

# DBT-terapeuters syn på kriteriet kroniska tomhetskänslor

En tematisk analys

Olivia Iso Helleberg

Psykologiska institutionen/Department of Psychology  
Examensarbete 30 hp /Degree 30 HE credits  
Psykologi/Psychology  
Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program  
(300 HE credits)  
Höstterminen/Autumn term 2020  
Handledare/Supervisors: Therese Anderbro & Jakob  
Håkansson  
English title: DBT-therapists' view on the criterion  
chronic feelings of emptiness: A thematic analysis



**Stockholms**  
universitet

# DBT-TERAPEUTERS SYN PÅ KRITERIET KRONISKA TOMHETSKÄNSLOR\*

## En tematisk analys

Olivia Iso Helleberg

Kroniska tomhetskänslor är ett symptom i borderline personlighetssyndrom (BPS) som är underbeforskat. Tidigare forskning har visat på en oklarhet gällande definitionen av detta kriterium. Studiens syfte var att utforska ett antal terapeuters förståelse av och syn på kriteriet. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 13 terapeuter som arbetar med dialektisk beteendeterapi (DBT) och materialet tolkades med en induktiv tematisk analys. Analysen visade att terapeuterna definierade kroniska tomhetskänslor som en återkommande smärtsam upplevelse av en frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor. De vanligaste metaforerna för att beskriva erfarenheten var vakuum, svart hål, död och desorientering och tomhetskänslor associerades till hämmad sorg. Terapeuterna uppfattade kriteriet som viktigt då det enligt terapeuternas erfarenhet är kopplat till självskadebeteenden och då kriteriet kan fylla en validerande funktion. Samtidigt upplevde terapeuterna kriteriet som problematiskt då det uppfattades som otydligt och potentiellt stigmatiserande. Resultatets betydelse för psykologisk teori och praktik diskuteras och förslag på vidare forskning ges.

Borderline personlighetssyndrom (BPS) kännetecknas enligt det amerikanska diagnossystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) av ett varaktigt mönster av instabilitet avseende känslor, relationer och självbild (American Psychiatric Association [APA], 2013). I Världshälsoorganisationens diagnosystem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) betecknas samma problematik som diagnosen Emotionellt instabil personlighetsstörning (EIPS; World Health Organisation [WHO], 2016), vilket tydligare än BPS beskriver patientens upplevda grundproblematik; den känslomässiga instabiliteten (Kåver & Nilsonne, 2002; Petrovic, 2015).

BPS förekommer hos runt 1-2% av befolkningen (Lieb et al., 2004). Detta faktum gör enligt Petrovic (2015) problematiken till en folksjukdom. Globalt uppskattas livstidsprevalensen till 6% (Skodol et al., 2019). Inom den psykiatriska öppenvården uppskattas 10% vara diagnostiserade med BPS och individer som uppfyller kriterier för BPS beräknas uppgå till 15-25% av heldygnsvårdsintagna (Leichsenring et al., 2011; Lewis et al., 2019; Lieb et al., 2004; Zimmerman et al., 2005). Av de som diagnosticeras med BPS är 75% kvinnor (Bayes & Parker, 2017; Kaess et al., 2014). Populationsstudier har dock visat att denna siffra inte är representativ i den generella befolkningen där skillnaderna är mindre och tillståndet förefaller vara lika vanligt hos män och kvinnor (Leichsenring et al., 2011; Lenzenweger et al., 2007; Torgersen et al., 2001; Zanarini et al., 2011). Vissa forskare har argumenterat för att detta beror på att det finns en genusbias i diagnostiska procedurer (Becker & Lamb, 1994; Björklund, 2006; Ussher, 2013).

---

\* Varmt tack till alla intervjudeltagare som har medverkat i min studie och till mina handledare Therese Anderbro och Jakob Håkansson som har varit till mycket stor hjälp under processen.

Problematiken karaktäriseras av allvarliga psykosociala funktionsnedsättningar (Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2010) och en hög användning av vårdresurser (Tomko et al., 2014). Individer som uppfyller kriterierna för diagnosen löper en ökad risk att dö till följd av suicid; upp till 10% av patienter med BPS begår självmord, en siffra som är nästan 50 gånger högre än i den generella befolkningen (Black et al., 2004; Leichsenring et al., 2011; Lieb et al., 2004). Dessutom innebär problematiken en ökad risk för tidig död relaterad till somatisk sjukdom och livsstilsfaktorer (Temes et al., 2019). Tidigare har BPS betraktats som ett livslångt tillstånd men longitudinella studier har visat att många med BPS upplever en symptomminskning med stigande ålder (Gunderson et al., 2011; Temes & Zanarini, 2018). BPS har varit och förblir en mycket stigmatiserad diagnos (Aviram et al., 2006; Day et al., 2018; Gunderson, 2009; Markham, 2003; Quenneville et al., 2020).

### *Diagnostik av BPS*

De mest använda diagnoskriterierna för BPS, både i forskningssammanhang och i klinisk verksamhet, är DSM-5:s diagnostiska kriterier (APA, 2013). För att få diagnosen krävs att individen enligt definitionen i DSM-5 uppfyller fem av nio kriterier som omfattar undvikanden av separationer, instabila relationer, identitetsförvirring, impulsivitet, självskadebeteenden eller suicidala beteenden, affektiv instabilitet, kroniska tomhets känslor, inadekvat intensiv ilska samt övergående stressrelaterad paranoia eller dissociation (APA, 2013). En individ kan alltså få samma diagnos som en annan individ trots att de bara överlappar med ett symptom. Det gemensamma är en emotionell dysreglering som leder till funktionsförlust eller kliniskt signifikant lidande och som är stabil och genomgående i ett flertal kontexter sedan tidig vuxenålder (APA, 2013). För att ställa diagnos används det semistrukturerade intervjustödet Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-2; First et al., 1998). BPS är för närvarande en kategorisk diagnos som en individ bedöms antingen ha eller inte ha. De senaste decennierna har dock en dimensionell conceptualisering av problematiken efterfrågats, bland annat eftersom den kategoriska modellen kritiserats för att fånga en alltför heterogen problematik då endast fem av nio kriterier krävs för diagnos och då detta innebär hundratals möjliga kombinationer av symptom (Fruzzeti et al., 2005). En alternativ dimensionell modell föreslås i den tredje sektionen av DSM-5 (APA, 2013). I ICD-11 (2019) föreslås också att personlighetsproblematik bättre kan beskrivas i ett enda kontinuum som sträcker sig från en ”oproblematisk” personlighet i den ena ytterligheten till ett svårt personlighetssyndrom i den andra, svårigheterna graderas som milda, måttliga eller svåra. Inom personlighetsforskningen utvecklas fältet gällande formulering och diagnos och det finns ett behov av forskning gällande särdragen i BPS som är viktiga i både den traditionella kategoriska och den framträdande dimensionella modellen (Grenyer, 2017).

### *Kriterium 7: Kroniska tomhets känslor*

Vissa av kriterierna har beforskats mer än andra som har fått mindre uppmärksamhet och därför blivit mindre förstådda (Klonsky, 2008; Miller et al., 2020). Det finns till exempel ytterst lite empirisk forskning om det sjunde kriteriet, kroniska tomhets känslor, och hur det ska förstås (Didonna & Gonzales, 2009; Klonsky, 2008; Salamin et al., 2020). Det finns substantiell forskning gällande andra BPS-symptom såsom affektiv instabilitet (Koenigsberg, 2010) och impulsivitet (Sharma et al., 2014) men tills nyligen har det alltså funnits ett begränsat fokus på kroniska tomhets känslor. Tomhet har inte heller typiskt räknats med i etiologiska modeller för BPS (Winsper, 2018). De senaste åren har ett flertal forskare påpekat svårigheten med att definiera vad kroniska tomhets känslor faktiskt är. Den tillgängliga litteraturen visar på en svårighet att definiera erfarenheten och avgöra dess betydelse för conceptualiseringen av BPS (Miller et al., 2020). Beskrivningarna i litteraturen ger inte möjlighet att definiera och ringa in begreppet kliniskt (Salamin et al., 2020). Klassifikationssystem och skattningsskalor skiljer inte

mellan existentiella aspekter av tomhet såsom meningslöshet och somatiska erfarenheter såsom att känna sig ihålig (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Elsner et al., 2018). Begreppets semiologiska och semantiska suddighet gör det också svårt att mäta (Didonna & Gonzales, 2009; Klonsky, 2008; Miller et al., 2020; Salamin et al., 2020). Att det historiskt funnits en brist på metoder för att mäta tomhet kan reflektera svårigheten i att definiera eller mäta en erfarenhet som har beskrivits som en känsla av ingenting (Rebok, 2015). Det förblir svårt att definiera och mäta en frånvaro av erfarenhet (Miller et al., 2020). Det förefaller alltså finnas en förvirring inom fältet gällande vad kroniska tomhetskänslor faktiskt *är*. Begreppet har vaga gränser mot andra konstrukt såsom hopplöshet, ensamhet och uttråkning (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Hazell, 2003; Klonsky, 2008) och forskning refererar ofta till varje term omväxlande (Miller et al., 2020). Tomhetskänslor är t.ex. närvarande i ett flertal items kopplade till ensamhet och meningslöshet på Borderline Symptom List (BSL) utan att utgöra en specifik dimension (Bohus et al., 2007).

Att tomhetskänslor kan observeras inom andra psykologiska problem såsom depression och dystymi gör det dessutom till en transdiagnostisk erfarenhet (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Trull & Widiger, 1991). En hög förekomst av både rapporterade erfarenheter av depression och diagnostiserad depression finns vid BPS (Grant et al., 2008; Silk, 2010). Vissa har menat att tomhetskriteriet bör förstås i termer av dysforisk depression (Ekselius et al., 2017; Korner et al., 2008). Forskning har kopplat kroniska tomhetskänslor till depressiva erfarenheter som antas vara unika för personer med BPS (Gunderson, 2009; Gunderson & Phillips, 1992; Köhling et al., 2015; Rogers et al., 1995). En serie studier har etablerat att den depressiva erfarenheten hos BPS-patienter är kvalitativt skild från den vid egentlig depression och vissa har betonat bland annat just tomhetskänslan som särskilt utmärkande (Gunderson & Links, 2008; Gunderson & Phillips, 1991; Leichensring, 2004; Rogers et al., 1995; Westen et al., 1992).

Osäkerheten gällande tomhetskriteriet blir vidare uppenbar i DSM-historien och i de revideringar som gjorts av kriteriet (Klonsky, 2008). I DSM-3 skulle det sjunde kriteriet anses vara uppfyllt om individen uppvisade antingen kroniska känslor av tomhet eller kroniska känslor av att vara uttråkad, men forskning visade sedan att känslan av att vara uttråkad var mindre utmärkande för symptombilden än tomhetskänslan och därför togs denna formulering bort inför DSM-4 i vilken det sjunde kriteriet reviderades till att bara innehålla tomhetskänslan (Klonsky, 2008). Spår av denna historia syns dock fortfarande i DSM-5 där det står: "Individuals with borderline personality disorder may be troubled by chronic feelings of emptiness (Criterion 7). Easily bored, they may constantly seek something to do." (APA, 2013, s. 664). Här verkar det alltså fortfarande handla om någon form av uttråkning och rastlöshet. SCID-2-manualens handbok ger bara två raders kommentar till hjälp för kliniker att tolka och bedöma kriteriet: "Kroniska tomhetskänslor är ofta kopplade till upplevelser av att vara uttråkad, ensam eller utan mening och mål i livet" (First et al., 1998, s. 218). Här ingår alltså dels känslor av uttråkning och dels ensamhet och meningslöshetskänslor.

I och med det ökade intresset för symptomet har Miller et al. (2020) i en nyligen publicerad review föreslagit att kroniska tomhetskänslor kan förstås som en form av brist på kontakt med sig själv och andra, vilket går i linje med ett nytt mätinstrument för tomhet utformat av Price et al. (2019). Hopplöshet teoretiseras t.ex. vara en känsla av bristande kontakt med mening eller livet, ensamhet teoretiseras vara en känsla av bristande kontakt med världen. Olika former av tomhetskänslor har alltså en liknande bas i en känsla av bristande kontakt eller frånkoppling men representerar olika former av *kontaktlöshet*. Miller et al. (2020) har uppfattat det som att denna kontaktlöshet är ett vanligt tema i konceptualiseringen av kronisk tomhet över olika teoretiska ramverk. De menar att såväl ett objektrelationsteoretiskt perspektiv som ett biosocialt

perspektiv som ett mentaliseringsbaserat perspektiv postulerar att orsaken till tomhet är inkonsekventa responser från omvårdnadspersoner vilket gör det svårt att lära känna sig själv och andra. I en nyligen publicerad kvalitativ intervjustudie med patienter har Salamin et al. (2020) menat att *frånvaro* verkar representera essensen i denna erfarenhet, till exempel frånvaro av mening, frånvaro av känslor, frånvaro av liv, olika former av frånvaro, som enligt dem gör kriteriet till ett mångfacetterat konstrukt.

#### *Kroniska tomhetskänslors relevans för BPS*

DSM-kriterierna beskriver en diversifierad uppsättning av affektiva, kognitiva och beteendemässiga erfarenheter. Forskning har föreslagit att erfarenheterna inte är lika i termer av deras implikationer för en individs grad av BPS och nivå av fungerande (Ellison et al., 2016). Empirisk forskning har visat att vissa kriterier är mer indikativa för problematiken än andra, med instabila relationer, affektiv instabilitet, undvikanden av separationer och återkommande suicidalt beteende som de kriterier som generellt associeras mest med problematiken (Blais et al., 1999; Grilo et al., 2001; 2007). Det är fortfarande oklart huruvida olika individuella kriterier är kliniskt signifikanta i sin egen rätt (Ellison et al., 2016). Kroniska tomhetskänslor har alltid varit inkluderade i BPS-diagnosen, ända sedan den först skrevs in i DSM-3 (APA, 1980). Kriteriet kvarstår i den alternativa diagnostiska modellen i DSM-5 där det kopplas till identitetförvirringskriteriet tillsammans med dissociationskriteriet (Black & Grant, 2014). Tomhet har ofta identifierats som ett viktigt symptom för att särskilja personer med BPS från andra grupper (Brown et al., 2004; Nurnberg et al., 1987; Nurnberg et al., 1991; Southward et al., 2018). Samtidigt har studier funnit att kroniska tomhetskänslor är den minst särskiljande faktorn för BPS av alla kriterier eftersom det är alltför ospecifikt och för dåligt operationaliserat (Johansen et al., 2004; Klonsky, 2008). Kriteriet har vidare visat sig vara det enda av de nio BPS-kriterierna som inte är konceptuellt relevant för DSM-översättningen från kategoriska kriterier till dimensionella kriterier (Bach & Sellbom, 2016). Samtidigt har det, även om det finns brister och många blinda fläckar i vår förståelse av tomhet, föreslagits att tomhetskänslor på det stora hela utgör ett signalsymptom vid BPS (Miller et al., 2020). De mixade resultaten inom många studier har tolkats som en reflektion av bristen på definition och svårigheten att mäta en inre erfarenhet som kan ha lite beteendemässiga manifestationer (Miller et al., 2020).

#### *Kroniska tomhetskänslors förlopp*

Enligt uppslagsboken betyder ordet kronisk: stadigvarande, ihållande eller obotlig och motsatsen är *akut* (Nationalencyklopedin, 2020). Synonymer till ordet kronisk är långvarig, varaktig, ständig och ohjälplig (Svenska synonymer, 2020). En kronisk sjukdom går det oftast inte att bli frisk från utan behandlingen går ut på att lindra besvären (Vårdguiden, 2020). Tomhetskänslor har föreslagits vara ett av de mest ihärdiga symptomen och har betraktats som den mest stabila karaktäristikan för BPS (Zanarini et al., 2016). Generellt har studier som fokuserat på förlopp rapporterat att det är svårt att förändra över tid och därav föreslagit att det utgör ett centralt grundproblem för personer med BPS (Miller et al., 2020). I en uppföljningsstudie med 290 patienter med BPS var ensamhet och tomhet de symptom som inte minskade över tid (Zanarini et al., 2007). Studier visar också att äldre vuxna rapporterar mer tomhetskänslor än yngre vuxna (Martino et al., 2020; Morgan et al., 2013). Vid en undersökning av BPS-symptom över en tio-års-uppföljning tog kroniska tomhetskänslor längst tid att gå i remission (Zanarini et al., 2007). I en liknande studie fann författarna att över 16 år hade kroniska tomhetskänslor relativt låg remission jämfört med andra symptom samt en hög återfallsfrekvens (Zanarini et al., 2016). På samma sätt fann en longitudinell studie som syftade till att identifiera nyckeldrag vid BPS att efter ett års behandling var tomhetskänslor bestående jämfört med mer akuta symptom (Meares et al., 2011). Dessa studier har föreslagit att kroniska tomhetskänslor utgör ett affektivt symptom som är kopplat till temperament vilket betyder att

det tar signifikant längre tid att gå i remission jämfört med mer akuta symptom (Zanarini et al., 1998; Zanarini et al., 2007). I en nyligen genomförd svensk studie var dock kroniska tomhets känslor det symptom som minskade mest efter avslutad behandling med dialektisk beteendeterapi (DBT; Jung, 2020). I en annan studie förbättrades patienter som erfor kroniska tomhets känslor vid baseline efter bara tre månaders DBT-behandling (Yen et al., 2009). Både det faktum att symptomet påvisats vara det mest ihärdiga symptomet och det symptom som minskar mest efter genomgången DBT gör det till ett viktigt och intressant kriterium.

### *Tillbakablick*

DSM:s personlighetsyndromdiagnoser formulerades under en tid när det psykoanalytiska paradigmet dominerade psykiatrin (Gunderson, 2009) och konceptet om kronisk tomhet är vanligt förekommande i det psykoanalytiska arkivet (Blasco-Fontecilla et al., 2013). Den psykoanalytiska litteraturen har föreslagit ett nexus mellan utvecklingssvårigheter och den subjektiva erfarenheten av kronisk tomhet. Tidiga analytiker som Abraham och Freud uppfattade en oral fas i utvecklingen som, om den inte genomgicks med lyckad utgång, skapade en disposition mot depression och beroende ”objekthungrigt” relaterande i vuxen ålder (Gunderson & Links, 2008). Denna konceptualisering modifierades av objektrelationsteoretiker som Klein som föreslog att otillräcklig tidig omsorg resulterade i ett misslyckande att introjicera en tröstande annan, med en resulterande oförmåga att trösta sig själv eller att framkalla representationer av omhändertagande andra (Gunderson & Links, 2008). Balint identifierade känslan av att ”något saknas” som det grundläggande felet (Gunderson & Links, 2008). Kernberg (1995) beskrev att när relationen mellan självet och den inre objektvärlden, de integrerade objektrepresentationerna, hotas och det som skulle kunna kallas ett inre övergivande av självet från de inre objektens sida, eller förlusten av dem inträffar, så utvecklas smärtsamma subjektiva erfarenheter av tomhet.

### *DBT och den biosociala modellen*

DBT utvecklades av den amerikanska psykologiprofessorn Marsha Linehan som såg ett behov av att vidareutveckla sedvanlig kognitiv beteendeterapi (KBT) för att bättre kunna möta behoven hos vuxna suicidala kvinnor med självskadebeteenden (Kåver & Nilsson, 2002). DBT tillhör tredje vågens KBT och är en principbaserad integrativ behandling som bygger på inlärningsteori, kognitiv teori, dialektisk filosofi och zenbuddhistisk filosofi (Linehan, 2016). Behandlingen består av en kombination av individuell terapi, färdighetsträning i grupp, telefonstöd och konsultationsteam samt ofta interventioner för anhöriga (Linehan & Wilks, 2015). DBT är den behandling som i dagsläget har mest evidens och rekommenderas för patienter diagnostiserade med BPS (Feigenbaum, 2008; Linehan & Neacsiu, 2014).

DBT utgår från en biosocial förklaringsmodell enligt vilken samspelet mellan en biologisk känslomässig sårbarhet och en invaliderande social miljö antas ligga bakom utvecklandet och vidmakthållandet av BPS (Koerner, 2012). Känslomässig sårbarhet definieras utifrån tre faktorer; hög känslighet för emotionella stimuli, hög intensitet i den känslomässiga reaktionen samt långsam återgång till neutralläge (Linehan & Neacsiu, 2014). En invaliderande miljö beskrivs av Linehan (1993) som en omgivning där individens kommunikation om och uttryck för sina inre upplevelser för det mesta ignoreras, trivialiseras eller bestraffas. Den invaliderande miljön lär individen att hans känslor är felaktiga vilket resulterar i att individen utelämnas åt sina starka känslor och får svårigheter att identifiera, uttrycka och reglera känslor på ett effektivt sätt. För att hantera emotionell sårbarhet och pågående invalidering hamnar individen ofta i ett dilemma mellan att överreglera och underreglera sina emotionella erfarenheter och uttryck (Koerner, 2012). Tre dilemman antas utgöra den utvecklingsmässiga konsekvensen av kombinationen av biologisk sårbarhet och social invalidering (Linehan & Neacsiu, 2014).

Linehan (1993) kallar dessa mönster ”dialektiska dilemman” eftersom varje position innehåller sin egen antites eller motsatta position; på ena sidan av varje dimension finns beteenden informerade av patientens biologiska sårbarhet och på den andra sidan beteenden som förstärks av den invaliderande miljön. Dessa beteendemönster, i vilka individen oscillerar mellan under- och överreglering av känslor, skapar ytterligare allvarliga problem (Koerner, 2012). Linehan (1993) beskriver de dialektiska dilemmana som följer: Det första dialektiska dilemmat känslomässig sårbarhet vs självinvalidering avser att vid den ena ytterligheten finns patientens känslighet och hens intensiva och svårkontrollerbara känslor och vid den andra ytterligheten finns patientens svårigheter att validera sina egna känslor; patienten har lärt sig att hantera sin sårbarhet genom att invalidera sig själv på samma sätt som andra gjort. Det andra dialektiska dilemmat aktiv passivitet vs skenbar kompetens avser att patienten vid den ena ytterligheten närmar sig problem på ett hjälplöst och passivt sätt vilket aktiverar andra att hjälpa hen och att patienten vid den andra ytterligheten har lärt sig att maskera sin sårbarhet. Det tredje dialektiska dilemmat kontinuerliga kriser vs obearbetad sorg avser att patienten å ena sidan lever med ständiga kriser och å andra sidan har svårt att sörja och lever med obearbetad sorg. Den biosociala modellen föreslår sammanfattningsvis att problematiska beteenden utgör en konsekvens av emotionell dysreglering eller ett försök att känsloreglera, att invalidering spelar en roll i vidmakthållandet av känsloregleringssvårigheter samt att vanliga mönster utvecklas när en person kämpar för att reglera sina känslor och hantera invalidering; mönster som blir problem i sig själva (Koerner, 2012). DBT:s rational är därför att lära ut och stödja känsloreglering och att återinsätta känslors naturligt kommunikativa funktion (Koerner, 2012).

#### *Kroniska tomhetskänslor ur ett biosocialt perspektiv*

Den biosociala modellen postulerar att BPS utgör en genomgående emotionell dysreglering och BPS-kriterierna förstås därmed som olika försök att reglera känslor eller som en naturlig konsekvens av emotionell dysreglering (Linehan & Wilks, 2015). Den genomgående emotionella dysregleringen betraktas som nyckeldraget och som den centrala svårigheten och inte som ett symptom på problematiken (Fruzzetti et al., 2005; Gunderson et al., 2018). Linehan (1993) föreslog i sin första bok att ett sätt att förstå de diagnostiska kriterierna för BPS, såsom de för närvarande är definierade, är att förstå dem som centrerade runt begreppet *dysreglering*. Hon menade att patienter som uppfyller kriterier för BPS erfar en kombination av emotionell dysreglering (affektiv instabilitet, ilska), beteendedysreglering (impulsivitet, suicidalitet/självskadebeteenden), interpersonell dysreglering (instabila relationer, rädsla för att bli övergiven), kognitiv dysreglering (paranoia/dissociation) samt självdysreglering (identitetsförvirring, kroniska tomhetskänslor). Linehan kopplade alltså i sin första bok tomhetskriteriet till identitetsförvirringskriteriet och till självdysreglering: ”It is not unusual for a borderline individual to report that she has no sense of a self at all, feels empty, and does not know who she is. In fact, one can consider BPD a pervasive disorder of both the regulation and experience of the self” (Linehan, 1993, s. 11). Senare har Linehan et al. (2004) menat att kroniska tomhetskänslor utgör ett affektivt kriterium, då de istället har organiserat diagnoskriterierna utifrån sektorerna affektiva kriterier, kognitiva kriterier, beteendekriterier samt interpersonella kriterier, och placerat kroniska tomhetskänslor under affektiva kriterier tillsammans med ilska och affektiv instabilitet, medan identitetsförvirringskriteriet placerats i den kognitiva sektorn. Eftersom den biosociala teorin placerat den emotionella sektorn i centrum för förståelsen av BPS genom att emotionell dysreglering antas vara det centrala problemet (Gunderson et al., 2018) borde tomhetskriteriet i allra högsta grad bli centralt i denna konceptualisering.

Emotionell dysreglering har teoretiserats kunna ta sig uttryck i emotionell labilitet men också i termer av bristande emotionell medvetenhet, d.v.s. avtrubning och drag av alexitymi

(Speranza, 2013). Medan den första dimensionen förstås som nära kopplad eller relaterad till symptom såsom impulsivitet, suicidala beteenden eller inadekvat ilska, har den senare kopplats till dissociativa erfarenheter och kroniska tomhetskänslor (Speranza, 2013). Enligt den biosociala modellen conceptualiseras tomhet som ett, medvetet eller omedvetet, försök att hämma intensiva negativa emotionella erfarenheter (Linehan, 1993). Enligt denna modell utgör tomhet erfarenheten hos en individ som inte känner igen sina egna privata erfarenheter, såsom tankar, känslor och behov, till följd av inkonsekvent validering och invaliderande responser av vårdnadshavare (Fruzzetti et al., 2005). Exponering för invaliderande miljöer, där inadekvata och oförutsägbara responser följer på manifestationer av personens inre erfarenheter, leder till internaliserad invalidering och kontinuerlig inhibering av negativa känslor (Linehan, 1993). De egna känslorna kopplas till invaliderande responser, d.v.s. bestraffning, och betingas således som aversiva stimuli vilket gör att individen hämmar eller stänger av sina egna känslor. Invaliderande miljöer leder också till att individen inte får lära sig färdigheter i att identifiera, namnge och hantera starka känslor vilket resulterar i ett oscillerande mellan hämmande av känslor och extremt starka känslor och känslouttryck (Fruzzetti et al., 2005). Tendensen att hämma affekt leder på sikt till att individen blir förvirrad gällande sin egen identitet och tenderar att läsa av omgivningen efter riktlinjer för vad hen ska tänka och känna (Linehan, 1993). Tomhetskänslor har kopplats till Hayes et al's (1996) begrepp om upplevelsemässigt undvikande, enligt vilket individen är ovillig att vara i kontakt med privata händelser, såsom fysiska sensationer, känslor, minnen, tankar, och försöker förändra eller undvika frekvensen av och de kontexter som villkorar dem (Didonna & Gonzales, 2009).

I en karta över DBT (Chu, 2016) beskrivs att i fas två, fasen av "tyst desperation", arbetar en i DBT med "Inhibited grieving/emptiness/boredom". Här kopplas alltså Linehans (1993) begrepp "hämmad sorg", tomhet och uttråkning ihop. Linehan (1993) kopplar dock inte ihop begreppet hämmad sorg med kriteriet kroniska tomhetskänslor på ett explicit sätt i sin första bok. Hämmad sorg refererar hos Linehan (1993) till den ena sidan i det dialektiska dilemmat kontinuerliga kriser vs hämmad sorg. Hämmad sorg innebär erfarenheten av upprepade signifikanta trauman eller förluster i kombination med en oförmåga att fullt ut erfara och integrera dessa händelser (Linehan, 1993). Ackumuleringen av förluster, särskilt tidiga förluster i barndomen, kan enligt Linehan (1993) leda till ökad känslighet för senare förluster och till överbelastning av sorg som gör att sorgprocesserna hämmas. Redan Bowlby (1980) kopplade känslan av tomhet till erfarenheten av förlust. Avtrubning och tomhet var i Bowlbys modell de första faserna i en människas reaktion på förlust. Han menade att en kort fas av avtrubning ofta följer på en förlust, men att denna fas inte förväntas vara mer än några få dagar eller kanske veckor; en försening på några veckor eller månader kunde enligt honom förebåda "kroniskt sörjande" (Bowlby, 1980, s. 153). Linehan (1993) har ansett att patienter med BPS är oförmögna att tolerera och ta sig genom den akuta sorgfasen och istället tar sin tillflykt till en eller flera undvikanderesponser. Detta har hon ansett vara begripligt eftersom människor bara kan stanna i väldigt smärtsamma processer och erfarenheter om de är säkra på att de kommer att gå över. Eftersom patienter som lider av emotionell dysreglering har svårt att reglera sina känslor är det deras erfarenhet att de inte kommer att kunna kontrollera och modulera sina egna känslor menar hon. De blir vad Linehan kallat sorgfobiska. Möjligheten att undvika alla triggers som är kopplade till ett flertal förluster är dock begränsade och därför exponeras patienter med BPS konstant för erfarenheten av förlust, påbörjar sorgprocessen, hämmar den automatiskt genom att undvika eller distrahera sig från aktuella triggers, går åter in i sorgprocessen, och så vidare. Exponeringen för triggers kopplade till förluster och sorg uthärdas inte tillräckligt länge för att habituering eller affekttolerans ska uppnås. Linehan (1993) har beskrivit detta som en form av patologiskt sörjande; en process i vilken individen försöker sörja och samtidigt försöker göra förlustens verklighet ogjord.



Utöver tendensen att hämma affekt har Linehan (1993) också menat att självdysregleringen vid BPS kan springa ur en svårighet att erfara relationen mellan det nuvarande ögonblicket och andra ögonblick över tid. Utan dessa relationella erfarenheter definieras identitet av varje nuvarande ögonblick och varje interaktion erfars isolerat; identitet blir således variabel och oförutsägbar snarare än stabil och konstant (Linehan, 1993). Hon har beskrivit detta som att inget annat ögonblick i tiden modulerar det nuvarande ögonblickets påverkan på individen och som att varje ögonblick blir en oändlig verklighet (Linehan, 1993). Ett antal andra, mer psykodynamiskt orienterade, teoretiker har också understrukit den roll som svårigheten att integrera det förflutna och framtiden i nuet spelar just för förståelsen av tomhets känslor (Fonagy, 2000; Fuchs, 2007; Pazzagli & Monti, 2000).

### *Kroniska tomhets känslors påverkan på psykosocial funktion*

Trots bristen på tydlighet inom forskningen har studier de senaste åren visat ett ökat fokus på kroniska tomhets känslor och föreslagit att erfarenheten kan vara kopplad till yrkesmässig och social dysfunktion (Ellison et al., 2016.; Miller et al., 2018; Stepp et al., 2009), impulsivitet (Callahan, 1996) samt självskada och suicidala beteenden (Becker et al., 2006; Blasco-Fontecilla et al., 2013; Brickman et al., 2014; Harford et al., 2019; Klonsky, 2008; Miller et al., 2018; Nock & Prinstein, 2004). Tomhets känslor har rapporterats vara det vanligaste upplevda tillståndet före både självskada och suicidförsök (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Brickman et al., 2014; Miller et al., 2018) och har funnits vara starkare relaterat till självskada och suicidala beteenden än något annat kriterium (Klonsky, 2008). En studie har föreslagit att suicidala beteenden och suicidförsök fungerar som ett sätt att hantera känslan av att vara tom inuti (Becker et al., 2006). Det har föreslagits att kroniska tomhets känslor leder till maladaptiva sätt att försöka ”fylla” tomheten som t.ex. medicinering, substansöverdoser, hetsätning och andra impulsiva beteenden som kan öka suicidrisk (Callahan, 1996). En kvalitativ studie rapporterade att kvinnor med BPS försöker fylla tomrummet de erfar genom att agera impulsivt (Ntshinglia et al., 2016). Självskadebeteenden har också föreslagits vara ett sätt för individer som känner sig avdomnade eller tomma på känslor att känna något överhuvudtaget (Nock & Prinstein, 2004). Tomhets kriteriet har vidare visat sig vara en relativt robust prediktor för funktionsförlust i arbetslivet (Plakun, 1991). När det är det enda kriteriet av BPS-kriterierna som uppfylls hos en patient är det det som ger de största psykosociala svårigheterna (Ellison et al., 2016). Följaktligen är det en avgörande insats för kliniker att förstå, bedöma och behandla (Brickman et al., 2014; Salamini et al., 2020).

Det råder sammanfattningsvis viss oklarhet kring vad tomhets känslor är och forskningen är begränsad. Fler studier krävs för att förse oss med en djupare förståelse av kroniska tomhets känslor och dess kliniska signifikans i syfte att utveckla mer effektiva interventioner och för att klargöra vilken plats kriteriet ska ha i framtida klassifikatoriska system (Elsner et al., 2018). Särskilt kvalitativa studier behövs för att vi ska få mer djuplodande kunskap om erfarenheten av tomhet (Miller et al., 2020). Mig veterligen har ingen kvalitativ studie tidigare gjorts som undersökt DBT-terapeuters förståelse av och syn på kriteriet.

### *Syfte och frågeställningar*

Föreliggande explorativa studie syftar till att utforska DBT-terapeuters förståelse av och syn på det sjunde BPS-kriteriet kroniska tomhets känslor. Studien bidrar till att fylla en kunskapslucka inom aktuell forskning och har en koppling till psykologisk praktik. För att svara på studiens övergripande syfte har två specifika frågeställningar formulerats:

1. Hur definierar terapeuterna kroniska tomhets känslor?
2. Hur upplever terapeuterna kriteriets kliniska relevans?

## Metod

### *Studiedesign*

Jag valde en kvalitativ design eftersom studien har en utforskande ansats. Kvalitativ forskning utgör ett diversifierat och komplext fält och kan ha som mål att ”ge röst” till en grupp eller en fråga, att ge en detaljerad beskrivning av händelser eller upplevelser, utveckla teori, undersöka textuell mening, identifiera diskurser och/eller fungera som social kritik (Braun & Clarke, 2013). Det centrala som särskiljer kvalitativ forskning som fält är att det intresserar sig för och handlar om mening (Braun & Clarke, 2013). Kvalitativ forskning möjliggör en rikare, fylligare och mer mångfacetterad förståelse av ett fenomen än kvantitativ forskning eftersom komplexiteten i människors berättelser visar sig och behålls i kvalitativ data (Braun & Clarke, 2013). Kvalitativ forskning omfattar den rörlighet och motsägelsefullhet som ofta karaktäriserar verkligheten och människors erfarenheter (Braun & Clarke, 2013).

### *Undersökningsdeltagare och rekrytering*

Intervjudeltagarna bestod av 13 yrkesverksamma DBT-terapeuter i Sverige. Deltagarna arbetade inom både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Åldern på deltagarna var mellan 31 och 63 år, med en medelålder på 47.9 år. Av deltagarna var 12 kvinnor och en deltagare var man. Deltagarna hade arbetat med DBT mellan ett och 20 år, medellängden som deltagarna hade arbetat med DBT var 8.5 år. Deltagarna bestod av fyra legitimerade psykologer; en legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut samt specialist i psykologisk behandling och handledare i KBT/DBT; en legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut samt handledare och lärare i DBT; en legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut; en psykiater och legitimerad psykoterapeut; en socionom och legitimerad psykoterapeut; en socionom; en sjuksköterska med steg-1-utbildning samt en mentalskötare med steg-1-utbildning. Inklusionskriterierna var att ha genomgått DBT-utbildning och arbeta med DBT i Sverige. Undersökningsdeltagarna rekryterades dels genom kontakter och dels genom ett brev som mailades ut till DBT-nätverket i Sverige (se Bilaga 1). Brevet lades även upp på DBT-nätverkets hemsida. Det rekryteringsbrev som förmedlades till DBT-nätverket formulerades så att deltagarna själva uppmanades att kontakta mig vid intresse. Fyra deltagare rekryterades genom kontakter och nio deltagare genom DBT-nätverket i Sverige. En terapeut ändrade sig gällande sin medverkan i studien och en terapeut svarade på inbjudan för sent för att kunna inkluderas i studien. Ingen ersättning utgick.

### *Procedur*

Jag genomförde en intervjustudie utifrån en i förväg fastställd semistrukturerad intervjuguide med så öppna frågor som möjligt, med möjlighet till fördjupande följdfrågor (se Bilaga 2). Pilotintervjun genomfördes i juni 2020 och efter denna reviderade jag intervjuguiden. Resterande intervjuer genomfördes i september 2020. Samtliga intervjuer genomfördes digitalt genom videosamtal via Zoom på grund av den rådande Covid-19-pandemin. Intervjuerna varade i cirka en timme. Intervjuerna spelades in med hjälp av Zooms videoinspelningsverktyg.

### *Dataanalys*

Intervjumaterialet bearbetades utifrån en explorativ induktiv ansats med hjälp av tematisk analys, enligt Braun och Clarkes definition och modell (2006). Tematisk analys är en metod vars syfte är att identifiera, analysera och rapportera mönster inom data (Braun & Clarke, 2006). Jag valde tematisk analys för att metoden är en teoretiskt flexibel metod som lämnar öppet för en mängd teoretiska analysansatser; utifrån såväl en konstruktivistisk som en mer realistisk epistemologi (Braun & Clarke, 2006; 2013). I denna uppsats antar jag ett realistiskt perspektiv eftersom det är deltagarnas förståelse och upplevelse som efterfrågas i frågeställningarna. En

realistisk och "upplevelsebaserad" ansats prioriterar hur deltagarna själva beskriver sina erfarenheter, tolkningar och uppfattningar snarare än att prioritera att avtäckta dessa beskrivningar och synliggöra de diskurser som informerar och producerar dessa (Braun & Clarke, 2013). Deltagarnas tolkningar fokuseras framför att användas som bas för att analysera något annat och istället för att forskarens tolkningar blir viktigare än deltagarnas. Språket antas reflektera och representera verkligheten och vara ett sätt för människor att berätta om sina erfarenheter (Braun & Clarke, 2013). Jag ansluter mig dock inte till en naiv realistisk syn på kvalitativ forskning enligt vilken forskaren "ger röst" åt sina deltagare eftersom till och med att ge röst åt deltagarna innebär en process av att läsa, redigera och använda materialet (Braun & Clarke, 2013). Att jag haft en induktiv ansats innebär att analysen av intervju materialet varit datadriven snarare än teoridriven; kodning av data skedde "bottom-up" och utan att försöka passa in materialet i ett redan existerande teoretiskt ramverk (Braun & Clarke, 2013). Det betyder dock inte att jag varit befriad från mina teoretiska och epistemologiska orienteringar och data kodades inte i ett epistemologiskt vakuum (Braun & Clarke, 2006). I och med att min ansats var realistisk analyserade jag materialet på en semantisk nivå, utifrån det som sades explicit, snarare än vad det implicerar i termer av bakomliggande diskurser (Braun & Clarke, 2006). Jag valde att analysera vad deltagarna sade och inte att leta efter något *bortom* detta. Nedan går jag igenom analysprocessen steg för steg utifrån Braun och Clarkes (2006) modell.

#### *Fas 1: bekanta sig med data*

Den första fasen handlar om att bekanta sig med data genom upprepad aktiv läsning av data (Braun & Clarke, 2006). Redan transkriberingen var ett första sätt att börja bekanta mig med data. Jag transkriberade intervjuerna direkt efter varje intervju och följde Braun och Clarkes (2013) system för ortografisk transkription. Att transkriberingen var ortografisk betyder att jag transkriberade allt som sades i det inspelade materialet, både verbala och icke-verbala yttranden. Syftet var att skapa en så tydlig och fullständig bild som möjligt av vad som yttrades. Skratt betecknades som "(skrattar)", tystnad betecknades som "(tystnad)", fonetiska och vanliga icke-verbala ljud betecknades som "mm", "mm-hmm", "eeh". Jag adderade ingen punktering till den första transkriberingen eftersom vi när vi talar inte använder punkter och eftersom punktering enligt Braun och Clarke (2013) kan förändra mening i data och det bara är det språkliga innehållet som ska ligga till grund för processen. Redan transkriberingen innebar att börja analysera data då en transkribering inte är en faksimil utan en representation och utgör en tolkande process där mening skapas snarare än bara en mekanisk process (Braun & Clarke, 2013). Efter avslutad transkribering skrev jag ut och läste igenom varje intervju och strök under och noterade allt som jag upplevde var av intresse eller relevant för hand. Denna process var observerande snarare än systematisk och precis. Anteckningarna i denna fas reflekterar ofta enligt Braun och Clarke (2013) vad en tar med sig till data och även om de kan berika analysen bör en som forskare vara varsam med att använda dessa som enda bas för att utveckla sin analys eftersom de inte grundas i en systematisk genomgång av data. De menar att de saker som slår en direkt förmodligen är saker som är uppenbara i data eller saker som speglar vad som är framträdande hos forskaren som person; våra egna erfarenheter formar hur vi läser data.

Att skriva är en integrerad del av analysen, inte något en gör i slutet som vid statistiska analyser (Braun & Clarke, 2006). I kvalitativ forskning är det inte nödvändigt att ha all data samlad för att starta analysen. I verkligheten finns det inte alltid en tydlig skiljelinje mellan datainsamling och analys (Braun & Clarke, 2013). Redan under denna fas av att bekanta mig med data började jag föra en loggbok i ett separat Word-dokument. Direkt efter varje intervju skrev jag upp tankar och reflektioner jag fått under själva intervjun i loggboken. Jag skrev även under denna fas upp tankar jag fick som jag uppfattade som av potentiellt intresse i mitt material på post-it-lappar som jag satte upp på väggen.

### *Fas 2: generera initiala koder*

Först efter att ha transkriberat och läst igenom alla intervjuer började jag koda hela datasetet på ett mer systematiskt sätt. I detta steg handlade det om att försöka läsa *data som data* (Braun & Clarke, 2013). Jag kodade transkriptionerna för hand genom att markera allt jag uppfattade som relevant för att besvara mina frågeställningar och skriva koderna i marginalen. Eftersom jag hade en induktiv ansats så kodade jag hela materialet och inte bara vissa delar av det. I denna fas var det viktigt att inte vara för selektiv eller ta bort för mycket utan att fortsatt läsa datamaterialet på ett öppet sätt (Braun & Clarke, 2006; 2013). Jag kodade ofta samma extrakt på flera olika sätt. Till exempel kunde ett och samma dataextrakt kodas som både ”undvikande av känslor” och ”frånvaro av känslor”. Braun och Clarke (2006) anser att kodning inte är en exklusiv process där en viss data bara kan kodas på ett enda sätt; tvärtom menar de att varje dataextrakt kan och bör kodas på så många sätt det behövs för att tjäna syftet. I slutet av kodningsfasen märkte jag till slut att vissa koder var återkommande.

### *Fas 3: leta teman*

Efter att ha kodat data började jag leta efter mönster i form av återkommande koder, teman, i materialet. Jag gjorde nya Word-dokument med provisoriska teman som titlar och kopierade och klistrade in mina dataextrakt ur transkriberingarna i dessa nya dokument. Jag märkte varje dataextrakt med ett intervjunummer för att veta vem som sagt vad. De identifierade temana var ännu provisoriska kandidater till teman, och flera av de teman som jag här formulerade övergav jag i ett senare skede.

Braun och Clarke (2006; 2013) anser att processen att utveckla teman från den kodade datan är en *aktiv* process: forskaren undersöker koderna och den kodade datan och börjar skapa potentiella mönster; forskare ”upptäcker” inte teman och de ”framträder” inte ur materialet som om de redan fanns där. Att söka efter mönster, menar de, är inte besläktat med en arkeologs grävande för att finna gömda skatter begravda i datan, existerande innan processen att leta efter dem. De menar att den kvalitativa forskarens process snarare liknar en skulptörs process. Forskaren, liksom skulptören, gör aktivt val gällande hur hen ska forma och skapa sin rådata, d.v.s. sin marmorbit, till en analys. Liksom skulptörens marmorblock tillgodoser datasetet forskaren med en materiell bas för analysen; det tillgodoser forskaren med ett antal begränsningar för vad som är möjligt att producera. Men det bestämmer inte helt formen för analysen; det är möjligt att forma många olika analyser utifrån kvalitativa data på samma sätt som det är möjligt att skapa många olika skulpturer utifrån en bit marmor. Braun och Clarke (2013) använder en annan talande metafor för att beskriva detta som är att den kvalitativa analysen är som ett lapptäcke. Det går inte att sy vad som helst av materialet för det finns ett givet antal tyglappar med vissa mönster men en kan sätta ihop dem olika. Olika forskare med olika verktyg kan producera olika analyser utifrån samma data. I denna fas gjorde jag en avstämning med en av mina handledare som också kodade en intervju, inte för att göra en strikt bedömning av interbedömarreliabilitet utan snarare som ett sätt att få perspektiv på mitt eget perspektiv och ett sätt att få hjälp att få syn på möjliga läsningar av materialet samt hur kodning kan användas för att därefter göra tematisering.

### *Fas 4: revidera teman*

Den här fasen innebar en revidering av mina kandidatteman (Braun & Clarke, 2006). Här blev det tydligt att vissa kandidatteman inte hade tillräckligt stöd i datasetet och att data var alltför diversifierad. Vissa kandidatteman blev jag tvungen att slå ihop för att de egentligen handlade om samma sak. Under den här fasen granskade jag temana utifrån intern homogenitet och extern heterogenitet; data inom temana skulle vara sammanhållna på ett meningsfullt sätt medan det skulle finnas en tydlig och identifierbar skillnad mellan de olika temana (Braun & Clarke,

2006). Jag ritade visuella temakartor för hand som hjälp för att utforska relationen mellan temana för varje frågeställning. Den här fasen innebar en kvalitetskontroll även i relation till hela datasetet, för att avgöra huruvida kandidattemana matchade datasetet. Här fick jag påminna mig om att det enligt Braun och Clarke (2013) inte handlar om att finna det rätta eller sanna svaret om datan, eftersom det inte finns någon sådan i kvalitativ forskning, men om att berätta en historia som är trogen datan. Jag fick också påminna mig om att det inte handlar om att representera *allt* som sades utan om att berätta en särskild historia om data som svarar på forskningsfrågorna. Jag gick alltså tillbaka till den kodade datan och läste den för att vara säker på att mina teman fungerade i relation till den och också för att se om jag missat något relevant (för exempel på kodning och tematisering, se Tabell 1). Efter detta gick jag tillbaka till hela det okodade datasetet för att göra en avslutande genomläsning av datasetet i relation till mina frågeställningar.

#### *Fas 5: definiera och namnge teman*

I denna fas handlade det om att definiera och omdefiniera essensen i temana (Braun & Clarke, 2006). Som del i förfiningen identifierade jag underteman; teman inom temat som hjälpte mig att strukturera analysen utifrån en abstraktionshierarki. Att skriva går enligt Braun och Clarke (2013) hand i hand med att göra kvalitativ analys; det går menar de inte riktigt att göra kvalitativ analys utan att skriva den; kvalitativ analys *är* att skriva, det är att berätta en berättelse om textuella data. Att skriva var den process genom vilken analysen utvecklades till sin slutliga form. Även om Braun och Clarke har separerat stegen ”definiera teman” och ”skriva rapporten” (2006) menar de (2013) att i praktiken blir det en sammanflätad process. Det var genom att skriva som analysen kristalliserades. Jag började skriva på analysen som ett sätt att utforska vilka teman som fungerade för sig och vilka som behövde slås ihop i ett nytt tema. Att redan här kopiera in ett flertal dataextrakt under varje tema hjälpte mig att tänka kring temana. För att definiera fokus och gränser för mina teman och destillera fram essensen av dem skrev jag i denna fas temadefinitioner i form av några korta meningar om vad varje tema handlar om som Braun och Clarke (2006) rekommenderar. Jag valde ut vilka extrakt jag skulle spara för att illustrera olika facetter av varje tema och skrev ett narrativ runt varje extrakt.

#### *Fas 6: sammanställa rapporten*

Det sista steget är enligt Braun och Clarke (2006) att skriva och sammanställa själva analysen, men eftersom att skriva och att tänka hör ihop handlade denna sista fas i praktiken om att redigera fram den slutgiltiga rapporten. Skrivprocessen var således inte linjär utan snarare en återkommande och upprepad process. I denna fas redigerade jag bort onödiga detaljer och irrelevant material såsom upprepningar i dataextrakten jag använt som citat, för att spara ord. Då ord i den färdiga analysen tagits bort för att öka läsbarheten markeras detta med [...] Betoningar av specifika ord har markerats med kursivering.

#### *Deltagarvalidering*

I slutfasen av analysen och under sammanställningen av rapporten frågade jag deltagarna om de var intresserade av att läsa igenom det preliminära resultatet för att ge feedback på och kommentarer kring huruvida de kände igen sig i analysen, om de upplevde att jag förstått dem rätt samt om de upplevde att jag missförstått något. Fyra av de 13 deltagarna tackade ja till att läsa och kommentera den preliminära analysen. Övriga svarade att de litade på mig och min analys men gärna ville läsa den slutgiltiga versionen. Eftersom syftet med studien var att ge en bild av tomhetskänslor utifrån terapeuternas egen förståelse och utifrån deras perspektiv använde jag deltagarvalidering för att styrka trovärdigheten och kvaliteten på analysen. Förutom som ett sätt att undersöka om jag förstått mina deltagare rätt fungerade detta som en form av reflexiv elaborering med resultatet (Braun & Clarke, 2013). Deltagarna bekräftade att

jag förstått dem rätt, att de kände igen sig i analysen och att de uppfattade analysen som intressant, spännande och givande att läsa. De skrev att läsningen fick dem att ännu mer reflektera kring detta kriterium och att det var givande att få ta del av andra terapeuters erfarenhet. En terapeut menade att studien kan få DBT-terapeuter och alla som arbetar med personlighetsyndromdiagnostik att tänka till. En annan terapeut skrev att hen tänkte att det vore meningsfullt att använda analysen som underlag för diskussion t.ex. i sitt DBT-team.

Tabell 1: Exempel på kodning

Citat	Kod	Undertema	Tema
“För många kan det vara första gången någon fångat den upplevelsen, och det kan vara väldigt validerande för dem att förstå; oj finns det till och med ett kriterium som fångar det här, tänker jag.”	Patienter känner sig sedda av att kriteriet fångar deras upplevelse	Validerande	Viktigt
“När jag tänker såhär ‘kroniskt’ – då kan man <i>aldrig</i> bli av med det, då har man det liksom forever and ever och det stämmer ju inte! Därför tänker jag att det är jättekonstigt att det står så!”	Ordet kroniskt implicerar att man aldrig kan bli av med symptomet och det stämmer inte	Stigmatiserande	Problematiskt

### *Etiska överväganden*

I forskning ställs krav på såväl kvalitet som på integritet hos forskaren och ett reflekterat etiskt förhållningssätt och agerande är grundläggande (Vetenskapsrådet, 2017). Ur forskningsetiskt perspektiv är det viktigt att undersöka nyttan med forskningen och eventuell negativ påverkan på undersökningsdeltagarna samt att väga dessa faktorer mot varandra (Vetenskapsrådet, 2017). Denna studie bedömdes innebära liten risk för negativ påverkan på undersökningsdeltagarna eftersom den var frivillig och eftersom materialet behandlades konfidentiellt. Studien bedömdes även innebära liten risk för negativ påverkan på undersökningsdeltagarna eftersom den inte behandlade känsliga personuppgifter, inte använde en metod som innebär ett fysiskt ingrepp på deltagaren och inte heller använde en metod som på något sätt syftade till att påverka deltagaren fysiskt eller psykiskt. Nyttan med studien; att bidra till ökad förståelse avseende kriteriet kroniska tomhets känslor, bedömdes således vara övervägande. Studien mötte vidare de fyra etiska kraven; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet som enligt Vetenskapsrådet (2017) är viktiga att uppfylla i forskning. Information om studien gavs både i förväg genom inbjudan och inledningsvis vid intervjutillfället. Deltagarna informerades om studiens syfte och ramar, om att medverka i studien var frivillig, att de kunde välja att inte svara på frågor och avbryta intervjun när som helst, samt om att de även kunde dra tillbaka sin medverkan i studien även efter att intervjun genomförts, fram tills uppsatsen var inlämnad. Deltagarna fick även information om att intervjun skulle spelas in, transkriberas och att inspelningarna därefter skulle raderas. De informerades vidare om att inspelningarna och transkriberingarna skulle förvaras på en lösenordskyddad hårddisk samt om att materialet bara skulle komma att användas i min uppsats. Deltagarna fick även inledningsvis möjlighet att ställa frågor. Eftersom intervjuerna skedde digitalt kunde deltagarna inte skriva på blanketten för informerat samtycke (se Bilaga 3). Jag

mailade därför blanketten till deltagarna i förväg och informerat samtycke inhämtades muntligt innan intervjuerna påbörjades. Samtyckena dokumenterades på lösenordsskyddad hårddisk. Av etiska skäl ombads deltagarna att inte gå in på några detaljer som skulle kunna härledas till enskilda patienter. Jag inhämtade all demografisk information om deltagarna, såsom ålder, identifierat kön, utbildning och yrkeserfarenhet, innan jag slog på inspelningen. För att säkerställa deltagarnas anonymitet aidentifierades materialet på markörer som skulle kunna härledas till intervjupersonen redan vid transkriberingen, varje deltagare tilldelades istället ett nummer. I slutskedet av arbetet tilldelades deltagarna ett fiktivt namn. Jag anonymiserade också materialet redan under transkriberingen genom att ta bort eller ändra information som kunde identifiera deltagaren, t.ex. namn, bostadsort, arbetsplats. När jag var färdig med en transkribering lösenordsskyddade jag filerna, även om de var anonymiserade, för konfidentialitetens skull. De deltagare som önskade erbjöds möjlighet att läsa, kommentera och godkänna samtliga citat av dem som publicerats i uppsatsen innan den lämnades in i samband med deltagarvalideringen.

### *Förförståelse*

Braun och Clarke (2013) anser att alla forskare påverkas av sina kontexter och erfarenheter och understryker forskarens situerade position i politiska och sociala diskurser. I kontrast till ett kvantitativt paradigms ideal att producera "osmittad" kunskap, med alla biases raderade, erkänner kvalitativ forskning att dessa existerar och inkorporerar dem i analysen. Kvalitativ forskning erkänner subjektiviteten i datan som analyseras och i analyserna som produceras. Vad vi ser och förstår reflekterar våra erfarenheter och kontexter. Jag har tidigare studerat estetik, filosofi och litteraturvetenskap med genusinriktning, ämnen som präglats av intersektionella och kritiskt diskursanalytiska perspektiv, och har med mig ett maktkritiskt perspektiv på diagnostik, psykiatri och konstruktioner av patologi, från dessa studier till psykologprogrammet (samtidigt som jag i denna studie antar ett realistiskt perspektiv). Min terapiinriktning är vidare KBT och jag är beteendeterapeutiskt orienterad. Jag ansluter mig därför till det feministiska perspektiv på diagnosen som beskrivs av Kåver och Nilsonne (2002). Ett sådant perspektiv belyser att när en diagnos tillämpas oftare på kvinnor och när kliniker tenderar att även diagnostisera icke-heterosexuella män i högre grad än heterosexuella män (Eubanks-Carter & Goldfried, 2006) kan en fråga sig om de diagnostiska kriterierna är "neutrala" eller om man har råkat få med kriterier som definierar kodad femininitet och inte psykopatologi (Ussher, 2013). Om den teoretiska underbyggnaden bygger på en personlighetsnorm skapad av den psykodynamiska traditionens heterosexuella cismän kan alla som inte passar in i denna norm patologiseras; på 1800-talet användes begreppet "hysteri" som patologisering av kodad femininitet och 1900-talets borderlinediagnos har beskrivits som en fortsättning på denna (Ussher, 2013). Det feministiska perspektivet lyfter även fram och diskuterar de maktstrukturer och de samhällsvärderingar som kvinnor ska fungera i (Kåver & Nilsonne, 2002). En förståelse för kvinnors, och därtill vill jag tillägga hbtq-personers, rasifierades och socioekonomiskt utsattas, reella svårigheter kan leda till att deras reaktioner blir begripliga och inte uppfattas som uttryck för personlig patologi (Kåver & Nilsonne, 2002). De som inte ser det förtryck och det osynliggörande som omger många kvinnors, och andrafierades, liv kan lätt uppfatta dessas reaktioner som överdrivna, inadekvata eller på något annat sätt patologiska (Kåver & Nilsonne, 2002). Feministisk psykoterapi flyttar ut patologin från individen till kontexten.

Jag valde att skriva om kriteriet kroniska tomhets känslor eftersom jag brinner för patientgruppen som diagnostiseras med BPS och för att bidra till att möjliggöra förbättrad diagnostik och vård, samt för att minska den stigmatisering som är kopplad till patientgruppen. Det är mycket möjligt att detta intresse påverkat både mitt sätt att fråga, lyssna och analysera.

## Resultat

Resultatet presenteras nedan utifrån de två frågeställningarna. För varje frågeställning presenteras en översikt över de teman och underteman som jag identifierade.

### *Frågeställning 1: Hur definierar terapeuterna kroniska tomhets känslor?*

Analysen visade att terapeuterna definierade kroniska tomhets känslor som en (1) återkommande (2) smärtsam (3) upplevelse av (4) en frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor. Terapeuterna beskrev alltså fyra huvudteman avseende kroniska tomhets känslor. Till det fjärde huvudtemat beskrev de fem underteman.

#### *Översikt över teman och underteman*

1. Återkommande
2. Smärtsam
3. Upplevelse
4. Frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor
  - 4:1 Vakuum
  - 4:2 Svart hål
  - 4:3 Död
  - 4:4 Osörjd sorg
  - 4:5 Desorientering

#### *Tema 1: Återkommande*

Terapeuterna beskrev att tomhets känslor är utsträckta över tid på olika sätt. Vissa av terapeuterna beskrev det som att tomhets känslorna är genomgående, kvardröjande eller förlängda tillstånd. Andra terapeuter beskrev det som att de är ständigt återkommande snarare än konstanta. Terapeuterna beskrev att det är just utsträckningen i tid eller återkommandet över tid som särskiljer tomhets känslor vid emotionell instabilitet från tomhets känslor vid depression; att tomhets känslorna inte är tillfälliga. Samtidigt menade en terapeut att det kroniska bör definieras som återkommande just för att det *inte* är ihållande över en sammanhållen period som vid en depressiv episod utan något som går att komma ur till exempel genom självskada:

Jag tänker att det kroniska i kriteriet betyder, inte kroniska som i hela tiden eller i varje stund, men som i en återkommande upplevelse av tomhet inom en människa. För de som beskriver mer ihållande tomhets känslor tänker jag att det mer handlar om att man hamnar i nedstämdhet. Det kroniska i diagnosen tycker jag mer är någonting som man också kan komma ur, och som man ibland självskadar för att komma ur, även om patienterna bejaktar att tomheten alltid finns där på något sätt. Så det är ju lite motsägelsefullt.  
(Jasmin)

Terapeuterna uttryckte även att ordet kroniskt blir en felinramning eftersom upplevelsen inte är konstant då patienterna också ofta upplever starka intensiva känslor. Vissa av terapeuterna menade o att det är utmärkande för patienter med emotionell instabilitet att tomhets känslorna är kopplade till triggers och affektpåslag, till skillnad från för patienter med autismspektrumtillstånd (AST) som också kan ha tomhetsupplevelser, men som uppfattades vara av mer lågintensiv och stabil karaktär. Tomhets känslorna verkade alltså i terapeuternas beskrivningar kunna komma och gå. Det kroniska uppfattades inte som kroniskt som i att tomhets känslor aldrig går att bli av med eller att de för alltid skulle finnas där på något sätt, många beskrev att patienters tomhets känslor enligt deras erfarenhet minskat i och med DBT.



### *Tema 2: Smärtsam*

Terapeuterna beskrev vidare utifrån hur deras patienter förklarat erfarenheten för dem tomhets känslor som mycket obehagliga och plågsamma. Deras erfarenhet var att tomhets känslor är värre än att känna intensiva negativa känslor. De uppfattade det som att det är ett av de svåraste tillstånden en människa kan befinna sig i. Många sa att de ofta får höra att det är det allra värsta av symptomen av sina patienter:

Många kan beskriva det som ännu obehagligare än att ha väldigt stark ångest, så jag tänker utifrån beskrivningarna att det ofta är det symptom som de flesta patienter tycker är jobbigast att gå runt med. (Celine)

Många kopplade tomhetsupplevelser till självskadebeteenden och menade att självskadebeteenden kan vara ett sätt att bryta tomheten och kan fungera som ett sätt att känna att man lever. Att tomhets känslan är smärtsam beskrevs som utmärkande för tomhets känslor vid BPS. En terapeut beskrev att det är just plågsamheten i tomhets känslan som differentierar den från tomhetsupplevelser vid t.ex. autismspektrumproblematik:

En del med autism har beskrivit det här, att inte vara en del av världen, att se omvärlden som pappfigurer ungefär, och det klart att det kan inte vara så roligt men samtidigt är det inte den här plågsamma, dom beskriver det inte som att nästan vara som död. (Benjamin)

### *Tema 3: Upplevelse*

Terapeuterna uppfattade kroniska tomhets känslor som ett tillstånd eller en upplevelse av tomhet snarare än som en känsla trots att kriteriet är formulerat i termer av *tomhets känslor*. Terapeuterna skilde tomhets känslor från primära känslor och menade att det snarare handlar om en oförmåga att observera, identifiera och beskriva vad man känner, och kanske också en oförmåga att stå ut med att inte veta det. Många uppfattade att det handlar om en upplevelse just eftersom deras erfarenhet var att det ofta, någonstans, är fullt av känslor där när patienter talar om tomhet. En terapeut uppfattade det som en upplevelse snarare än en känsla eftersom det till stor del handlar om en kognitiv komponent; t.ex. att tänka att livet är meningslöst. En annan terapeut poängterade att meningen ”jag känner mig tom” är en tanke och inte en känsla om vi ska vara riktigt noggranna.

Det heter ju tomhets känsla, det är väl snarare en frånvaro av känslor, men det är helt klart någon form av upplevelse. (Bella)

### *Tema 4: Frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor*

Vidare beskrev terapeuterna upplevelsen som den ena sidan i en relationsorsakad pendling mellan ytterligheter på spektrumet känslöaktivering. Terapeuterna kopplade kriteriet tomhets känslor till det sjätte kriteriet i diagnosen affektiv instabilitet och beskrev en motstridighet och ett dialektiskt dilemma i att erfara dessa två till synes motsatta upplevelser; att å ena sidan uppleva intensiva känslor och å andra sidan erfara kroniska tomhets känslor. Dessa beskrevs av någon kunna erfaras samtidigt och av de flesta mer växelvis. Gemensamt var att terapeuterna uppfattade symptomen komma tillsammans och sällan var för sig. De menade att det är just eftersom patienterna är så fulla av känslor som de pendlar över till andra sidan, tomhets känslor, också. En terapeut beskrev att patienter kan beskriva det som att de inte kan känna sina känslor för att de är så intensiva. Tomhet kunde beskrivas som ett skydd mot starka känslor och starka känslor kunde också beskrivas som ett skydd mot tomhet. Frånvaro var det centrala begreppet, frånvaro av känslor eller frånvaro av kontakt med känslor, och samtidigt kopplades hela tiden denna frånvaro till extrema känslor. Terapeuterna beskrev att

det blir onda cirklar att växla mellan tomhet och alldeles för mycket känslor och kopplade detta till den emotionella dysregleringen och till patienternas dialektiska dilemma:

Frånvaro tänker jag är nyckeln, nyckelbegreppet, här. Det är ju lite motstridigt. För ett annat kardinalkriterium är ju de här extrema känslorna som vi vill se i kombination med frånvaron. [...] Det är väl just för att de är så fulla av känslor som de pendlar över till andra sidan också. Jag tänker att det fångar in det dialektiska dilemmat de befinner sig i, det är en väldigt bra manifestation av det här allt-eller-ingen-tillståndet, det belyser det svartvita. (Vida)

De terapeuter som beskrev sig själva som beteendeterapeutiskt orienterade beskrev kroniska tomhetskänslor i termer av ett inre beteende med underskott av primära känslor eller som underskott på känslaktivering. De upplevde kriteriet som det tydligaste underskottet av alla kriterier utifrån en inlärningsteoretisk modell. De kontrasterade kriteriet med det sjätte kriteriet affektiv instabilitet och menade att detta i motsats till tomhetskänslor kan förstås som ett överskott på känslaktivering. Terapeuterna kopplade även tomhetskänslor till starka känslor på så sätt att de menade att det kan kännas tomt när starka känslor lägger sig, eller i frånvaro av starka känslor. Några menade att när patienterna inte känner sig uppfyllda av sina känslor så blir istället upplevelsen att det är tomt. Triggers för tomhetskänslor kunde beskrivas som att det inte händer så mycket, att inte få någon ”påfyllnad” eller att det är lite stimuli:

Det kan också vara så att tomhet kan upplevas efter att det har varit väldigt mycket stimuli, alltså att patienter kan beskriva att de upplevt tomhet när det varit ganska intensivt och sen så blir det en väldigt snabb nergång, att de inte får så mycket intryck och positiva upplevelser. (Bella)

Det fanns i berättelserna ett stråk av att terapeuterna förstod kroniska tomhetskänslor på det sätt som de uppfattade som mest kliniskt hjälpsamt. De förstod tomhetskänslor som en frånvaro av någonting och menade att de i terapin behöver skapa en närvaro av någonting annat. Arbetet handlade således inte så mycket om att adressera själva tomhetskänslorna utan om att öka medveten närvaro och på ett nyfiket och utforskande sätt öka underskottet på primära känslor.

#### *Tema 4:1: Vakuum*

Några av terapeuterna uttryckte att det är viktigt att inte blanda ihop tomhetskänslor med meningslöshetskänslor, nedstämdhet eller hopplöshetskänslor vid depression, vilket de menade kan vara väldigt lätt att göra då beskrivningarna kan låta liknande. Flera upplevde att de ju längre de arbetat och ju fler patienter de träffat blivit bättre på att urskilja tomhetskänslor. Ofta hade de i början blandat ihop tomhetskänslor med nedstämdhet men hade lärt sig att det är en frånvaro av känslor som är det utmärkande för kriteriet. En vanlig metafor för att beskriva tomhetskänslor var att det är som ett vakuum:

Jag gör ganska många SCID-2 intervjuer och när jag ställer de frågorna lyssnar jag efter upplevelsen av att när det inte blir en påfyllnad så känns som att då saknas någonting. Exakt hur det beskrivs kan vara väldigt olika. Vissa kan beskriva ett tomrum, eller ett hål, eller det svarta. Att skilja det från det depressiva tycker jag är det klurigaste, för det kan låta liknande i en beskrivning från början. Men tomhetskriteriet är inte beroende av vilken livssituation jag är i eller hur jag mår överlag utan handlar mer om att när ingenting händer, att det då blir som att befinna sig i som något sorts vakuum. (Iris)

En terapeut definierade tomhets känslor som en närvaro av en frånvaro. Hen menade att patienterna inte bara saknar någonting utan att de har någonting men att det de har är tomt. Tomhets känslor kunde alltså definieras både som en frånvaro av en närvaro och som en närvaro av en frånvaro.

*Tema 4:2: Svart hål*

En annan vanlig metafor var att tomhets känslor är som ett svart hål. Terapeuterna beskrev erfarenheten som en upplevelse av att något saknas eller fattas inuti en, att det är på insidan något saknas. De beskrev att detta tomrum gör så ont att det måste fyllas men att det inte går att fylla det, att det är som ett svart hål i rymden:

En analogi som jag har det är det här med rymden och svarta hål, det är ju ingenting men det är ändå någonting. (Astrid)

Återkommande beskrivningar är att det är som ett svart hål, ett tomrum, det går inte att fylla det. Det är bottenlöst, allt du slänger in där försvinner bara, det är som de här galaxerna, stora svarta hål i galaxerna, det bara försvinner, det äts upp bara, det går inte att fylla det. Man kan förstå att det leder till desperation. (Benjamin)

Terapeuterna beskrev att patienter beskriver att de försöker fylla tomrummet men att det "läcker" eller är "bottenlöst" så att de måste fortsätta fylla på. Terapeuternas erfarenhet var att patienter ofta försöker fylla detta tomrum genom andra människor eller kicksökande beteenden och att det för många kan vara kopplat till att "söka bekräftelse". I kedjeanalyser kunde ofta tillståndet innan olika former av bekräftelsesökande beteenden påminna om tomhetskriteriet. Ensamhet, isolering och invalidering beskrevs vara situationer som ofta triggar tomhets känslor. En annan terapeut kopplade upplevelsen av att ha ett hål inuti sig som måste fyllas med något starkt till destruktiva beteenden:

De patienter jag har som känner igen sig i det här beskriver att det är som ett stort hål som måste fyllas och ibland tror jag att det kan vara en koppling, att destruktiva beteenden är ett sätt att försöka fylla det. Man känner sig på något sätt så död inombords eller tom då, och det måste fyllas med något starkt. Man lyckas ju inte. [...] Det är ett hål där inne, ett tomt hål. Ett svart hål som inte går att fylla, det är bottenlöst. (Ester)

En upplevelse av att något saknas eller fattas en inombords beskrevs vara det centrala. Tomhet beskrevs som att sakna något men ändå inte som synonymt med sorg eller längtan eftersom sorg och längtan har en riktning. Tomhet beskrevs snarare sakna riktning, som att något saknas men att inte veta vad det är som saknas eller som att sakna något en aldrig haft:

Jag tror att det är upplevelsen av att något fattas en, den inre upplevelsen, så inte så här "åh jag vill verkligen ha en playstation men jag har ingen playstation" det är ju inte alls liksom samma grej, men en känsla av att något fattas inombords, det tänker jag är det centrala för mig. [...] Någonting saknas men det har ingen riktning, det finns inget såhär "det här är det som saknas" så om man tänker sig den saknadskänslan utan att den är kopplad till någonting. (Iris)

Samtidigt som terapeuterna menade att det inte går att fylla tomrummet tänkte vissa att rädslan för separationer kan vara kopplad till tomhetsupplevelsen på så sätt att en annan människa eller

en relation, i alla fall momentant, kan upplevas fylla någonting av tomrummet, och att en förlust av en sådan person eller relation kan innebära att det blir ”tomt” igen.

#### *Tema 4:3: Död*

Erfarenheten av tomhets känslor beskrevs också ofta som frånvaro av liv, som att vara levande död. En terapeut menade att kriteriet fångar en upplevelse av icke-existens som inte finns i de andra kriterierna och handlar just om att sakna en känsla av existens, tillhörighet, värde, och av att ha en plats i världen. Många talade om att känna sig död inuti och använde orden död och tom synonymt.

Det är många som beskriver det som att ”jag går runt och är som en levande död, jag är i den här kroppen, eller jag är kanske knappt i min kropp men liksom whatever, inget spelar någon roll”. Och det är många som kopplar sitt självskadebeteende till det, att då får jag i alla fall känna någonting. (Celine)

En terapeut liknade tomhets känslor vid ett rakt sträck, som signalerar död, i en hjärtmonitor:

Om det till exempel är en utlösande händelse: killen jag dejtar svarar inte när jag hör av mig. Det är en väldigt vanlig utlösande händelse. Där kan man få fatt i kanske tankar: är han med någon annan, kommer han lämna mig. Och att det sedan kan bli det här, liksom lite som i flatline i, vad heter det, hjärtmonitorn på sjukhusen, dom här kurvorna, att det kan bli som en sån flatline. Såhär: jag är ensamast i världen, jag finns typ inte, jag är ingen i mig själv, jag behöver någonting! (Iris)

Beskrivningarna av tomhets känslor som en upplevelse av att vara levande död går i linje med analysen av tomhets känslor som en upplevelse av frånvaro av känslor eftersom känslor kommer först; eftersom det är känslor som gör oss levande.

#### *Tema 4:4: Osörjd sorg*

Terapeuterna beskrev vidare att tomhets känslor kan fylla funktionen av ett emotionellt undvikande som kan vara både respondent och operant inlärt. Somliga uppfattade det som att patienterna medvetet kan stänga av för att slippa känna som en operant process och andra uppfattade det mer som en omedveten eller automatisk respondent process. Terapeuterna beskrev att patienterna kan uppge att de stänger av och också att de känner sig avstängda. I dessa beskrivningar kopplades ofta tomhet till dissociationskriteriet. Tomhet beskrevs som både som något som dövar plågsamma känslor och som något plågsamt som måste dövas i sig, som ett känsloreglerande tillstånd som fungerar i stunden men som på sikt ökar den emotionella dysregleringen. Flera terapeuter hade erfarenheten att den primära känsla som oftast undviks är känslan sorg. De uppfattade att patienter har särskilt svårt för att känna sorg och ledsenhet:

Den primära känslan är ofta att de känner sig ledsna, och funktionen blir att undvika sorg, att känna, att vara i kontakt med sorgen. (Bella)

Ofta kan det vara kopplat till just sorg, att känna sig besviken eller ledsen. Det är ofta det när vi gör kedjan okej primär känsla här; han hör inte av sig, ledsen, men om man inte får fatt i det att jag blir ledsen, jag vet inte vad som händer med mig, det känns bara (tystnad) tomt. (Iris)

En terapeut definierade tomhets känslor som en frånvaro av känslor just för att det annars skulle vara synonymt med djup sorg, hen menade att sorg till skillnad från tomhet har en riktning, en

orientering mot något som saknas. Ett par terapeuter nämnde att tomhets känslor går hand i hand med fenomenet skenbar kompetens; någon talade om att ha ”masken på”, någon om att vara en ”isprinsessa”.

#### *Tema 4:5: Desorientering*

Flera använde också metaforen att det blir som att sakna kompass eller karta att känna sig tom. Terapeuterna beskrev att konsekvensen av känslomässig avstängdhet blir att sakna orientering i livet eftersom känslor är det som leder och navigerar oss i världen och har viktig information till oss människor:

Att vara avstängd och hålla känslor ifrån sig kan ju upplevas väldigt behagligt på kort sikt men det blir ju ett svårt tillstånd att leva med på lång sikt eftersom man tappar kontakten inåt sig själv. Man kan inte navigera lika bra i tillvaron.  
(Nadia)

Frånvaron av upplevda, identifierade och beskrivna känslor associerades till att ha lämnat sig själv till följd av upprepad invalidering, en känsla av att inte bo i sin egen kropp, eller vara hemma hos sig själv, och att inte veta hur en ska hitta hem. Det beskrevs också som att sakna orientering och karta. Tomhet kopplades i dessa beskrivningar till identitetsförvirringskriteriet. Den emotionella dysregleringen beskrevs som grunden till att tvingas fly från sina alldeles för intensiva känslor och identitetsförvirringen som en naturlig konsekvens av den emotionella dysregleringen. Terapeuterna menade att följderna av att inte ha varit tillräckligt mycket i sin kropp och i kontakt med frågor som ”vad vill jag”, ”vad känner jag”, blir att det blir svårt att veta var man är på väg och vad som är viktigt i livet för en. En terapeut tolkade det som att tomhetskriteriet är kopplat till en oförmåga att ta hand om sig själv, att det är kopplat till en bristande självstyrningsförmåga, att inte veta vad en behöver för att må bättre och därför inte kunna göra hjälpsamma handlingar för att få det. Terapeuten beskrev att hans patienter ofta inte vet vad de ska göra för att ta hand om sig själva som inte handlar om att ta kontakt med någon annan och bli sedd, förstådd, omhändertagen och tröstad av någon annan.

#### *Frågeställning 2: Hur upplever terapeuterna kriteriets kliniska relevans?*

Analysen visade att terapeuterna upplevde kriteriet som å ena sidan (1) viktigt och (2) å andra sidan problematiskt. Terapeuterna beskrev alltså två huvudteman angående kriteriets relevans. Till både det första och det andra huvudtemat beskrev terapeuterna två underteman.

#### *Översikt över teman och underteman*

1. Viktigt
  - 1:1 Validerande
  - 1:2 Kopplat till självskada
2. Problematiskt
  - 2:1 Otydligt
  - 2:2 Potentiellt stigmatiserande

#### *Tema 1: Viktigt*

Kriteriet beskrevs som viktigt bland annat genom att det fångar något eget som inte finns i de övriga kriterierna även om kriteriet ofta överlappade med eller angränsade till andra kriterier, som identitetsförvirring och dissociation, i diagnosen. Kriteriet beskrevs även som viktigt då det tillsammans med de övriga ”för-mycket-kriterierna” fångar ett av de dialektiska dilemman som patienterna ofta befinner sig i:

Jag tänker som med alla diagnoskriterier att de är värdefulla om de har ett behandlingsmässigt värde. Så kan vi ringa in det här på ett sätt som också medför att vi vet hur vi ska hantera det då är det kliniskt signifikant tycker jag. Och nu gör vi ju det i DBT och därav finns det ju en poäng i att ha med det. Det är något som tillsammans med alla de andra ”för-mycket-kriterierna” ringar in någonting som fångar hur det är att leva med den här typen av problematik. (Vida)

Ett par terapeuter upplevde att de talar för lite om tomhets känslor i sina DBT-team och uttryckte en önskan om att tala mer om tomhets känslor eftersom de uppfattar att det är ett viktigt symptom som ofta förbises eller glöms bort.

#### *Tema 1:1: Validerande*

Terapeuterna beskrev att kriteriet kan fylla en validerande funktion för de patienter som kan känna igen sig i det. De beskrev att patienter enligt deras erfarenhet känner sig bekräftade och sedda i det svårartade i att uppleva tomhet och att de upplever att patienter som erfar tomhets känslor känner en stor lättnad när de får frågan om det. Kanske har ingen någonsin tidigare satt ord på denna erfarenhet och plötsligt är det någon som ställer frågan om det svåra. Om en inte skulle ställa frågan föreställde sig terapeuterna att patienten kanske aldrig hade hört talas om och inte själv skulle berätta om sina tomhets känslor. För många kan det vara första gången någon fångar den upplevelsen menade terapeuterna. De uppfattade att patienter kan känna sig validerade av det faktum att deras erfarenhet finns nedskrivnen och av att kriteriet signalerar att det är en vanlig erfarenhet som en som patient inte är ensam om:

De patienter som känner igen sig i det upplever en stor lättnad att någon ställer frågan om något som de har haft hela sitt liv, som förmodligen ingen har frågat om förut. Plötsligt så är det någon som ställer frågan om det här svåra och bara det tror jag är bra. (Ester)

Terapeuterna beskrev det också som hjälpsamt att kriteriet kan bidra med ökad kunskap och en förståelseram för patienter. För de patienter som känner igen sig i kriteriet beskrev en terapeut att det kan bli väldigt validerande att förstå att tomhets känslorna är en del av patientens svårigheter för att många inte tänkt på det innan. Terapeutens erfarenhet var nämligen att patienter själva ofta ser de starka känslorna och de impulsiva beteendena som det problematiska och att det kan vara viktigt att fånga upp tomhets känslornas koppling till dessa och hur de hör ihop.

#### *Tema 1:2: Kopplat till självskada*

Många av terapeuterna beskrev också en stor respekt för kriteriet och menade att en behöver vara extra uppmärksam när en patient talar om tomhets känslor eftersom deras kliniska erfarenhet är att tomhet ofta föregår impulsiva beteenden och att patienter ofta självskadar och gör allvarliga suicidförsök i detta tillstånd. De menade att det är viktigt att fånga upp vilken patientgrupp det än gäller men särskilt när det gäller DBT-patienter som ofta blir emotionellt dysreglerade i och med att det finns en stor risk för patienternas liv kopplat till detta kriterium.

Det finns dom som när de känner sig tomma ofta kan göra väldigt farliga saker som att skära sig svårt eller överdosera eller försöka suicidera och ibland kanske lyckas med det, så tomhets känslan kan ju vara fruktansvärt farlig om man inte undersöker den. (Nike)

Terapeuterna beskrev det som viktigt att som terapeut våga se, stanna i, validera och på ett nyfiskt sätt utforska tomhetskänslor och vilka primära känslor som skulle kunna finnas där.

### *Tema 2: Problematiskt*

Samtidigt beskrev terapeuterna kriteriet som problematiskt på flera sätt. Flera terapeuter uttryckte att de var kritiska inte bara till tomhetskriteriet utan till hela diagnosen och diagnossystemet. En terapeut beskrev sig vara så kritisk till hela diagnosen att hen inte var mer kritisk mot detta kriterium än mot något annat. Det gick alltså för flera inte att tala om det problematiska i det här kriteriet utan att tala om det problematiska i diagnosen som sådan. Någon lyfte fram att vem som helst skulle kunna svara att den känner sig tom, att kriteriet ringar in en alltför mänsklig erfarenhet och inte säger så mycket utan behöver sättas i ett större sammanhang:

Skulle jag göra SCID på dig och mig så skulle vi också få några kriterier och vad betyder det då? Och skulle jag plocka upp en deprimerad människa från gatan så skulle den ju också säga ”jo jag är kroniskt tom” liksom ”jag är deppig, jag tänker bara deppiga tankar, jag känner mig bara tom”. Asså så får vi ju inte göra, vi får ju inte skriva i en journal då att ”jo men Bosse här han upplevde fem kriterier på SCID:en”, och så har jag inte sett att han uppfyllde kriterier för en pågående svår depression. (Li)

En terapeut belyste att en konsekvens av att kriteriet handlar så mycket om en inre upplevelse blir att en själv som bedömare hamnar i ett dilemma gällande detta kriterium, där det blir svårt att både bedöma att någon upplever tomhetskänslor och svårt att bedöma att någon *inte* upplever tomhetskänslor för att båda tenderar att bli invaliderande; att å ena sidan definiera vad någon känner och att å andra sidan bedöma att patienten inte upplever tomhetskänslor om hen säger att hen gör det, vilket är något terapeuterna jobbar med att komma bort ifrån i DBT. En konsekvens av att terapeuterna upplevde formuleringen som en felinramning, dels utifrån ordet kroniskt då de inte uppfattat symptomet som kroniskt och dels utifrån ordet känsla då de inte uppfattat erfarenheten som en känsla utan som en upplevelse, var att de undvek att tala om kroniska tomhetskänslor med sina patienter och istället talade om att ”känna sig tom ofta”, om ”tomhetsupplevelser”, om ”stänga-av-kriteriet” eller använde patienternas egna ord. Någon menade att det skulle behövas en annan formulering på kriteriet för att det skulle upplevas som kliniskt användbart och att kriteriet såsom det nu är formulerat lika gärna kan tas bort ur diagnosen.

### *Tema 2:1: Otydligt*

Samtliga terapeuter uttryckte att kriteriet är svårfångat och svårt att avgränsa och definiera. Särskilt svårt upplevde de att det är att skilja från tomhetskänslor vid depression, men också från identitetsförvirringskriteriet och dissociationskriteriet i BPS-diagnosen. Samtidigt beskrev de det som viktigt att göra dessa differentieringar. Många hade upplevelsen att både patienter och kliniker kan mena olika saker när de talar om tomhet och att både patienter och kliniker kan ha svårt att beskriva det. Några upplevde det som diffust beteendeanalysmässigt. Kriteriet beskrevs som arbiträrt och terapeuterna uttryckte en osäkerhet gällande om det faktiskt fångar det som är relevant. Vissa uttryckte att kriteriet är det kriterium av alla BPS-kriterier som de är mest osäkra kring vad det egentligen tillför på det stora hela i bedömning och diagnostik. Terapeuterna upplevde att det är ett kriterium som är svårt att bedöma huruvida det är uppfyllt för att det är luddigt formulerat i manualen och eftersom en som kliniker inte får så mycket vägledning i hur en ska bedöma det:

Det är ett svårare kriterium att bedöma utifrån att man ska säga ”ja det är uppfyllt” men det är väldigt luddigt formulerat i manualen, så vi får ju väldigt lite hjälp att ta ställning till just det kriteriet. Vi får ju mycket mer hjälp att ta ställning till t.ex. självskadebeteende; har patienten självmordhotat, har hen ett suicidalt beteende, det är mycket lättare, har hen impulsivt beteende, mycket lättare. (Jasmin)

Detta tolkades bero på att det saknas beteendemarkörer. Terapeuterna uppfattade att kriteriet på samma sätt som kriterium tre: identitetsförvirring och kriterium nio: paranoia/dissociation inte ger så mycket i bedömning eftersom det handlar om inre upplevelser och ansåg ofta att det istället är de tydligt operationaliserade kriterierna som ger en indikation på om en patient uppfyller diagnos och vad hen behöver för insats. Just eftersom kriteriet beskriver en subjektiv inre upplevelse tyckte dock vissa terapeuter att det är lätt att bedöma då terapeuten egentligen bara vill veta om patienten känner igen sig eller inte. Terapeuternas erfarenhet var att de patienter som upplever tomhetskänslor på en gång förstår frågan medan de som inte uppfyller kriteriet inte förstår frågan och undrar vad som avses. Detta beskrevs som ett sätt att bedöma huruvida någon uppfyller kriteriet även om terapeuterna själva inte riktigt visste hur de skulle definiera det. Flera beskrev att de frågat kollegor om deras uppfattning av kriteriet och sällan fått liknande svar. Någon undrade varför kriteriet ens finns kvar. En konsekvens av kriteriets otydlighet var att terapeuterna förhöll sig varsamt till kriteriet och även till andra klinikers bedömningar av kriteriet:

Jag förhåller mig varsamt (skrattar) för att det är så svårbedömt, varsamt som i, inte skeptiskt, men som i att inte dra för stora växlar på det. Också utifrån andras bedömningar som är gjorda tidigare. (Iris)

En terapeut beskrev att hen ofta träffar patienter som blivit bedömda någon annanstans och att det i bedömningen i journalen ofta endast kan stå att patienten bejakar eller känner igen sig i kriteriet och inget mer. Kriteriet beskrevs som svårt att beskriva även för kliniker emellan eftersom det handlar om ifall patienten känner igen sig i upplevelsen eller inte. Någon terapeut underströk att hen själv alltid ber om exempel på alla frågor i SCID-intervjun och skriver in i journalen vilka exempel som gör att hen gjort den bedömning hen gjort. Hen beskrev att när hen själv får sådana korta remisser där det bara står att en patient känner igen sig så vet hen inte om det betyder att den andra kliniker frågat om exempel och då fått tillräcklig information för att bedöma kriteriet som uppfyllt eller om hen inte frågat eller inte riktigt vet vad hen ska göra med exemplen. Denna terapeut beskrev också att hen när hen sedan själv intervjuat dessa patienter, som blivit bedömda någon annanstans och bedömts uppfylla kriteriet, ofta upptäckt att tomhetskänslorna snarare handlar om nedstämdhetskänslor eller något annat.

Vissa av terapeuterna ansåg att kriteriets otydlighet innebär en risk för feldiagnostik. Terapeuterna beskrev att svårigheten att definiera och särskilja kriteriet gör att huruvida kriteriet anses vara uppfyllt blir beroende av vem patienten träffar inom psykiatri och av dennes eventuella differentialdiagnostiska kompetens. Ett par terapeuter berättade om patienter de träffat som feldiagnostiserats med BPS och betonade vikten av att i personlighetssyndromdiagnostik veta vad en håller på med. En terapeut underströk att det finns en makt i att utreda och att det är allvarligt. Dessutom var det terapeuternas erfarenhet att deras patienter tycker om tydlighet och klarhet och att kriteriet därför blir problematiskt när det är så otydligt. Bara någon terapeut upplevde det inte vara ett problem att diagnostiken blir väldigt subjektiv och kvalitativ och beroende av bedömarens erfarenheter och tolkningar eftersom kriteriet utgör en inre subjektiv upplevelse.



*Tema 2:2: Potentiellt stigmatiserande*

Terapeuterna uppfattade också kriteriet som problematiskt för att beteckningen ”kroniska” får det att låta som att symptomet inte går att bli av med, som att det är något som kommer att finnas kvar för alltid. Detta riskerade enligt dem att bli stigmatiserande:

När jag tänker såhär ’kroniskt’; då kan man *aldrig* bli av med det, då har man det liksom forever and ever och det stämmer ju inte! Därför tänker jag att det är jättekonstigt att det står så! [...] Jag tänker att bara såhär ordet kronisk, asså *kroniska* tomhets känslor, det låter ju så jävla hårt, det låter ju som att det här är någonting som du kommer ha resten av livet, som aldrig kommer bli bättre. Jag tänker att det stigmatiserar ganska hårt. (Cassandra)

Då terapeuternas kliniska erfarenhet var att många av deras patienter fått minskade tomhets känslor efter DBT genom åren och inte längre uppfyllt kriteriet vid behandlingsavslut upplevde de formuleringen som felaktig:

Vi säger ju inte att diagnosen är kronisk utan vi säger att man mycket väl kan arbeta med sig själv och så kan man skriva av den om man inte uppfyller kriterierna längre. Vi har ju jättemånga patienter som har blivit friska genom åren; skulle de gå runt med en kronisk tomhets känsla fortfarande då, det vore ju jättekonstigt! (Tove)

Vissa terapeuter uttryckte att kriteriet på grund av sin formulering låter dömande och hårt och menade att det finns en risk för att patienterna upplever det som att något skulle vara fel på dem. Terapeuterna beskrev en risk för att det kan ge negativa konsekvenser för patienternas upplevelse av sig själva:

Om man bara skulle få diagnosen utan återkoppling kring att det finns DBT, för det finns det ju verkligen inte överallt, och går hem och googlar och läser att man har kroniska tomhets känslor så är det kanske inte så bra för att då kanske det låter väldigt hopplöst, som att det inte går att göra någonting åt det. Då är det ju ett väldigt olyckligt uttryck och destruktivt både när man tänker på hopp och att det finns hjälp och kanske också bara förstärker en identitet om man tycker att man är dålig. Då är det ju skadligt, om vi skulle gå det hållet liksom, i alla fall inte hjälpsamt. (Li)

Några terapeuter poängterade att en gammal och föråldrad syn på BPS-problematiken såsom ett kroniskt eller statiskt tillstånd lyser igenom i detta kriterium. Terapeuterna underströk att de själva tänker på tomhets känslor, och på problematiken generellt, som något föränderligt:

Det går ju tillbaka till hur man ser på personlighetssyndrom. I kriteriet från början så har man ju tänkt på det mer statiskt, att personlighetssyndrom är någonting mer statiskt, men det är ju under förändring. (Jasmin)

En terapeut underströk att tillståndet betraktades som kroniskt så länge det inte fanns några behandlingar för det och belyste därmed att diagnosen och dess formulering är historiskt situerad; att diagnosen historiskt ”ägts” av den psykodynamiska traditionen och inte uppdaterats:

Det är ett dumt begrepp på det sättet, att kalla det för kroniskt. Borderline, det är ett gammalt begrepp, borderline var väl ’kroniskt’ tidigare innan det fanns

några behandlingar för det. Antagligen beskrev patienter att de haft tomhetskänslor ända sedan de var barn. Men dom är inte fix forever, verkligen inte, och det är ju inget av de här kriterierna som är det. (Benjamin)

### *Frågeställning 1 och 2 integrerade*

Svaren på de två frågeställningarna speglar tillsammans hur DBT-terapeuter ser på kriteriet. Utifrån terapeuternas förståelse av kriteriet som en återkommande smärtsam upplevelse av en frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor, samt utifrån deras förståelse av kriteriet som kopplat till självskadebeteenden och som samtidigt validerande, otydligt och potentiellt stigmatiserande, ser de det som både viktigt och problematiskt (se Figur 1).



Figur 1. DBT-terapeuters syn på kroniska tomhetskänslor

## Diskussion

Syftet med denna studie var att utforska hur ett antal DBT-terapeuter förstår och ser på kriteriet kroniska tomhetskänslor. Frågeställningarna var hur terapeuterna definierar kroniska tomhetskänslor samt hur de upplever kriteriets kliniska relevans. Analysen visade att terapeuterna definierar tomhetskänslor som en återkommande smärtsam upplevelse av frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor samt att de upplever kriteriet som samtidigt viktigt och problematiskt. Nedan diskuterar jag resultatet utifrån de två frågeställningarna samt metodologiska aspekter av studien. Avslutningsvis beskriver jag förslag på vidare forskning samt slutsatser och implikationer för kliniskt arbete.

### *Resultatdiskussion*

#### *Hur terapeuterna definierar kroniska tomhetskänslor*

Analysen visade att terapeuterna definierade kroniska tomhetskänslor som en (1) återkommande (2) smärtsam (3) upplevelse av (4) en frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor. Terapeuterna beskrev alltså fyra huvudteman avseende kroniska tomhetskänslor. Till det fjärde huvudtemat beskrev de fem underteman: vakuum, svart hål, död, osörjd sorg och desorientering. De teman som identifierades i denna analys speglas till viss del i litteraturen och till viss del skiljer de sig från tidigare litteratur och belyser något nytt.

Något i min studie som skiljer sig från tidigare kvalitativa studier och som är nytt är att studien försökte ringa in inte bara vad tomhetskänslor betyder utan även vad det kroniska i kriteriet innebär. Att terapeuterna i det första temat definierade kroniska tomhetskänslor som återkommande snarare än konstanta eller ihållande upplevelser till skillnad från tomhetskänslor

vid depression, och som ett tillstånd som ofta är kopplat till triggers och affektpåslag till skillnad från vid AST, går i linje med en conceptualisering av tomhet såsom kopplad till den emotionella dysregleringen och oscillerandet mellan hämmad affekt och extrem affekt (Fruzzetti et al., 2005; Linehan, 1993). Då vanliga triggers för tomhetskänslor beskrevs som t.ex. invalidering, ensamhet och lite stimuli definierades tomhetsupplevelser inte som något stabilt tomrum inneboende i patienten utan snarare som en upplevelse beroende av kontextuella faktorer. Att terapeuterna utifrån sin kliniska erfarenhet av att arbeta med DBT såg på symptomet, liksom på alla kriterier i diagnosen, som föränderliga och inte som stabila kroniska drag utmanar formuleringen av tomhetskänslorna som ”kroniska” (APA, 2013).

I det andra temat beskrev terapeuterna att de utifrån sina patienters beskrivningar uppfattat tomhetskänslor som mycket plågsamma och obehagliga, och som det symptom som enligt deras kliniska erfarenhet ofta är det allra värsta för patienterna. Detta adderar stöd till att erfarenheten bör belysas mer än den gjorts i tidigare forskning och bör tas på stort allvar (Miller et al., 2020). Att upplevelsen ofta beskrevs som värre än att känna starka negativa känslor och stark ångest har tidigare vad det verkar som inte beskrivits.

Det tredje temat handlade om att tomhetskänslor trots att det heter *tomhetskänslor* snarare än en känsla av tomhet enligt terapeuterna utgör en upplevelse av tomhet. Detta tredje tema försökte fånga vad ordet känslor i tomhetskänslor står för. I studien försökte jag alltså på en högupplöst och mycket detaljerad nivå förstå vad kriteriet betyder enligt terapeuterna. Terapeuterna poängterade att det finns en kognitiv komponent med i bara meningen ”jag känner mig tom”, eller ”livet är meningslöst” eller ”något saknas inuti mig”, beroende på hur de definierade tomhetskänslor. Att Linehan (1993) från början placerade kriteriet under självdysregleringssektorn och senare (2004) under den affektiva sektorn säger något om kriteriets svårplacerbarhet som alltså också framkommer i denna studie.

I det fjärde temat kopplade terapeuterna tomhetskänslor till det sjätte kriteriet affektiv instabilitet vilket speglas i den biosociala modellens förståelse av tomhetskänslor såsom relaterade till den centrala emotionella dysregleringen (Fruzzetti et al., 2005; Gunderson et al., 2018; Linehan & Wilks, 2015). Definitionen av tomhetskänslor som en oförmåga att identifiera och beskriva känslor adderar stöd till att emotionell dysreglering kan ta sig uttryck i tomhetskänslor i form av bristande emotionell medvetenhet, d.v.s. avtrubbning och drag av alexitymi (Speranza, 2013). Analysen bekräftar på detta sätt även Didonna och Gonzales (2009) koppling av tomhetskänslor som emotionellt undvikande till Hayes et al's (1996) begrepp om upplevelsemässigt undvikande. Att tomhetskänslor kan fungera som ett skydd mot smärta går även i linje med Salamin et al's (2020) resultat i deras intervjustudie med patienter. Då terapeuterna kopplade erfarenheten till en frånvaro av primära känslor särskilt av sorg gör att kriteriet kan kopplas till Linehans (1993) begrepp om hämmad sorg som Chu (2016) gjort i sin karta över DBT, även om Linehan själv inte gjort den kopplingen på ett explicit sätt. Linehans dialektiska dilemma kontinuerliga kriser vs hämmad sorg blir alltså ett möjligt sätt att rama in och göra kriterierna affektiv instabilitet och kroniska tomhetskänslor begripliga tillsammans. Detta dilemma bör förstås kopplas till de två övriga dialektiska dilemmena som Linehan (1993) beskrivit; emotionell sårbarhet vs självinvalidering och aktiv passivitet vs skenbar kompetens, vilket gör att tomhetskänslorna förutom till hämmad sorg möjligen också skulle kunna kopplas till de överreglerade positionerna självinvalidering och skenbar kompetens.

Studien adderar vidare stöd till Salamin et al's (2020) hypotes om att essensen i konstruktet är frånvaro, men lägger till att det i första hand handlar om en frånvaro av känslor och argumenterar för att övrig frånvaro, såsom t.ex. frånvaro av liv och frånvaro av orientering, är

sekundär till eller är en följd av frånvaro av känslor – eftersom det är känslor som gör oss levande och orienterar oss i livet. Studien bekräftar även Miller et al's (2020) hypotes om att det handlar om en form av kontaktlöshet, men fokuserar primärt på bristande kontakt med just känslor, och i synnerhet sorg, och förstår övrig kontaktlöshet, såsom kontaktlöshet med själv, andra, livet, mening osv., som sekundär till denna känslomässiga brist på kontakt.

Metaforerna vakuum och död beskrivs även i Salamin et al's (2020) intervjustudie med patienter. Att erfarenheten beskrevs som att känna sig död speglas även hos Nock och Prinstein (2004) som föreslagit att självskadebeteenden kan fungera som ett sätt att känna något över huvud taget. Metaforerna svart hål, osörjd sorg och desorientering har tidigare inte beskrivits vad jag vet, även om upplevelsen i undertemat svart hål av att ha ett tomrum inom sig som måste fyllas speglas i Ntshinglia et al's (2016) kvalitativa studie som rapporterat att kvinnor med BPS försöker fylla ”tomrummet” de erfar inuti genom att agera impulsivt och adderar stöd till Callahans (1996) förslag att tomhets känslor leder till maladaptiva sätt att försöka fylla tomheten genom olika impulsiva beteenden. Upplevelsen av att något saknas eller fattas inuti en beskrevs redan tidigt av Balint (Gundersson & Links, 2008). Kanske är det talande att både jag och terapeuterna talade om symptomet genom metaforer, just för att det är svårt att beskriva.

Även om den övergripande tematiseringen var att tomhets känslor beskrevs som en upplevelse av frånvaro av primära känslor varierade sättet att beskriva denna frånvaro. Det fanns många olika spår i svaren som var allt från väldigt snarlika, men inte riktigt, till nästan helt motsatta. Frånvaron kunde beskrivas såväl som en frånvaro av kännande som en frånvaro av beskrivande, som en frånvaro av vetande. Frånvaron kunde beskrivas i termer av hämmad affekt och i termer av *konsekvensen* av hämmad affekt. Möjligen skulle de olika sätten att beskriva denna frånvaro av känslor förutom till upplevelsemässigt undvikande (Didonna & Gonzales, 2009) kunna kopplas till en frånvaro av ett observerande jag; ett perspektivtagande jag som noterar psykologiska upplevelser som kommer och går, med Hayes et al. (2014).

Det är utifrån resultatet i denna studie osäkert om tomhets känslor vid BPS kan skiljas från tomhets känslor vid depression. Delar av resultatet adderar stöd till att tomhets känslor kan och bör skiljas från nedstämdhet och angränsande konstrukt såsom hopplöshet och meningslöshet (Miller et al., 2020) bl.a. genom att de definieras som återkommande och inte ihållande, och att de inte är beroende av livssituation som vid depression. Delar av resultatet pekar dock på att detta inte är möjligt vilket adderar stöd till studier som påpekat detta (Salamin et al., 2020) och att tomhet kan relateras till depressiva erfarenheter som är unika för patienter med BPS (Gunderson, 2009; Köhling et al., 2015; Leichensring, 2004; Rogers et al., 1995; Westen et al., 1992). Somliga av terapeuterna beskrev tomhets känslor i termer av meningslöshets känslor och nedstämdhet medan andra betonade vikten av att inte blanda ihop dessa erfarenheter. Sammantaget pekar studien på ett överlapp gällande dessa symptom. Det är utifrån resultatet även osäkert om tomhets känslor kan skiljas från kriterierna identitetsförvirring och dissociation i BPS-diagnosen. Desorienteringen kunde av terapeuterna ofta kopplas till identitetsförvirring. Det funktionella undvikandet kunde ofta beskrivas i termer av avstängdhet och angränsade då till dissociation som ofta beskrevs som en överlappande erfarenhet.

Det är intressant att ingen av terapeuterna nämnde att kriteriet bör definieras i termer av uttråkning. Detta går i linje med Salamin et al's (2020) intervjustudie med patienter i vilken inte heller patienter nämnde uttråkning som relaterad till tomhets känslor. Terapeuterna tog upp att tomhets känslor ofta aktiveras i situationer då ingenting händer eller då det inte blir någon ”påfyllnad”, vilket i och för sig skulle kunna associeras till den uttråkning och rastlöshet som från början fanns med i kriteriet och som fortfarande beskrivs i DSM-5, men detta verkade

snarare än att ha tråkigt och vara rastlös aktivera en djup känsla av att sakna något utan att veta vad, av att behöva något. Det är möjligt att kicksökande beteenden som kan fylla en känsloreglerande funktion för patienter utifrån har sett ut som att de beror på, och därmed tillskrivits bero på, uttråkning och att tomhetskänslor från början i den tidiga konceptualiseringen av BPS kopplades till en upplevelse av uttråkning av denna anledning, när de snarare handlade om olika former av känsloreglerande beteenden.

Dubbelheter och motstridigheter karaktäriserar detta fenomen. En terapeut beskrev erfarenheten som en närvaro av en frånvaro och en annan terapeut som en frånvaro av närvaro. Ett flertal teoretiker (Fonagy, 2000; Fuchs, 2007; Linehan, 1993; Pazzagli & Monti, 2000) har menat att patientgruppen lever i ögonblicket som om ögonblicket var en evighet, och har svårt att integrera det förflutna och framtiden i nuet, vilket går i linje med hypotesen om ett bristande observerande jag med Hayes et al. (2014) och samtidigt karaktäriseras detta kriterium av ett diagnostiskt formulerat stabilt och kroniskt drag. Terapeuterna beskrev vidare fenomenet som oberoende av livssituation till skillnad från vid depressiv tomhet och samtidigt som beroende av triggers; det vill säga av just situation, till skillnad från vid AST-relaterad tomhet. Ytterligare en möjlig motsägelsefullhet var att terapeuterna beskrev erfarenheten som ett svart hål som inte går att fylla och samtidigt kopplade separationsrädslan till en rädsla för att en person eller relation som upplevs fylla tomrummet ska försvinna vilket signalerade att patienterna ändå, åtminstone momentant, kan uppleva att det faktiskt går att ”fylla tomrummet”.

#### *Hur terapeuterna upplever kriteriets kliniska relevans*

Analysen visade att terapeuterna upplevde kriteriet som å ena sidan (1) viktigt och å andra sidan (2) problematiskt. Terapeuterna beskrev alltså två huvudteman angående kriteriets relevans. Till det första huvudtemat beskrev terapeuterna två underteman: validerande och kopplat till självskada och till det andra huvudtemat beskrev terapeuterna två underteman: otydligt och potentiellt stigmatiserande.

Att kriteriet är viktigt för konceptualiseringen av BPS bekräftar Miller et al's (2020) hypotes om att kriteriet, trots att det finns många blinda fläckar i vår förståelse, utgör ett signalsymptom vid BPS. Kriteriets validerande funktion har tidigare inte belysts i tidigare forskning men är inte förvånande. Terapeuternas kliniska erfarenhet av att patienter då de känner sig tomma ofta självskadade adderar stöd till studier som observerat en koppling mellan tomhetskänslor och olika former av impulsiva beteenden och självskaдебeteenden (Becker et al., 2006; Blasco-Fontecilla et al., 2013; Brickman et al., 2014; Callahan, 1996; Harford et al., 2019; Klonsky, 2008; Miller et al., 2018; Nock & Prinstein, 2004; Ntshinglia et al., 2016).

Precis som väntat uppfattades kroniska tomhetskänslor av samtliga terapeuter som ett svårfångat och otydligt begrepp vilket bekräftar tidigare litteratur som påtalat bristen på gemensam definition och operationalisering (Blasco-Fontecilla et al., 2013; Didonna & Gonzales, 2009; Elsner et al., 2018; Johansen et al., 2004; Klonsky, 2008; Miller et al., 2020; Rebok, 2015; Salamin et al., 2020). Kriteriet upplevdes som svårt att skilja från depressiva erfarenheter, dissociation och identitetsförvirring. En konsekvens av denna otydlighet som lyftes fram i resultatet och som tidigare inte belysts var att otydligheten kan få negativa konsekvenser för både kliniker och patienter; terapeuterna förhöll sig varsamt till andra klinikers bedömningar och upplevde att det finns en risk för feldiagnostik gällande detta kriterium. Det är intressant att kriteriet upplevdes som svårt att skilja just från dissociation och identitetsförvirring eftersom dessa tre kriterier också var de kriterier som terapeuterna lyfte fram att de upplevde ger minst i bedömning då de baseras på inre upplevelser och saknar beteendemarkörer.

Analysen lyfte också fram att terapeuterna uppfattade formuleringen av kriteriet som potentiellt patologiserande. Terapeuterna var kritiska till användningen av ordet "kroniska" som de upplevde som stigmatiserande. Analysen visade att kriteriet på ett särskilt tydligt sätt genom sin formulering bevarar en föråldrad syn på personlighetssyndrom som ett livslångt och statistiskt tillstånd vilket tidigare inte verkar ha påpekats i någon studie. Terapeuternas kliniska erfarenheter av att ha träffat patienter som fått minskade tomhetskänslor efter DBT-behandling går i linje med nyligen publicerade studier (Jung, 2020; Yen et al., 2009) som visat att kroniska tomhetskänslor istället är föränderliga och skiljer sig därmed från tidigare forskning som föreslagit att tomhetskänslor skulle vara det mest stabila draget i BPS-diagnosen (Meares et al., 2011; Zanarini et al., 2007; Zanarini et al., 2016). Det finns gott om studier som påvisar det stigma som länge kopplats till BPS-diagnosen (Aviram et al., 2006; Day et al., 2018; Gunderson, 2009; Markham, 2003; Quenneville et al., 2020; Ussher, 2013) men inga studier som vad jag vet fokuserat på hur det enskilda kriteriet kroniska tomhetskänslor bidrar till diagnosens stigma.

Sammanfattningsvis var tomhetskänslor ett omstritt kriterium. Somliga terapeuter uppfattade det som att de inte talar tillräckligt om tomhetskänslor med sina patienter och i sina team och andra var direkt kritiska och tyckte att kriteriet lika gärna kan tas bort ur BPS-konceptualiseringen. Studiens fokus på terapeuternas upplevelse av kriteriets relevans var ett perspektiv på kriteriet som tidigare inte verkar ha studerats.

### *Metoddiskussion*

De formella kriterierna för att utvärdera kvantitativ forskning antas ofta utgöra generella kriterier som gäller all forskning; god forskning ska enligt dessa kriterier vara reliabel och valid och syftet är att kunna generalisera resultatet till den generella befolkningen (Braun & Clarke, 2013). I kvalitativ forskning är dock inte reliabilitet ett relevant kvalitetskriterium och procedurer som att kalkylera interbedömarreliabilitet gällande kodning av kvalitativa data är problematisk på grund av antagandet om att kodning kan och bör vara objektiv (Braun & Clarke, 2013). Även validitet, som handlar om huruvida vi mäter det vi påstår oss mäta och om huruvida vi "fångar" verkligheten, blir uppenbarligen problematisk i kvalitativ forskning eftersom kvalitativ forskning erkänner multipla verkligheter (Braun & Clarke, 2013). Däremot är trovärdighet ett viktigt kvalitetskriterium i kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2013).

Vissa forskare har argumenterat för att inte heller generaliserbarhet är ett meningsfullt mål för kvalitativ forskning på grund av antagandet om kunskapens kontextbundna natur, och intresset för detaljer i det fenomen som studeras (Braun & Clarke, 2013). Andra har argumenterat för att kvalitativ forskning är potentiellt generaliserbar, bara inte på samma sätt som kvantitativ forskning är det (Braun & Clarke, 2013). Ett koncept som används i kvalitativ forskning men inte i kvantitativ forskning är "överförbarhet" vilket refererar till i vilken grad aspekter av kvalitativa resultat kan överföras till andra grupper eller kontexter (Braun & Clarke, 2013). Nyckeln till att möjliggöra överförbarhet i en studie är att beskriva studiens specifika kontext, deltagare och omständigheter så att läsaren kan skapa sig en uppfattning om huruvida resultaten kan appliceras i andra kontexter (Braun & Clarke, 2013). För att underlätta för läsaren att bedöma i vilken utsträckning studiens resultat kan överföras till och kan vara relevant i andra kontexter eller under andra omständigheter beskrev jag i metoddelen i detalj studiens upplägg samt vilka deltagare som ingick i studien. Dock framgick inte specifika arbetsplatser eller sammanhang som terapeuterna ingick i då deltagarnas anonymitet prioriterades. Möjligen försvårar det för läsaren att skapa sig en bild av gruppen.

De teman som presenteras i resultatet finns i materialet till den grad jag lyckats motivera det. Samtidigt fanns det såklart möjlighet att identifiera andra mönster och beskrivningar av tomhetskänslor i det transkriberade materialet. Med Braun och Clarkes (2013) metaforer hade ett annat lapptäcke kunnat sys ihop av de tygstycken som de transkriberade intervjuerna utgjorde, eller; en annan skulptur hade kunnat formas utifrån samma material. Min läsning var förstås beroende av min egen tillgång till olika diskurser vilket ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv satte ramar för min förståelse av materialet (Braun & Clarke, 2013). Att jag inte genomförde någon form av bedömartriangulering är en möjlig svaghet i studien då det hade kunnat bidra till fler nyanser i analysen. Multipla forskarperspektiv hade kunnat öka de möjliga analysernas räckvidd och möjliggjort än mer konsekvent (om)tolkning (Tracy, 2010). Under kodningsfasen gjorde jag dock en avstämning med min ena handledare som kodade en intervju. I tematiseringens slutskede diskuterades dessutom analysen med handledarna.

Vidare gjorde jag en deltagarvalidering. Att deltagarna bekräftade att de kände igen sig i analysen styrker studiens trovärdighet och tyder på att tematiseringen representerar deltagarnas erfarenhet av det som studien syftade till att undersöka (Braun & Clarke, 2013). Det har argumenterats för att deltagarvalidering ökar trovärdigheten på flera olika sätt som går utöver att bara försäkra sig om att ha uppfattat deltagarna "rätt"; deltagarvalidering kastar t.ex. också nytt ljus på undersökningen och sporrar till en djupare och rikare analys (Tracy, 2010). Det har också föreslagits att deltagarvalidering hjälper forskaren att få veta huruvida deltagarna uppfattar analysen som begriplig och meningsfull (Tracy, 2010). Syftet var alltså också att genom dialog med deltagarna nyansera analysen och kanske få syn på något nytt genom deras läsning. Att en av terapeuterna uttryckte att hen var imponerad av att jag fått till en så sammanhängande beskrivning utifrån att hen tänkte att det inte kunde ha varit så lätt då hen märkte att det fanns många spår i svaren jag fått hjälpte mig att få syn på nyanserna både inom och mellan temana vilket blev användbart eftersom jag under så lång tid varit fokuserad på att konstruera någon form av organiserande ram kring materialet. Terapeutens feedback påminde mig om att min berättelse rymde många berättelser i sig och om att inte alltför mycket försöka suddas ut olikheterna, rörligheten och det motsägelsefulla i berättelserna i försöket att skapa en sammanhängande berättelse.

Samtliga teman hade stöd i en stor del av materialet. Detta har betydelse för mina slutsatser på så sätt att det ökar möjligheterna att andra DBT-terapeuter skulle ge liknande svar och ökar därmed studiens möjliga överförbarhet till andra kontexter. Att terapeuterna definierade kroniska tomhetskänslor som en återkommande smärtsam upplevelse av en frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor hade brett stöd i data. Undertemana till det fjärde huvudtemat hade en aning mindre stöd än huvudtemana. Huvudtemana i den andra frågeställningen hade också brett stöd i data, även om det i detta fall oftare var så att någon terapeut var mer kritisk och någon mer ödmjuk, samtidigt som de flesta var både och. Det undertema som hade bredast stöd var undertemat otydligt som hade stöd i hela materialet då samtliga terapeuter talade om att kriteriet var svårfångat.

Det faktum att jag intervjuade så många som 13 deltagare var både en fördel och en nackdel. Det gjorde att jag fick tillgång till en bredd av uppfattningar och upplevelser men eftersom olika aspekter fördjupades i olika intervjuer ledde det också till ett spretigt material. Att materialet var omfattande gjorde att flera nyanser i enskilda terapeuters erfarenhet tyvärr inte kunde bevaras i den övergripande tematiseringen. En svårighet detta skapade i processen var att döda mina darlings i form av citat eftersom jag hade så mycket intressant material; jag ville gärna ha citat från alla deltagare på varje tema. En fördel var att en viss mättnad kan ha uppnåtts i och med att jag intervjuade så pass många terapeuter.

En potentiell svaghet i studien är en urvalsbias vid rekryteringen genom DBT-nätverket i Sverige. Det är möjligt att de deltagare som kontaktade mig och ville delta i min studie var terapeuter som var särskilt kritiska till kriteriet eller som tycker att det är särskilt otydligt och därför gärna ville prata om det. Att några av deltagarna rekryterades genom kontakter skulle möjligen också kunna ha lett till en mer homogen deltagargrupp. Samtidigt kände jag ingen av dessa deltagare personligen. Att det fanns en spridning bland terapeuterna gällande ålder, yrkeserfarenhet, utbildning och terapiinriktningar innan de började arbeta med DBT gör också gruppen mindre homogen. Män var dock underrepresenterade bland deltagarna, vilket i och för sig kan antas spegla hur det ser ut på arbetsplatserna. De spridda inriktningarna har inte beaktats specifikt i studien utan en generaliserande bild har gjorts av terapeuternas uppfattningar och upplevelser. Det är möjligt att resultatet skulle se annorlunda ut för terapeuter med andra inriktningar; materialet jag fick när jag intervjuade terapeuter med tidigare psykodynamisk inriktning och materialet jag fick med terapeuter med mer uttalat beteendeterapeutisk inriktning var mycket olika. T.ex. kunde en terapeut med psykodynamisk orientering i sin steg-1-utbildning tala om ”frånvaro av primärobjekt” medan en terapeut med KBT-orientering talade om ”underskott på primära känslor”. Samtidigt innebär heterogeniteten bland mina respondenter och det faktum att de ändå nämnde samma teman att det är desto troligare att andra terapeuter skulle ta upp dessa teman. En annan möjlig svaghet i studien är att jag inte kan veta om de svar jag fått varit baserade på vad terapeuterna läst, själva upplevt eller upplevt hos sina patienter. Att terapeuterna ofta ramade in sina svar utifrån sin kliniska erfarenhet gör det dock rimligt att anta att de i alla fall i någon mån talade utifrån denna. Till exempel talade en terapeut om att hen själv läst en del artiklar om att tomhetskänslor är kopplade till självska debeteenden och att hens kliniska erfarenhet var att det stämmer. Ytterligare en potentiell svaghet i studien är att min sista intervjufråga i intervjuguiden överlappar med min andra frågeställning vilket eventuellt skulle kunna medföra en risk för konfirmeringsbias.

I kvalitativ forskning är det viktigt för forskningens kvalitet att forskaren på ett transparent sätt reflekterar över hur hans förförståelse kan ha präglat processen så att läsaren får perspektiv på studien och forskaren (Braun & Clarke, 2013). Att jag själv under intervjuerna var med och skapade, återskapade och befäste mening var oundvikligt. Eftersom mitt intresse för ämnet grundade sig i en nyfikenhet på vad som avses med kroniska tomhetskänslor och en upplevelse av att kroniska tomhetskänslor är otydligt och därför ett eventuellt problematiskt kriterium försökte jag undvika att visa detta för deltagarna redan innan intervjun. Jag försökte också vara vaksam på att inte ställa ledande frågor, men med största säkerhet blev jag särskilt intresserad när deltagarna sa något kritiskt och förstärkte dem verbalt och/eller icke-verbalt i detta. Det är möjligt att mitt eget kritiska förhållningssätt lyst igenom här. Ett sätt för mig att under hela processen reflektera över hur mina egna antaganden påverkade studien var att skriva i min loggbok om beslut jag tog, svårigheter jag stötte på och frågor jag fick.

Rollen som insider och outsider är också viktig att reflektera över i kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2013). Som psykologstudent kan jag delvis anses ha intervjuat från ett insiderperspektiv samtidigt som jag inte delar respondenternas erfarenheter av att arbeta med DBT. Jag intervjuade personer med stor kunskap om ämnet, både teoretisk kunskap och klinisk erfarenhet. Rollen som intervjuare var därför att kunna tillräckligt mycket för att kunna ställa nyfikna frågor. I och med att deltagarna var experter inom området och jag novis ställde det krav på mig både i intervjuprocessen, i form av att vara den som ställde frågorna och våga avbryta intervjupersonen och i bearbetning och analys av materialet, i form av att inte enbart lära mig av deltagarnas omfattande kompetens, att undvika att bara återge en beskrivning i form av en ”handbok”, utan att också göra en egen analys av materialet. Samtidigt var det jag som hade skrivit intervjuguiden och som styrde deltagarnas berättelser genom mina frågor.



### *Framtida forskning*

Studien fann en möjlig koppling mellan symptomet kroniska tomhets känslor och Linehans (1993) begrepp hämmad sorg och det vore intressant att vidare undersöka kopplingen mellan dessa fenomen. Det vore också mycket intressant att göra en liknande intervjustudie med patienter i Sverige, vilket inte gjorts, och kunna jämföra terapeuters och patienters perspektiv. Att göra en liknande intervjustudie med DBT-terapeuter i andra länder vore också berikande. Det vore även intressant att intervjua psykodynamiskt orienterade terapeuter, t.ex. terapeuter som arbetar med mentaliseringsbaserad terapi (MBT) om deras syn på tomhetskriteriet och jämföra med DBT-terapeuternas. Att vidare på ett mer fördjupat och fokuserat sätt utforska hur kliniker i bedömning skiljer på kriterierna tomhets känslor, identitetsförvirring och dissociation vore även meningsfullt då dessa kriterier ofta hade vaga gränser mot varandra i terapeuternas beskrivningar. Då terapeuterna ofta beskrev tomhets känslor genom att kontrastera dem mot eller genom att jämföra dem med tomhets känslor vid egentlig depression vore det även spännande att fokusera på skillnaden mellan tomhets känslor vid BPS och tomhets känslor vid reciverande depression.

### *Slutsatser och implikationer för kliniskt arbete*

Denna studie utforskar DBT-terapeuters syn på kriteriet kroniska tomhets känslor vid BPS. Resultatet visar att terapeuterna definierar tomhets känslor som en återkommande smärtsam upplevelse av en frånvaro av känslor som är kopplad till extrema känslor, samt att de upplever kriteriet som viktigt och samtidigt problematiskt vilket gör det till ett komplext kriterium. Eftersom studien adderar stöd till tidigare forskning som påvisat en koppling mellan tomhets känslor och impulsiva och självdestruktiva beteenden är en slutsats att tomhets känslor är viktiga i konceptualiseringen av BPS och en implikation för kliniskt arbete är att det är av mycket stor betydelse att som kliniker vara observant på tomhets känslor. Studien belyser även tomhets känslors centrala roll i konceptualiseringen av BPS genom dess dialektiska koppling till kriteriet affektiv instabilitet. Samtidigt belyser studien att tomhetskriteriet är problematiskt då det är ett otydligt kriterium och att terapeuter förstår det på olika sätt och att denna otydlighet kan ge negativa konsekvenser för såväl kliniker som patienter. En klinisk implikation av detta är att tomhets känslor i bedömning behöver skiljas från t.ex. nedstämdhet vid depression men också från BPS-kriterierna dissociation och identitetsförvirring, vilket terapeuterna upplevde som svårt. Även om jag i analysen försökte fånga terapeuternas beskrivningar i någon form av sammanhängande berättelse är en sammanfattande slutsats att det förblir svårt att ringa in kriteriet då det fanns många, ibland helt motsatta, spår i terapeuternas beskrivningar. Att terapeuterna själva uppfattade kriteriet som oklart och otydligt innebär i praktiken att huruvida kriteriet anses vara uppfyllt blir beroende av vem patienten träffar inom psykiatri och att kliniker förhåller sig varsamt till andra klinikers bedömningar av kriteriet. En klinisk implikation av detta är att det är viktigt att som kliniker i bedömning be om flera exempel på hur patienten upplever tomhet samt att skriva ett underlag till varför en gjort den bedömning en gjort, och inte bara skriva i journalen att kriteriet uppfylls för att det bejakas. Det är också viktigt att i återgivning av diagnosen rama in tomhets känslorna som icke-kroniska för att undvika potentiell internaliserad stigmatisering. Studien belyser avslutningsvis att kriteriet konnoterar en föråldrad syn på problematiken genom sin formulering av tomhets känslorna som ”kroniska”.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Tredje upplagan. American Psychiatric Association Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Femte upplagan. American Psychiatric Pub.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, *14*(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bach, B., & Sellbom, M. (2016). Continuity between DSM-5 categorical criteria and traits criteria for borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(8), 489–494. <https://doi.org/10.1177/0706743716640756>
- Bayes, A., & Parker, G. (2017). Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Research*, *257*, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.047>
- Becker, D., & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, *25*(1), 55–61. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.1.55>
- Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, *18*(3), 226–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5 guidebook: The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub.
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., & Fowler, J. C. (1999). Diagnostic efficiency and hierarchical functioning of the DSM-IV borderline personality disorder criteria. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, *187*(3), 167–173. <https://doi.org/10.1097/00005053-199903000-00006>
- Blasco-Fontecilla, H., de León-Martínez, V., Delgado-Gomez, D., Giner, L., Guillaume, S., & Courtet, P. (2013). Emptiness and suicidal behavior: an exploratory review. *Suicidol Online*, *4*, 21–32.
- Björklund, P. (2006). No man's land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(1), 3–23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>

- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, *40*(2), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000098493>
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression: Attachment and loss. Vol. 3*. Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE Publications.
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-14>
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *18*(3), 257–271. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.257.35450>
- Callahan, J. (1996). A specific therapeutic approach to suicide risk in borderline clients. *Clinical Social Work Journal*, *24*(4), 443–459. <https://doi.org/10.1007/bf02190749>
- Chu, E. (2016). *Atlas mindmup*. <https://atlas.mindmup.com/erniechu/dbt/index.html>
- Day, N. J. S., Hunt, A., Cortis-Jones, L., & Grenyer, B. F. S. (2018). Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. *Personality and Mental Health*, *12*(4), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pmh.1429>
- Didonna, F., & Gonzales, Y. R. (2009). Mindfulness and feelings of emptiness. I F. Didonna (Red.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (s. 125-151). Springer.
- Ekselius, L., Herlofsson, J., Palmstierna, T., Perseus, K. I., & Rydén, G. (2017). *Personlighetsyndrom, kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Gothia Förlag.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2016). The clinical significance of single features of borderline personality disorder: Anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Disorders*, *30*(2), 261–270. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2015\\_29\\_193](https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_193)
- Elsner, D., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2018). What is the clinical significance of chronic emptiness in borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*, *26*(1), 88–91. <https://doi.org/10.1177/1039856217734674>

- Eubanks-Carter, C., & Goldfried, M. R. (2006). The impact of client sexual orientation and gender on clinical judgments and diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 751–770. <https://doi.org/10.1002/jclp.20265>
- Feigenbaum, J. (2008). Dialectical behaviour therapy. *Psychiatry, 73*(3). <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.01.007>
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B.W., Smith Benjamin, L. (1998). Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II). (J. Herlofson, Övers.) Pilgrim Press. (Originalutgåvan publicerad 1997)
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(4), 1129–1146. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology, 17*(04), 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology, 40*(6), 379–387. <https://doi.org/10.1159/000106468>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. S., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Grenyer, B. F. S. (2017). Revising the diagnosis of personality disorder: Can it be single, clinical and factorial? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(2), 202–203. <https://doi.org/10.1177/0004867417741984>
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Tracie Shea, M., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D., Oldham, J. M., Dyck, I., & Stout, R. L. (2001). Internal consistency, intercriteria overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*(4), 264–272. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00436.x>
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Bender, D. S., Yen, S., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H. (2007). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: A 2-year prospective study. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(6), 357–362. <https://doi.org/10.1177/070674370705200604>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 166*(5), 530–539.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 32*(2), 148–167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>

- Gunderson, J.G. & Links, P.S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. (1991). *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 967–975. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.967>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <http://dx.doi.org.ezp.sub.su.se/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Harford, T. C., Chen, C. M., Kerridge, B. T., & Grant, B. F. (2019). Borderline personality disorder and violence toward self and others: A national study. *Journal of Personality Disorders*, 33(5), 653–670. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_361](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_361)
- Hazell, C. (2003). *The experience of emptiness*. Author House.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K.G. (2014). *ACT i teori och tillämpning: Vägen till psykologisk flexibilitet*. (M. Ruthman, Övers.) Natur och Kultur. (Originalutgåvan publicerad 2012)
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289–298. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
- Jung, K. (2020). *Förändring av psykiska symptom hos ungdomar med emotionell instabilitet efter deltagande i Dialektisk beteendeterapi*. [Specialistuppsats, Karolinska Institutet].
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kernberg, O. F. (1995). *Borderlinetillstånd och patologisk narcissism*. Natur och Kultur.
- Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418–426. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.418>
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R., & Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377–394. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.4.377>

- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.
- Koenigsberg, H. W. (2010). Affective instability: Toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 60–82. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.60>
- Kåver, A., & Nilsonne, Å. (2002). *Dialektisk beteendeterapi vid emotionell instabil personlighetsstörning: Teori, strategi och teknik*. Natur och Kultur.
- Köhling, J., Ehrental, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>
- Leichsenring, F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 9–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.1.9.27729>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M., M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M., M. (2015). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*. The Guilford Press.
- Linehan, M., M., & Neacsiu, A., D. (2014). Borderline personality disorder. I Barlow, D. H. (Red.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5 uppl., s. 394-461). The Guilford Press.
- Linehan, M., M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>
- Lewis, K. L., Fanaian, M., Kotze, B., & Grenyer, B. F. S. (2019). Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *BJPsych Open*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.72>
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612. <http://dx.doi.org.ezp.sub.su.se/10.1080/09638230310001627955>

- Martino, F., Gammino, L., Sanza, M., Berardi, D., Pacetti, M., Sanniti, A., Tangerini, G., & Menchetti, M. (2020). Impulsiveness and emotional dysregulation as stable features in borderline personality disorder outpatients over time. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(9), 715-720. <http://dx.doi.org.ezp.sub.su.se/10.1097/NMD.0000000000001204>
- Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J., & Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An Outcome Study of Borderline Personality Factors. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 214-222. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.551280>
- Miller, C. E., Lewis, K. L., Huxley, E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2018). A 1-year follow-up study of capacity to love and work: What components of borderline personality disorder most impair interpersonal and vocational functioning? *Personality and Mental Health*, 12(4), 334-344. <https://doi.org/10.1002/pmh.1432>
- Miller, C. E., Townsend, M. L., Day, N. J. S., & Grenyer, B. F. S. (2020). Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *Plos One*, 15(7), e0233970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233970>
- Morgan, T. A., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2013). Differences between older and younger adults with borderline personality disorder on clinical presentation and impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1507-1513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.009>
- Nationalencyklopedin. (u.å) <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kronisk>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.885>
- Ntshingila, N., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H., & Temane, A. (2016). Experiences of women living with borderline personality disorder. *Health SA Gesondheid*, 21, 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.001>
- Nurnberg, H. G., Hurt, S. W., Feldman, A., & Suh, R. (1987). Efficient diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 307-316. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.307>
- Nurnberg, H. G., Raskin, M., Levine, P. E., Pollack, S., Siegel, O., & Prince, R. (1991). Hierarchy of DSM-III-R criteria efficiency for the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 211-224. <https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.3.211>
- Pazzagli, A., & Monti, M. R. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33(4), 220-226. <https://doi.org/10.1159/000029147>
- Peteet, J. R. (2011). Approaching emptiness: Subjective, objective and existential dimensions. *Journal of Religion and Health*, Sep;50(3):558-63.

- Petrović, P. (2015). *Känslostormar: Emotionell instabilitet och hjärnan*. Natur & Kultur.
- Plakun, E. M. (1991). Prediction of outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(2), 93–101. <https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.2.93>
- Price, S. L., Mahler, H., & Hopwood, C. (2019). Subjective emptiness: A clinically significant trans-diagnostic psychopathology construct. <https://doi.org/10.31235/osf.io/f2x6r>
- Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastrò, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A.-L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262, 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>
- Rebok, F., Teti, G. L., Fantini, A. P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S. M., Derito, M. N. C., & Daray, F. M. (2014). Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 49–60. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9317-3>
- Rogers, J. H., Widiger, T. A., & Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 268–270. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.268>
- Salamin, V., Regamey, L., Terrapon, E., Fasseur, F., Gothuey, I., & Guenot, F. (2020). Une analyse qualitative du sentiment chronique de vide. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 178(1), 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.06.012>
- Sharma, L., Markon, K. E., & Clark, L. A. (2014). Toward a theory of distinct types of “impulsive” behaviors: A meta-analysis of self-report and behavioral measures. *Psychological Bulletin*, 140(2), 374–408. <https://doi.org/10.1037/a0034418>
- Silk, K. R. (2010). The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 25–37. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.25>
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & Mcglashan, T. H. (2004). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443–451. <https://doi.org/10.1017/s003329170400354x>
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & Mcglashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological medicine*, 35(3), 443-451.
- Skodol, A., Stein, M., & Hermann, R. (2019). Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate.



- Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2018). Identifying core deficits in a dimensional model of borderline personality disorder features: A network analysis. *Clinical Psychological Science, 6*(5), 685–703. <https://doi.org/10.1177/2167702618769560>
- Speranza, M. (2013). Borderline personality disorders: the central role of emotional dysregulation. *European Psychiatry, 28*(S2), 61. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.160>
- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Yaggi, K. E., Morse, J. Q., & Feske, U. (2009). Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(7), 484–491. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181aad2e7>
- Svenska synonymer. (u.å). <https://www.ne.se/ordböcker/#/search/norstedts-synonym-sv-sv?q=kronisk>
- Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry, 80*(1), 30. <https://doi.org/10.4088/jcp.18m12436>
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics, 41*(4), 685-694.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders, 28*(5), 734–750. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2012\\_26\\_093](https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093)
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorder in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 590-596.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry, 16*(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Trull, T. J., & Widiger, T. A. (1991). The relationship between borderline personality disorder criteria and dysthymia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13*(2), 91–105. <https://doi.org/10.1007/bf00961425>
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology, 23*(1), 63-69. <http://dx.doi.org.ezp.sub.su.se/10.1177/0959353512467968>
- Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. [https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)
- Vårdguiden. (2020). <https://www.1177.se/Stockholm/riktlinjer-och-material/sprakliga-riktlinjer/diverse-ord-och-uttryck-a-o/k2/kronisk-sjukdom--fortydliga/>

- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382–393. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.382>
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yen, S., Johnson, J., Costello, E., & Simpson, E. B. (2009). A 5-Day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 173–182. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351877.45260.70>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201–207. <https://doi.org/10.3109/10673229809000330>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 688–694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929–935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 american adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607–619. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

## Bilaga 1. Rekryteringsbrev.

Hej!

Jag studerar till psykolog vid Stockholms universitet och ska under hösten skriva mitt examensarbete. Det kommer att bestå av en intervjustudie med fokus på det sjunde kriteriet i EIPS-diagnosen; kroniska tomhetskänslor. Som deltagare söker jag DBT-terapeuter.

Intervjuerna kommer att ta cirka en timme. Frågorna kommer att kretsa kring hur du förstår kroniska tomhetskänslor och vad du har för tankar kring kriteriet utifrån dina erfarenheter av att arbeta med patienter med emotionell instabilitet. Jag planerar att genomföra intervjuerna i september.

Arbetet kommer att ske under handledning av Therese Anderbro och Jakob Håkansson som är universitetslektorer vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Under processen kommer jag och mina handledare att ha tillgång till intervjumaterialet. Det material som presenteras i uppsatsen kommer inte kunna kopplas till dig eller till enskilda patienter. Intervjuerna kommer endast att användas i forskningssyfte.

Är du intresserad av att delta i studien? Hör i så fall av dig till mig så bestämmer vi en tid och plats att träffas.

Vänliga hälsningar,  
Olivia Iso Helleberg

Mail: [emailadress]

Mobil: [telefonnummer]

## Bilaga 2. Intervjuguide.

Jag är nyfiken på hur DBT-terapeuter utifrån sin erfarenhet av att arbeta med patienter med emotionell instabilitet förstår det sjunde kriteriet i EIPS-diagnosen; kroniska tomhetskänslor. Till att börja med, kan du berätta: vad betyder begreppet kroniska tomhetskänslor för dig? (Vad *är* kroniska tomhetskänslor? Hur skulle du definiera det? Hur operationaliserar/identifierar du kriteriet?)

Vad har du för tankar kring kriteriet?

Finns det något eller några av de andra kriterierna (undvikande av separationer, instabila relationer, identitetsstörning, impulsivitet, upprepat suicidalt beteende, affektiv instabilitet, ilska och paranoia/dissociation) i EIPS-diagnosen som du tänker är kopplade till tomhetskriteriet? Hur relaterar dessa i så fall till varandra?

Hur är kriteriet distinkt från de övriga kriterierna?

Kan du berätta om hur du förstår *det kroniska* i tomhetskänslorna? (På vilket eller vilka sätt är tomhetskänslorna kroniska?)

Finns det utifrån din erfarenhet av att möta patienter någon motsats till kronisk tomhet? Vad skulle det vara?

Finns det utifrån din erfarenhet av att möta patienter någon metafor för den kroniska tomhetskänslan? (Som patienter ofta använder? Som du själv tycker är beskrivande?)

Vilken funktion fyller tomhetskänslor för patienterna enligt din erfarenhet om de gör det?

Hur kan kroniska tomhetskänslor visa sig i terapin, under sessionen? Kan du berätta om någon konkret situation där du upplevt det?

Om du arbetar med bedömning – vad ska en patient säga/göra för att du ska bedöma kriteriet vara uppfyllt?

Hur adresserar du, dvs hur behandlar du, kroniska tomhetskänslor?

Vad har kroniska tomhetskänslor för klinisk signifikans enligt dig?

### Bilaga 3. Samtyckesblankett.

#### Informerat samtycke för medverkan i studie om kroniska tomhets känslor

Syftet med denna studie är att utforska DBT-terapeuters förståelse av det sjunde EIPS-kriteriet kroniska tomhets känslor. Det finns lite forskning om just det här kriteriet och om hur fenomenet kan förstås ur ett inlärningsteoretiskt perspektiv. Denna studie syftar till att bidra med att fylla den kunskapsluckan.

Intervjun beräknas ta omkring 60 minuter och du kan när som helst avbryta intervjun eller välja att inte besvara någon fråga, utan att ge någon förklaring till det. Du kan också välja att dra tillbaka ditt deltagande i studien även efter intervjun, fram tills uppsatsen är inlämnad.

Intervjuerna kommer att spelas in och ljudinspelningarna kommer att lagras så att bara jag och mina handledare har tillgång till dem. Efter att ljudfilerna transkriberats och analyserats kommer de att raderas. Alla uppgifter som går att koppla till dig som person eller till någon patient kommer att anonymiseras.

Den persondata som samlas in i och med denna samtyckesblankett kommer att förvaras inlåst. Blanketterna destrueras efter att uppsatsen är inlämnad och godkänd.

Projektets resultat kommer att presenteras i min examensuppsats samt eventuellt på DiVA portal som är ett digitalt öppet arkiv för studentuppsatser och forskningspublikationer.

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker härmed till deltagande i studien.

---

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Ort och datum