these feelings. Feeling guilty resulted in anxiety keeping them from caring for their own needs selfishly which in turn contributed to the anger and maintained the anger and guilt loop. These ambivalent emotions have been found to be strongly associated with their parents' poor health or the understanding their difficult relationships with their own parents, as in the research of Suitor et al, (2011) which explored the feelings of ambivalence and found positive relationships between ambivalence and psychological well-being reported by adult children.

#### **4.3. Reflection of the Symptoms on their Motherhood Experiences**

In this study, mothering experiences of participants were substantially influenced by their somatic complaints and they felt that they were left with few resources to cope with parenting. This led emotional consequences for mothers including guilt, despair, belief of inadequacy and "not being there," all of which clouded interactions with children. Participants stated that dealing with themselves and trying to care for and protect children often became a dual burden and participants blamed themselves for not spending enough time with children.

Similarly, in a study conducted by Evans et al. (2005), most mothers felt that dealing with pain and bringing up children was difficult. Either children suffered and had to brave their mother's unavailability and distress, or mothers taxed themselves by performing parenting duties even when their pain made functioning difficult.

Previous research exploring parenting difficulties while living with pain experiences (Evans et al., 2005) showed that most mothers reported problems with childcare.

Difficulties extended from physical parenting tasks such as preparing meals to not being emotionally available for children.

Another study showed that mothers' exhaustion was dominated by feelings of guilt. Participant mothers felt guilty even if they were not tired when they were forcing themselves to be perfect in their mothering role, and when they felt overwhelmed, the mothers began to perceive themselves as inadequate moms. As a result, they began to push themselves more, which increased their anxiety levels. The tired moms perceived themselves as damaging for their kids, which is maintaining the feelings of guilt (Hubert & Aujoulat, 2018).

As reported in our study by four mothers, they felt guilty and blamed themselves when they believed they could not do enough for their children because of stress related factors and they believed that they were not a 'good enough mother', which is a concept developed by Winnicott (1953) to explain that there is no perfect mother and striving to be perfect would eventually deteriorates mothers' genuine skills. Similar to the study of Hoghughi and Speight (1988), participants had serious difficulties to keep up with their role in home and responsibilities toward their children due to their symptoms. So, they reported being emotionally removed themselves from their relationships with children, which in turn made them feel worse. They stated they felt guilt and shame as mothers. Also, the mothers reported that they were underestimating the time they spent with their children but focused on what they are missing as a mother. Therefore, *good enough mother* term might be helpful for mothers to embrace what they do for their children and lower their ideal goals (Hoghughi & Speight, 1988).



#### **4.4. Life Before and After the Symptoms: Comparisons between Past and Current Selves and Others**

Participants, indeed, divided their life into two parts as before the symptoms and after the symptoms and made comparisons between their past and current lives and also other people. This indicated how their symptoms had damaged their self-concept and left them feeling to lose their past selves. Talking about their symptoms reminded past memories and the self they still desire to be, so revealed the changes and missing parts in their lives.

Individuals suffering from psychosomatic symptoms may try to understand their symptoms by using some coping strategies (Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003). Coping strategies can be cognitive focused or more behaviourally focused (Grossi, Soares & Lundberg, 2000). In this study, the participants' cognitive coping strategies and the need to repair their self-concept under the effect of a somatic problem appeared to be a recurring theme. Comparing themselves with others helped them to deal with and anxiety. As Festinger (1954) proposed that individuals need to compare themselves if they do not have objective assessments. The participants utilized two types of comparisons with other people around them attempting to evaluate their situation. They compared themselves downwards with the worse conditions and upwards with better ones. Studies have suggested that downward comparisons which people compare themselves with a worse situation can help with well-being and upward comparisons may provide an inspiration to improve themselves (Taylor & Lobel, 1989). On the other hand, they may also show individuals what they lost after they had the symptoms. These comparisons should be

evaluated within their personal context considering that they are a part of dealing with anxiety and meaning making of their symptoms.

Lastly, while comparing their current and past selves, participants mentioned some future expectations. Hopelessness for recovery and taking the medication were in the central parts of their concerns. For most of them, medication was a daily ritual, however there was ambivalence about taking medication because of the fear of getting addicted and nothing will help with their symptoms if they develop a tolerance. A fear of addiction and side effects of medication has been reported by Horne and Weinman (1999), on the other hand it was perceived as essential for managing their pain.

#### **4.5. Need for Social Support from Significant Others**

As reported by the participants experiencing psychosomatic symptoms, the need for social support and understanding from their families and friends occurred as an important theme. Some participants were offered the social support by their families while the others reported that awareness and understanding of their families for their suffering was very poor. The perceived support of family has been associated with lower levels of depression in a range of patients as reported in a literature review (Roy et al., 2001) and higher levels of life satisfaction (Ali et al., 2010). In this study, participants who reported they had the support from their husbands were the higher in functionality. As Cohen and Wills (1985) proposed in their 'stress buffering hypothesis', social support works as a protective factor under stressful life events, helping individual to maintain their resilience with coping with stress. For example,

perceived support for Berrin decreased the effects of her pain and negative emotions. Therefore, the encouraging reactions of husbands to expressions of pain or lowered mood were highly valued by the participants.

On the other hand, most of the participants stated their families, especially husbands, do not really understand them although they received instrumental support such as help with the house chores. So, not all the participants talked positively about spouse support. Their statements such as “he doesn’t understand how it feels like because he never had it” indicated the feelings of isolation in the experience of suffering. One of the participants talked about her husband’s scepticism towards her complaints and receiving little emotional support as she also has difficulty to manage her life behind her symptoms as consistent with the finding that maladaptive coping has been shown to be related to perceived negative attitudes and responses from spouses (Manne, & Zaruta, 1989). Moreover, looking for support from others under stress has been found to decrease under certain circumstances (Buunk & Hoorens, 1992) such as feeling discredited by others and being unable to reciprocate social support (Charmaz, 1983).

## CHAPTER 5

### CONCLUSION

#### 5.1. Conclusion and Clinical Implications of the Study

Participants verbally expressed their experiences of emotional distress while talking about their somatic complaints. Lack of social and marital support, financial difficulties, history of domestic violence and sexual abuse and difficulties of motherhood were contributing factors to their stress levels. Comorbidity of anxiety and depression in most of the participants also showed the link between psychosocial stress and somatic symptoms. Participants were actually aware of this relationship and had insight as they found some explanations for their symptoms linking them to painful emotional insight. For this reason, indicating the relationship between psychosocial factors and symptoms may not be a necessary intervention as they already articulated it themselves. This awareness, however, might be because they attended at least one appointment with psychiatrist in the past. Nevertheless, it is important to point out that focus of the treatment is not finding an explanation but understand the unique function of the symptom to be able to eliminate it.

Given there are sometimes negative experiences of patients in the health system, looking at the relationship of health care provider with the patients with somatization is important. Somatization can also be a challenging issue for health professionals and the majority of them may feel insufficient and tend to make generalizations when

they encounter patients with somatic concerns because they are not specifically educated to address psychosocial issues. Therefore, while it is important to know that professionals, especially therapists working with patients with somatization should establish a good therapeutic rapport with the patients to address the meaning and help patient to understand what they need to verbalize their stress. So, patients also might be more receptive in the treatment process, feeling that their problems are taken seriously. Another qualitative study with health care professionals working with somatization in Turkey could address the issues from the other perspective.

## **5.2. Limitations and Strengths of the Study**

This study has some strengths and limitations. First of all, the study met the requirements of a qualitative research. Interpretative Phenomenological Analysis was used as a methodology to provide a deeper understanding of individual experiences of somatization from a cultural view. Trustworthiness of the study was engaged by the researcher following the specific guidelines of the methodology. A homogeneous sample was also selected in accordance with the predetermined recruiting criteria. In addition, somatization is a confounding problem for the health care system across the world, however its investigation in Turkey within a cultural context which enables professionals to better understand these individuals with somatic complaints and what their needs are instead of approaching patients from only a diagnostic perspective. As stigmatization is a very prominent issue for these individuals, focusing on the personal experiences and showing that they are understood helped them to open up their experiences. In addition, subjectivity of participants was valued as coming up with generalizations is not the aim of the study.

This study has also some limitations. First limitation is the number of interviews conducted with participants. As these participants were the patients seen by the doctors in the hospital, they were interviewed only one time. However, the average interview time which allows participants to freely talk about their experiences partially eliminated this disadvantage of conducting one interview. Also, participants were comfortable talking about their experiences, indeed, some participants stated they feel so comfortable in the interview that they are talking about some topics for the first time in their lives. Nonetheless, it could be a limitation of the study since a second study was not conducted to clarify some points occurred in the preliminary analysis.

## REFERENCES

- Aisenstein, M., & Gibeault, A. (1991). The work of hypochondria. A contribution to the study of the specificity of hypochondria, in particular in relation to hysterical conversion and organic disease. *The International journal of psycho-analysis*, 72 ( Pt 4), 669–681.
- Al Busaidi Z. Q. (2010). The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective. *Sultan Qaboos University medical journal*, 10(2), 180–186.
- Alase, A. (2017) The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. *International Journal of Education & Literacy Studies*, 5, 9-19. <https://doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.5n.2p.9>
- Ali, A., Deuri, S.P., Deuri, S.K., Jahan, M., Singh, A.R., & Verma, A.N. (2010). Perceived social support and life satisfaction in persons with somatization disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 19(2), 115-8. doi: 10.4103/0972-6748.90342. PMID: 22174534; PMCID: PMC3237127.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC.
- American Psychiatric Association Division of Research. (2013). Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5: Somatic symptom and related disorders. *11(4)*, 525–527.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition) (1980). *American Psychiatric Association*, Washington, DC.
- Ashworth, P. (1999). “Bracketing” in Phenomenology: Renouncing Assumptions in Hearing About Student Cheating’, *Qualitative Studies in Education* 12(6): 707–21.
- Barrows D. M. (1995). Functional capacity evaluations of persons with chronic fatigue immune dysfunction syndrome. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 49(4), 327–337. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.4.327>

- Barsky, A. J., & Borus, J. F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine*, *130*(11), 910–921. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00016>
- Barsky, A.J., & Klerman, G.L., (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, *140*, 273-283.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of general internal medicine*, *16*(4), 266–275. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x>
- Barsky, A.J., Ettner, S.L., Horsky, J., & Bates, D.W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*. *39*, 705.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.
- Bermingham, S. L., Cohen, A., Hague, J., & Parsonage, M. (2010). The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. *Mental health in family medicine*, *7*(2), 71–84.
- Bermejo, I., Nicolaus, L., Kriston, L., Hölzel, L., Härter, M., & Vergleichende (2012). Culture sensitive analysis of psychosomatic complaints in migrants in Germany. *Psychiatrische Praxis*, *39*(4), 157-63. doi: 10.1055/s-0031-1298903. PMID: 22334132.
- Biggerstaff, T., & Thompson, A. R. (2008). Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*, *5*, 214–224.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, *52*(4), 664.
- Breuer, J. & Freud, S. (1981). Studies on Hysteria, *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, James Strachey, II:1-305. London: The Hogart Press.



- Brewin, C. R. (1988). Explanation and adaptation in adversity. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 423–439). John Wiley & Sons.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. Guilford Press.
- Buunk, B. P., & Hoorens, V. (1992). Social support and stress: The role of social comparison and social exchange processes. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(4), 445–457. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb01018.x>
- Canellopoulos, L. (2010). The bodily event, jouissance and the (post) modern subject. *Recherches en Psychanalyse*, 10(2), 321a-328a.
- Cassidy, J. (1990). Theoretical and methodological considerations in the study of attachment and the self in young children. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 87-119.
- Chan, Z. C., Fung, Y., & Chien, W. (2013). Bracketing in Phenomenology: Only Undertaken in the Data Collection and Analysis Process. *The Qualitative Report*, 18(30), 1-9. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2013.1486>
- Chapman, L. (1999). Psychosomatic disorders: A psychoanalytic category. Retrieved from <http://www.therapeia.org.uk/documents/Psychosomatics.pdf>
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 660–667. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000021948.90613.76>
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*, 5(2), 168–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- Chaturvedi, S. K., Desai, G., & Shaligram, D. (2006). Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 18(1), 75–80. <https://doi.org/10.1080/09540260500467087>
- Cloninger, C.R., Martin, R.L., Guze, S.B. & Clayton, P.J. (1986a). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *Am J Psychiatry* 143, 873-878.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

- Connelly, L. M. (2016). Trustworthiness in qualitative research. *Medsurg Nursing, 25*(6), 435.
- Costa, P.T., & Mc Crae, R.R., (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging. *American Psychologist, 40*:19-28.
- Craig, T. K., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 163*, 579–588. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.5.579>
- Craig, T. K., & Klein, K. (2002). Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychological Medicine 32*(5), 805-16. doi: 10.1017/s0033291702005846.
- Craig, T. K., Drake, H., Mills, K., & Boardman, A. P. (1994). The South London Somatisation Study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 165*(2), 248–258. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.248>
- Cramer, P. (2006). Protecting the self: Defense mechanisms in action. *New York, NY: The Guilford Press.*
- Creed, F. (2006). Can DSM-V facilitate productive research into the somatoform disorders?. *Journal of psychosomatic research, 60*(4), 331–334. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.02.007>
- Creswell, J. W. (1998). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Sage Publications, Inc.
- Cromby, J. (2012). Feeling the way: Qualitative clinical research and the affective turn. *Qualitative Research in Psychology, 9*, 88–98.
- David-Menard, M. (1989). Hysteria from Freud to Lacan : body and language in psychoanalysis. Ithica: Cornell University Press.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 43*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.1>
- De Zwaan, M., & Muller, A. (2006). Doctor shopping: the difficult-to-manage patient. *The Wiener Medizinische Wochenschrift, 156*, 431–434. doi: 10.1007/s10354-006-0324-3.

- Dersh, J., Polatin, P. B., Leeman, G., & Gatchel, R. J. (2004) The management of secondary gain and loss in medicolegal settings: strengths and weaknesses. *Journal of Occupational Rehabilitation, 14*, 267-79.
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *International Review of Psychiatry, 18*(1), 25-33.
- Escobar, J., & Canino, G. (1989). Unexplained physical complaints: psychopathology and epidemiological correlates. *British Journal of Psychiatry, 154*(4):24–7.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa's meaning to patients: a qualitative synthesis. *Psychopathology, (42)*, 69-80. doi: 10.1159/000203339
- Evans, S., Shipton, E. A., & Keenan, T. R. (2005). Psychosocial functioning of mothers with chronic pain: a comparison to pain-free controls. *European Journal of Pain, 9*(6), 683-690.
- Feeney, J.A. (2001), Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development, 26*, 277-288. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00146.x>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations, 7*(2), 117-140.
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jorgensen, P. (1999). Somatization in primary care. *Psychosomatics, 40*, 330–8.
- Freud, S., (1895). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description “anxiety neurosis.”, *3*, 85-115.
- Freud, S. (1905). Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria (1905 [1901]). The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works, 1-122.
- Freud, S. (1915). *The unconscious*. SE, 14: 159-204.
- Freud, S. (1917). A metapsychological supplement to the theory of dreams. In J. Strachey Ed.) & C. M. Baines (Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 222–236) (Original work published 1917). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1933). New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. In J. Strachey et al. (Trans.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXII. London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1953). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. (Translator) James Strachey, 24, London: Hogarth.
- Gill, M. J. (2014). The Possibilities of Phenomenology for Organizational Research. *Organizational Research Methods*, 17(2), 118-137.
- Grossi, G., Soares, J.J.F. & Lundberg, U. Gender differences in coping with musculoskeletal pain. *Int. J. Behav. Med.* 7, 305–321 (2000).  
[https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM0704\\_03](https://doi.org/10.1207/S15327558IJBM0704_03)
- Hall, M., & Hall, J. (2011). The long-term effects of childhood sexual abuse: Counseling implications.  
[http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article\\_19.pdf](http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Article_19.pdf)
- Hartvig, P., & Sterner, G., (1985). Childhood psychologic environmental exposure in women with diagnosed somatoform disorders. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 13, 153-157.
- Heredia Montesinos, A., Rapp, M., Temur-Erman, S., Heinz, A., Hegerl, U., & Schouler-Ocak, M. (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. *European Psychiatry*, 27(S2), S22-S26. doi:10.1016/S0924-9338(12)75704-8.
- Hilderink, P.H., Collard, R., Rosmalen, J.G., & Oude Voshaar, R.C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 151-6. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.004. Epub 2012 Apr 28. PMID: 22575906.
- Hiller, W., & Fichter, M.M. (2004). High utilizers of medical care: A crucial subgroup among somatizing patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (4), 437-443, ISSN 0022-3999, [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00628-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00628-7).
- Hoghugh M, Speight ANP. (1998). Good enough parenting for all children—a strategy for a healthier society. *Arch Dis Child*, 78, 293–300.
- Hollifield, M. (2004). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth ed. Sadock BJ & Sadock VA (eds) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Holzman, A.D. & Turk, D. C. (eds) (1989) *Pain Management: a Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Pergamon Press, New York.

- Hoover, C.R., (1998). Somatization and Psychological Distress in Mexican American Immigrant Women: Literature Review and Qualitative Analysis. Masters Thesis. University of California, Berkeley.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Ed.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 155–188). Harwood Academic Publishers.
- Horne, R. and Weinman, J. (1999) Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555-567. doi:10.1016/S0022-3999(99)00057-4
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse researcher*, 20(4), 12–17. <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.12.e326>
- Hubbard, G., Backett-Milburn, K., & Kemmer, D. (2001). Working with emotion: Issues for the researcher in fieldwork and teamwork. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 4(2), 119-137. <https://doi.org/10.1080/136455701750158886>
- Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). Parental Burnout: When Exhausted Mothers Open Up. *Frontiers in psychology*, 9, 1021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01021>
- Hulme, P.A., (1996). "Somatization in Hispanics" *College of Nursing Faculty Publications*. 49. [https://openprairie.sdstate.edu/con\\_pubs/49](https://openprairie.sdstate.edu/con_pubs/49)
- Husserl, E. (1931) Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology, translator Gilson W. R. B.. New York: Humanities Press, Original work published 1913.
- Idler, E.L. Perceptions of pain and perceptions of health. *Motiv Emot* 17, 205–224 (1993). <https://doi.org/10.1007/BF00992220>
- Jana, A. K., Praharaj, S. K., & Mazumdar, J. (2012). Current debates over nosology of somatoform disorders. *Industrial psychiatry journal*, 21(1), 4–10. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.110939>
- Jobst, D. (2006). Family doctors - How would they diagnose a somatoforme disorder? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 82, 209–213. doi: 10.1055/s-2006-933405

- Johnson Wright, L., Afari, N., & Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: a review. *Current Pain and Headache Reports*, 13(2), 133-8. doi: 10.1007/s11916-009-0023-z. PMID: 19272279.
- Karlsson, J., Eriksson, B. I., Bergsten, T., Rudholm, O., & Sward, L. (1997). Comparison of two anatomic reconstructions for chronic lateral instability of the ankle joint. *The American journal of sports medicine*, 25(1), 48–53. <https://doi.org/10.1177/036354659702500109>
- Katon, W., Kleinman, A. & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review: Part I. *The American Journal of Medicine*, 72(1), 127-135, ISSN 0002-9343, [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(82\)90599-X](https://doi.org/10.1016/0002-9343(82)90599-X).
- Katon, W., Ries, R. K., & Kleinman, A. (1984). The prevalence of somatization in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 25(2), 208–215. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(84\)90009-9](https://doi.org/10.1016/0010-440X(84)90009-9)
- Kellner, R. (1990). Somatization. Theories and Research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 150-160.
- Kidd, T., & Sheffield, D. (2005). Attachment style and symptom reporting: examining the mediating effects of anger and social support. *British journal of health psychology*, 10(Pt 4), 531–541. <https://doi.org/10.1348/135910705X43589>
- King, B. M. (2009). Human sexuality today (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Laumann, E., Pail, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of American Medical Association*, 281, 537- 544.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (Eds.). (1991). *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Association.
- Kirmayer, L.J., Robbins J.M., (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Paris Journal of Abnormal Psychology Feb; 103(1):125-36*.
- Kirmayer, L., & Robbins, J. (1996). Patients who somatize in primary care: A longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26, 937-951.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 420–430. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006>

- Kroenke, K., & Spitzer, R. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-5.
- Lane, R.D. & Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry* 144: 133-143.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1973). *The language of psycho-analysis*. (Trans. Donald Nicholson-Smith). W. W. Norton.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272). Springer, New York, NY.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). Routledge.
- Lipsitt, D.R. (1974). Psychodynamic Considerations of Hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23(1/6), 132–139. <http://www.jstor.org/stable/45114255>
- Lipsitt, D. R. (2015). Leigh & J. Streltzer (Eds.), *Handbook of consultation-liason psychiatry* (2nd ed., 317–334). New York: Springe
- Lipowski, Z.J. (1987). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3-4), 160–167. <https://doi.org/10.1159/000288013>
- Lipowski Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American journal of psychiatry*, 145(11), 1358–1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social science & medicine*, 73(9), 1436–1443. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.034>
- Locker, D. (1991). Living with chronic illness. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as Applied to Medicine*. London: BailliPre Tindall.
- Mai, F.M., & Merskey, H. (1981). Briquet's concept of hysteria: an historical perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 57-63.
- Mai, F.M. (2004). Somatization disorder: a practical review. *Can J Psychiatry* 49, 652-662.

- Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. *Sexual and Relationship Therapy, 17*(4), 321-327.
- Manne, S., and Zaruta, A. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 608–617.
- Marin, C., & Carron, R. (2002). Évolution historique du concept de somatisation, L'Évolution Psychiatrique, 67 (3), 506-515, ISSN 0014-3855, [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(02\)00150-0](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(02)00150-0).
- Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1985). The stress–alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics, 43*(4), 169–176. <https://doi.org/10.1159/000287876>
- Martin, R., & Yutzy, S. (1999). The somatoform disorders. In: Hales R, Yudofsky S, Talbot J. *Textbook of psychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Press. 673–5
- Mechanic, D., (1980). The experience and reporting of common physical complaints. *Journal of Health and Social Behavior, 21*: 146-155.
- Mechanic, D., (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine, 16*: 1-7.
- Morawa, E., Dragano, N., Jöckel, K.H., Moebus, S., Brand T., & Erim, Y., (2017). Somatization among persons with Turkish origin: Results of the pretest of the German National Cohort Study, *Journal of Psychosomatic Research, 96*, 1-9, ISSN 0022-3999, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.014>.
- Montesinos, H., Rapp, M., Temur-Erman, S., Heinz, A., Hegerl, U, & Schouler-Ocak, M. (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists. 27*(2). S22-6. 10.1016/S0924-9338(12)75704-8
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology, 52*(2), 250.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation [Editorial]. *Qualitative Health Research, 5*, 147–148.
- Murray, A. M., Toussaint, A., Althaus, A., & Löwe, B. (2013). Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. *Systematic reviews, 2*, 99. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-99>



- Niemi, P. M., Portin, R., Aalto, S., Hakala, M., & Karlsson, H. (2002). Cognitive functioning in severe somatization--a pilot study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *106*(6), 461–463. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01445.x>
- Nightingale, D.J. & Cromby, J. (1999). *Social Constructionist Psychology a Critical Analysis of Theory and Practice*.
- Osborn, M., & Smith, J. A. (1998). The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, *3*(1), 65-83.
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, *53*(3), 257-278. doi:10.2307/3349493
- Parsons, C.D., & Wakeley, P. (1991). Idioms of distress: Somatic responses to distress in everyday life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, *15*, 111–132 <https://doi.org/10.1007/BF00050830>
- Patel, V., & Sumathipala, A. (2001). International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *178*, 406–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.5.406>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pennebaker, J. W., & Watson, D. (1991). The psychology of somatic symptoms. In L. J. Kirmayer & J. M. Robbins (Eds.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives* (pp. 21–35). American Psychiatric Association.
- Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, *42*: 347-351.
- Pribor, E. F., Yutzy, S. H., Dean, J. T., & Wetzel, R. D. (1993). Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *The American journal of psychiatry*, *150*(10), 1507–1511. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.10.1507>
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, *311*(6996), 42–45.

- Ratican, K. (1992). Sexual abuse survivors: Identifying symptoms and special treatment considerations. *Journal of Counseling & Development, 71*(1), 33-38.
- Reid, K., Flowers, P. & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience: An introduction to Interpretative Phenomenological Analysis. *The Psychologist, 18*:1, 20-23.
- Rennie, D. L. (1999). Qualitative research: A matter of hermeneutics and the sociology of knowledge. In M. Kopala & L. A. Suzuki (Eds.), *Using qualitative methods in psychology* (pp. 3–13). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452225487.n1>
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). Somatization - Future perspectives on a common phenomenon. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 529-536.
- Rodin, G. M. (1991). Somatization: a perspective from self psychology. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 19*(3), 367–384. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1991.19.3.367>
- Rosendal, M., Fink, P., Bro, F., & Olesen, F. (2005). Somatization, heartsink patients, or functional somatic symptoms?: Towards a clinical useful classification in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23*(1), 3–10. <https://doi.org/10.1080/02813430510015304>
- Roy, K., Dudley, M., Kelk, N., & Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of reproductive and infant psychology, 19*(3), 187-202.
- Sata, M.J., Munday, C.C. (2017). Primary and Secondary Gain. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_619-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_619-1)
- Shapiro, E.G., & Rosenfeld, A.A. (1986). *The Somatizing Child*. New York, Springer-Verlag.
- Shibata et al., (2020). Parenting style during childhood is associated with the development of chronic pain and a patient's need for psychosomatic treatment in adulthood. *Medicine (Baltimore), 99*(29). doi: 10.1097/MD.00000000000021230
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatics, 22*, 255-262.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*, 39–54.

- Smith, W., Conway, P., & Cole, J. (2009). *The Mind-Body Interface in Somatization: When Symptom Becomes Disease*. Jason Aronson Publishers.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: SAGE.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (53-80). London: Sage.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain, *Psychology & Health*, 22:5, 517-534, DOI: 10.1080/14768320600941756
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British journal of pain*, 9(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Stern, J., Murphy, M., & Bass, C. (1993). Personality disorders in patients with somatization disorder: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 787–9.
- Stekel, W. (1943). *The Interpretation of Dreams*. New York, Liveright.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2011.01.007>
- Stuart, S.P., Noyes, R., & Watson, D.B. (2008). A Reconceptualization of the Somatoform Disorders, *Psychosomatics*, 49(1), 14-22, ISSN 0033-3182, <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.1.14>.
- Suitor, J.J., Gilligan, M., & Pillemer, K. (2011). Conceptualizing and measuring intergenerational ambivalence in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 769–781.
- Sutker, P. B., & Adams, H. E. (2001). *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed.). New York, NY US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Taylor, R.E. & Mann, A.H. (1999). Somatization in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 61-66.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.

- Taylor, S. E., & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: downward evaluation and upward contacts. *Psychological review*, 96(4), 569–575. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.96.4.569>
- Turk, D.C., Flor, H., & Rudy, T.E., (1987). Pain and families. I: etiology, maintenance and psychosocial impact. *Pain*, 30, 3-27.
- Turk, D. C. (2002). A Diathesis-Stress Model of Chronic Pain and Disability following Traumatic Injury. *Pain Research & Management* 7(1), 9-19  
doi: 10.1155/2002/252904
- Waddell, G., Main, C. J., Morris, E. W., Di Paola, M., & Gray, I. C. (1984). Chronic low-back pain, psychologic distress, and illness behavior. *Spine*, 9(2), 209–213. <https://doi.org/10.1097/00007632-198403000-00013>
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic medicine*, 68(1), 129–135.  
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4>
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 279-288.
- Woolfolk, R. L., & Allen, L.A., (2006). Treating Somatization: A Cognitive-Behavioural Approach. ISBN 9781593853501 Guilford Press.
- Winding, T.N., & Andersen, J.H. (2019). Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? – a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 19, 828. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7198-y>
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156–182.  
<https://doi.org/10.2307/2136750>

## APPENDICES

### A: INFORMED CONSENT FORM

#### GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu araştırma, ODTÜ Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji opsiyonu doktora öğrencisi Selin Temizel Kırışman'ın doktora tez çalışması kapsamında olup Prof. Dr. Tülin Gençöz danışmanlığında yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı psikosomatik belirtilere sahip bireylerin stresli olaylar karşısındaki savunma mekanizmalarını, baş etme şekillerini ve bireylerin bu belirtilere kendi verdikleri anlamı incelemektir. Çalışmanın yaklaşık olarak 60-90 dakika arasında sürmesi, gerektiğinde yine 60-90 dakika aralığında ek bir görüşme yapılması planlanmaktadır. Katılımcılardan araştırmacı tarafından sözel olarak sunulacak bir grup soruyu kendi deneyimleri çerçevesinde değerlendirerek cevaplandırmaları beklenmektedir. Görüşme süresince ses kaydı alınacaktır; fakat verilen bilgiler tamamen gizli tutulacak yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan edinilen bilgiler kendi başına değil, diğer katılımcıların yanıtlarıyla beraber, bir bütün olarak ele alınıp değerlendirilecek ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Bu çalışmanın sonuçları bilimsel dergi veya toplantılarda sunulabilir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına bağlıdır. Araştırma genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, görüşme sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda çalışmayı uygulayan kişiye, çalışmadan çıkmak istediğinizi söylemeniz yeterli olacaktır.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için Selin Temizel Kırırşman ile iletişim kurabilirsiniz (e-posta: temizselin@gmail.com).

**Mevcut çalışmanın kapsamı ve amacı araştırmacı tarafından görüşme öncesinde tarafıma sözel olarak bildirildi. Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.**

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):

## **B: DETAILED LIST OF QUESTIONS FOR SEMI-STRUCTURED INTERVIEW**

1. Can you tell us about yourself?

- How would you describe the family you grew up in? How is your relationship with your parents? What was it like in childhood?

2. Do you remember a stressful life event that affected your family? If yes, how did your parents react to this event that affected your life and how did they cope?

- Have you ever had a stressful event like this happen to you? If yes, how did you react to this event? How did your parents handle this?

3. What were your complaints when you applied to the hospital? Could you tell us about the history of these (somatic) complaints?

- How long have you had these complaints? How did it start? How did it evolve? Did you receive treatment? If so, how were these treatments?

- How does your family react to you when these complaints increase?

- Does anyone else in your family have similar complaints?

4. How do you evaluate these complaints and to what do you attribute them?

5. How would you evaluate your relationships and life in general by considering the before and after of your complaints?

6. How do you think you are about expressing yourself?

- Do you talk about your complaints? Who do you talk to about this issue?

- Do you think that you are understood on this subject?

7. How do you/have you dealt with these complaints? What else would be effective?

### C. TURKISH VERSION OF THE SAMPLE QUESTIONS FOR SEMI-STRUCTURED INTERVIEW

1. Kendinizden bahsedebilir misiniz?
  - İçinde büyüdüğünüz aileyi genel olarak nasıl tanımlarsınız?  
Anne/babanızla ilişkiniz nasıldır? Çocukluk döneminde nasıldı?
2. Ailenizi etkileyen stresli bir yaşam olayı hatırlıyor musunuz? Eğer varsa anne/babanız hayatınızı etkileyen bu olayda nasıl tepkiler verdiler?
  - Sizin başınıza gelen böyle stresli bir olay var mı? Varsa siz bu olay karşısında nasıl tepkiler verdiniz? Anne/babanız sizi etkileyen bu olayı nasıl ele aldılar?
3. Hangi şikâyetlerle hastaneye başvurduunuz? Bu (somatik) şikâyetlerinizin geçmişinden bahsedebilir misiniz?
  - Ne kadar süredir bu şikâyetleriniz var? Nasıl ortaya çıktı? Nasıl gelişti? Tedavi aldınız mı? Aldıysanız bunlar nasıl tedavilerdi?
  - Bu şikâyetleriniz ortaya çıktığında ailenizin size karşı tepkisi nasıl oluyor?
  - Ailenizdeki başka birinde de buna benzer şikâyetler var mıdır?
4. Siz bu şikâyetlerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz ve neye bağlıyorsunuz?
5. Şikâyetlerinizin öncesini ve sonrasını düşünerek genel olarak ilişkilerinizi ve hayatınızı nasıl değerlendirirsiniz?
6. Kendinizi ifade etme konusunda nasıl olduğunuzu düşünüyorsunuz?
  - Şikâyetleriniz hakkında konuşur musunuz/kimlerle konuşursunuz?
  - Bu konu özelinde anlaşıldığınızı düşünüyor musunuz?
7. Bu şikâyetlerle nasıl baş ediyorsunuz/ettiniz? Başka ne olsa etkili olurdu?



## D. APPROVAL OF THE METU HUMAN SUBJECTS ETHICS COMMITTEE

UYGULAMALI ETİK ARAŞTIRMA MERKEZİ  
APPLIED ETHICS RESEARCH CENTER



ORTA DOĞU TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY

DUMLUPINAR BULVARI 06800  
ÇANKAYA ANKARA/TURKEY  
T: +90 312 210 22 91  
F: +90 312 210 79 59  
Sayı: 28620816 / 505  
www.ueam.metu.edu.tr

10 EKİM 2017

Konu: Değerlendirme Sonucu

Gönderen: ODTÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurulu (İAEK)

İlgi: İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başvurusu

Sayın Prof.Dr. Tülin GENÇÖZ ;

Danışmanlığını yaptığınız doktora öğrencisi Selin Temizel KIRIŞMAN'ın "Somatizasyon Yaşantılarının Psikanalitik Yaklaşımla İncelenmesi: Bir Yorumlayıcı Fenomenolojik Analizi" başlıklı araştırmanız İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından uygun görülerek gerekli onay 2017-SOS-156 protokol numarası ile 15.10.2017 – 30.12.2018 tarihleri arasında geçerli olmak üzere verilmiştir.

Bilgilerinize saygılarımla sunarım.

Prof. Dr. Ş. Halil TURAN

Başkan V

Prof. Dr. Ayhan SOL

Üye

Prof. Dr. Ayhan Gürbüz DEMİR

Üye

Doç. Dr. Yaşar KONDAKÇI

Üye

Doç. Dr. Zana ÇITAK

Üye

Yrd. Doç. Dr. Pinar KAYGAN

Üye

Yrd. Doç. Dr. Emre SELÇUK

Üye

## E. CURRICULUM VITAE

### PERSONAL INFORMATION

Surname, Name: Temizel Kirisman, Selin

Nationality: Turkish (TC)

### EDUCATION

Degree	Institution	Graduation Year
MS	Ege University Clinical Psychology	2014
BS	METU Psychology	2011

### WORK EXPERIENCE

Year	Place	Enrollment
2020-present	National Health Service (NHS), Whittington Hospital Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)	Psychotherapist
2017-present	Private Practice in London	Psychotherapist
2013-2014	Istanbul Arel University	Research Assistant
2012-2013	Kosan Adımlar Preschool	Psychologist

### SCHOLARSHIPS

2210-E TUBITAK Doctorate's Scholarship

2210-E TUBITAK Master's Scholarship

2210-A TUBITAK National Undergraduate Scholarship

## CONGRESS AND TRAININGS

Ankara Association for Individuals with Autism, II. Volunteer Interaction Project, 2008- 2009 Academic Year

Ankara Association for Individuals with Autism, World Autism Awareness Day Activities, Ankara, April 2009

IV. Congress of Graduate Psychology Students, Middle East Technical University, 15-19 September 2010

IV. Congress of Graduate Psychology Students, Research Methods Workshop, Middle East Technical University, 15 September 2010

17. National Psychology Congress, Bosphorus University, Istanbul, 25-28 April 2012

28. International Congress of Applied Psychology, ICAP 2014, Paris, 8-13 July 2014

VII. Isik Savasir Clinical Psychology Symposium, Hacettepe University, Ankara, 25-26 May 2015

Diabetes Workshop with Mind and Body Medical Approach, Baskent University, Ankara, 17- 18 October 2015

14. European Congress of Psychology, EFPA, Milano, 7-10 July 2015

19. National Psychology Congress, Tepekule Congress Centre, Izmir, 5-7 September 2016

Training for RMNs, RNLDs, RGNs and RNAs about Neuropsychiatry and Brain Injury, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, 24 November 2017

Panel: Changing our Thinking about Distressing Paranoia, Philippa Garety, Sussex Partnership NHS Foundation Trust, London, 24 January 2018

Workshop: Formulation & Integrating Psychological Theories, Roberta Babb, KCL Aspiring Psychologists, Institute of Psychiatry Psychology & Neuroscience, Denmark Hill, London, 1 March 2018

Panel: Childhood, Violence and Psychological Trauma: Transcultural perspectives, University College London, 2 March 2018

Workshop: Clinical/Counselling skills, Roberta Babb, KCL Aspiring Psychologists, Weston Education Centre, London, 7 April 2018

Panel: Wisdom versus Desire: Deconstructing the Mind-Body Dichotomy in Representations of Love and Disability in Literature and Psychotherapy, University of Roehampton, 3 May 2018

Interdisciplinary Panel on Philosophy and Psychoanalysis, Jonathan Lear, Stephen Frosh, Sarah Marks and Daniel Pick, Birkbeck Institute for the Humanities, 24 May 2018

Alcohol Awareness Training for Professionals, London Three Boroughs, London, 25 May 2018

## RESEARCH AND PUBLICATIONS

Temizel, S. (translation into Turkish, 2017). Case Studies in Abnormal Psychology, Oltmanns, T.F., Martin, M.T., Neale, J.M., & Davison, G.C. (1982). Chapters 1,2,3,4,5. *Nobel Academic Publications*.

Temizel, S., Akca, S., Gokdemir, B.P., Sengul, B.Z., Uyar, T., Unal, E. & Cinarbas, D. (2016). The Guests and the Hosts: The Syrian Refugees in Turkey. Poster Presentation, 19. *National Psychology Congress*, İzmir.

Temizel, S., & Şimşek, Ö. F. (2015). The Relationship between Personality Meta-traits and Facebook. Oral Presentation at *14th European Congress of Psychology*, Milano.

Temizel, S. (translation into Turkish, 2015). An Introduction to Theories of Learning (2010). Chapter 4 (*Edward Lee Thorndike*), Chapter 5 (*Burrhus Frederic Skinner*) and Chapter 6 (*Clark Leonard Hull*), *Nobel Academic Publications*.

Temizel, S., & Sorias, E. O. (2014). Familial and Cognitive Predictors of Social Anxiety among University Students. Oral Poster Presentation at *28th International Congress of Applied Psychology*, Paris.

Sapmaz, F., & Temizel, S., (2012). Turkish version of the short depression-happiness scale (SDHS): A validity and reliability study, *The Journal of Happiness & Well-Being*, Vol. 1, pp. 29 – 34.  
<http://www.journalofhappiness.net/volume/jhw-volume01-issue01.pdf>

Temizel, S., & Doğan, T., (translation into Turkish). Jarden, A. (ed.). (2012). Positive Psychologists on Positive Psychology, *International Journal of Wellbeing*, 2(2), 70–149. doi:10.5502/ijw.v2i2.0

Doğan, T., Sapmaz, F., Tel, F. D., Sapmaz, S., & Temizel, S. (2012). Meaning in Life and Subjective Well-Being among Turkish University Students, *Procedia – Social*

*and Behavioral Sciences*, Vol. 55, pp. 612 – 617.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.543>

Sapmaz, F., Doğan, T., Sapmaz, S., Temizel, S., & Tel, F. D., (2012). Examining predictive role of psychological need satisfaction on happiness in terms of self-determination theory, *Procedia Social and Behavioural Sciences*, Vol. 55, pp. 861 - 868, Doi: 10.1016/j.sbspro.2012.09.573

Misirlisoy, M., Alayli, A., Bayram, H., Dundar, C., Gul, B., Kurdoglu, P., Temizel, S., Torenli, Z., & Yurekli, O. (2011). Individual differences in susceptibility to memory illusions in the DRM paradigm. Poster presentation at *5th International Conference on Memory*, York, England.

## F. TURKISH SUMMARY / TÜRKE ÖZET

### 1. GİRİŞ

#### 1.1. Genel giriş

Somatizasyon tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar ve psikolojik stresi bedensel semptomlar aracılığı ile ifade etme olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013) ve ruh sağlığı alanında günümüzde en sık rastlanan problemlerden biridir (Woolfolk ve Allen, 2012). Somatizasyonu kavramsallaştırma amacıyla yapılan geniş ve kapsamlı araştırmalara rağmen, zaman içinde değişen tanımlama ve kavramsallaştırmalar sebebiyle araştırmacılar somatizasyonu açıklama konusunda zorlanmışlardır (Lipowski, 1987). Araştırmalar psikolojik stresin bireylerin fiziksel sağlığı üzerinde negatif bir etkisi olduğunu (Smith, Conway ve Cole, 2009) ve somatizasyonu psikososyal problemlerin kültürel olarak ifade edilmesi olarak kabul etmektedir (Katon, Ries ve Kleinman, 1984).

Somatizasyonun daha önce içsel psikolojik çatışmaların fiziksel olarak ifade edildiği psikanalitik konversiyon kavramı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Marin ve Carron, 2002). Bu tanımlama psikolojik stres deneyimlemek ve somatik semptomlar göstermek arasındaki nedenselliği işaret etmiştir (Craig ve diğerleri, 1993). Bunun aksine, Lipowski (1988) somatizasyonu duygusal yoksunlukta ve yoğun stresin varlığında semptomları bir iletişim kurma biçimi olarak tanımlamıştır ve

somatizasyonun bir bozukluk veya tanısal kategori olarak kabul edilmemesi gerektiğini önermiştir. Somatizasyonun bu tanımı tıbbi olarak açıklanamayan semptomların günümüzdeki kavramsallaştırması ile de paraleldir (Rosendal, Fink, Bro ve Olesen, 2005).

## **1.2. DSM Perspektifinden Somatizasyon**

Somatizasyon bozukluklarının semptomları ve tanı kriterleri zaman içinde değişiklik göstermiştir. Araştırmacılar etiyoloji, tanı ve tedavi için çeşitli yaklaşımlar önermişlerdir fakat tam bir fikir birliğine varmak mümkün olmamış ve bir yaklaşım diğerinden daha üstün bulunmamıştır (Creed, 2006).

Bu sebeple, somatizasyonun kavramsallaştırılması değiştikçe somatizasyonun tanı kriterleri de DSM tarafından güncellenmiştir. İlk olarak tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar DSM-II'de (1968) nevrozlar, psikofizyolojik bozukluklar ve özel semptomlar olarak sınıflandırılmıştır (Hollifield, 2004). DSM-III, önceki versiyonlardaki histerik ve hipokondriyak nevrozları kaldırmış ve yeni bir kategori önermiştir: somatoform bozukluklar (APA, 1980). Somatoform bozukluklar kategorisi konversiyon bozukluğu, somatizasyon, psikojenik ağrı ve hipokondriyayı içermektedir (Hollifield, 2004). DSM-III-R'de somatizasyonla ilişkili bozukluklar, somatizasyon bozukluğu, farklılaşmamış somatoform bozukluk, fiziksel yakınmalarla birlikte uyum bozuklukları ve somatoform bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. Somatizasyon bozukluğu, tam remisyon için neredeyse imkânsız olan ve büyük ölçüde hipokondriya ile örtüşen kronik ve tekrarlayıcı bir bozukluk olarak kabul edilmiştir (Hollifield, 2004). DSM-IV'te ise, somatizasyon bozukluğunun somatik semptomları olan bireylerin sadece küçük bir kısmını

tanımlayacağı düşünülerek farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısı yeniden düzenlenmiştir.

DSM-V'de somatizasyon bozukluğu ile farklılaşmamış somatoform bozukluk arasındaki fark belirsiz kaldığı için bedensel belirti bozukluğu başlığı altında birleştirilmiştir (APA, 2013). DSM-V'de şu anda yeni adıyla somatik semptom ve ilgili bozukluklarla altı farklı somatizasyon bozukluğu kategorisi bulunmaktadır; bunlar bedensel belirti bozukluğu, hastalık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluğu, diğer tıbbi durumları etkileyen psikolojik faktörler, yapay bozukluk, diğer tanımlanmış bedensel belirti ve ilişkili bozukluktur.

### **1.3.Somatizasyonun Etiyolojisi ve İlişkili Faktörler**

Somatizasyonla ilgili tek bir açıklama olmamakla birlikte diğer psikolojik bozukluklar gibi, genetik değişkenler ile geçmiş deneyimler arasındaki karmaşık bir etkileşimin sonucu olduğu düşünülmektedir (Mai, 2004). Bu nedenle somatizasyonu açıklamak için çeşitli etiyolojik faktörler öne sürülmüştür (Barsky ve Klerman, 1983).

Somatizasyon bozukluğu için genetik yatkınlığın rol oynadığı öne sürülmüştür (Shapiro ve Rosenfeld, 1986). Araştırmalar, aynı aile kümelenmesi içinde bedensel sorunların ortaya çıkma eğiliminin yüksek olduğunu göstermiştir (Mai ve Merskey, 1981). Cinsiyet, yaş, etnik köken ve eğitim somatizasyonla ilgili diğer faktörlerdir. Somatizasyon bozukluğu genellikle 30 yaşından önce ortaya çıkmakta ve kadınlarda daha sık görülmektedir (Kroenke ve Spitzer, 1998). Kadınlar genellikle erkeklere göre daha fazla bedensel sıkıntı ve daha fazla sayıda, yoğunlukta ve somatik semptom sıklığı bildirmektedir (Barsky, Peekna ve Borus, 2001).



Somatizasyon, gelişimsel ve öğrenme süreçlerinden de etkileniyor gibi görünmektedir. Aile, hastalıkla ilgili inanç ve davranışların yanı sıra ağrıyı ifade etmek için beden dilini kullanmak gibi kültürün dilsel kalıplarını temsil eder. Hasta bir ebeveyni veya kardeşi gözlemleyen bir çocuk hastalık davranışını öğrenebilir (Mai, 2004). Araştırmalar, çocukların başka bir aile üyesinde çok sayıda fiziksel semptom ve hastalık davranışı gözlemlediklerinde, yetişkinliklerinde somatik semptomlar geliştirme riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (Hartvig ve Sterner, 1985). Bu, somatik semptomların sunulmasında özdeşleşme ve modellemenin etkisini göstermektedir.

#### **1.4.Kültürel Bağlamda Somatizasyon**

Zihin ve beden arasındaki ilişki evrenseldir, ancak somatik şikayetlerin ait oldukları kültürde öznel anlamları vardır. Somatik şikayetler, ilişki çatışmalarını ve yaşam durumlarından memnuniyetsizliği ifade etmenin bir yolu olarak işlev görür. Böylece somatizasyon, bir sıkıntının ifade biçimi olmanın yanı sıra kültürel olarak özgül bir iletişim yolu olarak da işlev görür (Hoover, 1998). Spesifik kültürel değerler ve inançlar, psikolojik sıkıntının ifade edilme şeklini tanımlar. Hulme'ye (1996) göre somatizasyon, “aile, okul, iş, finansal ve diğer sosyal sorunları dolaylı olarak dahil etmek için kültürel olarak onaylanmış bir psikososyal sıkıntı ifadesidir”.

Kültürler arasındaki fiziksel belirtilerdeki farklılıklar çeşitli faktörlerle açıklanabilir. Somatik belirtiyeye atfedilen anlam, vücudun fiziksel işleyişinin anlaşılması ve hastalık inançları kültür tarafından şekillendirilmektedir. Bazı kültürler, özellikle de kolektivist olanlar, psikolojik sıkıntıyı fiziksel semptomlar yoluyla iletme eğilimindedir (akt. Morawa ve diğerleri, 2017). Duygu düzenleme, kültürel bağlamda duygusal acıyı ifade etmek yerine daha yüksek somatizasyon oranlarını açıklayan

duygu ve somatik süreçler arasında bir arabulucu görevi görebilir. Anksiyete ve depresyon gibi olumsuz psikolojik durumlardaki kültürel farklılıklar bile, somatik semptomların artmasında aracı olmalarından kaynaklanıyor olabilir (Bermejo ve ark., 2012).

Bazı araştırmalar Batılı olmayan kültürlerden gelen insanların daha fazla somatik ve daha az psikolojik sorun bildirdiğini gösterse de incelemeler kültürel geçmişe bakılmaksızın fiziksel şikayetlerin depresif durumların temel bir unsuru olduğunu göstermektedir, bu nedenle akıl hastalıklarına bağlı damgalanma hastaların şikayetlerini nasıl etkilediğini etkileyebilir. Türklerde yapılan araştırmalar da depresif şikayetlerin ve diğer ruh sağlığı sorunlarının toplumda damgalanma korkusuna katkıda bulunduğunu, bedensel belirtilerin ifade edilmediğini, dolayısıyla bu kültürlerde olumsuz duygu durumlarını bedenselleştirme eğilimi olduğunu göstermektedir (Montesinos ve diğerleri, 2012).

## **1.5. Farklı Kuramlar Açısından Somatizasyon**

### **1.5.1. Bilişsel-Davranışçı Kuram Açısından Somatizasyon**

Bilişsel-davranışçı teoriye göre, somatik belirtiler, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen bilişsel-algısal fenomenler olarak kabul edilir. Somatizasyon, semptomların artmasıyla sonuçlanan, kendini sürdüren ve kendini doğrulayan bir bilişsel bozukluk olarak kavramsallaştırılmakta (Stuart ve ark., 2008) ve bu yaklaşımda bireyin fiziksel duyuları belirli şekillerde deneyimlemesine neden olabilecek yüklemeler ve inançlar üzerinde durulmaktadır (Stuart ve ark., 2008). Somatik semptomları olan kişiler, fiziksel uyarılmaları felaket olarak deneyimleyebilir ve daha düşük bir eşik nedeniyle iyi huylu bedensel duyuları ciddi bir hastalığın göstergesi olarak yanlış yorumlayabilir (Fink ve diğerleri, 2005; Warwick, 1989). Bu yoğunlaşan

semptomlar, sağlıkla ilgili endişelerinde bir artışa yol açarak kısır bir döngüyü sürdürür.

Davranışçı bakış açısına göre somatizasyon, yardım arama ve dikkat çekme mekanizması olarak da değerlendirilmektedir (Kellner, 1990). Pilowsky, uzun süreli somatizasyona sahip hastalar tarafından sergilenen anormal hastalık davranışı olarak yeni bir kavram önermiştir (Pilowsky, 1969). Bu davranışlar ilaç veya farklı fizik muayene isteme, sağlık sistemini sık kullanma, iş sorumluluklarından kaçınma ve fiziksel şikayetlerini aile üyeleri ve önemli kişilerle paylaşma şeklinde olabilir (Barsky ve Borus, 1999). Fiziksel şikâyetleri olan kişiler iş göremezlikleri nedeniyle iş ve ev sorumluluklarından muaf tutulabilir. Fiziksel veya psikolojik belirtilere eşlik eden bu tür olumlu avantajlar ikincil kazanımlar olarak tanımlanmaktadır (Dersh ve diğerleri, 2004). Başka bir deyişle, bilinçsiz veya bilinçli olarak hasta rolünde olmak, özellikle yoğun stres altındaki insanları başkalarının dikkatini çekmek ve korunma sağlamak amacıyla motive eder (Parsons, 1975). Yani pekiştirme ve ödüllendirme süreçlerine bağlı olarak hastanın hasta rolü ve hastalık davranışı devam etmektedir (Sata ve Munday, 2017).

### **1.5.2. Bağlanma Kuramı Açısından Somatizasyon**

Ebeveynler ve bakım verenlerle olan erken deneyimlerin daha sonra içselleştirilmiş kişilerarası temsiller ve yetişkinlikteki algılar üzerindeki etkisine odaklanan bağlanma teorisi, bireylerin somatik semptomları nasıl geliştirdiğini anlamak için faydalı olmuştur (Ciechanowski ve diğerleri, 2002). Bowlby (1969), ilk olarak, bebekler ve ebeveynleri arasındaki ilişkinin, insanların fiziksel veya duygusal sıkıntı altında rahatlık ve rahatlama arama girişimlerine verdikleri tepkilerle ilgili bu zihinsel temsilleri veya beklentileri belirlediğini öne sürmüştür. Bağlanma stilleri

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre dört kategoride sınıflandırılmıştır: bunlar güvenli bağlanma, saplantılı bağlanma, kayıtsız bağlanma ve korkulu bağlanmadır (Bartholomew ve Horowitz, 1991).

Bağlanma teorisinin erken çocukluk ve ergenlik dönemindeki ilişkilerin sağlıkla ilgili davranışları etkilediği iddiası, araştırmacıları kişilerarası tarz ile duygu düzenleme, baş etme mekanizmaları ve hastalık davranışları arasındaki ilişkiye bakmaya sevk etmiştir. Ebeveynlerin hastane ziyaret oranlarının ve ailelerin hastalık araştırmalarına katılımının gösterdiği gibi, ebeveyn-çocuk bağlanması, çocukların hastalıklarına yönelik aile tepkilerini de etkilemektedir (Feeney, 2001). Somatizasyonla ilgili literatür, çocukluktan gelen bağlanma problemlerinin daha sonraki yaşamdaki fiziksel semptomların kaynağı olduğunu ima eder (Spitz, 1965). Yine somatizasyon ve bağlanma alanındaki araştırmalar, güvensiz bağlanma stilleri ile yetişkinlikteki somatik şikâyetler arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Liu ve diğerleri, 2011).

### **1.5.3. Psikodinamik Kuram Açısından Somatizasyon**

Psikolojik ve fiziksel süreçler arasındaki bağlantı, psikanalizin çok eski zamanlarından beri araştırılmıştır (Freud, 1895). Psikanalitik bakış açısı, hastaların bilinçdışı istek ve fantezileri ile semptomların bilinçdışı anlamını anlamakla ilgilenir (Lipsitt, 1974) ve bu tür fiziksel durumları genellikle psikodinamik yaklaşımın önemli konuları olan dürtü, çatışma ve savunma kavramlarıyla açıklar (Lipsitt, 1973).

Freud, nevrozu içsel bir çatışma olduğunda davranışsal ve fiziksel semptomların oluşumu olarak kavramsallaştırmıştır. Psikanalitik kuram da somatizasyon işlevinde ortaya çıkan fiziksel belirtileri, psikolojik bir soruna sahip olmakla ilgili dayanılmaz kaygıya karşı ego savunmaları olarak kavramsallaştırmıştır (Kirmayer ve Robbins,

1996). Bu bağlamda psikanalitik kurama göre somatizasyonun birçok tanımı ve mekanizması, savunma süreçlerinin gerçekleştiğini göstermektedir. Genel olarak somatizasyon, bir sembolik iletişim biçimi olarak bastırılmış duyguların bilinçsizce somatik semptomlara yeniden yönlendirilmesi olarak tanımlanmıştır (Sutker ve Adams, 2001). Freud, bir savunma mekanizmasının orijinal tanımını ise “kişiyi ezici kaygı ve kabul edilemez dürtülerden korumaya hizmet eden bir karşı güç” olarak yapmıştır (Cramer, 2006). Örneğin, hastalar başarısızlıkları için bedensel belirtileri suçlayabilirler ve bedensel belirtilerden endişe duyduklarında, tahammül edilemez çatışmalarla uğraşmak yerine dikkatlerini mevcut ruhsal sorunlardan uzaklaştırabilirler. Böylece hasta bu tür sorunlar için kendini suçlamaktan kaçınabilir ve bu sayede depresyondan kurtulabilir. Bu açıdan bakıldığında somatizasyon, hastaları daha ağır bir ruhsal bozukluktan koruyacak şekilde uyum sağlayıcı bir işleve sahip olabilir.

### **1.6. Çalışmanın Amacı**

Somatizasyon üzerine yapılan araştırmaların çoğu, psikosomatik davranışın ne olduğunu, psikosomatik davranışın sınıflandırılmasını, yaygınlık oranlarını ve somatizasyonun tıbbi sistemdeki yansımalarını anlamaya ayrılmışken, çok az araştırma somatizasyondaki kişisel deneyimleri klinik bağlamda keşfetmeye odaklanmıştır. Bu nedenle, bu çalışmada psikosomatik yakınmaları olan bireylerin bedenleri ile nasıl etkileşime girdiğini ve semptomlarla ilgili deneyimlerini araştırmayı amaçlanmıştır.

Çalışmanın odak noktası istatistiksel bir genelleme yapmak değildir. Bu nedenle somatizasyon terimi genel bir kavram olarak kullanılacaktır ve belirli bir tanı kategorisinin parçası olarak görülmemelidir. Aksine, bu bireylerin psikosomatik

yakınmalarla ilgili deneyimlerini yorumlamalarının derinlemesine anlaşılması çalışmanın odak noktası olacaktır. Bu nedenle duygu, düşünce, semptomlarını nasıl anlamlandırdıklarını, semptomlarından nasıl etkilendiklerini ve kendilerini ifade etme biçimlerini anlamak için nitel bir yaklaşım olan IPA tercih edilmiştir. Nitel bir metodolojinin tercih edilme nedenleri yöntem kısmında detaylı olarak açıklanmıştır.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Nitel Araştırma Yöntemi ve Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

Nitel araştırma metodolojisi, araştırmacıların kendi bağlamları içinde karmaşık konuları ve kavramları incelemelerine olanak tanır. Nitel yöntemler, klinik araştırmalarda oldukça değerlidir çünkü bireysel deneyimlerin daha derin ve bağlamsal bir şekilde anlaşılmasını sağlarlar ve nicel araştırmaya kıyasla yaşanan deneyimin ayrıntılarını ve dokusunu değerlendirme fırsatı verirler (Cromby, 2012). Başka bir deyişle, nitel araştırmalar, katılımcıların bu fenomenleri nasıl anlamlandırdıklarına, algıladıklarına ve deneyimlediklerine odaklanarak sosyal fenomenlerin kavramsallaştırılmasına katkıda bulunur (Pope ve Mays, 1995).

Yorumlayıcı fenomenolojik analiz (YFA), kişisel yaşanmış deneyimlerin ayrıntılı incelemelerini sağlamayı amaçlayan nitel bir yaklaşımdır (Smith ve diğerleri, 2009). İlk olarak, YFA idiografiktir; yani, her bir vakanın ayrıntılı incelemesine dayanır. Analiz, bir bütünleşme duygusu elde edilene kadar ilk durumun ayrıntılı incelenmesiyle başlar. İkinci olarak, YFA endüktiftir; yani çalışmanın başında öngörülemez temaların ortaya çıkmasına izin verir (Smith, 2004). Temel amaç, önceden var olan hipotezleri test etmek yerine, ana araştırma soruları aracılığıyla kapsamlı veri toplamaktır. Son olarak, YFA sorgulayıcıdır, yani önceki araştırmaları

açıklığa kavuşturarak ve sorgulayarak psikoloji alanına katkıda bulunmayı amaçlar (Smith, 2004). YFA aynı zamanda hipotezi doğrulamayı değil, araştırma soruları oluşturmayı amaçlar. Ayrıca nitel araştırmalar, ankete katılanların duygularını yorumlamak için araştırmacıların kendi gözlemlerini ve görüşmeler sırasında ortaya çıkan duygusal tepkileri dikkate alma fırsatı verdiğiinden (Hubbard ve diğerleri, 2001), katılımcıların öznel deneyimlerini analiz etmek için nitel bir metodoloji olarak YFA seçilmiştir.

## **2.2. Bu Çalışmada Nitel Araştırma Yöntemi Olarak Yorumlayıcı Fenomenolojik Analizi Tercih Etme Nedeni**

Bu çalışmanın amacı, bireylerin psikosomatik deneyimleri ile ilgili deneyimlerini ve bu deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını kapsamlı bir şekilde anlamaktır. Temel odak noktası katılımcıların deneyimlerini keşfetmek olduğundan, YFA, fenomenolojik ve idiografik yapısı nedeniyle bireylerin yaşadıkları öznel deneyimlerin ve bu deneyimlerin onlar tarafından nasıl yorumlandığının ayrıntılı bir şekilde anlaşılmasını sağlar (Smith, 2004). Ayrıca bu çalışma, katılımcıların ifade edilmesi zor olabilecek kendilik temsillerini ve duygularını yakalamayı amaçlamaktadır (Wallin, 2007). Ek olarak, katılımcının öznelliği ile birlikte YFA, araştırmacıların açık bir yorumlayıcı analiz geliştirmelerine olanak tanır.

## **2.3. Katılımcılar ve Örneklem Yöntemi**

Bu çalışmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmış ve YFA yönergelerine uygun olarak homojen bir örneklem oluşturulmuştur (Smith ve Osborn, 2003). Morse (1995), örneklem daha kısıtlayıcı ve net olarak belirlendiğinde doygunluğun daha hızlı olacağını belirtmiştir. Bu nedenle cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi olmak üzere üç

adet araştırmaya dahil etme kriteri belirlenmiştir. Katılımcıların en az lise mezunu ve 18 yaşını doldurmuş kadın olması şartı aranmıştır. Ayrıca katılımcılarda birincil kriter olarak nöroloji ve dahiliye bölümlerinde hekimler tarafından tam olarak muayene edilmiş, en az son 3 yıldır tıbben açıklanamayan semptomların olması yer aldı. Katılımcıların ikamet adresleri başlangıçta dahil edilme kriteri olarak belirlenmemiş olsa da homojenliği sağlamak için sadece Tekirdağ'da yaşayan katılımcılar alınmıştır. Somatizasyona genellikle anksiyete bozuklukları veya depresyon gibi diğer ruhsal bozukluklar eşlik ettiğinden (APA, 2013), eş tanı faktörü göz ardı edilmiştir.

### **2.3. Prosedür**

Orta Doğu Teknik Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Katılımcılar psikiyatr tarafından yönlendirildikten sonra araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Katılımı kabul ettikten sonra her katılımcıdan bilgilendirilmiş onam formu (Bkz. Ek A) alınmış ve gizlilik sağlanmıştır. Katılımcılar, kendilerini rahatsız hissettiklerinde görüşmeden geri çekilebilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir. Veriler yüz yüze yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Katılımcılar serbestçe konuşmaya teşvik edilmiş ve araştırmacı görüşme boyunca önemli olabilecek yeni ortaya çıkan konulara açık olmaya çalışmıştır. Her katılımcı ile yalnızca bir kez görüşülmüştür. Görüşmeler, buradan gerekli izinler alındıktan sonra Tekirdağ Devlet Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın görüşme odasında gerçekteşirilmıştir. Bilgilendirilmiş onam formunda bu işlem hakkında bilgi verildiği için görüşmeler ses kaydına alınmıştır. Görüşmeler ortalama 84 dakika olmak üzere 1 saat 8 dakika ile 1 saat 45 dakika arasında sürmüştür. Görüşmeler sonunda araştırmacının iletişim bilgileri paylaşılmış



ve profesyonel yardım almayan katılımcılara psikolojik destek için diğer kaynaklar hakkında bilgi verilmiştir.

Toplamda 13 hasta psikiyatrist tarafından sevk edilmiştir. Bu hastalardan sadece 8'i çalışma detaylı anlatıldıktan sonra görüşmeyi kabul etti, ancak semptomların süresi ile ilgili araştırma kriterlerinin bir yıldan 3 yıla çıkarılması nedeniyle bir tanesi daha sonra çalışmadan çıkarılmıştır. 5'i ise konuşma konusunda daha endişeli olduklarını belirterek katılmayı reddetmiştir. Sonuç olarak araştırmanın son örneklemini 7 kadın katılımcı oluşturmuştur.

#### **2.4. Veri analizi**

Veriler YFA ilkelerine göre analiz edilmiştir (Smith & Osborn, 2003). YFA, fenomenoloji ve ideografiye dayanmaktadır (Smith, Flowers ve Larkin, 2009); bu nedenle, her bir katılımcının görüşmesi ayrıntılı olarak incelenmiş ve ardından bir sonraki vakanın ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Analizin ilk aşamasında, ilk görüşmenin ses kaydı kelimesi kelimesine yazıya dökülmüş ve katılımcı hakkında bütüncül bir fikir sahibi olmak için bu transkripsiyon birkaç kez okunarak ve dökümlerin sol kenarına notlar alınarak görüşme incelemesine başlanmıştır. Daha sonra ortaya çıkan temalar belirlenmiş ve bu temalar sağ kenara yazılmıştır. Birinci katılımcı için alt ve üst temalar oluşturulduktan sonra her bir durum için aynı işlem tekrarlanmıştır. Son olarak temaların çapraz karşılaştırmaları yapılmış ve yedi katılımcıda tekrar eden beş tema için bir tablo oluşturulmuştur. Çapraz vaka karşılaştırmaları sonucunda 'Somatik belirtilere ilişkin açıklamalar', 'Yetişkin bir çocuk olarak ebeveynlerle ilişkilerde yoksun bırakılan gereksinimler ve çelişen duygular', 'Semptomların annelik deneyimlerine yansması', 'Semptomlardan önceki ve sonraki yaşam: Geçmiş ve

şimdiki benlik ve başkaları arasında karşılaştırmalar ' ve 'Önemli kişilerden destek alma ihtiyacı' olmak üzere beş tema ortaya çıkmıştır.

## **2.5. Çalışmanın Güvenilirliği**

Parantezleme, nitel araştırmanın inandırıcılığını artırmak için araştırmacının varsayımlarının, değerlerinin, bilgisinin, yatkınlıklarının ve araştırma hakkındaki kişisel deneyimlerinin farkına varma ve bunları kendisine ve başkalarına açık hale getirme süreci olan nitel araştırmanın önemli bir parçası olarak anılır (Husserl, 1927). 33 yaşında bir kadını ve ODTÜ klinik psikoloji programında doktora öğrencisiyim. Şu anda Londra, İngiltere'de klinik psikolog olarak çalışıyorum. Lisansüstü eğitimimin bir parçası olarak 2012 yılından beri psikoterapi yapıyorum. Bu konuya olan ilgim ise yüksek lisans stajımda somatizasyon şikâyeti olan hasta grupları ile çalışma deneyimim ile başlamıştır. Bir psikoterapist olarak deneyimim göz önüne alındığında, görüşmeler ve analiz sürecinde bireylerin yaşamlarındaki önemli geçmiş deneyimler benim için daha belirgin olabilir. Doktora eğitimim sırasında Türkiye'deki hayatımı bırakıp İngiltere'ye taşındım. Yeni bir başlangıç yaptığımda, duygusal sıkıntıya neden olan birçok zorlukla karşılaştım. Üniversiteden sonra ekonomik bağımsızlığına kavuşmuş bir kadın olarak, profesyonel kariyerime başlarda devam edemediğim için kendimi çaresiz hissettim. Duygularımı ifade etmeme ve yakın çevremden destek almama rağmen, duygusal sıkıntıların beden işleyişimizi nasıl etkileyebileceğini deneyimledim. Bir süre sonra İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi'nde (NHS) farklı kültürlerden psikosomatik belirtiler yaşayan kadınlarla çalışmaya başladım. Dolayısıyla farklı bireylerin deneyimlerini yorumlama fikri ve kültürün etkisi bu süreçte beni daha da heyecanlandırdı.

Bu özellikleri ve deneyimleri göz önünde bulundurarak bu araştırmada refleksif bir yaklaşımı sürdürmeye çalıştım. Genel araştırma süreciyle ilgili deneyimlerimi, duygularımı, düşüncelerimi ve önyargılarımı hesaba katmamı sağlayan veri toplama sürecinin başında yansıtıcı bir günlük tutmaya başladım (Houghton ve diğerleri, 2013). Süreç boyunca ortaya çıkan hislerimi, düşüncelerimi, deneyimlerimi, beklenmedik tepkilerimi, izlenimlerimi ve farkındalığımı not ettim. Ayrıca çalışmada ortaya çıkan temalar araştırma ekibi ile tartışılmış ve tez izleme komitesi tarafından düzenli olarak takip edilmiş, analizin sonuçları farklı teorik ve kültürel geçmişe sahip meslektaşlarla tartışılmıştır. Geri bildirimler ve yorumlar dikkate alınmış ve verilerin yorumlanması konusunda daha esnek bir bakış açısı sağlanmıştır.

### 3. SONUÇ

#### 1.Somatik belirtilere ilişkin açıklamalar

Bu tema, katılımcıların bedensel semptomları için bir açıklama arayışını ve bedenlerine neler olduğunu anlamak için nedensel atıflara ihtiyaç duymalarını içermektedir. Katılımcılardan semptomlarını ve hayatlarını nasıl etkilediğini açıklamaları istenmiştir. Ayrıca, psikosomatik semptomların başlamasına hangi faktörlerin katkıda bulunabileceğini anlamak için semptomlarının ne zaman ve nasıl başladığı ve bu şikayetlerin hangi koşullar altında arttığı veya azaldığı sorulmuştur. Görüşme boyunca semptomun başlangıcından ve semptomun ortaya çıkmasına paralel önemli yaşam olaylarından bahsetmiş olsalar da bazı ifadeler hala semptomun arkasındaki belirsizlikten olumsuz etkilendiklerini belirtmişlerdir. Örneğin, 18 yıl önce geçirdiği tiroid ameliyatı ile aynı dönemde şikayetleri (göğsünde şiddetli bir ağrı ve sürekli baş ağrıları) başlayan Seçil, hastanelerde birkaç yıl geçirdikten sonra bu ağrının neden başladığını anlamaya çalıştığını şu şekilde ifade etmiştir:

Sebebini bulmaya çalışıyorsun. Bir sebebi olmalı diyorsun. Yani öyle hiç kötü bir şey de yaşamadım ailemden çok yani nasıl buna tutuldum zaten çok şaşıyorum mesela olur kötü bir ailede büyüsün, psikolojikman şey olursun. Çalışıyordum, güzel bir işim vardı, parama karışılmıyordu, özgürdüm yani... Kötü bir hayat yaşamadım Allaha şükürler olsun yani niye böyle bir hastalık oldu bende böyle hep senelerce bunu hep şey yaptım yani beynimde olan bir eksiklikten mi yani işte zaten hormonların dopamin, serotonin bilmem ne bir şeyler varmış ya beynimizde ya diyorum ki Allahım neden bende oldu bu... Beni ameliyat eden doktoru bile çok suçladım acaba dedim o mu bir şeyleri eksik mi yaptı ya da ne bileyim yanlış mı yaptı onu da suçlayıp diyordum ki yani onu mahkemeye vereceğim diyordum yani beni bu hale getirdi aslında hiç alakası yok gayet güzel yapmış ameliyatı.

Somatik deneyimlerinin nedeni hakkındaki bu belirsizliğe rağmen, katılımcılar

semptomlarını belirli nedenlere bağlamışlardır. Berrin öncelikle migren ve

bayılmalarını çocukluğunda öğretmeninden gördüğü cinsel istismara bağladığını

ifade etmiştir:

Yaa birtakım sıkıntılar yaşandı zamanında geçmişte ilkokul döneminde, belki bunların verdiği bir şeyler de olabilir, bunu size söylememin bir sakıncası yok zaten, bir taciz olayı, ee sınıf öğretmenim tarafından gerçekleşen bir taciz olayı. Bir kere değil birkaç kere gerçekleştirilen ve o dönemde korktuğum için çekindiğim için, kimseye söylemiyorsun. Hatta benim rehber ve psikolojik danışman olmamdaki en büyük etken diyebilirim. Hani böyle bir şey yasayan bir evlat varsa ona bir dokunabilmek adına. Ben birçok şeyi oraya bağlıyorum... Ee tabi bunu okuduktan sonra, o kitapları üniversitede, hocalarımız anlattıktan sonra, kitapları okuduktan sonra bunu çıkarmaya başladım, yani yaşadığım o baş ağrıları ya da kendimi birtakım şeylerden geri çekmem, o özgüven eksikliği hep bu yaşantılarımla bağlantılı.

Bazı katılımcılar bedensel deneyimlerinde dini açıklamalarla bir anlam bulmaya

çalışmışlardır. Örnek vermek gerekirse Seçil, bu hastalığın kendisine bu hayatta

Tanrı'nın bir meydan okuması olarak verildiğine ve tüm bu olumsuz deneyimlerde

gümüş bir astar olduğuna inanarak acısını bazı dini temalara bağlamıştır:

Bazen de şeyi düşünüyorum ee belki de işte Allah herkese bir şekilde bir imtihan verirmiş ya bu dünyada benim de imtihanım bu hastalıkmış ama çok fecii bir hastalık bununla ilgili böyle sureler de varmış kuranda ee bunalımlarla ilgili hakikaten de biliyor ama ben inanıyorum bakın...yani inançlı bir insanım tabi herkes inançlıdır kendine göre de...işte belki de iyi düşündüğüm taraf yalnızca bu, bu hastalığı çekiyorum ama bazen böyle hiç olmayacak bir şeye dua ediyorum Allaha şükürler olsun ki duam kabul oluyor, diyorum ki acaba Allah beni bir şekilde hastalıkla ee şey yaparken sınarken yani ceza gibi düşünüyorum bazen ama tövbe ya rabbim ee bunu vermişken bir anlamda beni böyle ödüllendiriyor gibi, sanki ben sana bu hastalığı veriyorum ama bak senin dualarını da kabul ediyorum gibi yani, bu tür şeyleri de

düşünüyorum bazen, şükürler olsun yani böyle bir şey dua ediyorum bir şey için oluyor.

Hemen hemen tüm katılımcılar, ebeveynlerinden en az birinin benzer somatik semptomlardan mustarip olduğunu bildirmiştir. Katılımcılar tarafından adeta aile üyeleri ve farklı nesiller arasında aktarılan bir genetik yatkınlık olarak algılandığı gözlenmiştir. Bu konuda Nazife, babasının da benzer bir örüntü gösterdiğini şu ifadesinde dile getirmiştir:

Sülalemizde var bu hastalık, çoğu kişide var akrabalar arasında dolaşiyor. Mesela babamda var, amcamda var, onunki aynı mı bilmiyorum ama. Babam hiç ilaç kullanmadan kendi yenebiliyor... En son o da abime üzüldüğünden oldu... Yatağa düşüyor, yüzüm, başım uyuşuyor diyor, o da aynı böyle hayata küsüyor, yemek yemiyor, tam bilmiyorum, içine kapanık. Kuzenimde var, o da Çanakkale'de öğretmen, kızında var o da üniversitede şu an, yani anlayacağınız bizim sülale çok duygusal, hassas galiba, küçücük bir sıkıntıda, zorlukta hayata küsüyoruz. Mesela o da yataklara düşüyor, okulda bir olay oluyor, sınavı oluyor hemen böyle oluyor.

## **2. Yetişkin bir çocuk olarak ebeveynlerle ilişkilerde karşılanmayan ihtiyaçlar ve çelişen duygular**

Görüşmeler sırasında katılımcılardan çocuklukları ve aile ilişkileri hakkında konuşmaları istendiğinde en belirgin duygu anne-babaya karşı öfke olmuştur. Katılımcıların bir kısmı öfkelerini doğrudan kabul ederken, bir kısmı da dolaylı olarak ifadelerine atıfta bulunmuştur. Ebeveynler tarafından sevilme, bakılma ve korunma gereksinimlerinden yoksun olmaları, çocukken sevilmediklerini, önemsiz olduklarını, hatta terkedildiklerini hissetmelerine neden olmuştur. Katılımcıların çoğu önemli istismar öyküleri bildirmiştir. Aşağıdaki alıntı, babası tarafından fiziksel ve duygusal istismarı bildiren Yasemin'e aittir:

Çocukluğumdan şu yaşıma gelene kadar tek düşündüğüm babamın alkolü, anneme, o bize olan şiddeti, yaklaşımları, baskıları, hani bizi zora sokmaları, küfürleri... Bir de babam beni unuttu kaç kere bir yerlerde, unuttu ya, eşya gibi unuttu, bu yaşıma geldim hala unutamıyorum bunu... İçkici, ayyaş, baba olarak ne bir yanımızda durdu ne bir arkamızda durdu ne destekçimiz oldu... Babamı suçluyorum tabii ki, çok kızıyorum, içime kapanıklığım, hani bir çıkar yol bulamamış olmam, kendimi çok yalnız, kendi içimde çok yalnız hissediyorum gerçekten.

Berrin, anne ve babasının onunla yeterince ilgilenmediğini belirterek, çocukluğunda kendisini korunmasız hissettiğini ifade etmiştir. Anne-babası daha destekleyici ve ilgili olsaydı istismar hakkında konuşabileceğini ve sonunda bu zorluğu yaşamak zorunda kalmayacağını belirtmiştir:

Yok öyle bir şey, eti de benim kemiği de benim çocuğum kimsenin değil diyorum ben, bunu velilere de söylüyorum, eti de senin kemiği de senin kimseye bu şekilde çocuğunu emanet etmeyeceksin, öğretmen dahi olsa. Çünkü yaşadıklarımın dolayısı yani o noktada hani biraz, ilgili, kontrolcü yani koruyucu olsalardı belki bu kadar olmayacaktı, yani benim yaşadığım şeyler bu kadar uzun sürmeyecekti belki, belki bir kere olacaktı, belki iki kere olacaktı ilkokul çağında ama kontrolcü değillerdi yani. Beni koruyabilirdiler, ama korumadılar. Kaç kere okula geldiler gördüler! Ben mesela çocuğumu üzgün gördüğüm zaman, sık boğaz yapmam çocuğu ama onu biliyorum ben yüz şeklini mesela kızımın, biraz üzgün göreyim ne oldu seni üzen bir şey mi var diye soruyorum, yolunda gitmeyen bir şey mi oldu bugün okulda diye soruyorum. Ama bize soran olmadı yok, ne okula gelip öğretmenle konuşan oldu, ne yüzünüz asık geldiğinde eee ya da düşünceli olduğunuzda neyin var diye soran oldu, soran olmadı yani evet bu anlamda kızıyor muyum kızıyorum. Haklı mıyım haklıyım.

Seçil'in ifadeleri, annesine çok endişeli ve aşırı korumacı olduğu için kızgın olduğunu ve annesini yetiştirdiği için suçladığını işaret etmektedir. Onun gibi olmak istemese de annesi gibi biri haline geldiğini ifade etmiştir:

Annemi suçlamışım senin bu tavırların yani böyle çok evhamlı olman korkak olman çok telaşlı olman çok aşırı bize düşkün böyle üzerimize düşkün olması yani sonra bize güvensizdi yani ama şimdi aynı şeyi ben de çocuğuma yapıyorum bu rahatsızlığımın dolayısı mı, çok böyle pımpirik biri olduğumuzdan, ya sanki annemden bütün bu şeyleri almışım ona kızıyordum niye böyle yaptın senin yüzünden de belki benim bu hastalığım suçladım da annemi bu konuda, ama ee işte ama aynı şeyleri ben de yapıyorum çocuğuma elimde olmadan. Yapmayacağım diyordum ama annem hatta bazen diyor şimdi hani sen yapmayacaktın bana kızıyordun falan.

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı gibi, katılımcıların çoğu kararsız duyguları ebeveyn tarafından mağdur edilmiş hissetme konumundan ebeveynin daha fazla bakım sağlayamamasının isteksizlik veya bencillikten değil, muhtemelen ebeveynin kendi erken yoksunluğundan kaynaklandığını görmeye geçişle tanımlamıştır. Bu

konuda Yasemin, hala kızgın olmasına rağmen annesini anlayabildiğini ifade etmiştir:

Kızıyorum ama o da yediği dayaklardan büyük ihtimalle böyle oldu. Hem babamdan hem de kendi babasından. Babası da içkiciymiş annemin, rahmetli dedem. Ama annem içinde bir yerlerde hep bizi seviyor diye düşünmek istiyorum, fakat gösteremiyor.

Çisem annesinin dikkat ve ilgisizliğinin onu daha güçlü ve olgun hale getirdiğini, her şeyi kendi başına yapmayı öğrenmek zorunda kaldığı için ihmal edilmiş olmanın olumlu bir yönü olduğunu ifade etmiştir:

*Öfkeden çok oldu bitti bunlar artık ama hatırlıyorum işte, bir de dediğim gibi ben her şeyi kendi başıma yapmak zorunda kaldım annem sayesinde bu da beni büyüttü, olgunlaştırdı. O yüzden şanslı bile hissediyorum. Ama kötü tabii yine de...İyice annemi gömüyorum gibi oldu ama konuştuğumuzda aklıma geliyor, annem gerçekten bana hiç destek olmamış. Ben doğum yapacağım zaman annem bana dedi ki 'ben geleceğim işte dedenlerin tarla işleri var onlarla uğraşıyoruz, kayınvalidene söyledin mi o gelecek mi?'. Ben hiçbir şey demedim sonra gittim kendim hastaneye yattım doğum yaptım hatta biraz erken de oldu söylenenden. Eşime tembihledim anneme kesinlikle söylemeyeceksin diye. Sonra doğumdan sonra aradık geldi, yine her zamanki gibi o ifadesiyle boynu bükük mazlum. O suçsuz onun dışında herkes zalim sanki.*

### **3. Somatik belirtilerin annelik deneyimlerine yansımaları**

Hayatlarının ortasındaki bu psikosomatik semptomlar annelik deneyimlerine de yansımıştır; çocuklarına iyi bakmadaki güçlükler olmuş ve bu güçlükler annelik algısını etkileyerek suçluluk duygusu ve yetersizlik inancı uyandırmıştır. Örneğin Ebru, sorumluluklarını yerine getirmek için kendini zorlasa bile bir anne olarak kendini yetersiz hissettiğini ifade etmiştir:

İlgilenemediğim için çok yetersiz hissediyorum, çocuğum 10 yaşında çünkü aklı başında artık yani bazı şeyleri anlayabiliyor, üzülüyorum hani onunla mesela ders yapmam gerekiyor, geçirmem gerekiyor, belki bir yerlere çıkarmam gerekiyor, benden olan isteklerini karşılayamıyorum, e karşılayamadığım için bu sefer ister istemez takıyorum kafaya ona da üzülüyorum, işte dediğim gibi eşimin tepkisine üzülüyorum, her şeyi kafaya takan biriyim geniş insanlar vardır ya hiç ben öyle olamadım yani, mesela bir iş olacaksa o iş tam olmalı benim için iş hayatında da öyleyimdir hani hata yapmamaya çalışırım yaptığım hatayı da telafi etmeye çalışırım.

Yasemin ve Berrin ise bildirdikleri istismar öyküleri nedeniyle aşırı korumacı ve kaygılı anneler haline geldiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar bunu doğrudan somatik semptomla değil, semptomun algılanan nedeni ile ilişkilendirmişlerdir. Belirtilerin, çocuklarını korumanın ne kadar önemli olduğunu fark etmelerini sağladığını paylaşmışlardır. Örnek vermek gerekirse Berrin, anne ve babasının yapmadığı gibi kızına kendini korumayı öğrettiğini, ancak bu onun her yabancıyı bir tehdit olarak algılamasına neden olduğunu paylaşmışlardır:

Bu yaşadığım durumdan dolayı ben kızıma aşırı derecede meğerssem baskı yapmışım hani, kendi korumayı nasıl olması gerektiğini anlatıyorum, işte özel bölgelerimiz buralar, buralara dokunulmaması gerekiyor işte anne dokunabilir, görebilir, doktor yanındaysan anne eşliğinde doktor bunu görebilir, ee ama bunun dışında kimsenin sana dokunmasına izin vermeyeceksin. Aradan biraz zaman geçti ben göreve başladım falan kızımın sınıf öğretmenini dedi ki bana, sen dedi bu çocuğa dedi nasıl bir kendini korumayı öğrettin, nasıl bir baskı yaptın dedi. Ben düşünüyorum ki ona sadece kendini korumasını öğretiyorum, ondan sonra işte bir konu işliyorlarmış işte dünyanın etrafında dönmesi. Çıkarttım kızını dedi, sadece şöyle bir dokunmaya çalıştım hemen kendini böyle kapattı, ondan sonra Berrin dedim, demek ki biraz çizgiyi aşmışsın, yeniden karşına alırsın konuşursun, konuşursun, hangisi iyi dokunuştur, hangisi kötü dokunuştur, bunları anlatırsın. Orda ona çok büyük bir baskı yapmışım. Bir yere gideceği zaman, en basiti geçen hafta gezi olacakmış bu hafta sonu, izin istiyor. Ben direk yani, gezi lafını duyar duymaz hayır, bu moddayım (omuzlarını kaldırıyor) ... Tamam dedim gidebilirsin ama sen gel onu bana sor. Belli etmiyorum ona ama şurada bir şey yiyor yani o derece. Ya bir şey olursa, ya biri ona zarar verirse, ya kendini koruyamazsa, ya sessiz kalırsa, korkup bir şey diyemezse, yani, kendi yaşadığım şeyleri yaşamasını istemediğim için biraz fazla ona korumacı davranıyorum. Bu yaşadığım bas dönmeleri falan da bana sürekli onu korumam gerektiğini hatırlatıyor.

Yasemin de benzer şekilde Berrin'in açıklamasına çocuğunu dışarıdan gelecek tehditlerden korumak istercesine eklemiştir:

Anne olduktan sonra korkularım dediğim gibi daha katlandı... Biz ne kadar sahip çıkabiliyoruz çocuğumuza, sokağa salıyorsun oynasın diye, sen onu 7/24 gözetemezsin veya hani tamam eskiden olan bir şey şu an ben çocuğu sokağa bile salmam zaten, ancak kapının önüne onda da pencereden, balkondan bakarak, bir şey olsa uçarak gidemem yanına.



#### 4. Semptomlardan önceki ve sonraki yaşam: Geçmiş ve şimdiki benlik ve diğerleri arasındaki karşılaştırmalar

Katılımcılar semptomların hayatlarını nasıl etkilediğinden ve değiştirdiğinden bahsettiklerinde geçmiş ve şimdiki benlikleri arasında karşılaştırmalar yaptılar. Seçil, sağlıklı ve aktif geçmiş benliğinden bahsederek, çalıştığı ideal geçmişini, maddi açıdan bağımsız, mutlu ve kendinden emin bir şekilde hatırladığını belirtmiştir:

Çalışıyordum, güzel bir işim vardı, parama karışılmıyordu, özgürdüm yani, istediğim yere gidiyordum... Büroda çalışırken açılmıştım, eskiden utangaçlığım vardı, o da gitti, özgüvenim geldi... şimdi yaşama sevinci denen bir şey yok, sürekli ağlamak geliyor içimden, müthiş yine can sıkıntısı oluyor... yine çalışmak istiyorum aslında ben 5 yıl muhasebe bürosunda çalışmıştım bu rahatsızlığımdan önce zaten hastalanınca son bir sene zar zor idare ettim artık yani hesap işlerine kafam da basmamaya başladı yani o kadar beynim dolu ve şey ki, şimdi istesem de çalışacak durumda değilim.

Geçmişin bu hatıralarının, öz saygılarını geliştirmek yerine, kaybedilenlerin bir hatırlatıcısı olarak hizmet ettiği gözlemlenmiştir. Öte yandan, katılımcılar diğerleriyle aşağı yönlü karşılaştırmayı içeren bilişsel başa çıkma stratejilerinden bahsetmiştir. Örneğin Yasemin'in baş ağrısı ve bedensel ağrılarla yaşamasının zor olduğunu ancak bu duyguya kendisini desteksiz yürümekte zorlanan bir komşuya benzeterek direndiğini belirten Yasemin'in anlatımı şu şekildedir:

Bir taraftan da diyorum tamam kendimi çok kötü hissediyorum, insanlar anlamaz ama yaşayan bilir, diyorum bir komşumuz var hatta o bana psikoloğa gitmemi söyledi böyle konuştuğumuzda üzüldü herhalde halime...o mesela desteksiz yürüyemiyor, o halde değilim diyorum, en azından o hale gelmedim daha.

Seçil, yaşamdaki zorluklarını da özellikle semptom veya ağrı açısından değil, genel olarak başkalarının yaşamlarıyla karşılaştırmıştır:

Kardeşimin bebekleri oldu onun da şeyine üzüldüm yarık damakla doğdu dudak değil de damak. Onu çok araştırdım internetten, Allaha şükür ameliyatını oldu, iyi yani yemesinde de konuşmasında da bir şey yok ama Allaha çok şükür kötü bir şey yaşamadım hani bunun gibi. Bunlara bakıp da şükür ediyorum, Allah bana daha kötüsünü vermemiş belki bilip de vermemiş... çok daha kötü hastalıklar var Allah korusun, ölümlü, insanlar 3 ayda ölüyorlar hastalıktan.

Görüşmeler sırasında katılımcılar, geçmiş yaşamları ile şimdiki yaşamları arasında karşılaştırmalar yaparken geleceğe yönelik karamsarlık ve iyileşme konusunda umutsuzluk duygusuna vurgu yaptılar. Seçil, mevcut sorunlarıyla baş edemediği için gelecekte daha da kötüye gitme korkusunu paylaşmıştır:

İlaç kullanıyorum, psikolojim iyi değil... diyorum ben yarın öbür gün yani ailemden birini kaybetsem nasıl ben zaten ilaç kullanıyorum bana ne verecekler, ben nasıl teskin olacağım, ya onu hiç düşünmek dahi istemiyorum ama bazen aklıma geliyor, sonuçta bu hastalığım hep kötüye gitti şimdiye kadar, bundan sonra da iyileşeceğimden umudum yok. İkinci çocuğumu çok istedim sırf bu sebepten yapamadım ben, artık 40 oldum zaten hiç olmaz.

## **5. Sosyal destek alma ihtiyacı**

Somatizasyon sosyal bir bağlamda yaşanır ve aileyi ve diğer ilişkileri etkiler.

Dolayısıyla bu şikayetlerin olması katılımcıların sosyal rollerinde ve ilişkilerinde bir kaymaya neden olmuştur. Bazı katılımcılar değişen ilişkiler ve tecrit duyguları ve anlayış eksikliği bildirirken, bazıları için eşler, aileler ve arkadaşlar büyük bir sosyal ve duygusal destek kaynağı olmuştur. Esra, ev işi yapamadığı veya çocuğuna bakamadığı zamanlarda kayınvalidesi ve baldızının desteğinden söz etti:

Benim kayınvalidem yani annemden çok annelik yaptı bana şu an hala öyledir. Ben şimdi atıyorum çalışıyorsunuz, evime geliyorum her yerim tertemiz, yemeklerim yeni pişmiş, masa hazır, çıkıp bırakıp giden bir kadın, ben onun hakkını ödeyemem kesinlikle. Görümcem de öyle, onunla da kardeş gibiyiz çok bağlıyız.

Berrin ayrıca kocasının onu çok iyi anladığını çünkü ikisinin de danışman olduğunu belirtti. Ne zaman migren baş ağrıları ve baygınlık geçirse, onu düşündüğü her şey hakkında konuşmaya teşvik ettiğini ifade etmiştir:

Eşimle Allaha aynı meslekteyiz, o yüzden beni daha iyi anladığını düşünüyorum. Bir ara bu bayılmalarım daha çok oldu. Kafa göz gidiyordum artık. O zamanlar eşim daha yumuşak, sevgi dolu oluyor...Konuşturuyor beni neler düşündüğümü anlamaya çalışıyor. Hatta o ilk başta çok ısrar etmişti bak gidelim yüzleş daha iyi hissedeceksin diye ama istemedim...Çok şükür öyle kavgamız gürültümüz yok, iyi anlaşıyoruz. Anladığını düşünüyorum beni.

Öte yandan, bazı katılımcılar ailelerini her zaman destekleyici bulmamışlardır. Seçil, psikolojik ve sosyal izolasyonunu dile getirirken, eşi ve ailesi yakın yaşamalarına rağmen anlayışsızlıklarından bahsetti. Kocasının yeterince destek vermediğini ve kendisi ilgilenip ilgilenirse kendisini daha iyi hissedebileceğini düşünmüş ve bu da kocasından daha fazla ilgi görmesi gerektiğini göstermektedir:

Eşim biraz zaten konuşmayı sevmeyen bir insan tamam bana anlayışlı davranıyor da hani beni çok anlayamıyor aslında yaşadıklarımı, öyle kendi haline bırakmış bir durumda, pek ilgilenmiyor, aslında daha bir ilgili bir eş olsa belki daha iyi olacağım yani. Destek olsa bana, ilgilense... O da işte annesi gibi sen kendin yapıyorsun diyor, o yönden zaten şey yani babam ailem gibi anlayışlı değil. İşte ona da kayınvalidem gibi pek söylemiyorum, çok kötü olduğumda diyorum yani öyle bağırıyor etmiyor da sen kendi kafandan yapıyorsun diyor yani işte ne bileyim anlayamıyor yani yaşamadığı için herhalde, öyle bulduruyorum baştan çok kızılıyordum.

Anlayış eksikliği, onları reddedilmeye karşı savunmasız hissettirmiş ve ağrıları veya semptomları hakkında konuşmaktan vazgeçmişlerdir. Yasemin, kocasının kendisini anlamadığını ve desteklediğini, bu yüzden artık onunla konuşmadığını ifade etmiştir:

Eşim de diyor ya gerekli gereksiz her şeyi takıyorsun diyor bana, ha bırak diyor ya oluruna bırak, öyleyse öyle, öyle değilse öyle değil hani bu kadar takma. Ben de diyorum keşke elimde olsa hani elimde değil. Eşim dönüp uyuyabilen bir insan mesela, ben uyuyamadığım için beni suçluyor... Karşı tarafın yani özellikle eşimin beni hiç anlamadığını veya başka bir yeriyile dinlediğini düşünüyorum sürekli de ona diyorum sen beni kulağınla dinlemiyorsun falan... Eşime anlatmıyorum artık ben de çünkü ha şu duvara anlatmışım ha eşime anlatmışım.

## 4. TARTIŞMA

### 4.1. Somatik semptomlar için açıklamalar

Hastalıklarının ne olduğunu öğrenmek için hastanelerde uzun bir geçmişe sahip olan katılımcılar, yapılan tıbbi muayenelerde vücutlarında bir sorun yok gibi görünmesine rağmen bu semptomların neden hala var olduğunu anlayamadıklarını bildirmişlerdir.

Belirsizlik, uzun süreli sağlık koşullarında ve buna bağlı sıkıntıda önemli bir

kavramdır (Wright ve diğerleri, 2009). Ayrıca, somatik semptomları olan hastaların

anlamalarına yardımcı olacak mevcut bilgiler de yeterli değildir (Locker, 1991).

Belirsizlik, iyileşme olmaksızın uzun bir süre devam ettiğinde veya kökeninde bir neden olmadığına inanıldığında, sıkıntı, çaresizlik ve ağrının artması ile ilişkili bulunmuştur (Idler, 1993).

Bu çalışmaya katılanlar, aynı zamanda şikayetlerinin nedenlerini, strese yatkınlık modeli ile açıklanabilecek bazı stresli yaşam olaylarıyla ilişkilendirmişlerdir. Bu model, bir başlatıcı olayın etkisinin, semptomları ciddi sorunların göstergesi olarak yorumlayan kişilerde engelliliğe katkıda bulunma eğiliminde olduğunu ileri sürer (Türk, 2002). Temel olarak, birlikte var olan kırılganlık altında psikolojik sorunların arkasında stresli deneyimlerin yattığını öne sürer (Türk, 2002).

Tüm katılımcılar ifadelerinde, ebeveynlerinden en az birinin oldukça endişeli olduğunu bildirmiştir. Bu, bağlanmayı çocuk ve ebeveyn figürü arasında daha sağlıklı gelişimin temeli olan benzersiz bir ilişki olarak tanımlayan bağlanma teorisi ile tutarlıdır (Bowlby, 1982). Kanıtlar, güvenli bağlanmanın gelecekteki ilişkilerde duyguların ifade edilmesi ve iletişim, duygulanımın kendi kendini düzenlemesi ve dayanıklılık üzerindeki olumlu etkisini desteklemektedir (Belsky ve Cassidy, 1990).

Her zaman bedensel şikayetleri olan endişeli ebeveynle özdeşleşme, ebeveyn ve çocuk arasındaki bu endişe aktarımını farklı bir bakış açısıyla da açıklayabilir.

#### **4.2. Yetişkin bir çocuk olarak ebeveynlerle ilişkilerde yoksun ihtiyaçlar ve çelişen duygular**

Katılımcılar, doğrudan veya dolaylı olarak, sevilme, bakım ve korunma ihtiyaçlarından yoksun oldukları için ebeveynlerine karşı öfke duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum onların sevilmediklerini, önemsiz olduklarını, hatta çocukken terkedildiklerini hissetmelerine neden olmuştur. Katılımcıların çoğu ayrıca önemli

fiziksel istismar öyküleri bildirmiştir. Benzer şekilde literatürdeki bulgular, çocukluk döneminde ebeveynin düşük bakımı ve yüksek aşırı korumasının, yetişkinlikte fiziksel belirtiler ve hastaların psikosomatik tedavi ihtiyacı için risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (Shibata ve diğerleri, 2020).

Başka bir çalışma, 15 yaşında ailevi işlev bozukluğu yaşamayan, gelecekte somatik semptomların artmasıyla bağlantılı olduğunu ve ailedeki zayıf bir sosyal çevre ile somatik semptomlar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca, 15 yaşına kadar iki veya daha fazla yaşam olayı yaşayan bireyler, yetişkin olduklarında daha fazla somatik semptom bildirme eğiliminde olmuşlardır (Winding ve Andersen, 2019).

Katılımcılar görüşmeler sırasında çelişen duygular göstermişlerdir. Ebeveynleriyle olan ihmalkâr ilişkiler nedeniyle öfke duyguları yaşarken, bu duyguları paylaştıklarında da suçluluk duymuşlardır. Suçlu hissetmek, onları bencilce kendi ihtiyaçlarıyla ilgilenmekten alıkoyan kaygıya neden oldu ve bu da öfkeye katkıda bulundu ve öfke ve suçluluk döngüsünü sürdürmüştür.

#### **4.3. Belirtilerin annelik deneyimlerine yansımaları**

Bu çalışmada, katılımcıların annelik deneyimleri büyük ölçüde bedensel yakınmalarından etkilenmiş ve ebeveynlikle başa çıkmak için çok az kaynakla başa başa kaldıklarını hissetmişlerdir. Bu, anneler için suçluluk, umutsuzluk, yetersizlik inancı ve “orada olamama” gibi duygusal sonuçlara yol açmış ve bunların hepsi çocuklarla etkileşimi güçleştirmiştir. Katılımcılar, kendileriyle ilgilenmenin, çocuklara bakma ve korumaya çalışmanın çoğu zaman ikili bir yük haline geldiğini ve çocuklarla yeterince zaman geçirmemekle kendilerini suçladıklarını belirtmişlerdir.

Acı deneyimleriyle yaşarken ebeveynlik zorluklarını araştıran önceki araştırmalar (Evans ve diğeri, 2005), çoğu annenin çocuk bakımıyla ilgili sorunlar bildirdiğini göstermiştir. Zorluklar, yemek hazırlamak gibi fiziksel ebeveynlik görevlerinden çocuklar için duygusal olarak müsait olamamaya kadar değişmektedir.

İlk kez Winnicott (1953) tarafından geliştirilen, 'yeterince iyi anne' olmadıklarına dair inançlarının neden olduğu stresle başa çıkmak için gerekli kaynaklara sahip olmadıklarında, çalışmamızda dört anne tarafından bildirildiği gibi, kendilerini suçlu hissetmişlerdir. Katılımcılar semptomları nedeniyle ev işlerine ve çocuklarına karşı rol ve sorumluluklarını sürdürmeyi imkansız bulmuşlardır. Bu nedenle, çocuklarından duygusal olarak uzak olduklarını bildirdiler ve bu da sıkıntılarını daha da arttırmıştır. Annelik deneyimleri açısından suçluluk, utanç ve yalnızlık duygusu belirtmişlerdir. Ayrıca, çalışmamızdaki annelerin, çocuklarıyla birlikte olup vakit geçirmekten çok, somut bir şeyler yapmakla daha fazla ilgilendikleri görülmüştür. Bu nedenle, yeterince iyi bir anne terimi, annelerin çocukları için yaptıklarını benimsemeleri ve ideal hedeflerini düşürmeleri için yardımcı olabilir (Hoghugh ve Speight, 1988).

#### **4.4. Semptomlardan önceki ve sonraki yaşam: Geçmiş ve şimdiki benlik ve diğeri arasındaki karşılaştırmalar**

Bu çalışmaya katılanlar, geçmiş ve şimdiki yaşamları ve ayrıca başkalarının yaşamları arasında karşılaştırmalar yaptılar. Bu, kayıp duygularını ve psikolojik ve fiziksel şikayetlerinin benlik kavramları üzerindeki zayıflatıcı etkisini gösterdi.

Semptomları hakkında konuşmak, geçmiş anıları ve hala olmak istedikleri benliği hatırlattı, bu nedenle yaşam ikiye ayrılırken yaşamlarındaki değişiklikleri ortaya çıkardı: semptom öncesi ve sonrası.

Psikosomatik belirtilerden mustarip bireyler bazı başa çıkma stratejilerini kullanarak belirtilerini anlamlandırmaya çalışabilirler (Leventhal, Brissette ve Leventhal, 2003). Başa çıkma stratejileri bilişsel odaklı veya daha davranışsal odaklı olabilir (Grossi, Soares & Lundberg, 2000). Bu çalışmada, katılımcıların bilişsel başa çıkma stratejileri ve somatik bir problemin etkisi altında benlik kavramlarını onarma ihtiyacı tekrar eden bir tema olarak ortaya çıkmıştır. Festinger'in (1954) önerdiği gibi, insanların kendileri hakkında istikrarlı değerlendirmelere sahip olmaları gerekir ve nesnel ölçülerin olmaması sosyal karşılaştırmaya yol açacaktır. Katılımcılar, durumlarını değerlendirmeye çalışırken çevrelerindeki diğer insanlarla iki tür karşılaştırma kullandılar. Kendilerini aşağı doğru daha kötü koşullarla, yukarı doğru ise daha iyi koşullarla karşılaştırdılar. Çalışmalar, hayal edilen bir "daha kötü dünya" ile aşağı yönlü karşılaştırmaların, stresli koşullar altındaki bireylerde olumlu duygulanım ve esenliği teşvik edebileceğini ileri sürmüştür (Taylor ve Lobel, 1989). Ayrıca, yukarı doğru karşılaştırmaların gelişmek için bir ilham kaynağı olabileceği öne sürülmüştür, ancak bunlar aynı zamanda çalışmadaki katılımcılar için kayıplarını da hatırlatmıştır.

Son olarak, katılımcılar şimdiki ve geçmiş benliklerini karşılaştırırken gelecekte bazı beklentilerinden bahsetmişlerdir. İyileşme ve ilaç alma konusundaki umutsuzluk endişelerinin merkezinde yer almıştır. Çoğu için ilaç tedavisi günlük bir ritüelken, bağımlı olma korkusu nedeniyle ilaç alma konusunda kararsızlık ve tolerans geliştirirlerse hiçbir şey semptomlarına yardımcı olmayacağı endişesi bildirmişlerdir.

#### **4.5. Sosyal destek alma ihtiyacı**

Psikosomatik belirtiler yaşayan katılımcıların belirttiği gibi, sosyal destek ve ailelerinden ve arkadaşlarından anlayış görme ihtiyacı önemli bir tema olarak ortaya

çıkılmıştır. Bazı katılımcılara aileleri tarafından sosyal destek sunulurken, diğerleri ailelerinin farkındalık ve anlayışlarının çok zayıf olduğunu bildirmiştir. Algılanan aile desteği, bir literatür taramasında bildirildiği gibi (Roy, 2001) bir dizi hastada daha düşük depresyon düzeyleri ve daha yüksek yaşam doyumu düzeyleri (Ali ve ark., 2010) ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada eşlerinden destek gördüğünü bildiren katılımcıların işlevsellik açısından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, Cohen ve Wills'in (1985) sosyal desteğin stresli yaşam deneyimlerine karşı bir tampon olarak önerildiğini ve sosyal desteğin stresör algısını ve onunla başa çıkma yeteneğini etkilediğini öne süren stres tamponlama hipotezi ile tutarlıdır. Öte yandan, katılımcıların çoğu, ev işlerinde yardım gibi destekler almalarına rağmen ailelerinin, özellikle de eşlerinin onları gerçekten anlamadığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, tüm katılımcılar eş desteği hakkında olumlu konuşmamışlardır. Ayrıca, stres altında başkalarından destek aramanın, başkaları tarafından itibarsız hissetmek ve sosyal desteğin karşılığını alamamak (Charmaz, 1983) gibi belirli koşullar altında azaldığı bulunmuştur (Buunk ve Hoorens, 1992).

## 5. SONUÇ

### 5.1. Çalışmanın Sonuç ve Klinik Etkileri

Katılımcılar bedensel yakınmalarından bahsederken duygusal sıkıntılarını da sözlü olarak ifade etmişlerdir. Sosyal destek eksikliği, maddi zorluklar, aile içi şiddet ve cinsel istismar öyküsü ve anneliğin zorlukları stres düzeylerine katkıda bulunan faktörler olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunda anksiyete ve depresyon es tanısı da psikososyal stres ile somatik semptomlar arasındaki bağlantıyı göstermiştir. Katılımcılar aslında bu ilişkinin farkındaydılar ve semptomları için içgörüyü



sahiptiler. Bu nedenle, psikososyal faktörler ve semptomlar arasındaki ilişkiyi belirtmek, zaten kendileri ifade ettikleri için gerekli bir müdahale olmayabilir. Bununla birlikte, tedavinin odak noktasının bir açıklama bulmak değil, onu ortadan kaldırabilmek için semptomun benzersiz işlevini anlamak olduğunu belirtmek önemlidir.

Hastaların sağlık sistemi içinde zaman zaman olumsuz deneyimleri olduğu düşünüldüğünde, sağlık hizmeti sunucusunun somatizasyonlu hastalarla olan ilişkisine bakmak önemlidir. Somatizasyon sağlık çalışanları için de zorlu bir konu olabilir ve çoğu psikososyal sorunları ele almak için özel olarak eğitilmedikleri için bedensel kaygıları olan hastalarla karşılaştıklarında kendilerini yetersiz hissedebilir ve genellemeler yapma eğiliminde olabilir. Bu nedenle, profesyonellerin, özellikle somatizasyonlu hastalarla çalışan terapistlerin, anlamı ele almak ve hastanın streslerini sözlü olarak ifade etmek için neye ihtiyaç duyduklarını anlamasına yardımcı olmak için hastalarla iyi bir terapötik ilişki kurması gerektiğini bilmek önemlidir. Bu nedenle hastalar, sorunlarının ciddiye alındığını hissederek tedavi sürecine daha açık olabilirler. Türkiye'de somatizasyon ile çalışan sağlık profesyonelleri ile yapılan bir başka nitel çalışma, sorunları başka bir perspektiften ele alabilir.

## **5.2.Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri**

Bu çalışmanın bazı güçlü yönleri ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışma, nitel bir araştırmanın gereklerini karşılamıştır. Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz, kültürel bir bakış açısıyla bireysel somatizasyon deneyimlerinin daha derin bir anlayışını sağlamak için bir metodoloji olarak kullanılmıştır. Araştırmanın

güvenilirliği, metodolojinin belirli yönergelerini izleyerek araştırmacı tarafından sağlanmıştır. Ayrıca somatizasyon, tüm dünyada sağlık sistemi için halen büyük bir sorundur, ancak Türkiye'de kültürel bir bağlamda incelenmesi, profesyonellerin hastalara sadece tanısıl bir bakış açısıyla yaklaşmak yerine, bedensel şikayetleri olan bu bireyleri ve ihtiyaçlarının ne olduğunu daha iyi anlamalarına yardımcı olabileceği düşünülmüştür. Damgalama bu bireyler için çok öne çıkan bir konu olduğundan, kişisel deneyimlere odaklanmak ve anlaşıldıklarını göstermek deneyimlerini açmalarına yardımcı olmuştur. Ayrıca genellemeler yapmak çalışmanın amacı olmadığı için katılımcıların öznelliği değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da vardır. İlk sınırlılık, katılımcılarla yapılan görüşme sayısıdır. Bu katılımcılar hastanede doktorlar tarafından görülen ve yönlendirilen hastalar olduğu için sadece bir kez görüşülmüştür. Ancak, katılımcıların deneyimleri hakkında özgürce konuşmalarına izin veren ortalama görüşme süresi, tek görüşme yapmanın bu dezavantajı kısmen ortadan kaldırdığı söylenebilir. Ayrıca katılımcılar kendi deneyimlerini rahatça anlatırken, hatta bazı katılımcılar görüşmede kendilerini o kadar rahat hissettiklerini ve bazı konuları hayatlarında ilk kez konuştuklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte, ön analizde ortaya çıkan bazı noktaları açıklığa kavuşturmak için ikinci bir çalışmanın yapılmamış olması çalışmanın bir sınırlılığı olabilir.

## G. THESIS PERMISSION FORM / TEZ İZİN FORMU

### ENSTİTÜ / INSTITUTE

- Fen Bilimleri Enstitüsü / Graduate School of Natural and Applied Sciences**
- Sosyal Bilimler Enstitüsü / Graduate School of Social Sciences**
- Uygulamalı Matematik Enstitüsü / Graduate School of Applied Mathematics**
- Enformatik Enstitüsü / Graduate School of Informatics**
- Deniz Bilimleri Enstitüsü / Graduate School of Marine Sciences**

### YAZARIN / AUTHOR

**Soyadı / Surname** : Temizel Kırışman  
**Adı / Name** : Selin  
**Bölümü / Department** : Psikoloji / Psychology

### TEZİN ADI / TITLE OF THE THESIS (An Interpretative Phenomenological Analysis of Somatization Experiences):

**TEZİN TÜRÜ / DEGREE:** **Yüksek Lisans / Master**  **Doktora / PhD**

1. **Tezin tamamı dünya çapında erişime açılacaktır. / Release the entire work immediately for access worldwide.**
2. **Tez iki yıl süreyle erişime kapalı olacaktır. / Secure the entire work for patent and/or proprietary purposes for a period of two years. \***
3. **Tez altı ay süreyle erişime kapalı olacaktır. / Secure the entire work for period of six months. \***

*\* Enstitü Yönetim Kurulu kararının basılı kopyası tezle birlikte kütüphaneye teslim edilecektir. / A copy of the decision of the Institute Administrative Committee will be delivered to the library together with the printed thesis.*

**Yazarın imzası / Signature** ..... **Tarih / Date** .....

*(Kütüphaneye teslim ettiğiniz tarih. Elle doldurulacaktır.)  
(Library submission date. Please fill out by hand.)*

*Tezin son sayfasıdır. / This is the last page of the thesis/dissertation.*