

En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdselse

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Sammanfattning

Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävdselse' (*assertiveness* på engelska) definieras som handlande som är förenligt med respekt för både egna och andras rättigheter, exempelvis att uttrycka behov och önskemål, att sätta gränser och att dela tankar och känslor. Brister i konstruktiv självhävdselse är förknippat med klinisk och subklinisk psykisk ohälsa, till exempel stressrelaterad ohälsa, svårigheter i relationer, emotionell instabilitet, generaliserat ångestsyndrom, social ångest och depression. Syftet med den här studien är att undersöka effekten på konstruktiv självhävdselse av ett internet-administrerat behandlingsprogram med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning, *Respekt i kvadrat*. 205 personer med självupplevda besvär (88% kvinnor, medelålder 42 år) rekryterades via annonsering i sociala medier. Deltagarna randomiserades till tre grupper: självhjälp (n = 67), behandlarstöd (n = 70) och väntelista (n = 68). Graden av konstruktiv respektive aggressiv självhävdselse mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelista på delskalan för konstruktiv självhävdselse (effektstyrka 0,9 för behandlarstöd och 1,0 för självhjälp). Effekten var påtaglig redan vid mittenmätningen. Både gruppen behandlarstöd och gruppen självhjälp hade en signifikant ökning av andelen kliniskt signifikant förbättrade individer på delskalan som mäter konstruktiv självhävdselse jämfört med väntelista (17,1% respektive 17,9% i behandlingsbetingelserna mot 1,5% i väntelistan). Resultaten visar att det internetförmedlade behandlingsprogrammet för konstruktiv självhävdselse är effektivt. Mer forskning med ett mer representativt sample samt validerade svenska skattningsskalor som mäter konstruktiv självhävdselse krävs för att avgöra om resultaten går att generalisera till populationen i stort.

Keywords: konstruktiv självhävdselse, stress, emotionellt undvikande, assertiveness, anxiety disorder, anxiety, emotional avoidance

Handledare för uppsatsen är Per Carlbring. Tack Per för frihetsgrader och uppmuntran. Ett varmt tack till alla deltagare som har följt med på en för oss utvecklande resa genom behandlingsprogrammet! Ett stort tack också till Max, Marilyn, Therese, Axel, Axel, Mikael och Filippa för er lika modiga som värdefulla medverkan i rekryteringsfilmen.

Upplevelsen av stress, ångest eller nedstämdhet är som regel förknippad med olika former av undvikande. En person med social ångest vill kanske inget hellre än att delta i olika sociala sammanhang, men väljer ändå att avstå för att slippa uppleva de fysiologiska reaktioner som medverkan riskerar att medföra. På samma sätt vill kanske den som är stressad av alltför hög arbetsbelastning inget hellre än att säga till chefen att uppgifterna är för många, men väljer ändå att ta på sig en ny uppgift när chefen frågar. Den deprimerade vill kanske inget hellre än att prata med en kompis, men låter bli att ringa för att slippa riskera att bli besviken om vännen inte svarar. Ett sätt att se på dessa exempel är att de alla är förknippade med bristande självhävdelse – det vill säga undvikande av att i relation till andra personer på ett konstruktivt sätt framföra sina tankar, känslor, behov och önskningar.

Underskott av sådana beteenden som går att samla under begreppet konstruktiv självhävdelse (eller *assertiveness* på engelska) förknippas med en lång räckta psykologiska problem, både kliniska och subkliniska: stress, relationsproblem, generaliserat ångestsyndrom, social ångest, paniksyndrom, emotionell instabilitet, depression, schizofreni med mera (Speed, Goldstein & Goldfried, 2018). Inom psykiatri finns en uppsjö olika diagnoser, diagnosverktyg och behandlingsmanualer för dessa specifika åkommor, men trots att intresset för diagnosöverskridande begrepp och behandlingsformer har ökat markant under de senaste årtiondena saknas evidensbaserade behandlingsprogram i självhävdelse som vänder sig till en bredare målgrupp.

Renodlad träning i *assertiveness* har paradoxalt nog en lång historia. De allra första behavioristiska terapierna kring 1950-talet och framåt, bland annat de som beskrivs i Salter (1949) samt Wolpe och Lazarus (1966), var specifikt inriktad på självhävdelseträning som ett behavioristiskt alternativ till psykoanalys för neurotiker. Dessa första behavioristiska terapier byggde på principerna om klassisk betingning: Målet för *assertiveness*-träningen var att para aversiva stimuli som tidigare gav upphov till exempelvis passivitet eller aggressivitet med konstruktiv självhävdelse. Denna träning hade ofta avslappning som en integrerad del, utifrån rationen att avslappning och ångest inte kan förekomma samtidigt. Som en del i den självhävdelsefokuserade psykoterapin förskrevs tydligt beskrivna beteenden för klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävdelse både att formaliseras till sofistikerade behandlingsprogram, som i Linehan (1979) och att populariseras. Självhjälptitlar som *Don't say yes when you want to say no* (Fensterheim & Baer, 1975) och *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy* (Smith, 1975) gjorde de inlärningsteoretiskt väl förankrade metoderna tillgängliga för en bredare massa – men möjligen i ett alltför hurtigt format. Självhjälpsboomen under 1970-talet sammanföll med sociala och politiska omvälvningar i samhället, där marginaliserade grupper gjorde sig allt mer hörda och maktstrukturer i samhället sattes under förändringstryck. Dessa emanciperande och normbrytande rörelser väckte motstånd – precis som behavioristiskt influerade terapier gjorde. Ett exempel på 1970-talskritik av träning i konstruktiv självhävdelse är **607233319760514**, som framt rekommenderade deltagare i *assertiveness*-kurser att hävda sig själva genom att vägra betala kursavgiften.

I och med psykiatrins allt tydligare inriktning mot syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa, kanske tydligast i form av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1968) med efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att falla i glömska. Begreppet återaktualiserades sporadiskt som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979). Rationen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande i en pressad situ-

50 ationer (om till exempel den egna förmågan, om andra personers avsikter eller om livet i stort) är
51 hjälpta av att utifrån egna faktiska erfarenheter i livet hitta stöd för mer balanserat och konstruktivt
52 tänkande.

53 En viktig del i kognitiv omstrukturering är så kallade beteendeeperiment. För en socialfobi-
54 ker skulle ett beteendeeperiment till exempel kunna handla om att gå på en fest och att säga något
55 om sig själv i ett samtal med andra personer utan att använda sig av så kallade säkerhetsbeteenden.
56 Ett för konstruktiv självhävdelse relevant exempel på ett säkerhetsbeteende skulle kunna vara att
57 titta ned i golvet, ett annat att tala tyst. Efter genomfört beteendeeperiment kan klienten få hjälp av
58 terapeuten att utvärdera utfallet – hur det gick att lägga säkerhetsbeteendena åt sidan, om personen
59 klarade av att stanna i situationen även om något oönskat inträffade, vilka konsekvenser ökat enga-
60 gemang ledde till och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att
61 bryta undvikande. Fördelarna för klienten är dels att hen får tillfälle att träna både på att tolerera och
62 reglera ångest, dels att hen får ökad tillgång till sådant som hen värdesätter.

63 Vad är konstruktiv självhävdelse?

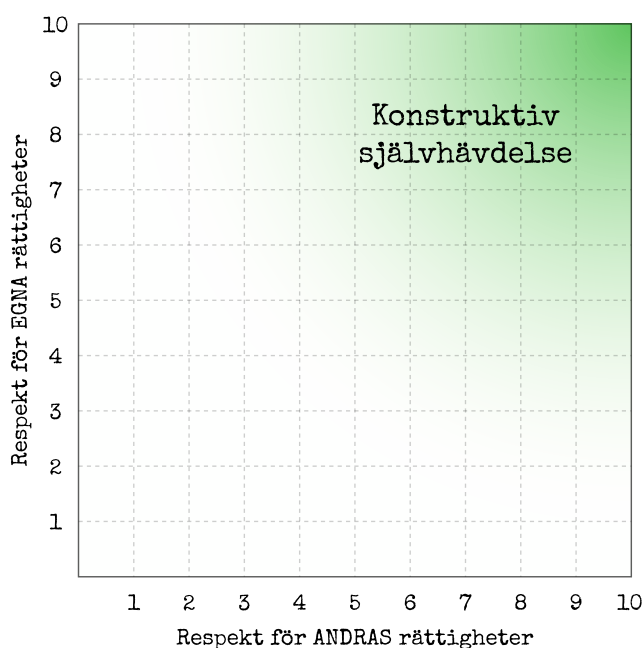
64 Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteende-
65 mässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet'
66 (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

67 Alberti och Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävdelse som handlande som åter-
68 speglar individens egna långsiktiga intressen. Det inbegriper förmågan att "stå upp för sig själv"
69 utan överdriven ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina egna rättighe-
70 ter utan att kränka andras rättigheter. Med 'utöva sina rättigheter' menas att både i icke-verbal och
71 verbal handling uttrycka sina tankar, känslor, behov och önskningar.

72 Graden av konstruktiv självhävdelse för en person i en given situation kan konceptuellt inord-
73 nas som en punkt i en graf (se figur 1) med två kontinuerliga dimensioner: handlande med respekt för
74 andras rättigheter på x-axeln och handlande med respekt för egna rättigheter på y-axeln. Konstruktiv
75 självhävdelse är en kommunikationsstil som skiljer sig från aggressiv självhävdelse, det vill säga
76 hävdande av egna rättigheter på bekostnad av andras. Den skiljer sig även från kommunikationssti-
77 len passiv självhävdelse, det vill säga förnekande av egna rättigheter till förmån för andras, och från
78 passiv-aggressiv självhävdelse, det vill säga bristande respekt för både egna och andras rättigheter.
79 Gränsdragningarna mellan kommunikationsstilarna är förstå flytande, eftersom dimensionerna är
80 kontinuerliga.

81 På svenska är begreppet 'sund självhävdelse' vanligare än 'konstruktiv självhävdelse'. I be-
82 handlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* (som beskrivs i kommande avsnitt) och den här studien väl-
83 jer vi att tala om konstruktiv snarare än sund självhävdelse som målbeteende, eftersom det tydligare
84 utgår från individens perspektiv om vad som ger framkomlighet.

85 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skill-
86 naden mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna bör förstås
87 i de sammanhang de utförs. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kon-
88 text framstår som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande;
89 beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv
90 självhävdelse, och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna



Figur 1: Konstruktiv självhävdelse definieras i behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* som handlande som är förenligt med samtidig respekt för egna och andras rättigheter (figurens övre högra hörn). Passiv självhävdelse (figurens nedre högra hörn) kan på samma sätt definieras som låg grad av respekt för egna rättigheter men hög grad av respekt för andras rättigheter. Aggressiv självhävdelse (figurens övre vänstra hörn) kan definieras som hög grad av respekt för egna rättigheter men låg grad av respekt för andras rättigheter. Passivt aggressiva beteenden kan conceptualiseras som förenliga med låg grad av respekt för både egna och andras rättigheter (figurens nedre vänstra hörn). (Figur från behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat*.)

och andras rättigheter är dels föremål för pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglad av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 2011; Hayes & Brownstein, 1986). Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdelsebeteenden är det möjligt att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen "konstruktiv självhävdelse", "passiv självhävdelse" och "aggressiv självhävdelse" kan användas pragmatiskt för att till exempel i en terapi särskilja, tala om och utvärdera handlande i en specificerad kontext – inklusive hur de förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå.

Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse

Forskning på *assertiveness* övergavs i stort sett efter 1970-talet i och med psykiatriens fokus på syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa. *Assertiveness* föll tillsammans med andra transdiagnostiska begrepp i glömska till förmån för diagnosspecifika interventioner och insatser.

Det gör att många viktiga slutsatser av den tidigaste forskningen har hamnat i skymundan. Både Wolpe och Lazarus (1966) samt Orenstein, Orenstein och Carr (1975) bygger sina metoder på premisen att det är oförenligt att samtidigt uppleva ångest och att på ett genuint sätt hävda si-

na önskningar och behov på ett konstruktivt sätt. Barrett och Yarrow (1977) visar att *assertiveness* hos barn korrelerar med prosociala beteenden. Buell och Snyder (1981) följer upp det fyndet med en metod för att träna *assertiveness* hos barn. På temat att det är en tillgång i relationer att på ett konstruktivt sätt uttrycka sina tankar, känslor, behov och önskningar visar Kincaid (1978) att självhävdelse är förknippat med förbättrade interpersonella relationer. Det är korrelerat också positivt med förmågan att möta hinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979). Rakos och Schroeder (1979) visar att *assertiveness* med fördel kan läras ut genom självhjälpsmaterial och Rich och Schroeder (1976) sammanställer och utvärderar olika metoder som används för att träna *assertiveness*.

Under de senaste åren har intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos och Pereira (2019) konstaterar att självupplevd grad av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktiv självhävdande. Det ligger i linje med den underliggande teorin om reciprok inhibition som den presenteras av Wolpe och Lazarus (1966): *Assertiveness* inhiberar ångest och ångest inhiberar *assertiveness*. Baker och Jeske (2015) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och att hävda sig själv konstruktivt. Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktiv självhävdande beteenden för en person antingen genom att i behandling exponera för antecedenterna för social ångest eller genom att arbeta med hur personen förhåller sig till själva ångesten. **Denna senare tolerans- och acceptansrationall är ett alternativ till den habitueringsrationall var förhärskande inom KBT fram till sekelskiftet och vinner starkt stöd i både klinisk forskning och inlärningsteoretisk grundforskning (Craske m. fl., 2008).**

Speed m. fl. (2018) sammanställer det aktuella forskningsläget kring *assertiveness*. Träning i konstruktiv självhävdelse kan förbättra måendet vid både ångestsyndrom och depression och öka självförtroende samt förbättra upplevd tillfredsställelse i parrelationer. Författarna konstaterar att träning i konstruktiv självhävdelse redan ingår i de bredare begreppen som beteendeaktivering och färdighetsträning i flera allt mer beforskade behandlingsmetoder – som dialektisk beteendeterapi (DBT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) och beteendeaktivering vid depression.

En stor del av den forskning som finns om *assertiveness* som ett transdiagnostiskt begrepp är sammantaget till åren kommen och det finns ett behov av att på nytt utvärdera den specifika effekten av självhävdelseträning (Speed m. fl., 2018). Det moderna forskningsläget är både skvalt för *assertiveness* som konstrukt och omfattande för många av de syndrom och symptom som associeras med det.

Evidensen för KBT vid ångest och depression. Evidensen för beteendeterapi och KBT för syndromala och icke-syndromala psykologiska problem har konstaterats vara god sedan många år tillbaka, både inom ramen för väl avgränsade och kontrollerade *efficacy*-studier och i ekologiskt valida *effectiveness*-studier. Det gäller även i hög grad de områden för vilka bristande konstruktiv självhävdelse är en del av problembeskrivningarna, till exempel ångestsyndrom, social fobi, generaliserat ångestsyndrom (GAD) och depression.

Chambless och Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT, utifrån en tydlig definition av vad som bör betraktas som en "empiriskt underbyggd terapi" – det vill säga att effekten av terapin bör ha undersökts med en randomiserad och kontrollerad studie (RCT) som har haft specificerade grupper och som har använt väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat

148 huruvida till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställ-
149 ningar med uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer har sedan dess publicerats regelbundet i
150 England av National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psycho-
151 logical Association (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid
152 depression och ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande
153 förstahandsvalet vid psykologisk behandling.

154 Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer och Fang (2012) är en översikt av meta-analyser som visar
155 att KBT alltså är en av de mest effektiva terapiformerna. I deras översikt visade sig KBT effektivt
156 för att motverka bland annat trauma- och stressrelaterade symtom, liksom depressiva och ångestre-
157 laterade syndrom. Efter genomgången KBT-behandling tenderar till och med etablerad förbättring
158 av psykiskt mående att öka och psykopatologiska symtom att minska, även under loppet av månader
159 efter det att behandlingen avslutats (Bandelow m. fl., 2018). Litteraturen stödjer att KBT har god
160 effekt för de syndrom som Speed m. fl. (2018) associerar med brister i konstruktiv självhävande.

161 **Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård**

162 Internet har ändrat gemene mans tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För
163 cirka 15 år sedan använde mindre än 20% av världens befolkning internet. 2019 uppskattas det att
164 nästan 54% av världens befolkning använder sig av internet. I Europa är motsvarande siffra 83%
165 (International Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport Svenskarna
166 och internet (Findahl, 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85% år 2010 till 95% år
167 2019. Nästintill hela Sveriges befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som
168 använder internet i Sverige söker även efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka
169 hälften utnyttjar e-tjänster relaterade till sjukvården (Findahl, 2019).

170 Regeringen har som vision att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa. En del i
171 denna vision är att kunna erbjuda internetbaserade behandlingsalternativ (Regeringskansliet & Sve-
172 riges Kommuner och landsting, 2016). I dagsläget erbjuds redan internetbaserad behandling i viss
173 utsträckning inom den svenska sjukvården (se Socialstyrelsen, 2020). Internetbaserad vård har flera
174 fördelar. Flexibiliteten i var och när vårdkontakten genomförs innebär att potentiellt fler personer
175 kan nyttja den. Vården kan beroende på upplägg även finnas tillgänglig dygnet runt. Utöver detta
176 ger digitaliserad vård tillgång till kommunikationsvägar som kan passa bättre för vissa vårdsökande
177 jämfört med traditionell vård (Andersson, Carlbring & Lindefors, 2016).

178 **Evidensen för internetbaserad kognitiv beteendeterapi.** Internetbaserad kognitiv beteendeterapi,
179 I-KBT, började ges och utvärderas kring millennieskiftet. Under de senaste årtiondena
180 har hundratals studier undersökt effekten av I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ
181 inom flera olika länder som ett komplement till mer traditionella vårdalternativ (Andersson m. fl.,
182 2016).

183 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälpmaterial i KBT som har beforskats i form av
184 I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Fur-
185 mark, Holmström, Sparth, Carlbring och Andersson (2019), Robichaud och Dugas (2018) samt
186 Carlbring och Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som
187 motsvarar kapitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgif-
188 ter kopplade till klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vec-

189 ka under behandlingens gång. I-KBT-behandlingsprogrammen brukar ges via säkra och krypterade
190 plattformar (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring & Andersson, 2016) men kan även inkludera andra
191 medier så som mobilappar (Ivanova m. fl., 2016).

192 I-KBT är en effektiv behandlingsmetod för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys
193 från 2018 – som inkluderade 64 RCT-studier – konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av
194 både depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (Andrews
195 m. fl., 2018). Författarna konstaterade att medeleffektstorleken för I-KBT är $d = 0,8$ eller mer i jämfö-
196 relse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT
197 är dessutom effektmässigt jämförbart med terapeutledd terapi. Både i en annan meta-analys från
198 samma år samt i en meta-analys från ett decenium tidigare konstaterades I-KBT även likvärdigt
199 ansikte-mot-ansiktebehandling (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Carlbring, Andersson,
200 Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning
201 (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010).

202 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski & Cuij-
203 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid
204 olika kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också verk-
205 samt för symtomlindring vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress ($\eta_p^2 = 0,12$ i Day,
206 McGrath & Wojtowicz, 2013), prokrastinering ($d = 0,29-1,09$ i Rozental, Forsell, Svensson, Anders-
207 son & Carlbring, 2015) och perfektionism ($d = 0,7-1,0$ i Rozental, Shafran m. fl., 2017; $d = 0,86$ i
208 Wade m. fl., 2019).

209 ***I-KBT och stödbehandlare.*** I en del behandlingsprogram tilldelas även en stödbehandlare
210 till deltagarna. Stödbehandlare tenderar ha möjlighet att ge återkoppling, besvara frågor och ge stöd
211 allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu m. fl., 2016). I en meta-analys från 2014 konstaterar
212 Baumeister, Reichler, Munzinger och Lin (2014) att I-KBT var effektivt, oberoende av om deltagaren
213 fick stöd eller inte. Baumeister m. fl. (2014) konstaterar att I-KBT med stödbehandlare tenderar att ge
214 något bättre effekt än I-KBT utan stödbehandlare. Stödbehandlarnas kompetens gör ingen skillnad
215 för utfallet så länge som stödbehandlarna har fått grundläggande utbildning i att ge psykoterapi.

216 Graden av interaktion mellan stödbehandlare och deltagare varierar beroende på behandlings-
217 upplägg. Berger m. fl. (2011) samt *Valentinstudien* (Samuelsson & Way, 2018) gav deltagare möj-
218 lighet till mejl- och telefonkontakt och Titov m. fl. (2010) gav deltagarna tillgång till ett diskussions-
219 forum som modererades av stödbehandlarna. I dagsläget finns det inte tillräckligt med forskning för
220 att med säkerhet kunna uttala sig om vilken stödbehandlarmetod som är effektivast. Det finns dock
221 indikationer på att frekvensen av kontakt mellan stödbehandlare och deltagare ej påverkar utfallet
222 så länge åtminstone en kontakt sker per vecka. Kontaktfrekvensen verkar inte heller påverka skattad
223 terapeutallians eller nöjdhet med behandlingen (Klein m. fl., 2009).

224 Trots att evidensen för kognitiv och beteendeterapeutisk behandling vid ångestsyndrom och
225 depressiva syndrom är god förblir majoriteten av fallen även i länder med väl utvecklad sjukvård
226 obehandlade (Craske m. fl., 2017). Många kan bära på ett psykiskt lidande utan att för den skull
227 nå upp till kriterierna för någon av diagnoserna i DSM. Och för dem som ändå skulle göra det är
228 tillgången till vård en begränsande faktor som I-KBT kan avhjälpa (Andrews m. fl., 2018).

229 ***Användarupplevelsen av I-KBT.*** I-KBT med behandlarstöd kan erbjuda klienter fördelar
230 som inte har någon motsvarighet i ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet

231 som gör det lättare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson
232 & Köhler, 2018; Rozental m. fl., 2020). Behandlingsupplägget med I-KBT ger dessutom möjlighet
233 till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som Lundgren m. fl. (2018) uppmärksammar är att
234 många upplever det enklare att uttrycka sig i skrift än i tal.

235 En nackdel med I-KBT är att vissa deltagare hindras av besvär med tekniken vilket kan försvå-
236 ra deras möjligheter till att ta del av vården. En annan är att de lösare tidsramarna erbjuder möjlighet
237 att skjuta upp eller prioritera ned internetbaserad behandling, jämfört med fysiska besök hos en kli-
238 niker (Burke, Richards & Timulak, 2019).

239 Självhjälpsmaterial förmedlat via I-KBT har dock visat sig populärt och effektivt. Materialet
240 som har använts i flera olika I-KBT-studier har arbetats om och publicerats i form av självhjälps-
241 böcker för allmän konsumtion. Självhjälpsböcker är ett medium som kan nå en stor publik. Med
242 självhjälpsböcker eller motsvarande upplägg av I-KBT utan behandlarstöd går det att effektivt sprida
243 evidensbaserad psykologisk kunskap. Validerade självhjälpsböcker har också potential att förbättra
244 ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälpsböcker kan användas som stöd för både genomfö-
245 rande av hemuppgifter under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter
246 efter behandlingens avslut.

247 **Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet**

248 Ambitionen med den här studien är dels att belysa forskningsläget för konstruktiv självhäv-
249 delse och att beskriva några empiriskt underbyggda förhållningssätt och behandlingsupplägg som
250 är verksamma i klinisk psykologi i allmänhet och som också kan förmodas vara det för träning i
251 konstruktiv självhävande, dels att beskriva och utvärdera I-KBT-behandlingsprogrammet *Respekt i*
252 *kvadrat*. Programmet bygger på en engelskspråkig förlaga (*Assert Yourself*, Michel & Fursland, 2008)
253 och har anpassats och utökats för administration via internet. Det här avslutande bakgrundsavsnittet
254 går översiktligt genom teoretiska utgångspunkter för utformningen av *Respekt i kvadrat*. Innehållet
255 i behandlingsprogrammet beskrivs i mer detalj under metoddelen.

256 **Fokus på precisering av hindrande förutsägelser.** Det som i vardagsspråk beskrivs som
257 antingen tankar, känslor eller beteenden sammanfattas i det moderna neurovetenskapliga paradig-
258 met *prediktiv kodning* som upplevelsen av ett och samma fenomen: förutsägelser (Pezzulo, Rigoli
259 & Friston, 2015). Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av be-
260 gränsade sensoriska indata vägleda neuronal *top-down*-aktivitet som hjälper organismen att predice-
261 ra sin yttre och inre kontext (Clark, 2016; Pezzulo m. fl., 2015). Den samlade upplevelsen av rädsla
262 och ångest, inklusive interoceptiva signaler från autonoma nervsystemet, är med det här synsättet
263 osäkerhetssignaler om tillförlitligheten i prediktionerna i situationen. Osäkerheten utgör ett hot mot
264 organismens resurs- och energihushållning i situationen (Barrett & Simmons, 2015; Feldman Barrett,
265 2009). Psykopatologi är enligt Feldman Barrett (2009) ett uttryck för allt för stort inflytande av hjär-
266 nans kortikala *top-down*-aktivitet på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet – som
267 kommer till uttryck som beteendemässigt undvikande, inklusive undvikande av själva upplevelsen
268 av osäkerhet. Sådant undvikande kan låsa fast en person i förhöjd allostatisk belastning. Undvikandet
269 hindrar samtidigt tillgång till naturliga belöningar och återhämtning.

270 KBT är potentiellt verksamt genom att bidra till att ”vikta om” balansen till förmån för *bottom-*
271 *up*-aktivitet (Feldman Barrett, 2009). Med ett hopp till beteendevetenskaplig analysnivå går det att

272 benämna samma fenomen som att personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser.
273 För att i största möjliga mån hjälpa deltagarna att rikta fokus mot sådant handlande som kan ge
274 värdefulla lärdomar begränsar behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* de inslag som vanligtvis i
275 KBT brukar benämnas som kognitiv omstrukturering till preciserande av hindrande förutsägelser i
276 de självvalda situationer deltagarna vill arbeta med. Generaliserade hindrande förutsägelser, som i
277 Beck (1979) benämns som 'livsregler' och 'grundantaganden', är inte primära mål för interventionen.

278 **Fokus på brytande av undvikande genom identifiering av belöningar.** Undvikande av
279 aversiva stimuli har ett uppbenbart överlevnadsvärde och rädslolärläring tenderar att vara stark: Öh-
280 man och Mineka (2001) konstaterar att rädslolärläring inte enkelt låter sig påverkas av kognitiv
281 kontroll i skarpt läge, inte minst för att de neuronala osäkerhetskretsarna vid amygdala ligger djupt
282 förankrade i limbiska delar av hjärnan. Att i överskott undvika stimuli som upplevs som hotfulla utan
283 att vara det kan leda till psykopatologiska besvär både genom förlust av kontingent positiv förstärk-
284 ning och ökad grad av sekundära besvär som exempelvis nedstämdhet och oroande.

285 Att undvika det som erfarenhetsmässigt upplevts som aversivt framstår ofta som funktionellt
286 och rationellt, även när det inte är det (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Forsk-
287 ningen visar att emotionellt undvikande, **exempelvis uttryck av passivitet eller aggressivitet som sätt**
288 **att undertrycka frustration eller ledsenhet**, verkar självdestruktivt: Det emotionella undvikandet är
289 paradoxalt nog kopplat till ökning av graden av negativa emotioner och samtidigt mindre grad av
290 positiva emotioner. Det har också negativa konsekvenser i form av minskad tillgång till hälsofräm-
291 jande faktorer som nära relationer och socialt stöd, och är associerat med lägre självförtroende och
292 sämre generellt välmående (Gross & John, 2003). Den paradoxala effekten går inte nog att betona:
293 Att försöka undvika aversiva emotioner leder till att man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez,
294 Paz-Caballero, González-Fernández & Pérez-álvarez, 2018; Gross & John, 2003; Hayes m. fl., 1996).

295 För vidmakthållandet av ångestsyndrom är undvikande således centralt – och detta trots att
296 individen ofta själv är helt medveten om vad hen går miste om på grund av sitt undvikande. Ett
297 sätt att bidra till att trumfa det emotionella undvikandet i psykologisk behandling är att introduce-
298 ra belöningar (Pittig, Schulz, Craske & Alpers, 2014). I *Respekt i kvadrat* ägnas flera övningar åt
299 att identifiera långsiktiga och naturliga förstärkare för de adaptiva självhållelsebeteenden som del-
300 tagarna vill arbeta med. I behandlingsgrenen som har terapeutstöd används beteendeanalyser och
301 transparent självavslöjande i relation till deltagarna med det explicita målet att naturligt förstärka
302 adaptiva beteenden naturligt för så många av deltagarna som möjligt.

303 **Fokus på aktivering med varierande grad av osäkerhet.** För att bryta undvikande an-
304 vänds inom KBT metoder som exponering, beteendexperiment och beteendekontivering, var och en
305 med sin egen rational men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så
306 hög grad av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhets-
307 beteenden är beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation. Det
308 generella problemet med utförande av säkerhetsbeteenden är att de bibehåller fokus på det som upp-
309 fattas som hotfullt och som både hindrar diskonfirmering av hindrande förutsägelser och möjligheten
310 att träna tolerans för aversiva respondent upplevelser (Craske m. fl., 2008). Att emotionellt undvi-
311 kande är ett sådant säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra
312 till utveckling och vidmakthållande av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016).
313 De Castella m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till sämre effekt
314 av exponering. Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom

och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006), för vilka underskott i *assertiveness* ofta är en del av problembilden.

Att närmande av tidigare undvikta stimuli väcker obehag ramar i psykoedukativa inslag i *Respekt i kvadrat* in som en fördel och en tillgång för etablerandet av korrigering nyinlärning. Ju större diskrepansen är mellan en individs förväntningar och individens faktiska upplevelse, desto större är oddsen för nyinlärning (Craske m. fl., 2008; Sewart & Craske, 2019). Lärdomar kan dessutom dras både av att ångesten i situationen minskar i intensitet och av att förmågan att hantera ångesten som väcks överträffar ens förväntningar (Blakey & Abramowitz, 2016; Craske m. fl., 2008; Knowles & Olatunji, 2019; Sewart & Craske, 2019). Craske m. fl. (2008) poängterar att variation i presentationen av aversiva stimuli (kvalitet, grad, situation, tidpunkt och så vidare) förbättrar oddsen för diskonfirmering av hindrande förutsägelser.

Genom avslappningsträning konfronteras deltagarna tidigt i behandlingsprogrammet med rationalen för variation i inlärningssituationen. Ett av syftena med avslappningsträningen är ge deltagarna möjlighet att generalisera vunna erfarenheter av att reglera och tolerera ångest i samband med avslappning till de beteendeeexperiment som följer i senare moduler i behandlingsprogrammet.

Fokus på färdigheter för avslappning och medveten närvaro. Även om litteraturen inte anger exakt vilka de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär är, har forskningsstudier i decennier konstaterat att avslappningsträning effektivt minskar symptom hos en del patienter med ångestpsykopatologi (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad avslappning är en coping-teknik som utvecklades i slutet av 1970-talet för patienter med fobier och panikattacker. Den har sedan dess även visat sig effektiv för bland annat generell ångeststörning och vid stressymtom (Öst, 2006). En tidigt formulerad hypotes är att avslappning inhiberar ångest, och vice versa (Conrad & Roth, 2007; Wolpe, 1952). En annan hypotes är att avslappningsövningar i sig är ett slags träning i medveten närvaro. Det är hur som helst ytterst svårt att hävda sig själv konstruktivt med samtidigt ångestpåslag (Baker & Jeske, 2015). Öst (2006) anför avslappningsträningens generella dämpande effekt på spänningsgraden; avslappningsträning som genomförs ofta kan öka oddsen för adaptivt handlande. I behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* har avslappningsmomenten utökats jämfört med Michel och Fursland (2008) och kompletterats med både andra enklare avslappningsövningar och några övningar i medveten närvaro.

Om att finna motivation till att bryta gamla vanor. I linje med att undersöka ens egen förmåga att hantera aversiva känslor är att ändra sitt förhållningssätt till dem. Vissa har aldrig fått tillgång till den vägledning eller de verktyg som behövs för att hantera starka emotionella upplevelser. De har aldrig lärt sig att förstå sorg och ilska, eller hur de ska gå tillväga för att lugna sin ångest eller sin frustration. Istället har de lärt sig att distrahera sig och undvika. Bedöva genom att undantrycka. Att ändra dessa förutsägelser om att vissa emotioner är oacceptabla; att tillåta sig känna dem, närma sig dem, acceptera dem, har återkommande gånger visat sig vara ett effektivt sätt att bryta undvikande (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma, Hayes & Walser, 2007) och ett effektivt sätt att behandla många av de psykiatriska besvär som individer med bristande *assertiveness* upplever (A-Tjak m. fl., 2015).

Många som lever med psykiopatologiska besvär under en längre tid kan uppleva det som att det inte finns någonting de kan göra åt sina besvär. Som att deras symtom och deras lidande är där för att stanna. Detta brukar kallas för ett *fixed mindset*. Ett *fixed mindset* är antagandet att förmågor, färdigheter samt egenskaper är fasta och oföränderliga. Det skiljer sig från ett *growth mindset*, antagandet

att förmågor, färdigheter och egenskaper kan utvecklas och förändras. Dessa *mindset*, tankesätt, är ett sorts ramverk genom vilket man tolkar och förstår sig på sina erfarenheter, vilket i sin tur påverkar vilka beteenden och emotioner man uppvisar (Dweck, Chiu & Hong, 1995). Tankesätt kan beröra mer övergripande domäner, såsom personlighet och intelligens, eller mer specifika domäner, såsom hur man tänker kring ångest och emotioner. Man kan ha ett fixerat tankesätt inom en viss domän, och ett utvecklande tankesätt inom en annan (Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2016). Har man ett utvecklande tankesätt kring ångest leder det både till större motivation under en behandlingsgång och till bättre odds för positivt behandlingsutfall (De Castella m. fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2015). Det har även visat sig att personer med ett fixerat tankesätt i större utsträckning försöker undvika negativa emotioner samt i mindre utsträckning omvärderar sina förutsägelser i ljuset av nya erfarenheter (Schroder m. fl., 2015). Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett *growth mindset*.

Frågeställningar

Det vi primärt var intresserade av att ta reda på hur effekten av behandling (deltagande i grupperna självhjälp och behandlarstöd skiljer sig från gruppen väntelista med avseende på både konstruktiv självhjälp fängad med AAA-S Adaptive och aggressiv självhjälp fängad med AAA-S Aggressive. Vi var också intresserade av om det fanns någon skillnad (i endera riktning) i effekt mellan gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd med avseende på konstruktiv självhjälp, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive.

Metod

Design

Sample-storleken för varje grupp bestämdes innan rekrytering påbörjades till $n = 70$ med en powerberäkning. I studien planerade manipulationer, variabler, mättillfällen och insamlad data har använts i de efterföljande analyserna utan selektion i efterhand. Alla randomiseringar gjordes av oberoende tredje part vid Stockholms universitet med hjälp av internetbaserade randomiseringstjänster (www.random.org för överintagsexkluderingen och randomiseringen till respektive behandlare samt www.sealedenvelope.com för randomiseringen till de tre grupperna). Studien uppfyller kriterierna för en RCT-design (från engelskans *randomised controlled trial*) i Chambless och Ollendick (2001).

Rekrytering. Rekrytering ägde rum mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien annonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns information om hur studiens upplägg, inklusions- och exklusionskriterier och startdatum, liksom upplysningar om den arbetsinsats som deltagandet förväntades innebära under interventionens 8 veckor. Där fanns även information om vilka personer som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I anslutning till formuläret för intresseanmälan gavs även information kring potentiella risker med deltagande och villkor för sekretess, datasäkerhet, datahantering samt information om att frivillighet och möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med självskattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade

400 efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd grad av
401 självhävdelse. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

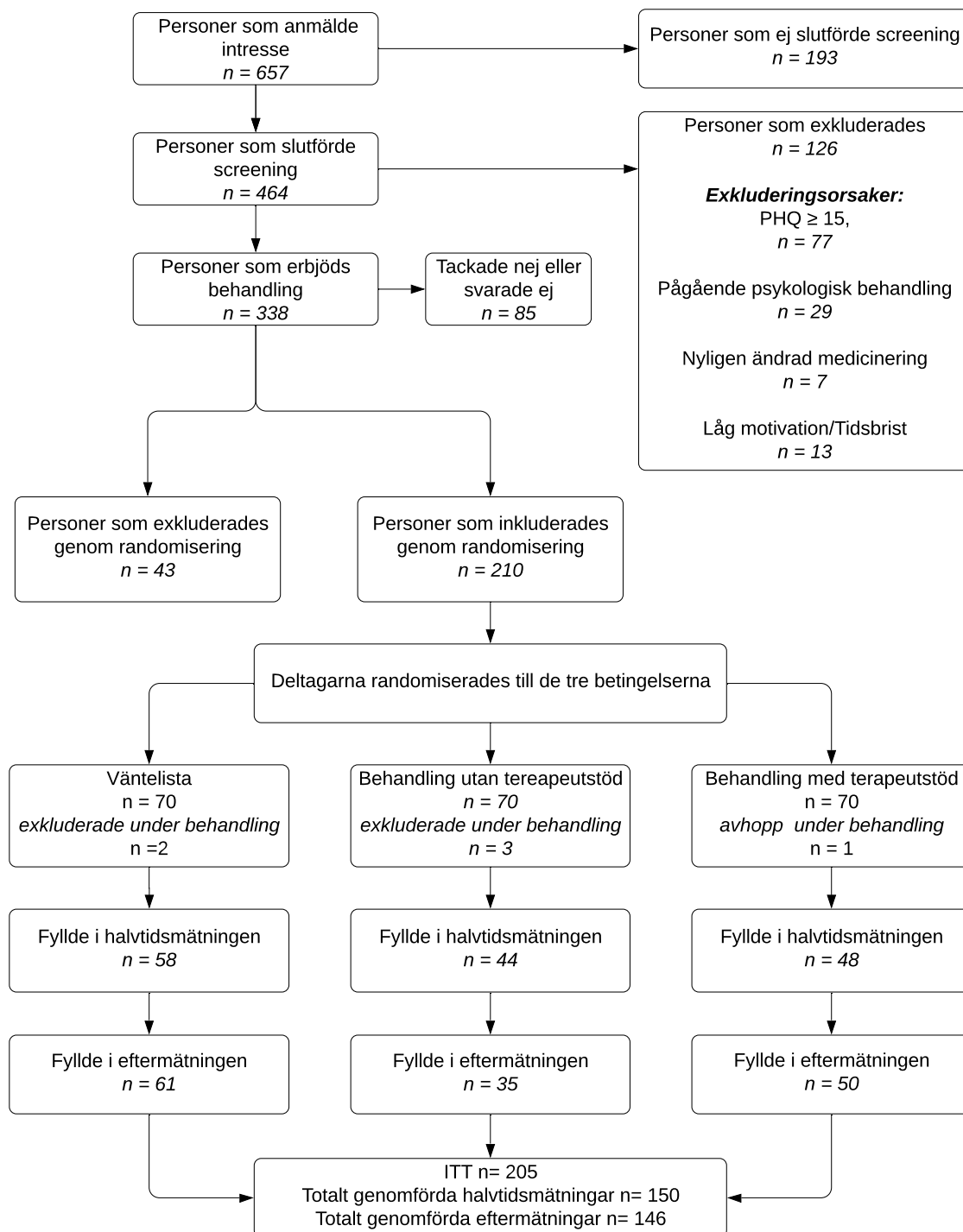
402 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer sitt intresse till studien
403 varav 464 personer slutförde screeningsprocessen. Av dessa uteslöts 126 personer då de uppfyllde
404 något av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa
405 bokade 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210
406 inkluderades. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till behandlings-
407 programmet på samma sätt som kontrollgruppen, men med skillnaden att deras skattningssvar inte
408 användes i beräkningarna. Vid behandlingsstart hade studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll un-
409 der behandlingens gång upptäcktes det att fem deltagare ($n = 3$ från gruppen självhjälp och $n = 2$ från
410 gruppen väntelista) hade annan pågående psykologisk behandling och därför felaktigt inkluderats i
411 studien. Dessa deltagare fick fullgå behandlingen på oförändrade villkor, men deras skattningar har
412 exkluderats från alla beräkningar. Utöver detta bad en deltagare från gruppen behandlarstöd under
413 behandlingsprogrammets gång att bli exkluderad från studien. Ingen data har använts hos de fem
414 deltagarna som hade pågående psykologisk behandling och endast förmätningen har använts från
415 deltagaren som bad om att bli exkluderad.

416 **Inklusionskriterier.** För att delta krävdes att man var svensk medborgare, minst 18 år gam-
417 mal, hade tillgång till en internetuppkoppling samt att man behärskade svenska i tal och skrift. Alla
418 deltagare som erbjöds plats i studien blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de
419 använt sig av för att anmäla sitt intresse och fylla i screeningen. Deltagarna informerades om inklu-
420 sion en vecka före studiestart via den krypterade och inloggningsskyddade hemsidan för studien.

421 **Exklusionskriterier.** Personer som skattade 15 eller högre på självskattningsformuläret
422 PHQ-9 exkluderades, liksom personer som inom en tremånadersperiod innan behandlingsstart gjort
423 förändringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade pågående psyko-
424 logisk behandling exkluderades. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under screenings-
425 processen tydligt uppgav att de hade tidsbrist och/eller låg motivation till deltagande i behandlings-
426 programmet. Alla meddelanden om exklusion skickades via den krypterade och inloggningsskydda-
427 de hemsidan för studien.

428 **Demografisk data.** De 205 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och
429 65 år gamla med en medelålder på 41,8 år (standardavvikelse 8,8). En betydande majoritet (87,8 %) identifierade sig som kvinnor, samtliga övriga som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna ha-
430 de avslutad universitets- eller högskoleutbildning (71,6 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid
431 behandlingens start yrkesarbetande (75,5 %). Mer än hälften av deltagarna (61,3 %) hade tidigare
432 erfarenheter av psykologisk behandling. Av dessa hade majoriteten (64,8 %) tidigare erfarenheter
433 av KBT. Knappt en tredjedel av alla deltagare (29,0 %) hade erfarenhet av psykofarmaka, och vid
434 behandlingsstart stod 17,6 % på något slags psykofarmaka. Totalt 3,4 % av deltagarna var vid behand-
435 lingsstart sjukskrivna. Se tabell 1 för de demografiska faktorernas fördelningar i respektive grupp.

437 **Behandlarstöd.** En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i den-
438 na grupp blev randomiserade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta
439 behandlingskontakt med 35 deltagare. Behandlarna var studenter vid Stockholms Universitet. Båda
440 behandlarna gick sista terminen på psykologprogrammet och hade en grundläggande psykoterapiut-



Figur 2: Flödesschema över inklusion, exklusion (med kriterier) samt bortfall.

Tabell 1: Vid förmätningstillfället insamlad sociodemografisk data om deltagarna.

	Väntelista (n = 68)	Självhjälp (n = 67)	Behandlarstöd (n = 70)	Sammanlagt (n = 205)
Ålder (år)				
M (SD)	41,1 (8,3)	41,2 (8,8)	43,6 (9,9)	42 (9)
Kön (%)				
Kvinna	91	79	93	88
Civilstånd (%)				
Singel	37	36	29	34
Sambo	19	25	17	20
Gift	37	28	49	38
Annat	7	10	6	8
Utbildning (%)				
Annan utbildning	3	1	1	2
Folkskola/grundskola	1	0	0	0
Gymnasium	10	9	7	9
Yrkesutbildning	7	4	7	6
Pågående högre utbildning	7	15	10	11
Avslutad högre utbildning	71	70	74	72
Sysselsättning (%)				
Annan sysselsättning	9	6	7	7
Studerande	7	12	6	8
Arbetande	74	76	76	75
Arbetslös	4	4	0	3
Pensionär	0	0	4	1
Föräldraledig	0	0	4	1
Sjukskriven	6	1	3	3
Användning psykofarmaka (%)				
Nej	76	70	67	71
Ja, tidigare	7	9	17	11
Ja, pågående	16	21	16	18
Tidigare psykologisk behandling (%)				
Nej	38	40	39	39
Ja	62	60	61	61

441 bildning i KBT. Under hela studiens gång hade behandlarna tillgång till handledning av en legitime-
442 rad psykolog med drygt 20 års erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling.

443 Behandlarstöd bestod av veckovis skriftlig kontakt med deltagarna via den krypterade web-
444 baserade plattformen Iterapi (Vlaescu m. fl., 2016). Stödet bestod av återkoppling på genomförda
445 övningar, uppmuntran, validering, psykoedukation samt svar på de frågor deltagarna ställde. Tidså-
446 tången planerades till cirka 15 minuter per deltagare och vecka. De två andra grupperna hade inte
447 tillgång till behandlarstöd men fick kontaktuppgifter till studieansvarig för eventuella administrativa
448 frågor.

449 **Primärt utfallsmått.**

450 **Självhävdelsestil.** En inför den här studien gjord svensk översättning av självskattningsska-
451 lan Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S; Thompson & Berenbaum, 2011) använ-
452 des för att mäta vilka metoder för självhävdelse som deltagarna använde sig av. Skalorna utgörs av
453 30 påståenden som besvaras med en 5-gradig likertskala där 1 motsvarar ”aldrig” och 5 motsvarar
454 ”alltid”. Svaren räknas samman till två skalor, en för aggressiv självhävdelse och en för konstruktiv
455 (adaptiv) självhävdelse. Hög poäng på delskalan för aggressiv självhävdelse indikerar ett aggressivt
456 självhävande beteendemönster och hög poäng på delskalan för konstruktiv självhävdelse indike-
457 rar ett konstruktivt självhävande beteendemönster. (Låga poäng på båda går att tolka som passiv
458 självhävdelse.) En fördel med AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den
459 gör explicit skillnad mellan konstruktiv och aggressiv självhävdelse. Adaptive- och Aggressiveness-
460 skalorna har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$ respektive $\alpha = 0,88$). Den svenska översättningen var
461 inte validerad inför studiestart.

462 **Sekundära utfallsmått.**

463 **Depression.** Skattningsskalan Patient Health Questionnaire 9-Item Scale (PHQ-9; Kroenke,
464 Spitzer, Williams & Löwe, 2010) användes för att mäta symtom på depression. Det är en självskatt-
465 ningsskala bestående av nio frågor som besvaras med en 4-gradig likertskala där 0 motsvara ”Inte
466 alls”, 1 ”Flera dagar”, 2 ”Mer än hälften av dagarna” och 3 ”Nästan varje dag”. Utöver dessa nio frå-
467 gor ställs en fråga om funktionspåverkan av symtomen. Summan på de nio första frågorna summeras.
468 Maximal totalpoäng på PHQ-9 är 27. En summa på 0–4 indikerar minimal allvarlighetsgrad/ingen
469 depression, 5–9 mild allvarlighetsgrad, 10–15 måttlig allvarlighetsgrad och 15–27 svår allvarlighets-
470 grad (Kroenke m. fl., 2010). I den föreliggande studien exkluderades de individer med ett resultat
471 ≥ 15 , då poäng 15–27 tyder på att egentlig depression kan föreligga. Skalan bedöms ha en hög intern
472 reliabilitet ($\alpha = 0,89$; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Det har visat sig att de psykometriska
473 egenskaperna även är giltiga vid administration via internet (Titov m. fl., 2011).

474 **Ångest.** Symtom på ångest mäts genom Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-
475 7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). Skalan består av sju stycken frågor rörande symtom
476 på ångest de senaste två veckorna som besvaras på en 4-gradig likertskala där 0 står för ”Inte alls”, 1
477 för ”Flera dagar”, 2 för ”Mer än hälften av dagarna” och 3 för ”Varje dag”. Svaren på de sju frågorna
478 summeras. Maximal totalpoäng på GAD-7 är 21. Tröskelvärden för mild, måttlig och allvarlig ångest
479 ligger vid 5, 10 respektive 15 (Kroenke m. fl., 2010). Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,92$) och
480 hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,83$).

481 **Social Ångest.** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale
482 (LSAS-SR; Fresco m. fl., 2001). I självskattningsskalan presenteras 24 situationer som besvaras på

två stycken 4-gradiga likertskalor. Den ena skalan frågar om mängd rädsla eller ångest i respektive situation där 0 motsvarar "Ingen", 1 "Mild", 2 "Måttlig", och 3 "Stark". Den andra skalan frågar om mängd undvikande av respektive situation där 0 motsvarar "Aldrig (0%)", 1 "Ibland (1–33% av tiden)", 2 "Ofta (33–67% av tiden)", och 3 "Vanligtvis (67–100% av tiden)". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på LSAS-SR är 144. Vid en totalpoäng på över 30 föreligger troligen social fobi. Vid en totalpoäng på över 60 föreligger troligen generaliserad social fobi. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,96$).

Allmänt psykiskt välmående. Självskattningsskalan Välmåendeskalan (VS; Braconier, 2015), användes för att mäta deltagarnas allmänna psykiska välmående. Skalan består av 18 frågor om mående den senaste veckan. Frågorna besvaras på en 5-gradig likertskala där 0 motsvarar "Aldrig", 1 "Sällan", 2 "Ibland", 3 "Ofta" och 4 "Mycket ofta". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på VS är 72. En hög poäng anger en högre grad av upplevt välmående. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,8$).

Självhävdelsestil. Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Assertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävdelsestil. Självskattningsskalan består av 30 frågor som besvaras på en 6-gradig likertskala där –3 motsvarar "stämmer inte alls" och 3 motsvarar "stämmer helt". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på skalan är 90. En hög poäng indikerar hög grad av självhävdelse. En låg poäng (vilken i och med poängsättningen kan vara negativ) indikerar på låg grad av självhävdelse. Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien och var inte validerad inför studiestart. Aktuella normer från Thompson och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern reliabilitet för Rathus ($\alpha = 0,87$).

Interventionen Respekt i kvadrat

Interventionen *Respekt i kvadrat* är utformad med självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) som grund. Materialet är framtaget av Center for Clinical Interventions (CCI) i delstaten Western Australia, Australien. Materialet är översatt till svenska med tillstånd av rättighetsinnehavarna.

I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (konstruktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer konstruktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpböcker som Alberti och Emmons (1974), Gambrill och Richey (1975), Mumford och Mumford (2018), McKay och Fanning (2005) och Smith (1975).

I originalmaterialet förskrivs konstruktiv självhävdelse, operationaliserat både som verbala och icke-verbala beteenden, utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe (1990) om reciprok inhibition och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka det som i relationen till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan klienten på sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning på att uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de förskrivna beteendena handlar inte om att enbart "låtsas". Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att inhibera ångesten genom självhävdelse. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att

524 inhibera ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara
525 avslappnad.

526 Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från
527 Beck (1979), Clark (1986), Clark och Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukturering
528 uppnås enligt dessa genom att pröva giltigheten av hindrande tänkande i verkliga livet. Genom att
529 planera och utföra beteendeexperiment får deltagaren hjälp att pröva giltigheten av egna negativa
530 tankar. Målet med beteendeexperiment är att uppnå större flexibilitet i responser i olika mer eller
531 mindre pressande situationer.

532 Utöver detta innehåller arbetsmaterialet ett avsnitt om progressiv muskelavslappning, med syf-
533 tet att hjälpa läsaren att känna igen spänning i kroppen, sänka den allmänna spänningsnivån och träna
534 på en aktiv coping-teknik för stressande lägen. Instruktionerna för den progressiva och tillämpade
535 avslappning som presenteras är snarlika de som beskrivs i Öst (2006).

536 Materialet avslutas med ett antal kapitel för olika problemområden (att säga nej, hantera kritik,
537 hantera besvikelser, ta emot och ge komplimanger). Dessa kapitel innehåller psykoedukativa inslag,
538 inslag av kognitiv omstrukturering och planering och uppföljning av beteendeexperiment.

539 **Anpassningar och tillägg.** Materialet är översatt och anpassat till svenska förhållanden av
540 TH med tillstånd av författaren och CCI. I samband med att materialet anpassades till I-KBT-moduler
541 i plattformen Iterapi (Vlaescu m. fl., 2016) modifierade och utökade TH och PT materialet. Detta
542 gjordes i syfte att förenkla administrationen av materialet via internet samt att modernisera det med
543 förhållningssätt, metoder och verktyg som har visat sig centrala enligt aktuell litteratur.

544 En mycket inspirerande faktor när det engelska materialet anpassades och utvecklades till
545 självhjälpsprogrammet *Respekt i kvadrat* var det aktuella forskningsläget kring exponering (se bland
546 annat Craske m. fl., 2008; De Castella m. fl., 2015; Sewart & Craske, 2019; Knowles & Olatunji,
547 2019; Gross & John, 2003). TH och PT bedömde det som en central komponent att deltagarna så
548 tidigt som möjligt, och så ofta som möjligt, tog aktiva steg för att bryta vidmakthållande undvikande.
549 Redan tidigt i behandlingsprogrammet uppmuntrades deltagarna att närma sig aversiva stimuli (och
550 utvärdera sina reaktioner) på olika sätt.

551 I linje med vikten av att acceptera och ge plats för tankar och känslor i pressade situationer
552 som har lyfts fram i litteraturen under de senaste årtiondena (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma
553 m. fl., 2007) lade behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* större vikt vid acceptans och tolerans
554 av ångest än Michel och Fursland (2008). Det gjordes genom tillägg av nyskrivna avsnitt och öv-
555 ningar som fördelades över modulerna. Ett exempel på material som uppmanar deltagaren att aktivt
556 stanna kvar i eller rent av uppsöka sådant respondent obehag som tidigare undvikits är psykoedu-
557 kativa texter om optimering av inlärning via variation och mängdträning. I ett avsnitt introduceras
558 även begreppen *fixed mindset* och *growth mindset*, som handlar om effekten av olika förhållnings-
559 sätt till utmaningar och hur man genom att möta obehaget skapar generellt goda förutsättningar för
560 utveckling (De Castella m. fl., 2015; Dweck m. fl., 1995; Schroder m. fl., 2015, 2016). Ett annat är
561 psykoedukativa avsnitt om vidmakthållande av ångestrelaterade besvär. Det innehåller också en öv-
562 ning som både handlar om att identifiera värdebaserade fördelar med handlande i situationer som
563 tidigare har präglats av undvikande och om att identifiera kortsiktigt belönande anledningar att stå ut
564 med respondentas rädsloreaktioner i situationer som tidigare undvikits. Likande övningar återkommer
565 på flera ställen i programmet.

I Michel och Fursland (2008) presenteras rationalen för och övningar i muskelavslappning översiktligt i ett kapitel. I linje med Östs (2006) rekommendation om att tillämpad avslappning bör introduceras stegvis över en längre tidsperiod presenteras deltagarna med progressiv muskelavslappning redan i modul 2. Övningen byggs gradvis på i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning och snabbavslappning. Under första delen av programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa principerna om hög grad av variation och upprepning i färdighetsträningen av progressiv och alltmer tillämpad avslappning. Integreringen av progressiv muskelavslappning i hela första delen av behandlingsprogrammet tjänar syftena att ge deltagarna möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter som relativt snabbt har potential att ge positiva effekter i vardagen och att ge dem egna erfarenheter av fördelarna med både variation i exponering och mängdträning.

Anpassningarna och tilläggen inkluderade sammanfattningsvis nya texter och illustrationer, länkar till fördjupningsmaterial, videofilmer med konversationer och rollspel mellan PT och TH, nedladdningsbara ljudfiler med avslappningsövningar, inbäddade externa videoklipp och ljudfiler samt ett stort antal nya interaktiva övningar. Tilläggsövningarna inkluderar utvärderingsformulär av varje veckas innehåll, veckovis uppföljning av konstruktiv självhävdelse samt utökade övningar för återfallsprevention och vidmakthållande av behandlingseffekter. Se även tabell 2 för en översiktlig genomgång av innehållet i modulerna i interventionen *Respekt i kvadrat*.

Behandlingsplattformen

I studien användes behandlingsplattformen Iterapi (Vlaescu m. fl., 2016) Det är en plattform som använts upprepade gånger vid forskning på internetbaserade psykologiska interventioner och behandlingar. Plattformen använder sig av tvåfaktorsautentisering och är krypterad. Deltagarna blev tilldelade en anonym studiekod till vilken de valde ett eget lösenord. Vid varje inloggningstillfälle skickades sedan en engångskod per SMS.

Vid screening i samband med anmälan lämnade samtliga deltagare svar på förmätningen. Alla antagna deltagare uppmanades att fylla i halvtids- och eftermätning via plattformen. Alla moduler och övningar gick att nå via plattformen. De deltagare som tillhörde gruppen behandlarstöd konverterade uteslutande med sina behandlare via plattformens meddelandefunktion.

Etiska aspekter

Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsmyndigheten. Diarienummer för etikansökan är 2019-05165.

Studien förregistrerades på <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04240249>.

Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlighet med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan till studien lämnade deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien under rekryteringsfasen informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (t ex om vart hen kunde vända sig för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommendera-

Tabell 2: Översiktlig beskrivning av interventionen *Respekt i kvadrat*. Kapitelhänvisningar avser *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008).

Vecka	Rational och innehåll	Material
1	Socialisering till programmet, psykoedukation om självhävdelse, kartläggning av besvär, formulering av målsättning för programmet	Kapitel 1 med utökningar
2	Psykoedukation kommunikationsstilar motiverande inslag om nyinläring, träning i progressiv avslappning del 1	Kapitel 2 med utökningar om inläring och motivation
3	Motiverande avsnitt om att bryta undvikande, introduktion till beteendeeexperiment, planering beteendeeexperiment, träning i progressiv avslappning del 2	Kapitel 3 med modifieringar och utökningar om fördelar med att bryta undvikande
4	Uppföljning beteendeeexperiment, rational för mängdträning, nya beteendeeexperiment, övning i kort version av progressiv avslappning	Kapitel 4 med utökningar
5	Avslappningsövningar, uppsamlingsvecka för pågående beteendeeexperiment/mängdträning, val av fördjupningsområde	Kapitel 5 med utökningar
6–7	Fördjupningsområden med beteendeeexperiment/mängdträning: säga nej, hantera kritik, hantera besvikelser, hantera komplimanger	Kapitel 6, 7, 8, 9 med smärre justeringar
8	Kartläggning framgångsfaktorer, planering för vidmakthållande inklusive fortsatt mängdträning och återfallsprevention	Kapitel 10 med modifieringar och utökningar

des deltagarna att uppsöka psykiatrisk vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt e-post.

R-syntax för utförda test och analyser, anonymiserad öppen data samt källkoden till manuskriptet har gjorts tillgängliga via öppen källa i enlighet med rekommendationerna för största möjliga grad av transparens och replikerbarhet i Asendorpf m. fl. (2013). Materialet finns deponerat hos Figshare på <https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785> (Hagberg & Trång, 2020) (OBS! Deponering sker EFTER inlämning av godkänd uppsats. Materialet finns också tillgängligt på <https://github.com/hmep/respektikvadrat>).

Analys

Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2019) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha = 0,05$ tillämpades vid alla beräkningar.

616 **Analys av fixa effekter.** Fixa och slumpmässiga effekter mellan grupp och tid för de pri-
617 mära och sekundära utfallsmåtten undersöktes med så kallad flernivåanalys (också kallad blandad
618 modell, hierarkisk analys, på engelska bland annat *mixed model*, *multilevel model* och *hierarchical*
619 *linear model*). Flernivåanalys tillåter precis som multivariat variansanalys (MANOVA) inklusion av
620 upprepade beroende mätillfällen i modellen, men fördelarna att metoden tillåter obalanserade grup-
621 per och att principen om *intention to treat* värnas utan behov av imputering av saknade datapunkter.
622 Flernivåanalyser uppskattar också inklusion av *random*-effekter, det vill säga observerad men inte
623 kontrollerad varians på klusternivå. I detta fall har vi två nivåer: enskilda individer som ”innehåller”
624 data från upprepade mätillfällen.

625 Granskning av homoscedasticitet och residualernas fördelning samt identifiering av outliers
626 gjordes visuellt med diagnostiska plottar av de till data anpassade modellerna. All data, inklusive
627 förekommande outliers, behölls i analyserna.

628 En modell specificerades för vart och ett av de beroende utfallsmåtten. Ingen standardisering
629 eller centrering gjordes av värdena. Som oberoende prediktorer eller fixa variabler angavs huvudeff-
630 fekter och interaktioner av tid (upprepade beroende mätillfällen) och grupp (oberoende betingelse
631 till vilka deltagarna randomiserades inför start). I modellerna tilläts skärningspunkterna (intercep-
632 ten) för respektive deltagare att variera som *random*-effekt. Insamlad mängd data tillät på grund av
633 bortfall inte inklusion av en *random* effekt för lutningen på regressionslinjen mellan mätillfällena.

634 För modelleringen av de olika utfallsmåtten användes modelleringsverktyg från R-paketet
635 *lme4* (Bates, Mächler, Bolker & Walker, 2015). Valet av kovariansstrukturen gjordes genom jäm-
636 förelse av AIC-tal av modeller som anpassades till data med *Maximum Likelihood* (ML)-funktionen.
637 Den alternativa sannolikhetsfunktionen *Restricted Maximum Likelihood* (REML), som ger väntes-
638 värdesriktiga uppskattningar av varianserna, användes därefter för anpassningen av modellerna för
639 utfallsmåtten till underliggande data.

640 Från prediktioner estimerade marginalmedelvärden (*estimated marginal means* eller *least*
641 *square means*) samt parvisa jämförelser av dessa genomfördes med R-paketet *emmeans* (Lenth, 2020)
642 med Bonferroni-korrigerig av *p*-värden.

643 **Analys av *random*-effekter.** För att kvantifiera andelen av den totala variansen som kan
644 förklaras av underliggande individuella förutsättningar, exempelvis generell individuell förändrings-
645 benägenhet (egenskap, *trait*) eller av yttre omständigheter påverkade tillstånd (*state*), beräknades
646 de så kallade intraklasskorrelationerna i överensstämmelse med Nakagawa, Johnson och Schielzeth
647 (2017). För bertäkningarna användes R-paketet *performance* (Lüdtke, Makowski, Waggoner & Pa-
648 til, 2020). Intraklasskorrelationen (ICC) kan enkelt uttryckt förstås som den förväntade korrelationen
649 mellan två slumpmässigt valda observationer inom klusternivån för analysen, i den här studien de
650 enskilda deltagarna. De ICC-kvoter vi rapporterar är *conditional ICC*, som inkluderar variansen av
651 fixa effekter i nämnaren, och *adjusted ICC*, som utesluter variansen från fixa effekter.

652 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behand-
653 lingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant
654 nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacob-
655 son och Truax (1991). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället
656 fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to*
657 *treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två mätillfällen definieras

658 som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till
659 populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump-
660 eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värdena förhåller sig till medelvärdet
661 för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1991). För sammanställningarna av
662 överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer
663 jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna
664 i andelen reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid efter-
665 mätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis χ^2 -test samt Dunns post-hoc test för multipla
666 jämförelser av flera grupper.

667 **Beräkning av Chronbach's alpha för skalor för utfallsmått.** För att bedöma den interna
668 reliabiliteten för i första hand de till svenska nyöversatta skalorna Rathus och AAA-S beräknades
669 Chronbach's α med hjälp av paketet *performance* (Lüdecke m. fl., 2020).

670 Resultat

671 Skalornas interna reliabilitet

672 Vi kontroll av intern reliabilitet genom beräkning av Cronbach's α för de inför studien översat-
673 ta skattningsskalorna fann vi resultat överensstämmande med normdata för AAA-S Adaptive, 0,83
674 jämfört med 0,82 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011).
675 Resultaten var något avvikande för AAA-S Aggressive, 0,77 jämfört med 0,88 för icke-kliniskt samp-
676 le (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011), dock alltså på acceptabel nivå. För
677 Rathus var resultaten likvärdiga, 0,85 jämfört med 0,87 för icke-kliniskt sample (student-sample 1)
678 från Thompson och Berenbaum (2011).

679 Reliabel förändring och klinisk signifikans

680 Vi fann signifikanta skillnader i både klinisk signifikans-status och reliabel förbättring mellan
681 grupperna på huvudutfallsmåttet AAAS Adaptive, $\chi^2_2 = 10,9$, $p = 0,004$. Med post-hoc test för parvi-
682 sa jämförelser fann vi en signifikant förbättring hos behandlarstöds- och självhjälpsgruppen jämfört
683 med väntelista ($z = 2,8$, $p = 0,008$ för behandlarstödsgruppen och $z = 2,9$, $p = 0,01$ för självhjälps-
684 gruppen). Att ha tillgång till behandlingsmaterialet gav i större utsträckning kliniskt signifikant och
685 reliabel förbättring jämfört med att vara placerad på väntelista. Se tabell 3 för en sammanställning
686 av kliniskt signifikanta och reliabla förändringarna inom de olika grupperna.

687 Flernivåanalysresultat

688 Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data fann vi inga brott mot de
689 villkor som behöver uppfyllas för flernivåanalys. Se tabell 4 för en sammanställning av predicerade
690 data från respektive utfallsmått flernivåanalys-modell, tabellen inkluderar uppskattade effektstorle-
691 kar. Estimat av intercept och regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmått-
692 ten sammanfattas i tabell 5. Intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive
693 utfallsmått kan läggas in i regressionsformeln för modellen för att predicera utfall för alla kombina-
694 tioner av grupp tillhörighet och mättillfällen.

Tabell 3: Antal och andel i procent av deltagare i respektive grupp som vid behandlingens slut tillhör de olika kategorierna med överlapp mellan klinisk signifikans och reliabel förändring. Deltagare som endast har lämnat förmättningsvärden har fått dessa värden framflyttade till följande mättillfällen. Med ”tillfrisknad” menas att personen vid eftermätningstillfället befinner sig inom två standardavvikelser från medelvärdet för en icke-klinisk population.

	Väntelista		Självhjälp		Behandlarstöd	
	N	%	N	%	N	%
AAA-S Adaptive						
Försämrade	0	0	0	0	1	1
Oförändrande	54	79	41	61	36	51
Förbättrade	6	9	4	6	7	10
Tillfrisknade (ej reliabelt)	7	10	10	15	14	20
Tillfrisknade (reliabelt)	1	1	12	18	12	17
AAA-S Aggressive						
Försämrade	2	3	1	1	1	1
Oförändrande	44	65	31	46	32	46
Förbättrade	2	3	2	3	1	1
Tillfrisknade (ej reliabelt)	15	22	25	37	27	39
Tillfrisknade (reliabelt)	5	7	8	12	9	13
Rathus						
Försämrade	0	0	0	0	0	0
Oförändrande	53	78	32	48	28	40
Förbättrade	4	6	7	10	8	11
Tillfrisknade (ej reliabelt)	9	13	14	21	11	16
Tillfrisknade (reliabelt)	2	3	14	21	23	33

Nedan följer marginalmedelvärden och parvisa jämförelser av dessa mellan grupperna och mättillfällena för de huvudsakliga utfallsmåtten i AAA-S, som de har predicerats för deltagarna i respektive flernivåmodell.

Skilnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävande mellan väntelista–självhjälp respektive väntelista–behandlarstöd

Vi var huvudsakligen intresserade av hur effekten av deltagande i grupperna självhjälp och behandlarstöd skilde sig från deltagande i väntelista med avseende på konstruktiv och aggressiv självhävande, fångade med utfallsmåtten AAA-S Adaptive respektive AAA-S Aggressive.

Konstruktiv självhävande.

Väntelista–självhjälp vid eftermätningen. Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adaptive för gruppen självhjälp (estimerat marginalmedelvärde $[M]$ 47,0, 95% CI [44,2 ; 49,8]) än för gruppen väntelista (M 38,8, 95% CI [36,3 ; 41,2]) vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 8,2, $t_{365,5} = -5,3$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0.

Tabell 4: Estimerade marginalmedelvärden (*M*), standardavvikelser (*SD*) samt effektstorlekar (*ES*) för utfallsmåtten i de olika grupperna och vid de olika mättillfällena.

		Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
		AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välm.
Väntelista, n = 68								
<i>Före</i>								
	M	36,4	25,7	-41,6	50,1	7,2	6,6	37,4
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	2,9	8,5
<i>Mitten</i>								
	M	38,0	26,2	-37,6	48,0	6,7	7,6	36,1
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	2,9	8,5
	ES	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
<i>Efter</i>								
	M	38,8	26,4	-36,4	48,4	6,7	7,7	37,2
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	2,9	8,5
	ES	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0
Självhjälps, n = 67								
<i>Före</i>								
	M	38,7	27,7	-37,1	49,7	7,8	6,8	37,0
	SD	6,6	5,7	19,9	19,3	2,3	2,2	6,8
<i>Mitten</i>								
	M	44,6	30,1	-21,0	39,4	6,4	6,0	39,0
	SD	6,6	5,7	19,9	19,3	2,3	2,2	6,8
	ES	0,7	0,4	0,7	0,5	0,3	0,2	0,2
<i>Efter</i>								
	M	47,0	31,5	-12,6	36,2	5,6	5,1	45,0
	SD	6,6	5,7	19,9	19,3	2,3	2,2	6,8
	ES	1,0	0,6	1,1	0,6	0,5	0,4	0,7
Behandlarstöd, n = 70								
<i>Före</i>								
	M	38,5	27,9	-38,3	47,6	7,5	6,4	37,7
	SD	6,3	5,6	17,0	17,0	2,7	2,3	6,9
<i>Mitten</i>								
	M	44,8	29,1	-18,7	36,4	5,6	5,4	43,8
	SD	6,3	5,6	17,0	17,0	2,7	2,3	6,9
	ES	0,8	0,2	0,8	0,5	0,5	0,2	0,5
<i>Efter</i>								
	M	46,4	30,5	-7,6	34,7	4,8	4,5	45,9
	SD	6,3	5,6	17,0	17,0	2,7	2,3	6,9
	ES	1,0	0,4	1,3	0,6	0,7	0,4	0,7

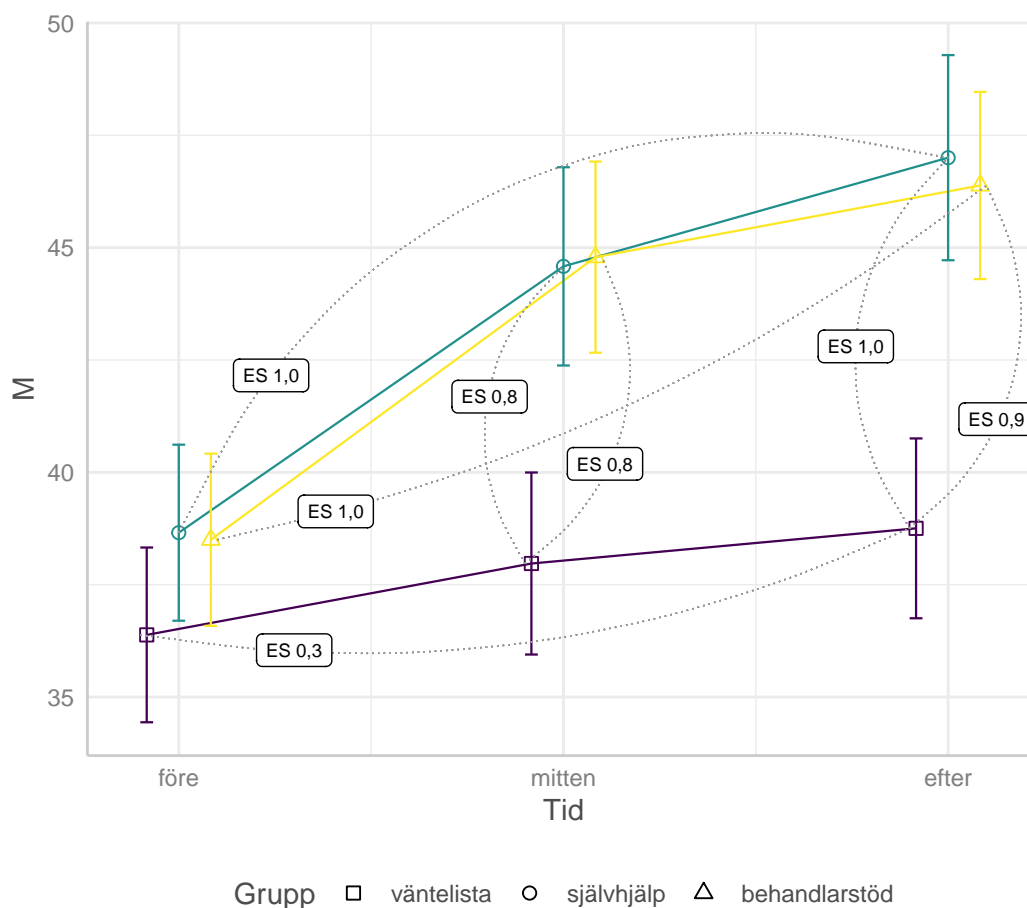
Tabell 5: En sammanställning av estimat av intercept och regressionskoefficienter för respektive fernivåanalys av de primära och sekundära utfallsmåten.

	Utfallsmått/fernivåanalys						
	Primära utfallsmått			Sekundära utfallsmått			
	AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välmåndef.
Intercept	36,4*** (34,4, 38,3)	25,7*** (24,1, 27,3)	-41,6*** (-47,1, -36,1)	50,1*** (45,2, 55,1)	7,2*** (6,2, 8,2)	6,6*** (5,6, 7,6)	37,4*** (34,8, 40,1)
Självhjälp	2,3 (-0,5, 5,0)	2,0* (-0,3, 4,2)	4,5 (-3,3, 12,3)	-0,5 (-7,6, 6,6)	0,6 (-0,8, 2,0)	0,2 (-1,3, 1,6)	-0,5 (-4,3, 3,3)
Behandlarstöd	2,1 (-0,6, 4,8)	2,2* (-0,002, 4,4)	3,3 (-4,4, 11,0)	-2,6 (-9,6, 4,5)	0,3 (-1,1, 1,7)	-0,3 (-1,7, 1,1)	0,3 (-3,5, 4,1)
Mittenmätning	1,6* (-0,1, 3,3)	0,5 (-0,7, 1,7)	4,0* (-0,1, 8,1)	-2,2 (-5,3, 1,0)	-0,5 (-1,5, 0,4)	1,0* (-0,1, 2,1)	-1,3 (-3,9, 1,3)
Eftermätning	2,4*** (0,7, 4,0)	0,7 (-0,5, 1,9)	5,2*** (1,1, 9,3)	-1,8 (-4,9, 1,3)	-0,5 (-1,5, 0,5)	1,0* (-0,01, 2,1)	-0,3 (-2,8, 2,3)
Självhjälp – mitten	4,3*** (1,8, 6,8)	1,9** (0,1, 3,7)	12,1*** (5,9, 18,3)	-8,1*** (-12,8, -3,3)	-0,9 (-2,4, 0,6)	-1,8** (-3,4, -0,2)	3,3* (-0,6, 7,2)
Behandlarstöd – mitten	4,7*** (2,2, 7,2)	0,7 (-1,1, 2,5)	15,5*** (9,4, 21,6)	-9,0*** (-13,6, -4,3)	-1,4* (-2,8, 0,03)	-2,0** (-3,5, -0,4)	7,3*** (3,5, 11,2)
Självhjälp – efter	6,0*** (3,4, 8,5)	3,0*** (1,2, 4,9)	19,3*** (13,0, 25,6)	-11,7*** (-16,6, -6,8)	-1,7** (-3,2, -0,2)	-2,8*** (-4,4, -1,1)	8,3*** (4,2, 12,4)
Behandlarstöd – efter	5,5*** (3,1, 7,9)	1,9** (0,1, 3,6)	25,4*** (19,4, 31,4)	-11,1*** (-15,7, -6,6)	-2,3*** (-3,7, -0,9)	-3,0*** (-4,5, -1,4)	8,4*** (4,7, 12,2)
Observations	507	507	516	505	505	505	503

Signifikansnivåer:

*p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

708 **Väntelista-behandlarstöd vid eftermätningen.** Vi fann också en tydligt högre medelpoäng
 709 på AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd (M 46,4, 95% CI [43,8 ; 48,9])
 710 jämfört med gruppen väntelista (se M ovan), medelvärdeskillnad 7,6, $t_{333,7} = -5,2$; $p < 0,001$;
 711 effektstorlek 0,9.

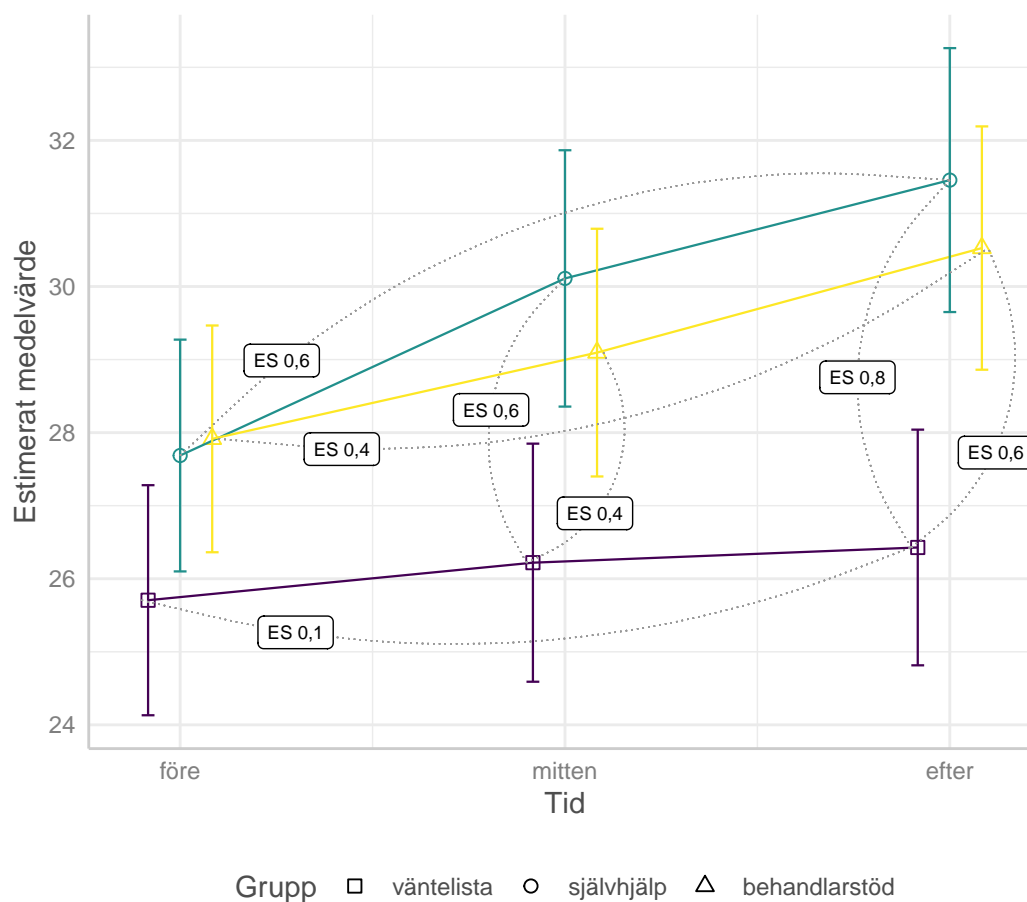


Figur 3: Medelvärdesestimat (M) och effektstorlekar (ES) för AAA-S Adaptive. Etiketterna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

712 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För både gruppen självhjälp
 713 och gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning,
 714 medelvärdeskillnad 8,3, $t_{322,7} = 8,3$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0 respektive medelvärdeskillnad
 715 7,9, $t_{316,4} = -8,8$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0.

716 Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats
 717 avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten
 718 var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlings-
 719 start och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resul-
 720 taten. I flernivåanalysen konstaterar vi att 67,6% av *random*-effekt-variansen i utfallsmåttet AAA-S
 721 Adaptive mellan mättidpunkterna förklaras av individuella faktorer, återstoden kan antas vara mät-

722 eller slumpfel. Om också variansen av fixa effekter inkluderas är andelen 55,7%, det vill säga mer
723 än hälften av den totala variansen.



Figur 4: Medelvärdesestimat (M) och effektstorlekar (ES) för AAA-S Aggressive. Etiketterna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

724 Aggressiv självhävande.

725 **Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.** Precis som för konstruktiv självhävande hade
726 gruppen självhjälp en klart högre medelpoäng (M 31,5, 95% CI [29,2 ; 33,7]) på måttet för aggres-
727 siv självhävande, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista (M 26,4, 95% CI [24,4 ; 28,4]) vid
728 eftermätningen, medelvärdeskillnad 5,0, $t_{336,6} = -4,1$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,8.

729 **Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.** Vid eftermätningen fann vi också att me-
730 delpoängen för behandlarstödsgruppen (M 30,5, 95% CI [28,5 ; 32,6]) var högre i jämförelse med
731 gruppen väntelista (se M ovan). Skillnaden var 4,1, $t_{308,1} = -3,5$; $p = 0,002$; effektstorlek 0,6.

732 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För båda grupperna själv-
733 hjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och
734 eftermätning. För självhjälpsgruppen var medelvärdeskillnaden 3,8, $t_{317,5} = -5,1$; $p < 0,001$; ef-
735 fektstorlek 0,6, för behandlarstödsgruppen var den 2,6, $t_{312,6} = -4,0$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,4.

Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävande mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Figur 4 ger en visualisering av resultaten. 73,8% av *random*-effekt-variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer; 68,4% av den totala variansen kan förklaras av individuella faktorer – en dryg tredjedel, således.

Skilnad i effekt på konstruktiv självhävande mellan självhjälp–behandlarstöd

Vi var även intresserade av om det fanns någon skillnad (i endera riktning) i effekt mellan gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd med avseende på konstruktiv självhävande (det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive).

Vi fann ingen skillnad i utfall med AAA-S Adaptive vid eftermätningen mellan gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd. Vi fann inte heller någon skillnad i effekt vid mittenmätningen. Skillnaden i konstruktiv självhävande vid eftermätningen är försumbar mellan de som fått behandlarstöd och de som har fått klara sig på egen hand.

Bortfallsanalys. Med oberoende variansanalys fann vi inga signifikanta skillnader på någon av förmätningsspoängen för utfallsmåtten mellan de deltagare som genomförde eftermätningen ($n = 157$) och de som inte gjorde det ($n = 48$) i de olika grupperna. Med Pearsons χ^2 -test och Kruskal-Wallis χ^2 -test fann vi inte heller några signifikanta skillnader i svaren på de sociodemografiska frågorna mellan de som hade svarat och de som inte hade svarat på eftermätningen.

Diskussion

Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälpsprogram för att förbättra individers konstruktiva självhävande. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde till stora delar på självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakt-hållandeplanering och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd, en tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var en väntelistebebindad kontrollgrupp. Vi konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet gav bättre resultat än att vara placerad på väntelista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd. Vi fann även en signifikant skillnad i andelen deltagare i respektive grupp som hade förbättrats reliabelt och till kliniskt signifikant nivå på delskalan AAA-S Adaptive.

Deltagande i behandlingsprogrammet ger stor effekt på konstruktiv självhävande. Behandlingsprogrammet har varit framgångsrikt. Deltagarna i *Respekt i kvadrat* har oavsett gren efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande i jämförelse med gruppen väntelista. Effekttorleken var för AAA-S Adaptive påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna, för väntelista–sjlvhjälp var den 0,81 och för väntelista–behandlarstöd var den 0,83. Vid eftermätningen var effekttorleken för väntelista–sjlvhjälp 1,01

och för väntelista-behandlarstöd 0,93. Även effekten mellan behandlingsstart och eftermätningen var inom båda grupperna betydande, med en effektstyrka på 0,96 för gruppen behandlarstöd och med en effektstyrka på 1,02 för gruppen självhjälp (se även figur 3). Effektstorlekarna kan enligt Cohen's klassificering benämnas som "stora" och ligger väl i linje med tidigare funna effektstorlekar för KBT, både för internetterapi och traditionell psykoterapi ansikte mot ansikte. Dessa resultat bekräftas av att andelen personer som vid eftermätningstillfället uppnått klinisk signifikans-status och dessutom har genomgått en reliabel förändring under loppet av programmet var signifikant större för både grupperna självhjälp (18%) och behandlarstöd (17%) än för väntelistan (1%). Det sekundära utfallsmåttet av konstruktiv självhävande, Rathus, visar på en ännu starkare förbättringstrend hos både självhjälp (21%) och behandlarstöd (33%) jämfört med väntelistan (3%).

Skattningarna på AAA-S Aggressive ökade över tid på ungefär samma sätt som skattningarna för AAA-S Adaptive, om än något mindre. Utifrån konceptualiseringen av konstruktiv, aggressiv och passiv självhävande som studien bygger på (se figur 1) är det svårt att tolka resultatet för AAA-S Aggressive, eftersom aggressiv självhävande i en idiografisk fallformulering för en individ lika gärna kan vara ett underskott som ett överskott, som Mitamura (2018) konstaterar. Tolkningen kompliceras ytterligare av att många deltagare förmodligen för sig själva likställer konstruktiv självhävande med aggressiv självhävande. Att effektstyrkan för måttet AAA-S Aggressive är större i självhjälpgruppen (0,6) än behandlarstödsgruppen (0,4) skulle kunna tyda på det i ljuset av att det för vissa av deltagarna i behandlingsgruppen var ett behandlingsmål att utveckla förmågan att diskriminera mellan aggressiv och konstruktiv självhävande.

Sammanblandningen av måtten kan hänga samman med det sample som sökt sig till behandlingsprogrammet. Samplet för studien hade ett medelvärde på skalan för social ångest, LSAS-SR, på $M = 49$, som enligt normerna med en knapp standardavvikelse överskrider gränsen för klinisk bedömning av "trolig social fobi", $M = 30$ (Fresco m. fl., 2001). Om hypotesen stämmer att studiens deltagare själva upplever att de har underskott av både konstruktiv och aggressiv självhävande kan en ökning av aggressiv självhävande uppfattas som eftersträvarsvårt för en stor del av deltagarna. I framtida studier om konstruktiv självhävande vore det fördelaktigt att vid screening klassificera deltagarna utifrån huvudsaklig sökorsak och målsättning. Det skulle ge möjligheten till att se hur grupper av individer med olika sorters självupplevda brister i konstruktivt självhävande (exempelvis grupperna "alltför aggressivt självhävande" och "alltför passivt självhävande") tar till sig behandlingen.

Behandlarstöd och självhjälp gav samma resultat. Vid deltagande i *Respekt i kvadrat* spelar det ingen roll om man arbetar på egen hand eller får guidning av en behandlare under de åtta veckor som programmet pågår. Skillnaden i förändring av grad av konstruktiv självhävande mellan grupperna självhjälp och behandlarstöd var statistiskt försumbar. Vi fann inte heller någon skillnad i effekt vid mittenmätningen. Fyndet överensstämmer med resultaten från Samuelsson och Way (2018) som undersökte ett KBT-självhjälpsmaterial – med eller utan behandlarstöd – för par med relationsproblem. I en metanalys noterar Baumeister m. fl. (2014) att terapeutstödda interventioner på aggregerad nivå har bättre effekt än enbart självhjälpsmaterial, men också att skillnaden är mindre än vad som har rapporterats tidigare. Andra tidigare studier rapporterar också liknande utfall – det vill säga att både gruppen med och gruppen utan behandlarstöd gör framsteg, men utan markant skillnad mellan grupperna (se bland annat Berger m. fl., 2011; Ivanova m. fl., 2016; Rozental m. fl., 2015).

818 För framtida studier vore det intressant att undersöka vilka de verksamma effekterna av behandlarstöd
819 är och vad som kan göras för att maximera dessa komponenters inverkan på behandlingsutfallet.

820 Det finns många faktorer som avgör om en intervention ska ges med eller utan stöd, bland
821 dem ekonomiska hänsyn och tillgänglighet. Huruvida avsaknaden av skillnad i effekt för de båda
822 behandlingsgrenarna av *Respekt i kvadrat* beror på terapeuteffekter, takeffekter av materialet eller
823 andra interventionsbundna faktorer går inte att avgöra med vägledning av den utförda analysen. Vi
824 nöjer oss här med att konstatera att de goda utfallen för de båda behandlingsgrenarna bekräftar att
825 programmet *Respekt i kvadrat* är verksamt för ökning av grad av konstruktiv självhävande och att
826 den stora effekten i självhjälpsgruppen är ett gott tecken på att materialet kan komma till nytta som
827 självhjälpsmaterial.

828 **Individuella faktorer spelar stor roll för utfall.** Vi konstaterade att av *random*-variansen
829 så bestod 67,6% för utfallsmåttet AAA-S Adaptive av individuella skillnader. För utfallsmåttet
830 AAA-S Aggressive var de individuella bidragen till *random*-variansen 73,8%. Det betyder att indivi-
831 dernas svar på de upprepade mätningarna är starkt korrelerade. Av det drar vi slutsatserna att utfall i
832 behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* till mycket stor del beror på individuella förutsättningar –
833 vilket i och för sig inte är särskilt förvånande. Dessa *random*-effekter kan spekulativt hänga samman
834 med generell grad av emotionellt undvikande, tillgänglig tid för medverkan och andra variabler som
835 inte kontrolleras i studiedesignen. Bland dem ingår också interaktionseffekter med tilldelad behand-
836 lare, exempelvis kvalitet på samarbetsalliansen kring utförandet uppgifterna i programmet.

837 **Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.**

838 **Metoder för att bättre kontrollera random-effekter.** För att bättre kunna kontrollera för in-
839 dividkopplade bidrag till behandlingsutfall kan uppföljande studier med fördel inkludera fler sätt
840 att mäta individrelaterade variabler än vad den här studien har gjort, till exempel med veckovisa
841 frågor om hur mycket tid deltagarna har haft till förfogande för deltagande. Sådana variabler kan
842 sedan anges som kovariat i analysen, eller inkluderas för kontroll genom randomisering i studiede-
843 signen. Den del av *random*-variansen som har med behandlareffekter att göra kan i framtida studier
844 undersökas genom tillägg av en tredje *random*-nivå i flernivåanalysen (tidpunkter nästlade i individer
845 nästlade i behandlare), förutsatt att tillräcklig power går att erhålla. Det kan också ge mer tillförlit-
846 liga uppskattningar av behandlingsprogrammets effekt (Almlöv m. fl., 2011; Baldwin m. fl., 2011;
847 Hesser, 2015; Wampold & Serlin, 2000).

848 **För- och nackdelar med väntelista som kontrollbetingelse.** I denna studie placerades en
849 tredjedel av deltagarna på en väntelista. En risk med användandet av väntelista är att de deltagare som
850 tilldelas väntelistan försämras under behandlingens gång – något som Cuijpers och Cristea (2016)
851 listar som en av de universalknep som kan användas av den forskare som vill hitta falska positiva
852 resultat. I en meta-analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson och
853 Carlbring (2017) att över 15% av de som tilldelas betingelsen väntelista i I-KBT-studier försämras,
854 jämfört med cirka 6% av de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att en behandlings
855 eventuella effekt överskattas. Ur teoretisk synpunkt hade det varit bättre att tilldela kontrollgruppen
856 en aktiv betingelse, exempelvis tillgång till ett discussionsforum utan behandlingsinslag. I den ak-
857 tuella studien försämrades dock ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen, varken i
858 väntelistan eller i någon av de andra betingelserna. Hur det faktum att covid-19-smittan bröt ut i Sve-
859 rige en bit in i programmet i början på mars 2020 är svårt att säga, men genom randomseringen till

två behandlingsgrupper och väntelista erhöles full kontroll för händelseutvecklingen; den påverkan den har haft på deltagarna antas vara densamma i alla betingelser.

Validerade skattningsskalor ger bättre träffsäkerhet. En potentiell brist i studien är att de nyligen översatta versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och Rathus (Rathus, 1973) varken är validerade med originalskalorna som kriterium eller har svenska normer. Översättningen är inte heller fullt ut kvalitetssäkrad, exempelvis genom fram-och-tillbaka-översättning i linje med metoder utvecklade av Beaton, Bombardier, Guillemin och Ferraz (2001) eller Jones, Lee, Phillips, Zhang och Jaceldo (2001). Icke-klinisk normdata är hämtad från student-sample 1 från Thompson och Berenbaum (2011) både för AAA-S och Rathus. Det är en fördel att båda skalor använder normer från samma grupp; det gör resultaten enklare går att relatera till varandra (oaktat den extra osäkerhet som det enklare översättningsförfarandet har medfört). **Vid kontroll av intern reliabilitet för de översatta skalorna fann vi mycket god och med normer överensstämmande Cronbach's α för AAA-S Adaptive och Rathus och tillfredsställande men jämfört med normer något lägre Cronbach's α för AAA-S Aggressive. Det skulle kunna betyda att frågorna för subskalan som mäter aggressivitet skulle behöva ses över i översättningen.**

Data från föreliggande studie skulle potentiellt kunna användas för att vidareutveckla och validera de svensköversatta skalorna i en uppföljande studie med ett breddat sample med större spridning med avseende på exempelvis social fobi mätt med LSAS-SR. Ett dilemma är dock att båda översättningar på en och samma gång är icke-validerade och idealiska kriterier för varandras validering; det saknas tyvärr vedertagna skalor i litteraturen för *assertiveness* utöver Rathus och AAA-S.

Uppföljningsmätning av deltagarna ger mer tillförlitliga effekttestimat. På grund av tidsbegränsningar fanns inga möjligheter att göra en uppföljningsmätning inom ramen för den här studien. Det gör det svårare att avgöra hur behandlingsprogrammet har påverkat deltagarnas mående och konstruktiva självhävande över tid. Forskning indikerar att framsteg gjorda under KBT-behandling i stor utsträckning bibehålls och till och med förstärkas över tid (Bandelow m. fl., 2018). **Skälet till att behandlingseffekten kan dröja är att inhibitorisk inlärning sker över längre tidsperioder. Minskning av ångest på kort sikt predicerar inte symtomlindring på längre sikt och höga ångestnivåer under exponering predicerar inte dåliga behandlingsutfall. Det bästa indexet för framgång i terapi är inte observerad minskning av ångest i det korta tidsintervallet (under en exponering, en session eller kanske ens en behandling) utan konstaterad ångestminskning vid uppföljningsmätningstillfället, exempelvis efter 6 eller 12 månader (Craske m. fl., 2008).**

Ett mer varierat sample ger bättre generaliseringspotential. Genom en *a priori*-beräkning av samplestorleken har vi försäkrat oss om att samplestorleken ger goda möjligheter att generalisera resultaten till populationen i stort. Dock har generaliserbarheten av resultaten kraftigt försämrats på grund av själva rekryteringsförfarandet. Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flera orsaker. Kvinnor rapporterar mer oro, ångslan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna än män att söka hjälp. Utöver detta tenderar män överlag i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symptom (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Kvinnor tenderar också att i större grad än män delta i forskningsstudier. I metaanalysen Rozental, Magnusson m. fl. (2017) konstateras att 62% av deltagarna i alla inkluderade studier var kvinnor. För den aktuella studien är den främsta orsaken till det snedvridna samplet rekryteringsförfarandet med annonsering i sociala medier. Vid kontroll i efterhand har det visats sig att den algoritmstyrda an-

nonsvisningen till mer än 85% riktades till kvinnor och till ungefär 60% till personer i åldersspannat 35–54 år. Samplet är också snedvridet med avseende på utbildningsnivå: 80% har avslutade eller pågående universitetsstudier jämfört med 43% av Sveriges befolkning (Statistiska Centralbyrån, 2020). Vilken påverkan den automatiserade annonsvisningen har haft på andra faktorer, exempelvis grad av social ångest, går inte att utläsa. För den aktuella studien innebär rekryteringsförfarandet att samplet med sin begränsade spridning inte har matchat den operationalisering av begreppen konstruktiv, passiv och aggressiv självhävande som *Respekt i kvadrat* utgår från.

Jämförelser med etablerade behandlingar kan avgöra konstruktets validitet. Det går också att vända på perspektivet och snäva av samplet helt medvetet i en uppföljningsstudie: Det vore intressant att undersöka effekten av interventionen *Respekt i kvadrat* och det transdiagnostiska konstruktet 'konstruktiv självhävande' i grupper som är tydligt definierade med etablerade diagnosverktyg. En sådan uppföljningsstudie skulle kunna spetsa in sig på de syndromalt inriktade utfallsmått som har använts i de här studien och komplettera med andra mått, exempelvis för emotionellt undvikande, stress och kvalitet i nära relationer.

Vi konstaterar att effektstyrkorna mellan tidpunkterna förmätning och eftermätning för måtten för social ångest (LSAS-SR; ES = 0,6 i båda behandlingsgrupper), generaliserat ångestsyndrom (GAD-7; ES = 0,5 respektive 0,7 i självhjälps- och behandlarstödsgrupp) och allmänt mående (Väl-måendeformuläret, ES = 0,7 i båda grupper) enligt Cohen's klassifikation kan betraktas som "stora", och effektstyrkorna för måttet för depression (PHQ-9; ES = 0,4 i båda grupper) som "måttliga". Det verkar alltså som att det transdiagnostiska konstruktet *assertiveness* är relevant för flera olika psykiatriska syndrom och tillstånd. Om resurserna vore obegränsade skulle det också vara intressant att i uppföljningsstudier jämföra effekten av den transdiagnostiska interventionen med etablerade *treatment as usual*-behandlingar (exempelvis etablerad KBT-behandling vid social ångest, paniksyndrom, depression och stressyndrom). Det skulle ge möjlighet att tydligare säga något om eventuella för- och nackdelar med användandet av det transdiagnostiska begreppet *konstruktiv självhävande* som mål för behandling för dessa grupper.

Resultaten kan antas vara ekologiskt valida för internetadministration. En uppenbar fördel med studier av internetbaserade interventioner är att de ur deltagarsynpunkt skiljer sig mycket lite från rutinmässig administration av internetterapi i kliniska sammanhang. Om man till det lägger att det i alla fall inte torde vara en fördel för behandlingsutfallet att behandlarna i den aktuella studien var nyutbildade, måste slutsatsen bli att den ekologiska validiteten för denna *efficacy*-studie kan antas vara hög även med avseende på *effectiveness*. Materialet borde med en målgrupp som liknar det sample som använts i den här studien kunna få likartad effekt, oavsett om det ges i en förbättrad och utökad replikeringsstudie eller som en integrerad del av klinisk rutinverksamhet.

Sammanfattning

Föreliggande studie ville undersöka effekten på konstruktivt självhävande av behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller utan behandlingsstöd) var effektivare än att betingas till en väntelista. Resultatet bekräftar även att administration av behandlingsprogrammet effektivt kan minska symptom (och därigenom lidande) vid ett antal olika ångestbesvär. Mer forskning behövs för att med större säkerhet kunna generalisera resultaten till populationen i stort.

Referenser

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. doi:10.1159/000365764
- Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- Almlöv, J., Carlbring, P., Källqvist, K., Paxling, B., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2011). Therapist effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 311–322. doi:10.1017/S135246581000069X
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad 13 april 2020, från [www . div12 . org / psychological - treatments/](http://www.div12.org/psychological-treatments/)
- Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. doi:10.1007/978-3-319-06083-5
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., ... Wicherts, J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal of Personality*, 27(2), 108–119. doi:10.1002/per.1919
- Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.4018/978-1-4666-5942-1
- Baldwin, S. A., Murray, D. M., Shadish, W. R., Pals, S. L., Holland, J. M., Abramowitz, J. S., ... Watson, J. (2011). Intraclass correlation associated with therapists: Estimates and applications in planning psychotherapy research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 15–33. doi:10.1080/16506073.2010.520731
- Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi:10.1080/15228830802094429
- Barrett, D. E. & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior, Social Inferential Ability, and Assertiveness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- Barrett, L. F. & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi:10.1038/nrn3950. arXiv: 15334406

- 987 Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using
988 lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- 989 Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-
990 based mental health interventions: A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- 991 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-
992 Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-
993 200012150-00014
- 994 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychothe-
995 rapy series. Guilford Publications.
- 996 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-
997 based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two
998 types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.
999 brat.2010.12.007
- 1000 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
1001 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,
1002 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 1003 Braconier, A. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående (examensarbete).
1004 Stockholms universitet.
- 1005 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
1006 71–80. doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 1007 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hinderer events in internet-delivered
1008 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychot-*
1009 *herapy*, 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 1010 Butler, J. (2011). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- 1011 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and supp-
1012 pression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.
1013 1037/1528-3542.6.4.587
- 1014 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based
1015 vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
1016 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/
1017 16506073.2017.1401115
- 1018 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
1019 *kognitiv beteendeterapi* (2. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- 1020 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
1021 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/
1022 annurev.psych.52.1.685
- 1023 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 1024 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–
1025 470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 1026 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 1027 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
1028 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 1029 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).
1030 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,
1031 46(1), 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003

- 1032 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
1033 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/
1034 nrdp.2017.24
- 1035 Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it
1036 is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/
1037 S2045796015000864
- 1038 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university stu-
1039 dents with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*
1040 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 1041 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emo-
1042 tion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/
1043 16506073.2014.974665
- 1044 Dweck, C. S., Chiu, C.-y. & Hong, Y.-y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments
1045 and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.
1046 1207/s15327965pli0604_1
- 1047 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
1048 *Science*, 4(4), 326–339.
- 1049 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Com-
1050 pany.
- 1051 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018).
1052 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
1053 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 1054 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*. Internetstiftelsen.
- 1055 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz,
1056 D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties
1057 of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
1058 doi:10.1017/S0033291701004056
- 1059 Furmark, T., Holmström, A., Sparthán, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social*
1060 *ångest: effektiv hjälp med KBT*. Stockholm: Liber.
- 1061 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
1062 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.
1063 x
- 1064 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
1065 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1066 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Im-
1067 plications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psycho-*
1068 *logy*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1069 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- 1070 Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-
1071 analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–90.
- 1072 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
1073 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-
1074 7894(04)80013-3

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hesser, H. (2015). Modeling individual differences in randomized experiments using growth models: Recommendations for design, statistical analysis and reporting of results of internet interventions. doi:10.1016/j.invent.2015.02.003
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.012
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E. & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. doi:10.1097/00006199-200109000-00008
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. doi:10.1037/0735-7028.9.1.153
- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., ... Ciechomski, L. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113. doi:10.1080/16506070802561132
- Knowles, K. A. & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. doi:10.1016/j.cbpra.2017.12.001
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–13.
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. R package version 0.1.0. Hämtad 1 maj 2020, från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. R package version 1.4.6. Hämtad 1 maj 2020, från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). doi:10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7
- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G. & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). doi:10.2196/10302

- 1118 Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
 1119 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
 1120 Inc.
- 1121 Lüdecke, D., Makowski, D., Waggoner, P. & Patil, I. (2020). *performance: Assessment of Regression*
 1122 *Models Performance*. R package version 0.4.6. Hämtad från [https://CRAN.R-project.org/](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
 1123 [package=performance](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
- 1124 McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1125 Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive beha-
 1126 viour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of*
 1127 *Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- 1128 Michel, F. & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
 1129 Interventions. Hämtad 1 maj 2020, från [www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
 1130 [After-Yourself/Assertiveness](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
- 1131 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Ob-
 1132 jective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–
 1133 110. doi:10.1111/jpr.12185
- 1134 Mumford, E. & Mumford, E. (2018). *A practical approach*. doi:10.4324/9781351173681-12
- 1135 Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R² and
 1136 intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and
 1137 expanded. *Journal of the Royal Society Interface*, 14(134). doi:10.1098/rsif.2017.0213
- 1138 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Mental Health and Behavioural Condi-*
 1139 *tions*, 21–23.
- 1140 Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
 1141 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-
 1142 7916(75)90100-7
- 1143 Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference, homeostatic
 1144 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.
 1145 1016/j.pneurobio.2015.09.001
- 1146 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:
 1147 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,
 1148 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- 1149 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 1150 R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for
 1151 Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.R-project.org/>
- 1152 Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
 1153 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–
 1154 993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- 1155 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
 1156 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- 1157 Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad
 1158 från www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/
- 1159 Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
 1160 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049
- 1161 Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD*.
 1162 Natur & kultur.

- 1163 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based
1164 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Con-*
1165 *sulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- 1166 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020).
1167 Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive beha-
1168 viour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- 1169 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Wor-
1170 se: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving
1171 Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
1172 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- 1173 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
1174 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism
1175 including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.
1176 doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- 1177 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 1178 Samuelsson, M. & Way, E. (2018). Valentinstudien: parterapi på internet med en flerfaktoriell jämfö-
1179 relse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg (examensarbete). Stockholms uni-
1180 versitet.
- 1181 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of
1182 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treat-
1183 ment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.
1184 1007/s10608-014-9652-6
- 1185 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
1186 Domain Specificity of Mental Health-Related Mind-Sets. *Social Psychological and Persona-*
1187 *lity Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1188 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
1189 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1190 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Be-
1191 havioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis.
1192 *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1193 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
1194 *therapy*. Bantam.
- 1195 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1196 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekom-
1197 mendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från
1198 www.socialstyrelsen.se
- 1199 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från div.
1200 socialstyrelsen.se/
- 1201 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
1202 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.
1203 1111/cpsp.12216
- 1204 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
1205 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/
1206 archinte.166.10.1092

- 1207 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/
- 1208
- 1209 Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors
1210 Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/
1211 s15327752jpa4304_11
- 1212 Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-
1213 S). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/
1214 s10862-011-9226-9
- 1215 Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT
1216 comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing
1217 Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand
1218 journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- 1219 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric
1220 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
1221 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- 1222 Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019).
1223 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
1224 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- 1225 Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
1226 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal
1227 of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-
1228 018-0296-4
- 1229 Wampold, B. E. & Serlin, R. C. (2000). The consequence of ignoring a nested factor on measures of
1230 effect size in analysis of variance. *Psychological Methods*, 5(4), 425–433. doi:10.1037/1082-
1231 989X.5.4.425
- 1232 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality
1233 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
1234 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- 1235 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- 1236 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1237 Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuro-
1238 ses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division.
1239 Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1240 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered
1241 cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of rando-
1242 mized controlled trials*. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.004
- 1243 Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1244 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- 1245 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Stock-
1246 holm: L.-G. Öst.