

# Respekt i kvadrat: en randomiserad kontrollerad effektstudie av internetförmiddlad kognitiv beteendeterapi på graden av konstruktiv självhävande

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Underskott av beteenden som går att samla under begreppet *assertiveness* (från engelska översatt till ”konstruktiv självhävande”) förknippas med en lång räckvidd psykologiska problem, exempelvis olika ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom, social ångest och paniksyndrom, liksom depression, schizofreni med mera (Speed, Goldstein, & Goldfried, 2018).

Träning i *assertiveness* har en lång historia med behavioristiska rötter från 1950-talet och framåt, bland annat genom Salter (1949) samt Wolpe and Lazarus (1966). Dessa första behavioristiska terapier byggde på principer om klassisk betingning: Målet för träningen var att para aversiva stimuli som tidigare gav upphov till exempelvis passivitet eller aggressivitet med adaptiva beteenden som tidigare uttryckts i underskott – ofta med avslappning som en integrerad del, utifrån rationen att avslappning och ångest inte är förenliga. Som en del i den självhävandefokuserade psykoterapien föreskrevs ett antal olika beteenden för klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävande både att formaliseras till kompletta behandlingsprogram, som i Linehan (1979), samt populariseras, till exempel i självhjälpsboken *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). 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 uppseendeväckande exempel på kritik av träning i konstruktiv självhävande är Mano (1976), som framtida rekommenderade deltagare i *assertiveness*-kurser att hävda sig själva genom att vägra betala kursavgiften.

I och med psykiatriens 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. Sporadiskt återaktualiserades begreppet som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979), för att på så sätt hjälpa personer med (mer eller mindre generaliserade) hindrande förutsägelser i svåra situationer att finna stöd för mer hjälpsamma förutsägelser och att testa dem i praktiken.

Bristande konstruktiv självhävande är ett exempel på ett behandlingsmål som är av allt större värde, för både kliniska och sub-kliniska populationer, inte minst som pendeln svänger tillbaka från

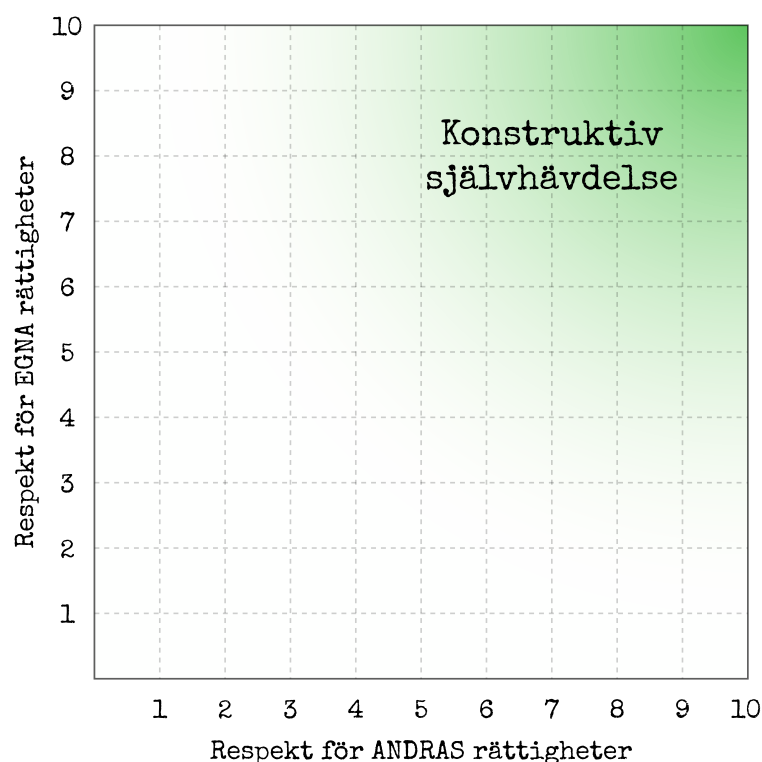
36 syndromal diagnostik till transdiagnostik (Speed m.fl., 2018). Det gäller särskilt om den solida bete-  
37 endendevetenskapliga grunden byggs på och kompletteras med metoder och förhållningssätt som har  
38 utvecklats inom den kontextuella beteendevetenskapen sedan slutet av 1900-talet. Dessa inkluderar mo-  
39 tiverande tekniker som enklare låter sig tillämpas i större sammanhang än en-till-en-terapi och som  
40 tillsammans med landvinningar inom internetförmedlad terapi kan göra det möjligt att nå och hjälpa  
41 även individer som saknar tillgång till eller motivation att söka traditionell psykologisk behandling. De  
42 inkluderar också ett mer pragmatiskt förhållningssätt till förskrivning av beteenden, som var vanligt  
43 förekommande i de tidiga behaviouristiska terapierna. Det val en individ fattar om specifika underskotts-  
44 beteenden att träna på i en terapi bör vara fritt och utgå från egenspecifiserade mål i relation till egna  
45 värden (S C Hayes & Brownstein, 1986).

#### 46 **Vad är konstruktiv självhävdelse?**

47 Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemäs-  
48 siga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' Linehan  
49 (1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

50 Alberti and Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävdelse som handlande som återspeglar  
51 individens egna långsiktiga intressen. Det inbegriper förmågan att "stå upp för sig själv" utan överdriven  
52 ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina egna rättigheter utan att kränka andras  
53 rättigheter. Med 'utöva sina rättigheter' menas att både i icke-verbal och verbal handling uttrycka sina  
54 tankar, känslor, behov och önskningar.

55 Graden av konstruktiv självhävdelse för en person i en given situation kan inordnas som en punkt  
56 i en graf (se figur 1) med två kontinuerliga dimensioner: handlande med respekt för andras rättigheter  
57 på x-axeln och handlande med respekt för egna rättigheter på y-axeln. Konstruktiv självhävdelse är en  
58 kommunikationsstil som skiljer sig från aggressiv självhävdelse (det vill säga hävdande av egna rät-  
59 tigheter på bekostnad av andras). Den skiljer sig även från kommunikationsstilen passiv självhävdelse  
60 (det vill säga förnekande av egna rättigheter till förmån för andras) och från passiv-aggressiv självhäv-  
61 delse (det vill säga bristande respekt för både egna och andras rättigheter). Gränsdragningarna mellan  
62 kommunikationsstilarna är förstås flytande, eftersom dimensionerna är kontinuerliga.



Figur 1: Konstruktiv självhävdelse definieras i träningsprogrammet Respekt i kvadrat som handlande som är förenligt med samtidig respekt för egna och andras rättigheter. Passiv självhävdelse kan på samma sätt definieras som låg grad av respekt för egna rättigheter men hög grad av respekt för andras rättigheter; aggressiv självhävdelse kan definieras som hög grad av respekt för egna rättigheter men låg grad av respekt för andras rättigheter.

63 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skillna-  
 64 den mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna behöver förstås i  
 65 de sammanhang de utförs. Beteenden som i en japansk (eller för all del svensk) kontext kan framstå som  
 66 aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktiv självhävdande; beteenden som i en viss  
 67 familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiva, och så vidare. Vad som i  
 68 kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål för  
 69 pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglad av de strukturer, normer  
 70 och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; S C Hayes & Brownstein, 1986).  
 71 Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdandebeteenden är det möjligt  
 72 att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen "konstruk-  
 73 tiv självhävdelse", "passiv självhävdelse" och "aggressiv självhävdelse" kan användas pragmatiskt för  
 74 att till exempel i en terapi särskilja och tala om beteenden i en specificerad kontext – inklusive hur de  
 75 förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå.

## 76 **Konstruktiv självhävdelse och aktuellt forskningsläge**

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

80       Fram tills att *assertiveness* föll i glömska konstaterades dock flertalet intressanta fynd. Wolpe and  
81 Lazarus (1966) samt H. Orenstein, Orenstein, and Carr (1975) upptäckte att det är oförenligt att uppleva  
82 ångest och att bete sig *assertive*. D. E. Barrett and Yarrow (1977) visade på att *assertiveness* hos barn  
83 korrelerade med uppvisande av prosociala beteenden och Buell and Snyder (1981) följde upp det med  
84 en effektiv metod för att träna *assertiveness* hos just barn. Hos vuxna fastställdes det bland annat att god  
85 *assertiveness*: förbättrar ens interpersonella relationer (Kincaid, 1978) och gör att man bemöter förhinder  
86 och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979). (Rakos & Schroeder, 1979) visade på  
87 att *assertiveness* kunde tränas genom självhjälp-material och (Rich & Schroeder, 1976) sammanställde  
88 flertalet metoder (samt respektive metods för- och nackdelar) som använts för att träna *assertiveness*.

89       Under de senaste åren har intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos and Pereira (2019)  
90 konstaterar att självupplevd grad av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktiv själv-  
91 hävdelse, i linje med rationen för träning i *assertiveness* som den presenterades av Wolpe and Lazarus  
92 (1966). A. E. Baker and Jeske (2015) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och  
93 konstruktiv självhävdelse. Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktiv självhävdelse be-  
94 teenden för en person antingen genom att i behandling exponera för antecedenterna för social ångest  
95 och/eller att arbeta med hur personen förhåller sig till själva ångesten. Den senare toleranskomponenten  
96 kan ses som ett komplement till den habitueringsrationen som varit förhärskande inom KBT fram till  
97 sekelskiftet.

98       Speed m.fl. (2018) sammanställer forskningsläget kring *assertiveness*. Träning i konstruktiv själv-  
99 hävdelse kan förbättra måendet vid både ångestsyndrom och depression och öka självförtroende samt  
100 förbättra upplevd tillfredsställelse i parrelationer. Författarna konstaterar att träning i konstruktiv själv-  
101 hävdelse redan ingår i de bredare begreppen som beteendeaktivering och färdighetsträning i flertalet  
102 allt mer beforskade behandlingsmetoder – som dialektisk beteendeterapi (DBT), *Acceptance and Com-*  
103 *mitment Therapy* (ACT) och beteendeaktivering vid depression. En stor andel av den forskning om  
104 *assertiveness* som ett transdiagnostiskt begrepp är till åren kommen och det finns ett stort behov att  
105 på nytt utvärdera den specifika effekten av självhävdelseträning (Speed m.fl., 2018). Sammanfattnings-  
106 vis är forskningsläget både skalt för *assertiveness* som konstrukt och omfattande för de syndrom och  
107 symptom som associeras med det.

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

114       Chambless and Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT  
115 utifrån en tydlig definition av empiriskt underbyggda terapier: terapi som undersökts med randomisera-  
116 de kontrollerade studier, specificerade testgrupper och väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen

117 visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat huruvi-  
118 da till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställningar  
119 med uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer publiceras sedan dess regelbundet i England av  
120 National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psychological Asso-  
121 ciation (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och  
122 ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet  
123 vid psykologisk behandling.

124 Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, and Fang (2012) är en översikt av meta-analyser som visar  
125 att KBT alltså är en av de mest effektiva terapiformerna. I deras översikt visade sig KBT effektivt för  
126 att motverka bland annat trauma- och stressrelaterade symptom, liksom depressiva och ångestrelaterade  
127 syndrom. Litteraturen stödjer att KBT har god effekt för de syndrom som Speed m.fl. (2018) associerar  
128 med brister i konstruktiv självhåvdelse.

## 129 Några saker att förhålla sig till

130 *ovan rubrik är temporär och bör få ett bättre namn, detsamma går för följande underrubriker*

131 **En kontextuell och neurovetenskaplig inramning av 'kognitioner'.** Överlag har ordet för den  
132 enligt kognitiv omstrukturering verksamma komponenten 'tankar' i vår text ersatts av ordet 'förutsägel-  
133 ser'. En negativ förutsägelse i en specifik situation (exempelvis om den egna förmågan att klara av  
134 upplevelsen av ångest eller vilken konsekvensen ska bli av konstruktiv självhåvdelse) är förankrad i  
135 den specifika kontexten: 'Negativa automatiska tankar' kan lättare förväxlas med 'livsregler' och 'grun-  
136 dantaganden' som de definieras i Beck (1979). Livsregler och grundantaganden kan ses som mer eller  
137 mindre generaliserade förutsägelser.

138 Att benämna ovan kognitioner för förutsägelser är dessutom i linje med det forskning kring pre-  
139 diktiv kodning. Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av ytterst  
140 begränsade sensoriska indata (det vill säga det som dina sinnen förnimmar) guida betydligt mer omfat-  
141 tande neuronal *top-down*-aktivitet för att *predicera* organismens yttre såväl som inre kontext (A. Clark,  
142 2016; Pezzulo, Rigoli, & Friston, 2015). Den samlade upplevelsen av ångest (kroppsreaktioner, tankar,  
143 beteenden) är detsamma som en förutsägelse om bristande resurs- och energihushållning i situationen.  
144 Ett annat sätt att beskriva denna förutsägelse om en brist i resurs- och energihushållning är att man upp-  
145 lever det som att man inte kommer räcka till (Feldman Barrett, 2009). När en person uppfattar miljön  
146 som aversiv och ångest väcks kommer hen att vilja mobilisera sina resurser för att sätta sig i säkerhet.  
147 Men om förutsägelse om bristande resurser är felaktig på grund av allt för stort inflytande av hjär-  
148 nans kortikala *top-down*-aktivitet (på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet) uppstår  
149 problem: Förutsägelse om att man inte kommer räcka till blir självuppfyllande profetior. Om och om  
150 igen genom en kombination av alltför långvarig allostatisk belastning och undvikande som gör att orga-  
151 nismen går miste om återhämtning och naturliga förstärkningar som kan fylla på energireserverna be-  
152 kräftas förutsägelse om att man inte kommer räcka till blir självuppfyllande profetior. Om och om  
153 igen genom en kombination av alltför långvarig allostatisk belastning och undvikande som gör att orga-  
154 nismen går miste om återhämtning och naturliga förstärkningar som kan fylla på energireserverna be-

155 **Att undvika det som känns jobbigt.** Utifrån *tidigare* erfarenheter kan en individ ha giltiga och  
156 begripliga upplevelser av ångest och rädsla som dessvärre leder till undvikande *här och nu*. Detta kan i  
157 sin tur göra att individen går miste om sådant som hen värdesätter – exempelvis att: få närhet, mer tid

158 till egna intressen, hävda sina åsikter eller att nå andra naturliga förstärkare för stanna-kvar-och-märk-  
159 att-ängesten-går-över-beteenden.

160 Undvikande av aversiva stimuli – det vill säga undvikandet av det som väcker obehag – finns det i  
161 sig själv inget fel i. Det är till och med centralt för många organismers överlevnad att ha ett välfungerande  
162 undvikande av det som faktiskt är farligt. Att regelbundet undvika stimuli som upplevs hotfulla men  
163 som ej är immanent farliga kan däremot leda till psykopatologiska besvär. När dessa beteendemönster  
164 av undvikande väl vants in är det otroligt svårt att självmant bryta dem. Undvikandet leder på kort sikt  
165 allt som oftast till positiva följder (snabb och tillfällig reduktion av obehag), och även fast det på lång  
166 sikt allt som oftast leder till negativa följder (minskad tillgång till det som värdesätts, upplevelsen av  
167 obehag ökar över tid) tenderar vi att bortse från det. Att undvika det som erfarenhetsmässigt upplevts  
168 som aversivt framstår ofta som funktionellt och rationellt, även när det inte är det (Steven C Hayes,  
169 Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

170 Särskilt svårt är det att bryta beteenden som har som funktion att undvika det som väcker rädsla.  
171 En stor utmaning i behandling av ångestsyndrom är att överbrygga det undvikandet som följt av just  
172 rädslolärläring. Öhman and Mineka (2001) konstaterar att rädslolärläring inte så lätt går att påverka  
173 med kognitiv kontroll i skarpt läge, inte minst för att de neuronala rädslokretsarna vid amygdala ligger  
174 så djupt förankrade i limbiska delar av hjärnan och mer eller mindre lever sitt eget liv.

175 Det har även visat sig att det är ytterst menligt att försöka undvika ens aversiva känslor. Detta und-  
176 vikande brukar kallas för emotionellt undvikande. Regelbundet användande av emotionellt undvikande  
177 är kopplat till flertalet negativa följder. Det är paradoxalt nog kopplat till mer upplevande av negativa  
178 emotioner (och mindre upplevande av positiva emotioner), men även till större undvikande av nära re-  
179 lationer, mindre socialt stöd, lägre självförtroende och sämre generellt välmående (J. J. Gross & John,  
180 2003). Den paradoxala biten går inte nog att betona: att försöka undvika aversiva emotioner leder till att  
181 man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-álvarez,  
182 2018; J. J. Gross & John, 2003; Steven C Hayes m.fl., 1996).

183 **Att bryta undvikande.** Att bryta undvikandebeteenden är ofta centralt för att minska psyko-  
184 patologiska besvär. Det finns flera forskningsgrundande metoder för detta. En metod är att *på ett när-*  
185 *varande sätt* närma sig det aversiva och ångestväckande, så kallad exponering. Att närma sig det som  
186 väcker obehag leder hos många till mycket osäkerhet. Denna osäkerhet leder i sin tur inte ovanligen  
187 till överdrivet förberedande, efterfrågande om försäkran eller andra beteenden som ökar upplevelsen  
188 av kontroll i stunden (så kallade säkerhetsbeteenden). Det är en viktig inlärningsprocess att få uppleva  
189 denna osäkerhet – och samtidigt få lärdomen att osäkerheten i sig själv både är ofarlig och hanterbar. Att  
190 bibehålla osäkerhet under exponering går att göra genom att variera vilka aversiva stimuli som presente-  
191 ras och i vilka situationer som dessa stimuli presenteras (M. G. Craske m.fl., 2008; Knowles & Olatunji,  
192 2019; Sewart & Craske, 2019). Med andra ord, det går att väcka osäkerhet genom variation.

193 De Castella m. fl. (2015) konstaterade även att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till  
194 sämre effekt av exponering. Detta är i linje med mycket annan forskning. Att emotionellt undvika är  
195 ett säkerhetsbeteenden och säkerhetsbeteenden – det vill säga beteenden som förhindrar, undviker eller  
196 minimerar obehag i en given situation – är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både ha en  
197 del i utvecklandet och i bibehållandet av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016).  
198 Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom och depressiva  
199 syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006) vilket med stor sannolikhet även gör det

vanligt hos individer med bristanden *assertiveness*. När obehag, ångest och andra aversiva känslor väcks är det alltså viktigt att inte försöka undertrycka dem. Genom att tillåta sig själv känna dem ger man sig möjligheten till att bemästra dem.

Det finns också anledning att tro att det för en person med ångestrelaterat lidande är betydligt enklare än för en nedstämd eller deprimerad person att finna situationer som är lämpliga att träna i; att ångest väcks och att det känns jobbigt kan i sig ses som en signal för nyinlärning samt att det man håller på med är viktigt för en (L. F. Barrett, Quigley, & Hamilton, 2016).

Lyckad exponering tenderar att vara en ombytlig exponering där obehag väcks, säkerhetsbeteenden avstås och förväntningar bryts. Förväntningar och förutsägelser som individer tenderar att ha inför exponering är allt som oftast inkorrekta (det vill säga att de förväntar sig värre utfall än vad som sker) och desto större diskrepansen är mellan en individs förväntningar och individens faktiska upplevelse, desto större är oddsen för nyinlärning (M. G. Craske m.fl., 2008; Sewart & Craske, 2019). Lärdomar kan dras både av att ångest minskar i intensitet, eller av att ens förmåga att hantera ångesten som väcks överträffar ens förväntningar (Blakey & Abramowitz, 2016; M. G. Craske m.fl., 2008; Knowles & Olatunji, 2019; Sewart & Craske, 2019).

I linje med att undersöka ens egen förmåga att hantera aversiva känslor är att ändra sitt förhållningssätt till dem. Många 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 [Steven C Hayes m.fl. (1996); Steven C Hayes (2004); Luoma, Hayes, and Walser (2007);] och ett effektivt sätt att behandla många av de psykiatriska besvär som individer med bristande *assertiveness* upplever (A-Tjak m.fl., 2015).

Kort och gott: Genom att *på ett närvarande sätt* i så många kontext som möjligt testa sina förutsägelser och sedan dra slutsatser om både utfallet och ens egen förmåga att hantera dessa utfall ökar man chansen att undvikande bryts och chansen till ökat engagemang i det man värdesätter i livet förbättrats.

**Att finna motivationen till att bryta gamla vanor.** Många som lever med psykopatologiska 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. Detta 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 (C. S. Dweck, Chiu, Hong, Chiu, & Hong, 1995). Tankesätten 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 behandlings gång och till större 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).

242 Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett *growth mindset*.

243 *work in progress*

244 Lösningen: - värden, långsiktiga skäl att uppsöka sit - direkt kontingent belöning, ex återkoppling  
245 och uppmuntran från terapeut

## 246 Internet och internetbaserad vård

247 Internet har ändrat gemene mans tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För cirka  
248 15 år sedan använde mindre än 20% av världens befolkning internet. 2019 uppskattas det att nästan  
249 54% av världens befolkning använder sig av internet. I Europa är motsvarande siffra 83% (International  
250 Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport Svenskarna och internet (Findahl,  
251 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85% år 2010 till 95% år 2019. Nästintill hela Sveriges  
252 befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som använder internet i Sverige söker även  
253 efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka hälften utnyttjar diverse e-tjänster relaterade  
254 till sjukvården (Findahl, 2019).

255 Regeringen har som vision att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa. En del i denna  
256 vision är att kunna erbjuda internetbaserade behandlingsalternativ (Regeringskansliet & Sveriges Kom-  
257 muner och landsting, 2016). I dagsläget erbjuds redan internetbaserad behandling i viss utsträckning  
258 inom den svenska sjukvården (se Socialstyrelsen, 2020). Internetbaserad vård har flera fördelar. Flexibi-  
259 liteten i var och när vårdkontakten genomförs innebär att potentiellt fler personer kan nyttja den. Vården  
260 kan potentiellt – beroende på upplägg – även finnas tillgänglig dygnet runt. Utöver detta ger digitalise-  
261 rad vård tillgång till kommunikationsvägar som kan passa bättre för vissa vårdsökande jämfört med  
262 traditionell vård (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016).

263 **Evidensen för internetbaserad kognitiv beteendeterapi.** Internetbaserad kognitiv beteendete-  
264 rapi, I-KBT, började undersökas och utvärderas kring millenniumskiftet. Under de senaste årtiondena  
265 har hundratals studier undersökt effekten av I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ  
266 inom flera olika länder som ett komplement till mer traditionella vårdalternativ (Andersson m.fl., 2016).

267 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälpsmaterial i KBT som har beforskats i form av I-  
268 KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Furmark,  
269 Holmström, Sparthar, Carlbring, and Andersson (2019), Robichaud and Dugas (2018) och Carlbring  
270 and Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar ka-  
271 pitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till  
272 klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka. I många av des-  
273 sa behandlingsprogram har även en stödbehandlare tilldelats deltagarna. Stödbehandlaren kan ge åter-  
274 koppling, besvara frågor, och ge stöd allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu, Alasjö, Miloff,  
275 Carlbring, & Andersson, 2016). Självhjälpböcker är ett billigt sätt för en stor publik att ta del av evidens-  
276 baserad psykologisk vederhäftig kunskap. Validerade självhjälpböcker har också potential att förbättra  
277 ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälpböcker kan användas som stöd för både genomförande  
278 av hemuppgifter under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter.

279 I-KBT är en effektiv behandlingsmetod för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys  
280 från 2018 – som inkluderade 64 RCT-studier – konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både  
281 depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (G. Andrews m.fl.,



282 2018). Författarna konstaterade att medeleffektstorleken för internet-KBT (I-KBT) är  $d = 0,8$  eller mer i  
283 jämförelse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT  
284 är dessutom jämförbart effektmässigt med terapeutledd terapi. Både i en annan meta-analys från samma  
285 år samt i en meta-analys från ett decenium tidigare konstaterades I-KBT även likvärdigt ansikte-mot-  
286 ansiktebehandling (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper,  
287 & Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning (Gavin Andrews,  
288 Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010).

289 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski, & Cuij-  
290 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid oli-  
291 ka kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också en verksamt  
292 vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrasti-  
293 nering (Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (Rozental m.fl.,  
294 2017; T. D. Wade m.fl., 2019).

295 Trots att evidensen för kognitiv och beteendeterapeutisk behandling vid ångestsyndrom och de-  
296 pressiva syndrom är god förblir majoriteten av fallen även i länder med väl utvecklad sjukvård obehand-  
297 lade (M. G. Craske m.fl., 2017). Många kan bära på ett psykiskt lidande utan att för den skull nå upp  
298 till kriterierna för någon av diagnoserna i DSM. Och för dem som ändå skulle göra det är tillgången till  
299 vård en begränsande faktor som I-KBT kan avhjälpa (G. Andrews m.fl., 2018).

300 **Användarupplevelsen och framgångsfaktorer vid I-KBT.** I-KBT kan erbjuda klienter förde-  
301 lar i förhållande till ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör det lät-  
302 tare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson, & Köhler, 2018;  
303 Rozental m.fl., 2020) och ger dessutom möjlighet till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som  
304 Lundgren m.fl. (2018) uppmärksammar är att många upplever det enklare att uttrycka sig i skrift än i  
305 tal.

306 En nackdel med I-KBT är att vissa deltagare hindras av besvär med tekniken vilket kan försvåra  
307 deras möjligheter till att ta del av vården. En annan är att de lösare tidsramarna erbjuder möjlighet att  
308 skjuta upp eller prioritera ned internetbaserad behandling, jämfört med fysiska besök hos en kliniker  
309 (Burke, Richards, & Timulak, 2019).

310 För att maximera oddsen för ett positivt utfall bör I-KBT-behandlingar ha tydliga inklusionskrite-  
311 rier samt screena och välja deltagare utifrån dessa. Framgångsrika I-KBT-behandlingar inkluderar inter-  
312 aktiva behandlingskomponenter, innehåller relevanta pedagogiska inslag om psykiska och kroppsliga  
313 besvär och om vad som vidmakthåller psykiska problem, liksom komponenter för att bryta vidmakthåll-  
314 landet av besvären (Barak m.fl., 2008).

## 315 Frågeställningar

316 I den här uppsatsen undersöker vi följande frågeställningar:

317 **Primär frågeställning.** Det vi primärt är intresserade av är om det finns någon skillnad (i endera  
318 riktning) i effekt mellan gruppen Självhjälp och gruppen Terapeutstöd med avseende på konstruktiv  
319 självhävande, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive.

320 **Sekundära frågeställningar.** Vi är också intresserade av att ta reda på om effekten i gruppen  
321 Väntlista är sämre än behandlingseffekten i gruppen Självhjälp respektive gruppen Terapeutstöd med  
322 avseende på konstruktiv självhävande, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive.

323 Slutligen vill vi också undersöka vilka prediktorer/moderatorer hos deltagarna (exempelvis grad  
324 av social ångest eller grad av depression) i behandlingsalternativen Självhjälp och Terapeutstöd som på-  
325 verkar utfallet samt vilka mediatorer inom behandlingsalternativen (exempelvis tilldelning av terapeut)  
326 som påverkar utfallet.

## 327 Metod

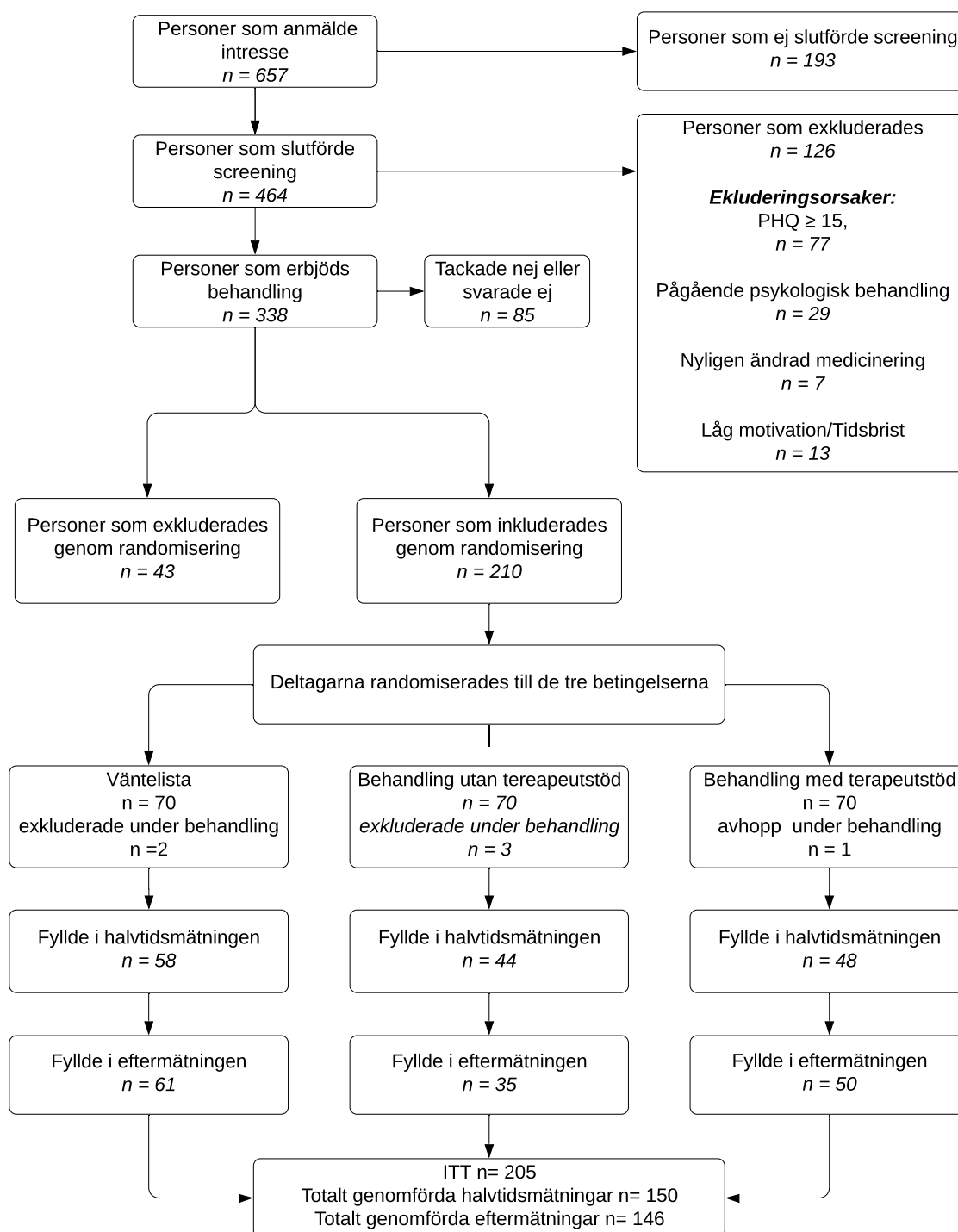
### 328 Design

329 Sample-storleken för varje grupp bestämdes till  $n = 70$  med en powerberäkning innan rekrytering  
330 påbörjades. I studien planerade manipulationer, variabler, mättillfällen och insamlad data har använts i  
331 de efterföljande analyserna utan selektion i efterhand. Såväl randomiseringen som exkluderade deltagare  
332 från studien, randomiseringen av 210 deltagare till sina respektive grupper samt randomiseringen av del-  
333 tagarna med behandlingsstöd till respektive behandlare gjordes av oberoende tredje part vid Stockholms  
334 Universitet med hjälp av internetbaserade randomiseringstjänster ([www.random.org](http://www.random.org) för exkluderingen  
335 och randomiseringen till respektive behandlare samt [www.sealedenvelope.com](http://www.sealedenvelope.com) för randomiseringen till  
336 de tre grupperna). Deltagarna informerades via den webbaserade plattformen om exkludering eller vil-  
337 ken grupp de tillhörde.

338 **Rekrytering.** Rekrytering skedde mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien an-  
339 nonserades på sociala medier ([www.facebook.com](http://www.facebook.com), [www.twitter.com](http://www.twitter.com), [www.linkedin.com](http://www.linkedin.com) samt  
340 [www.instagram.com](http://www.instagram.com)). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex [www.studie.nu](http://www.studie.nu)). De  
341 som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida ([www.respektikvadrat.se](http://www.respektikvadrat.se)). Där fanns in-  
342 formation om hur studien skulle gå till, vilka inklusions- samt exklusionskriterierna var och när studien  
343 startade. Det fanns även information om vilka som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till  
344 studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I samband med att  
345 deltagarna hade möjlighet att anmäla sitt intresse presenterades de även med information kring potenti-  
346 ella risker med att delta, sekretess, datasäkerhet, datahantering samt att deltagandet är frivilligt och kan  
347 avbrytas när som helst. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med själv-  
348 skattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet,  
349 ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd självhävande. Deltagarna fick även fylla i demogra-  
350 fiska frågor samt frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, motivation till att delta i  
351 den aktuella studien samt om pågående medicinering. Deltagarna hade även möjligheten att i fritext  
352 informera om de ansåg att det fanns något annat som var nödvändigt att beakta vid bedömningen.

353 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464  
354 personer slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde nå-  
355 got av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade  
356 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210 inkludera-  
357 des. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma sätt  
358 som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna.  
359 Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll under behandlingens gång

360 upptäcktes det att fem deltagare ( $n = 3$  från gruppen Självhjälp och  $n = 2$  från gruppen Vänstlista) hade  
361 inkluderats trots pågående psykologisk behandling. Dessa deltagare har fått fullgå behandlingen på oför-  
362 ändrade villkor, men deras resultat har exkluderats från studiens analyser. Utöver detta bad en deltagare  
363 från gruppen Terapeutstöd om att få bli exkluderad från studien. Denna deltagare bad även om att hans  
364 data ej skulle användas. Dessa sex deltagare har exkluderats från alla statistiska beräkningar.



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

**Inklusionskriterier.** För att delta krävdes det att man var svensk medborgare, minst 18 år gammal, hade tillgång till en internetuppkoppling samt att man behärskade svenska i tal och skrift. Alla

367 deltagare som erbjöds plats i studien blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de  
368 använt sig av för att anmäla sitt intresse och fylla i screeningen. Deltagarna informerades om inklusion  
369 en vecka före studiestart.

370 **Exklusionskriterier.** De personer som skattade 15 eller mer på självskattningsformuläret PHQ-  
371 9 exkluderades. Utöver detta exkluderades de deltagare som inom en tremånadersperiod innan behand-  
372 lingsstart gjort förändringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade på-  
373 gående psykologisk behandling exkluderades. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under  
374 screeningsprocessen tydligt uppgav att de hade tidsbrist och/eller låg motivation till behandlingen. Al-  
375 la personer som exkluderades blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt  
376 sig för att anmäla sig till studien. När det var tillämpligt hänvisades exkluderade personer till andra  
377 vårdgivare.

378 **Demografisk data.** De 205 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och 65 år  
379 gamla med en medelålder på 41,8 år (standardavvikelse 8,8). En betydande majoritet (87,8 %) identifi-  
380 erade sig som kvinnor, övriga som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna har avslutade universitets-  
381 eller högskoleutbildningar (71,6 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid behandlingens start arbetan-  
382 de (75,5 %). Mer än hälften av deltagarna (61,3 %) hade tidigare erfarenheter av psykologisk behandling.  
383 Av dessa hade majoriteten (64,8 %) tidigare erfarenheter av KBT. Knappt en tredjedel av alla deltagare  
384 (29,0 %) hade erfarenhet av psykofarmaka. Vid behandlingens start stod 17,6 % på något slags psyko-  
385 farmaka. Totalt 3,4 % av deltagarna var vid behandlingsstart sjukskrivna. För att se de demografiska  
386 faktorernas fördelningar i respektive grupp, se tabell 1.

387 **Behandlarstöd.** En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i denna  
388 grupp blev randomiserade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta be-  
389 handlingskontakt med 35 deltagare var. Behandlarna var studenter vid Stockholms Universitet. Båda  
390 behandlarna gick sista terminen på psykologprogrammet och hade en grundläggande psykoterapiutbild-  
391 ning i KBT. Under hela studiens gång hade behandlarna tillgång till handledning av en legitimerad  
392 psykolog med drygt 20 års erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling.

393 Behandlarstöd bestod av veckovis skriftlig kontakt med deltagarna via den krypterade webbase-  
394 rade plattformen Iterapi (Vlaescu m.fl., 2016). Stödet bestod av återkoppling på genomförda övningar,  
395 uppmuntran, validering, psykoedukation samt svar på de frågor deltagarna ställde. Tidsåtgången var cir-  
396 ka 15 minuter per deltagare och vecka. De två andra grupperna hade inte tillgång till behandlarstöd men  
397 fick kontaktuppgifter till studieansvarig för eventuella administrativa frågor.

398 **Primära utfallsmått.**

399 **Självhävdelsestil.** En inför den här studien gjord svensk översättning av självskattningsskalan  
400 Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S; Thompson & Berenbaum, 2011) användes för  
401 att mäta vilka metoder för självhävdelse som deltagarna använde sig av. Skalorna utgörs av 30 påståen-  
402 den som besvaras med en 6-gradig likertskala där 0 motsvarar ”aldrig” och 5 motsvarar ”alltid”. Svaren  
403 räknas samman till två skalor, en för aggressiv självhävdelse och en för konstruktiv (adaptiv) själv-  
404 hävdelse. Hög poäng på delskalan för aggressiv självhävdelse indikerar ett aggressivt självhävande  
405 beteendemönster och hög poäng på delskalan för konstruktiv självhävdelse indikerar ett konstruktivt  
406 självhävande beteendemönster. (Låga poäng på båda går att tolka som passiv självhävdelse.) En fördel  
407 med AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den gör explicit skillnad mellan

Tabell 1: Demografisk data för deltagarna, redovisad per grupp.

	Väntlista	Självhjälp	Terapeutstöd
Ålder (år)			
M (SD)	41.18 (8.8)	43.57 (9.86)	41.09 (8.26)
Kön (%)			
Kvinna	91.18	79.1	92.86
Civilstånd (%)			
Singel	36.76	35.82	28.57
Sambo	19.12	25.37	17.14
Gift	36.76	28.36	48.57
Annat	7.35	10.45	5.71
Utbildning (%)			
Annan utbildning	2.94	1.49	1.43
Folkskola/grundskola	1.47	0	0
Gymnasium	10.29	8.96	7.14
Yrkesutbildning	7.35	4.48	7.14
Universitet/högskola (pågående)	7.35	14.93	10
Universitet/högskola (avslutad)	70.59	70.15	74.29
Sysselsättning (%)			
Annan sysselsättning	8.82	5.97	7.14
Studerande	7.35	11.94	5.71
Arbetande	73.53	76.12	75.71
Arbetslös	4.41	4.48	0
Pensionär	0	0	4.29
Föräldraledig	0	0	4.29
Sjukskriven	5.88	1.49	2.86
Användning psykofarmaka (%)			
Nej	76.47	70.15	67.14
Ja, tidigare	7.35	8.96	17.14
Ja, pågående	16.18	20.9	15.71
Tidigare psykologisk behandling (%)			
Nej	38.24	40.3	38.57
Ja	61.76	59.7	61.43

konstruktiv och aggressiv självhävande. Adaptive- och Aggressiveness-skalorna har god intern reliabilitet ( $\alpha = 0,93$  respektive  $\alpha = 0,88$ ). Den svenska versionen var inte validerad inför studiestart.

#### Sekundära utfallsmått.

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

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

**Social Ångest.** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale (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 & Institutionen, 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 ( $r = 0,8$ ).

**Självhävandestil.** Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Assertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävandestil. 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 självhävande. Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien. Den svenska versionen var inte validerad inför studiestart. Aktuella

449 normer från Thompson and Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god  
450 intern reliabilitet för Rathus ( $\alpha = 0,87$ ).

#### 451 **Interventionen Respekt i kvadrat**

452 Interventionen *Respekt i kvadrat* är utformad med självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel  
453 & Fursland, 2008) som grund. Materialet är framtaget av Center for Clinical Interventions (CCI) i del-  
454 staten Western Australia, Australien.

455 I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (kon-  
456 struktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer kon-  
457 struktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpsböcker som Alberti and Emmons  
458 (2017), Gambrill and Richey (1975), Ward and Holland (2018), McKay and Fanning (2005) och Smith  
459 (1975).

460 I *Assert Yourself* föreskrivs självhävdande beteenden utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe  
461 (1990) om reciprok inhibition och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka  
462 det som i relationen till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan  
463 klienten på sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning  
464 på att uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de föreskrivna  
465 beteendena handlar inte om att enbart ”låtsas”. Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att  
466 inhibera ångesten genom självhävdelse. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av  
467 till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att inhibera  
468 ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara avslappnad  
469 (så kallad reciprok inhibition).

470 Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck  
471 (1979), D. M. Clark (1986), D. M. Clark and Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukture-  
472 ring uppnås enligt dessa genom att utmana negativt tänkande och att pröva giltigheten av det negativa  
473 tänkandet i verkliga livet. Genom att planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp att prö-  
474 va giltigheten av egna negativa tankar och därmed öka responsmöjligheterna i olika mer eller mindre  
475 pressande situationer.

476 Utöver detta innehåller arbetsmaterialet ett avsnitt om progressiv muskelavslappning, med syftet  
477 att hjälpa läsaren att känna igen spänning i kroppen, sänka den allmänna spänningsnivån och träna på en  
478 aktiv coping-teknik för stressande lägen. Avslappningskapitlet innehåller instruktioner för en progressiv  
479 och tillämpad avslappning, snarlika de som beskrivs i Öst (2006).

480 Materialet avslutas med ett antal kapitel för olika problemområden (säga nej, hantera kritik, han-  
481 tera besvikelser, ta emot och ge komplimanger). Dessa kapitel innehåller psykoedukativa inslag, inslag  
482 av kognitiv omstrukturering och planering och uppföljning av beteendeeexperiment enligt ovan.

483 **Anpassningar och tillägg.** Materialet är översatt och anpassat till svenska förhållanden av TH  
484 med tillstånd av författaren och CCI. I samband med anpassningen av översättningen till I-KBT-moduler  
485 i plattformen Iterapi (Vlaescu m.fl., 2016) modifierade och utökade TH och PT materialet. Detta gjordes  
486 med det dubbla syftet att förenkla administrationen av materialet via internet samt att komplettera det  
487 med inslag som TH och PT ansåg saknades i originalmaterialet.



En mycket inspirerande faktor när det engelska materialet anpassades och utvecklades till programmet *Respekt i kvadrat* var det aktuella forskningsläget kring exponering (M. G. Craske m.fl., 2008; De Castella m.fl., 2015; J. J. Gross & John, 2003; Knowles & Olatunji, 2019; se bland annat Sewart & Craske, 2019). TH och PT bedömde det som en central komponent att deltagarna så tidigt som möjligt, och så regelbundet som möjligt, tog aktiva steg för att bryta sina undvikanden. Från och med modul 3 och framåt ombads deltagarna att närma sig aversiva stimuli (och utvärdera sina reaktioner) på olika sätt. I linje med forskning om att acceptera och tillåta sina känslor (Steven C Hayes, 2004; Steven C Hayes m.fl., 1996; Luoma m.fl., 2007) lades även tyngd vid att målet med att bryta undvikandet inte nödvändigtvis var att bli av med eller minska de aversiva känslorna, utan snarare att få ett nytt förhållningssätt till dem. Överrensstämmande med forskning kring *fixed-* samt *growth mindset* (De Castella m.fl., 2015; C. S. Dweck m.fl., 1995; Schroder m.fl., 2015, 2016) och vikten av att tro att en förändring går att få till utformades även interventionens innehåll på ett *growth mindset*-förespråkande sätt.

Anpassningarna och tilläggen tog sig bland annat form av: text och illustrationer samt länkar till fördjupningsmaterial; videofilmer med konversationer och rollspel mellan PT och TH; för programmet framtagna videofilmer och ljudfiler med avslappningsövningar; inbäddade externa videoklipp och ljudfiler samt; ett stort antal nya interaktiva övningar, bland annat utvärderingsformulär av varje veckas innehåll, veckovis uppföljning av konstruktiv självhävvelse samt 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. I rådande fall innebar det att deltagarna blev tilldelade en anonym studiekod till vilken de valde ett eget lösenord. Vid varje inloggningstillfälle skickades sedan engångskoder till deras mobiltelefoner per SMS.

Alla deltagare fyllde i för-, halvtids- och eftermätning via plattformen. Alla moduler och övningar gick att nå via plattformen. De deltagare som tillhörde gruppen Terapeutstöd konverserade uteslutande med sina behandlare via plattformens meddelandefunktion.

## Etiska aspekter

Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsnämnden. 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 rekommenderades deltagarna att uppsöka psykiatrisk

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 beteendeeperiment, planering beteendeeperiment, träning i progressiv avslappning del 2	Kapitel 3 med modifieringar och utökningar om fördelar med att bryta undvikande
4	Uppföljning beteendeeperiment, rational för mängdträning, nya beteendeeperiment, övning i kort version av progressiv avslappning	Kapitel 4 med utökningar
5	Avslappningsövningar, uppsamlingsvecka för pågående beteendeeperiment/mängdträning, val av fördjupningsområde	Kapitel 5 med utökningar
6–7	Fördjupningsområden med beteendeeperiment/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

527 vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt  
528 post.

## 529 Analyser

530 Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2020) för samtliga analyser. Signifikansnivån  $\alpha =$   
531 0,05 tillämpades vid alla beräkningar.

532 **Kontroll av utgångsdata.** Vi analyserade insamlade förmättningsvärden för att kontrollera om  
533 randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)  
534 användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och  
535 kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med  
536 Pearson  $\chi^2$ -test. Cohen's d-effektstorlekar för beroende mätningar beräknades med R-paketet *effsize*  
537 (Torchiano, 2020). För beräkning och sammanställning av övrig deskriptiv statistik, inklusive resultat

538 normalfördelningstest, användes R-paketet *pastecs* (Grosjean & Ibanez, 2018).

#### 539 **Bortfallsanalys.**

540 **Analys av huvudeffekter och interaktionseffekter.** Huvudeffekter och interaktion mellan  
541 grupp och tid för de primära och sekundära utfallsmått undersöktes med *mixed model*-metodik. *Mixed model*  
542 tillåter precis som MANOVA inklusion av upprepade beroende mätillfällen i modellen, men  
543 med hänsyn taget till principen om *intention to treat*. Utöver det möjliggör det även modellering och  
544 kvantifiering på gruppnivå av observerade (men inte kontrollerade) individ-relaterade effekter, exempelvis  
545 skillnader i underliggande förändringsbenägenhet över tid. I modellen tilläts skärningspunkterna  
546 för respektive deltagare att variera, liksom lutningen på regressionslinjerna mellan mätillfällena för  
547 dem. För analysen användes R-paketet *nlme* (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team, 2020).  
548 För *post hoc*-test av skillnader mellan mätillfällena för respektive behandlingsbetingelse användes R-  
549 paketet *emmeans* (Lenth, 2020).

550 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** För var och en av betingelserna bestämde  
551 de vi frekvensen deltagare som i träningsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom  
552 befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen. För de deltagare som endast lämnat själv-  
553 skattningar vid förmätningstillfället fördes dessa värden vidare till eftermätningstillfället i enlighet med  
554 principen om *intention to treat*. Valet av nivå för kliniskt signifikans gjordes i enlighet med definitionerna  
555 och rekommendationerna i Jacobson and Truax (1998), för var och en av skattningsskalorna i relation  
556 till var och en av grupperna. En förändring mellan två mätillfällen definieras som reliabel om den är  
557 tillräckligt stor i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring  
558 och inte bara ett slump- eller mätfel. Den senare ger en bild av om hur de absoluta eftermätningssvärdena  
559 förhåller sig till medelvärdet för antingen en subklinisk population eller en klinisk population (som  
560 också kan hämtas från normdata) (Jacobson & Truax, 1998). För samtliga beräkningar av klinisk signifi-  
561 kans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI* (Kruijt, 2020). Skillnader i frekvensen reliabelt  
562 förändrade deltagare på kliniskt signifikant nivå analyserades med  $\chi^2$ -test.

#### 563 **Resultat**

564 REPORT: Varianserna för *aaas\_ad* från förmätningen var signifikant olika,  $F(2,3) = 3,4202$ ,  $p =$   
565  $0,035$

566 För att sammanfatta har vi problem med flera icke-normalfördelade distributioner enligt shapiro-  
567 Wilks test och dessutom icke-homogena varianser för pre-värdet för *aaas\_ad* i gruppen selfhelp.

568 oxå sig skillnad i sociodemografisk data/kön

#### 569 **Deskriptiv statistik**

570 se tabell 3

Tabell 3: Deskriptiv statistik för primära och sekundära utfallsmått.

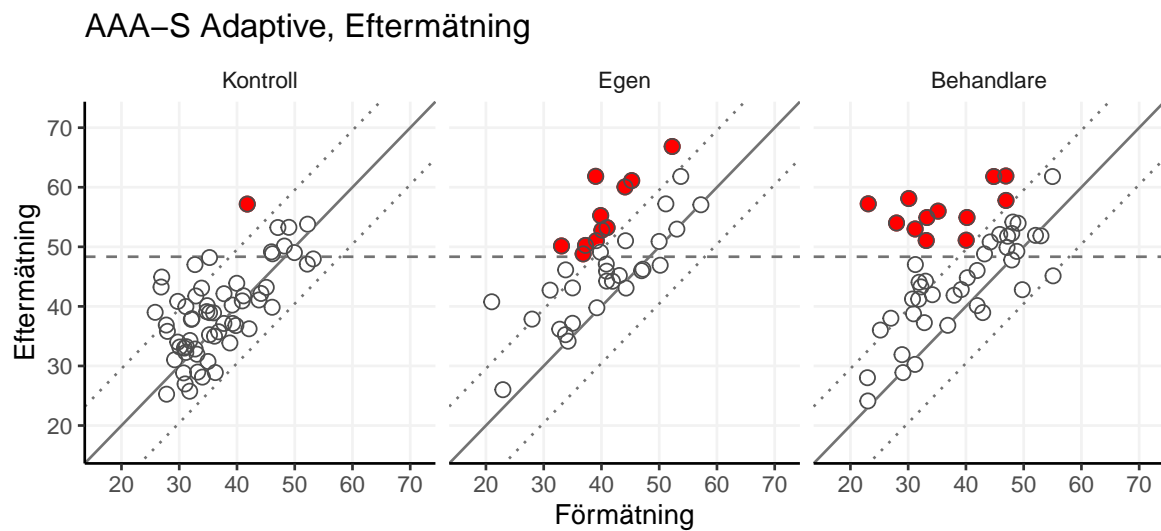
		Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
		AAAS Ad	AAAS Ag	Rathus	LSAS-24	GAD-7	PHQ-9	Välmående
<b>Självhjälp, n = 67</b>								
<i>Förmätning</i>								
	M	38,7	27,7	-37,1	49,7	7,8	6,8	37,0
	SD	8,7	7,2	23,2	23,1	3,6	4,0	9,2
<i>Mittenmätning</i>								
	M	44,8	29,8	-20,2	38,8	6,6	6,0	39,3
	SD	8,4	6,3	24,8	22,8	3,4	3,7	13,0
	Cohen's d	0,7	0,4	0,7	-0,4	-0,4	-0,2	0,2
<i>Eftermätning</i>								
	M	47,8	32,0	-15,0	38,9	5,7	5,4	44,4
	SD	8,8	7,7	25,5	22,3	4,4	4,2	12,5
	Cohen's d	0,9	0,4	0,9	-0,6	-0,5	-0,4	0,7
<b>Terapeutstöd, n = 70</b>								
<i>Förmätning</i>								
	M	38,5	27,9	-38,3	47,6	7,5	6,4	37,7
	SD	8,6	7,2	21,9	21,2	4,9	3,7	8,9
<i>Mittenmätning</i>								
	M	45,1	29,3	-17,9	36,0	5,3	5,3	44,2
	SD	8,6	7,0	22,7	18,0	3,8	4,6	11,5
	Cohen's d	0,8	0,2	0,9	-0,6	-0,4	-0,2	0,5
<i>Eftermätning</i>								
	M	46,4	30,2	-8,0	32,2	4,3	4,3	46,9
	SD	9,1	6,7	24,3	16,7	3,1	3,7	11,0
	Cohen's d	0,9	0,4	1,3	-0,7	-0,6	-0,6	0,8
<b>Väntlista, n = 68</b>								
<i>Förmätning</i>								
	M	36,4	25,7	-41,6	50,1	7,2	6,6	37,4
	SD	6,9	5,4	21,8	21,0	4,4	3,8	11,3
<i>Mittenmätning</i>								
	M	38,0	26,1	-38,0	47,7	6,8	7,7	35,9
	SD	6,9	5,8	22,1	20,6	4,5	5,0	12,0
	Cohen's d	0,2	0,1	0,2	-0,1	-0,1	0,2	-0,1
<i>Eftermätning</i>								
	M	39,1	26,3	-36,9	47,9	6,8	7,8	37,1
	SD	7,4	5,5	22,5	20,5	4,7	5,3	13,2
	Cohen's d	0,3	0,2	0,2	-0,1	-0,1	0,2	0,0

571 **Primär frågeställning**

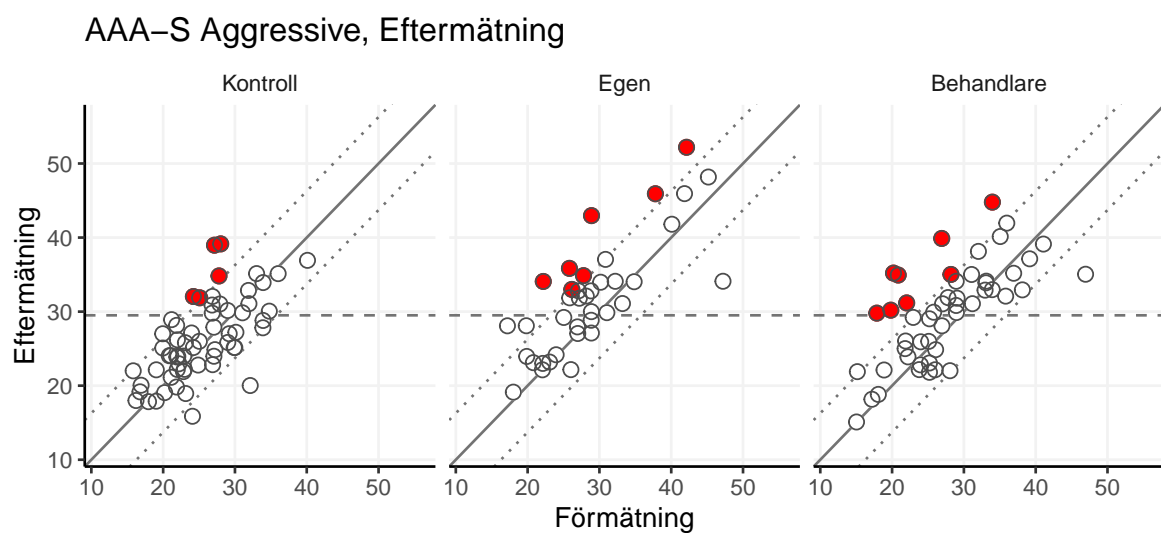
572 **Sekundära frågeställningar**

573 **Klinisk signifikans (arbeta in detta i primära och sekundära frågeställningen?)**

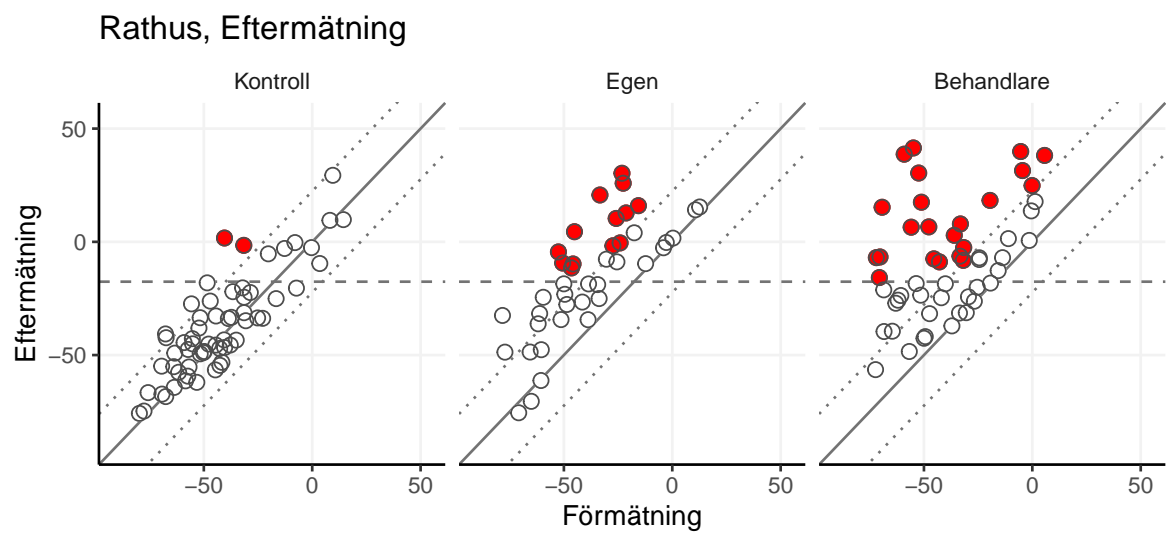
574 **??)**



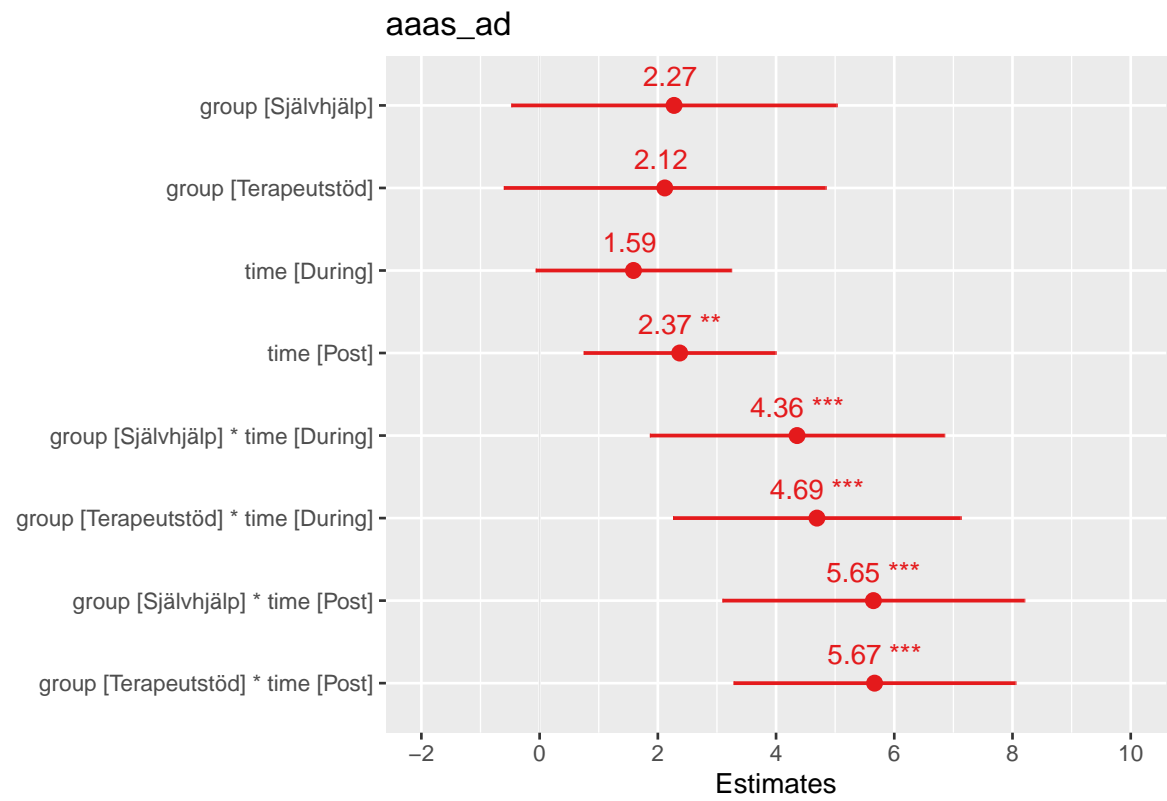
Figur 3: 123



Figur 4: 123

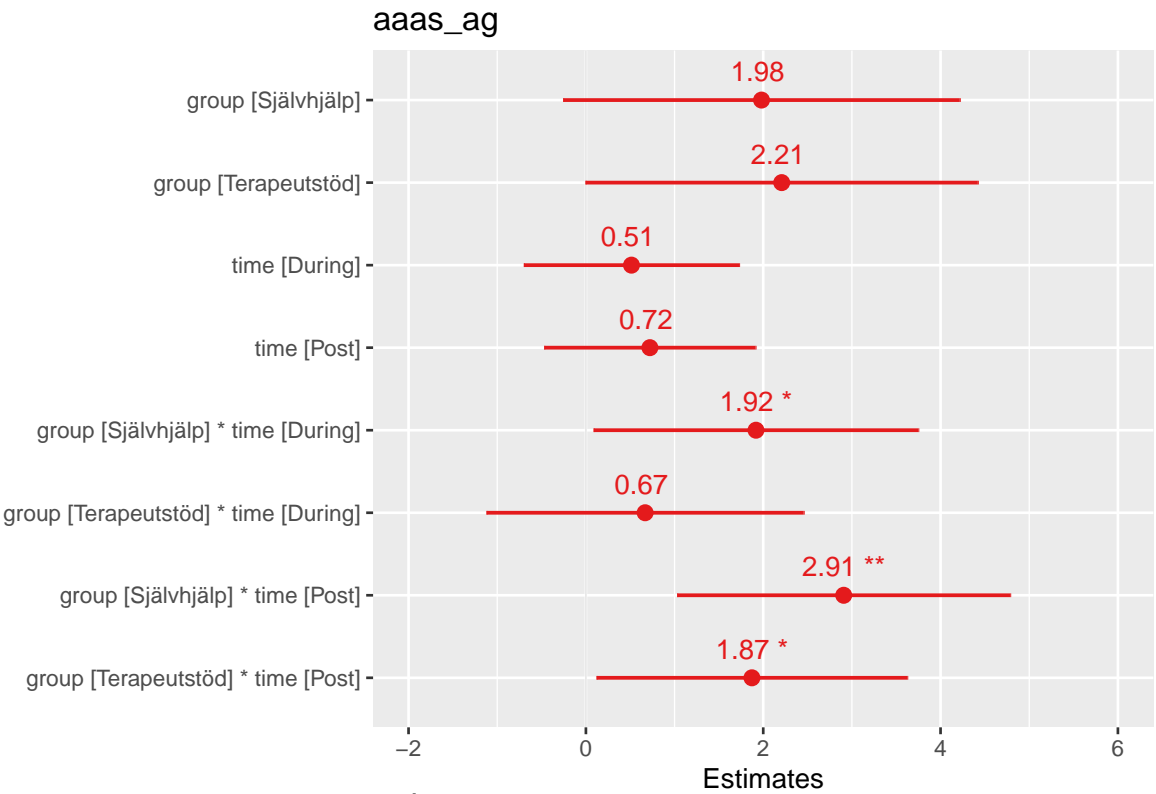


Figur 5: 123

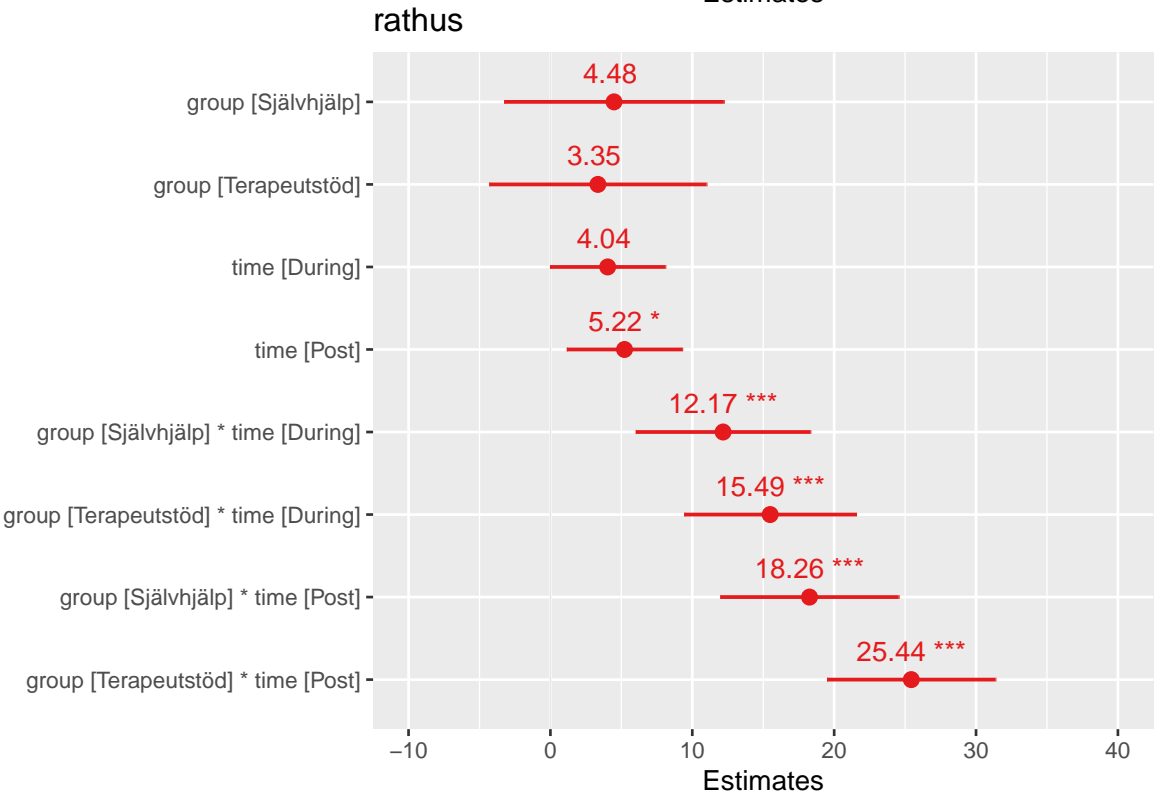


Tabell 4

	<i>Dependent variable:</i>		
	aaas_ad	aaas_ag	rathus
Intercept	36.382*** (34.443, 38.322)	25.706*** (24.130, 27.281)	-41.618*** (-47.069, -36.166)
Självhjälp	2.274 (-0.478, 5.027)	1.981* (-0.256, 4.217)	4.483 (-3.255, 12.221)
Terapeutstöd	2.118 (-0.605, 4.840)	2.208* (-0.004, 4.421)	3.346 (-4.308, 11.000)
Mittenmätning	1.588* (-0.065, 3.242)	0.514 (-0.700, 1.728)	4.035* (-0.031, 8.101)
Eftermätning	2.370*** (0.746, 3.993)	0.722 (-0.470, 1.914)	5.221** (1.156, 9.287)
Självhjälp * Mittenmätning	4.356*** (1.865, 6.846)	1.918** (0.087, 3.749)	12.169*** (6.015, 18.324)
Terapeutstöd * Mittenmätning	4.691*** (2.258, 7.125)	0.668 (-1.121, 2.457)	15.489*** (9.436, 21.541)
Självhjälp * Eftermätning	5.647*** (3.094, 8.201)	2.908*** (1.030, 4.786)	18.262*** (11.978, 24.546)
Terapeutstöd * Eftermätning	5.666*** (3.282, 8.051)	1.873** (0.121, 3.624)	25.436*** (19.504, 31.368)
Observations	505	505	514
Log Likelihood	-1,660.640	-1,531.187	-2,180.584
Akaike Inf. Crit.	3,343.279	3,084.373	4,383.167
Bayesian Inf. Crit.	3,389.749	3,130.843	4,429.832
<i>Note:</i>		*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01	

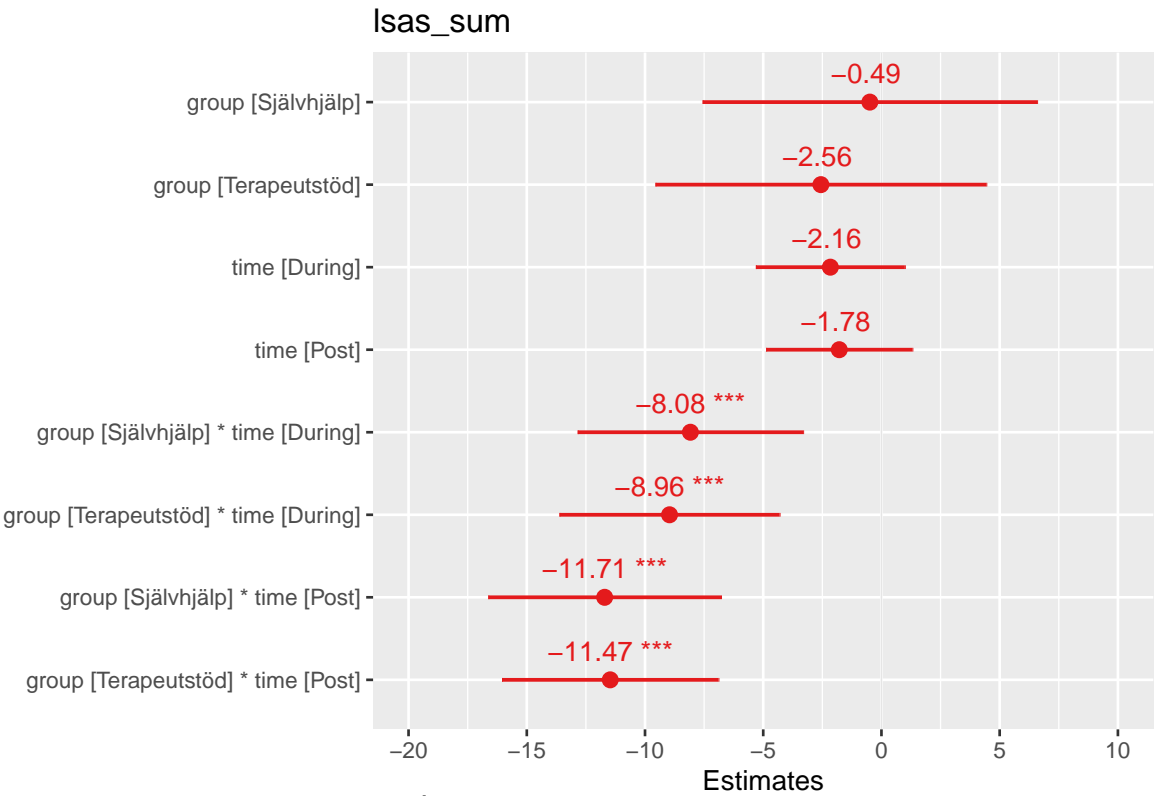


576

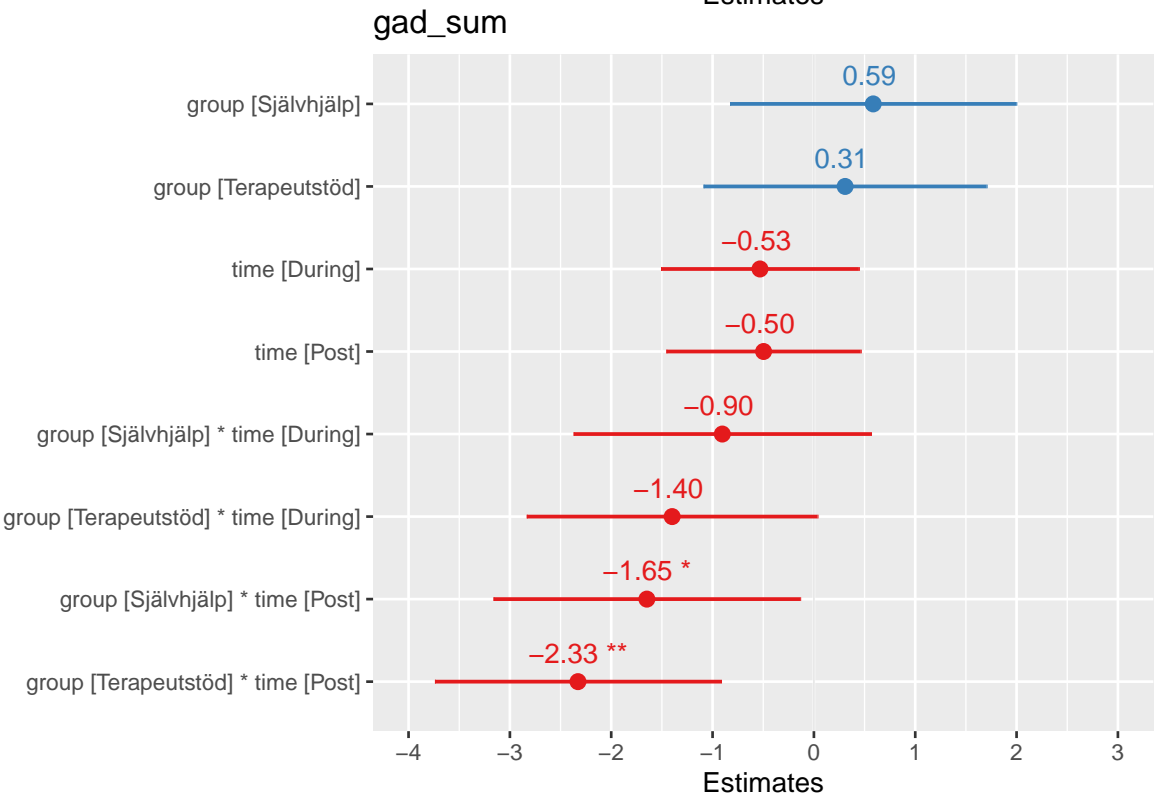


577

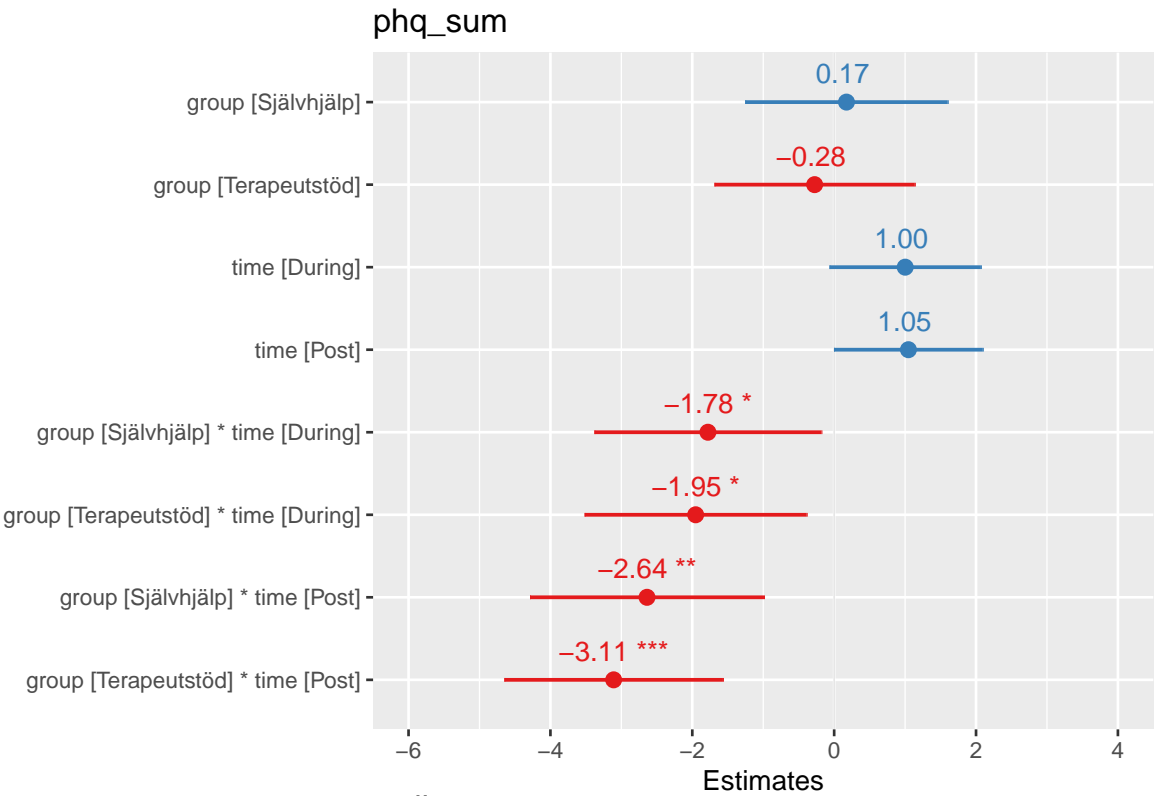




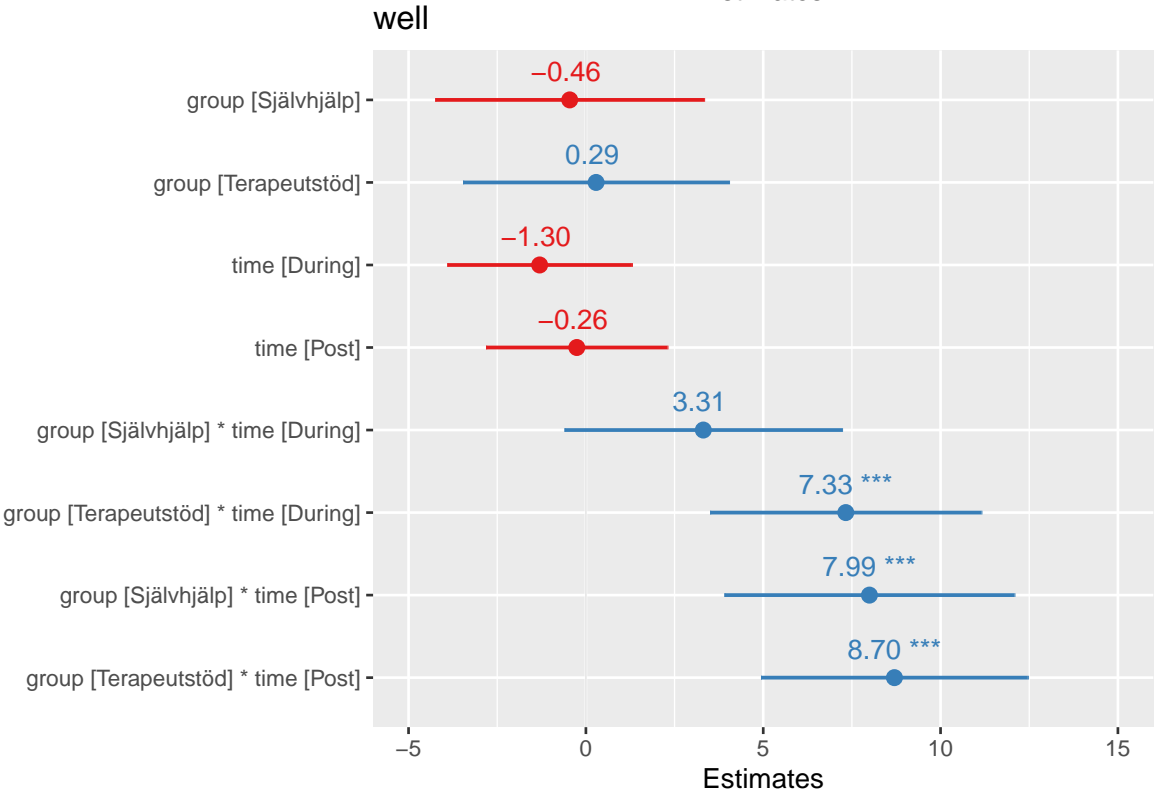
578



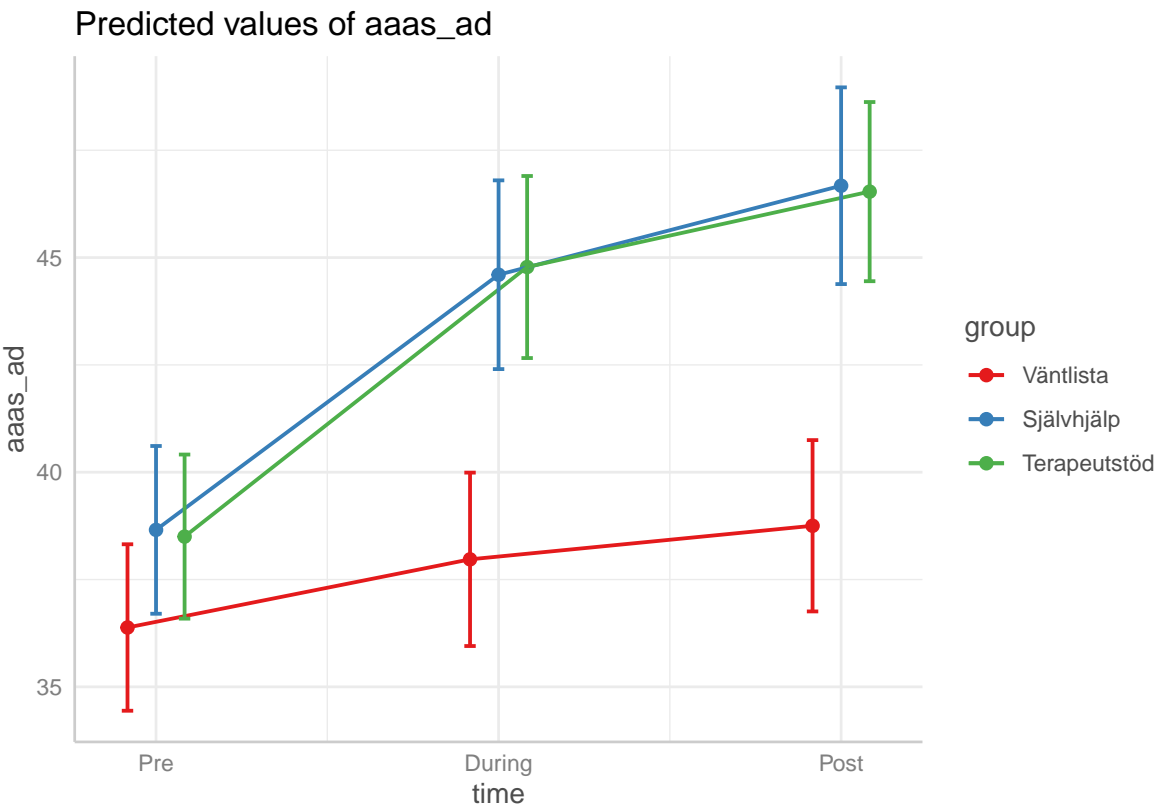
579



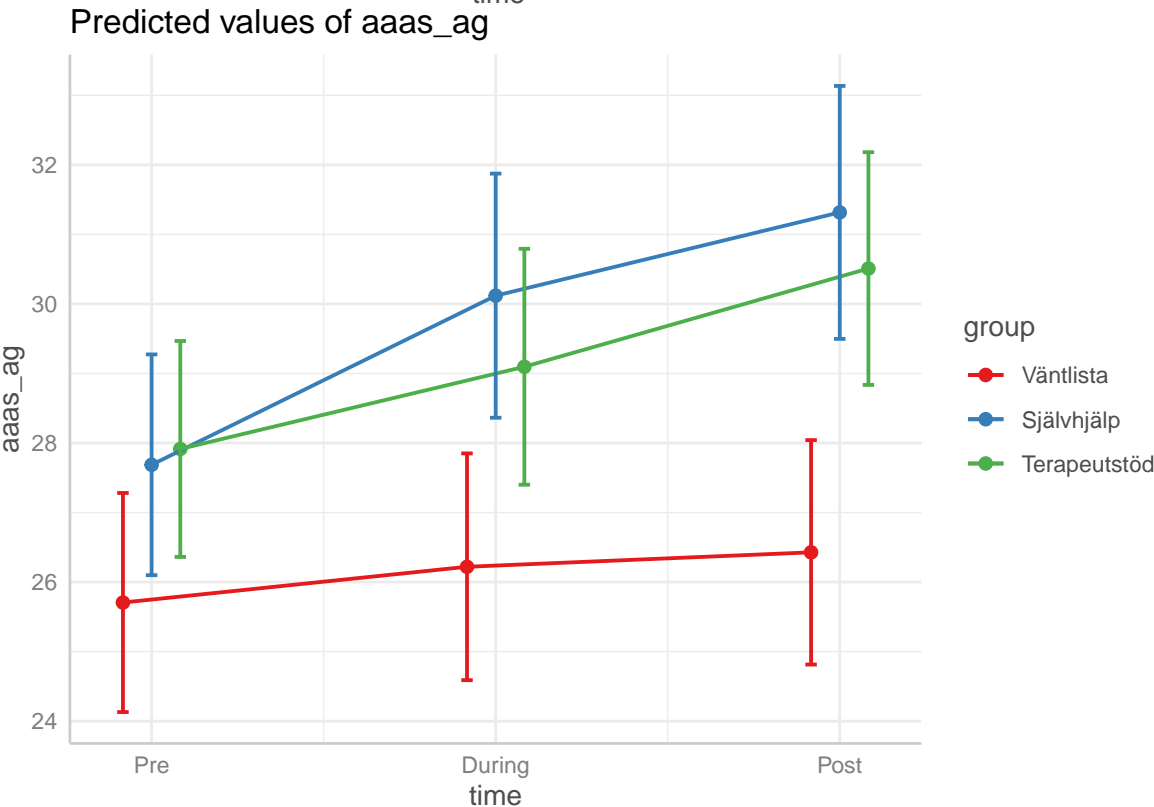
580



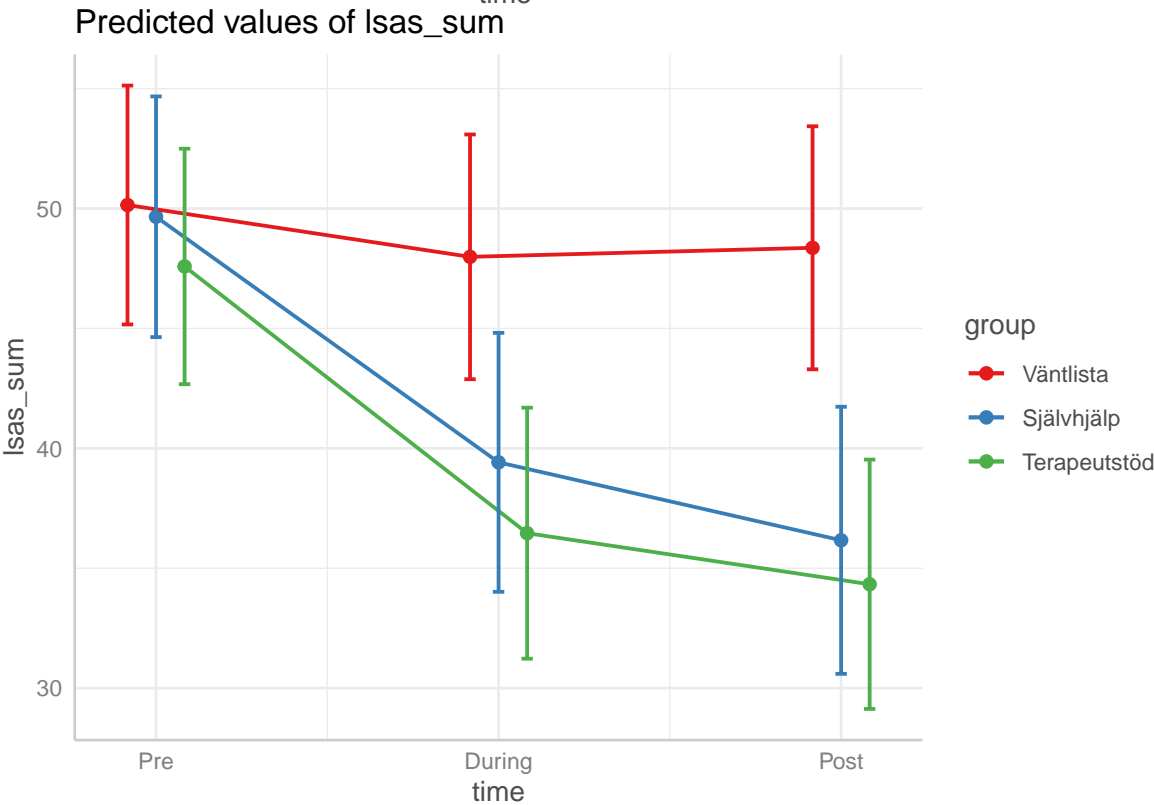
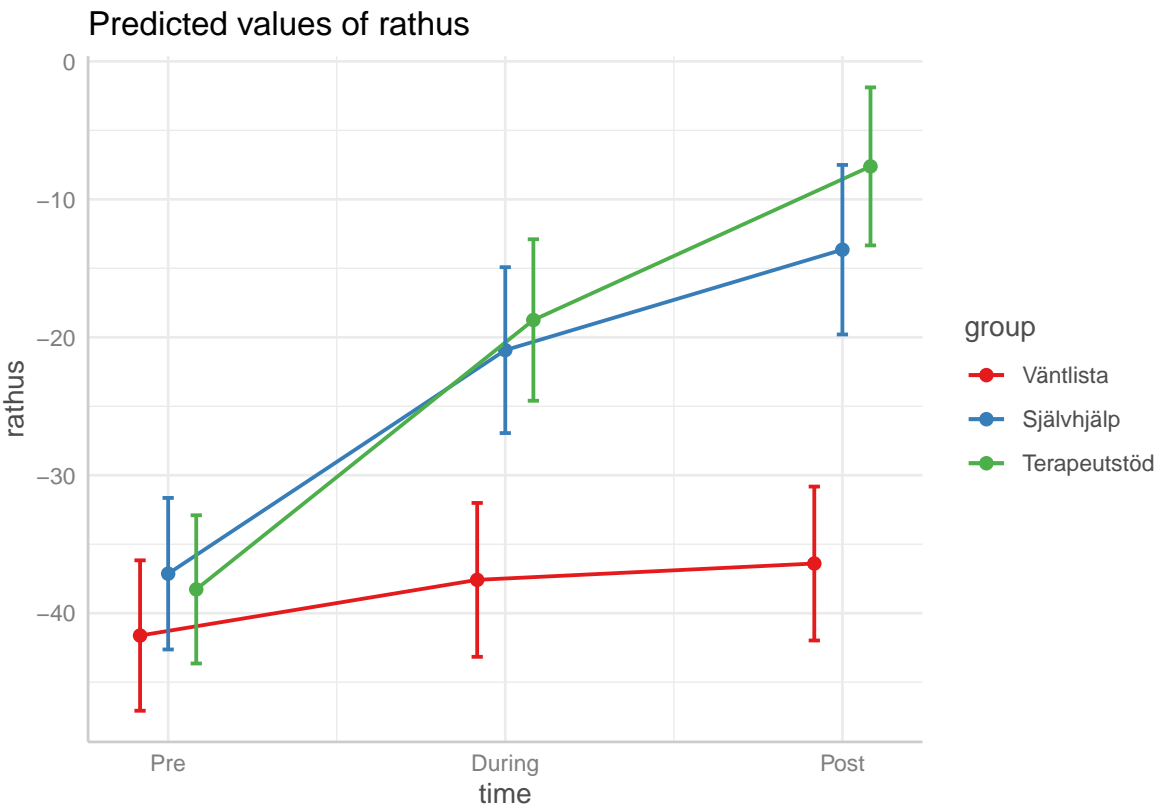
581

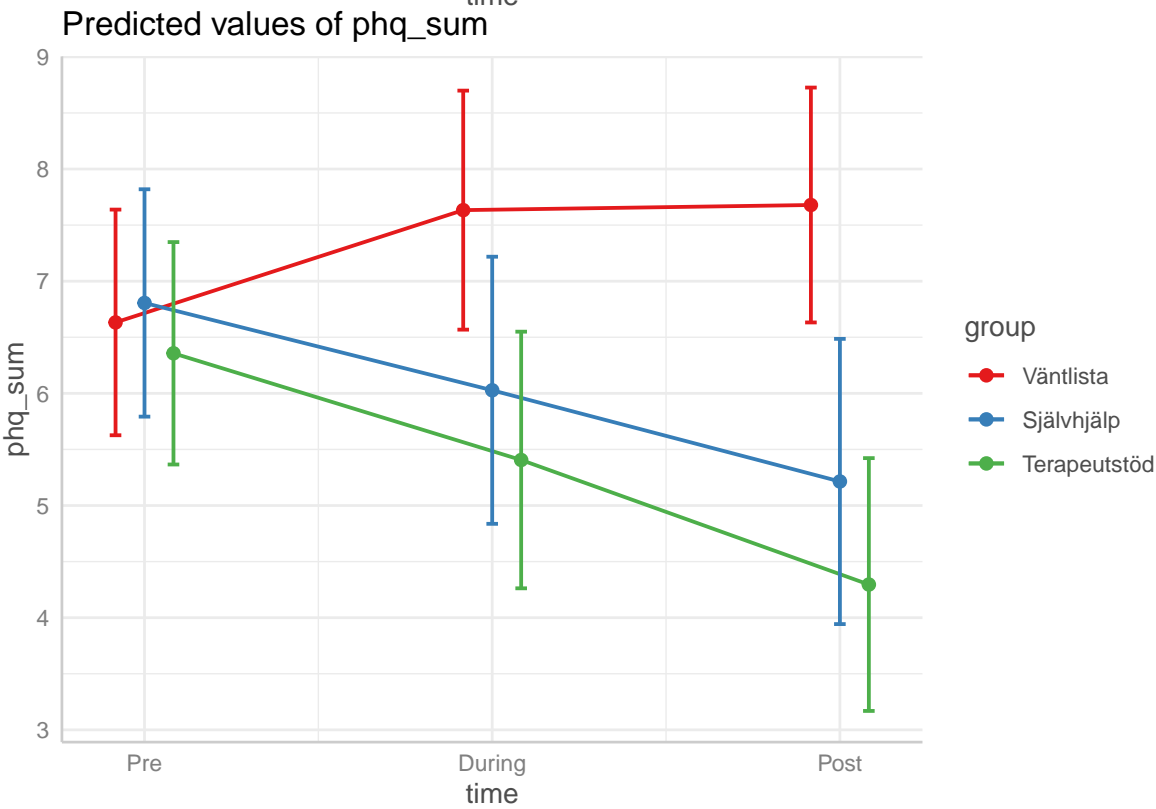
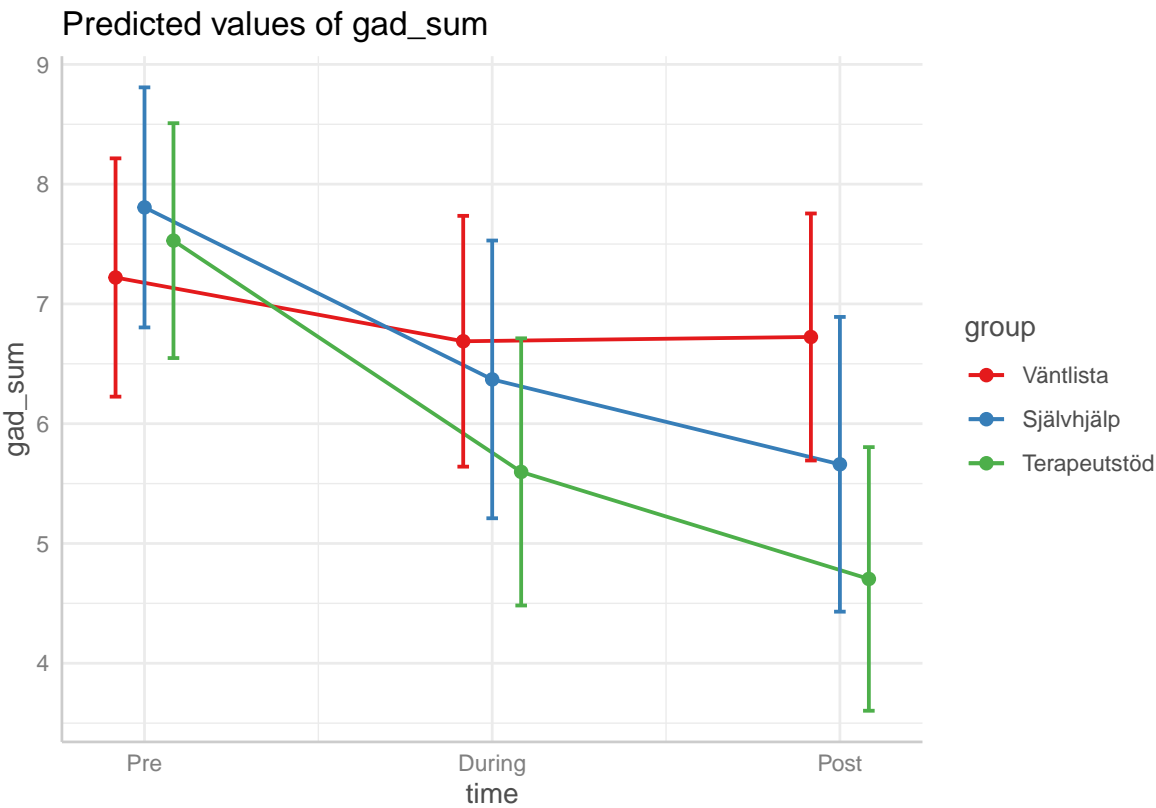


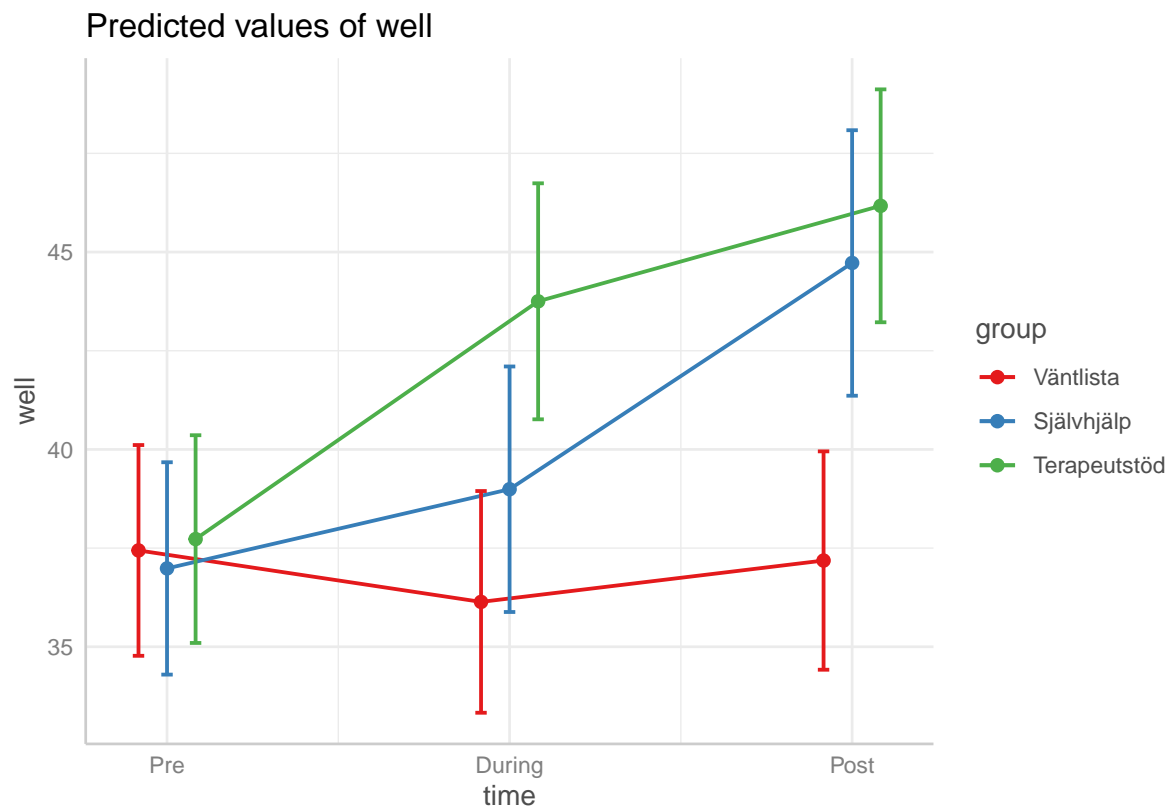
582



583







588

```

589 ## group = Väntlista:
590 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
591 ## Pre      36.4 0.989 288    34.0    38.8
592 ## During   38.0 1.031 321    35.5    40.5
593 ## Post     38.8 1.018 311    36.3    41.2
594 ##
595 ## group = Självhjälp:
596 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
597 ## Pre      38.7 0.997 288    36.3    41.1
598 ## During   44.6 1.122 379    41.9    47.3
599 ## Post     46.7 1.170 411    43.9    49.5
600 ##
601 ## group = Terapeutstöd:
602 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
603 ## Pre      38.5 0.975 288    36.2    40.8
604 ## During   44.8 1.082 370    42.2    47.4
605 ## Post     46.5 1.065 356    44.0    49.1
606 ##
607 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
608 ## Confidence level used: 0.95
609 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates
610 ## group = Väntlista:

```

```

611 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
612 ## Pre 25.7 0.804 269 23.8 27.6
613 ## During 26.2 0.832 298 24.2 28.2
614 ## Post 26.4 0.823 288 24.4 28.4
615 ##
616 ## group = Självhjälp:
617 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
618 ## Pre 27.7 0.810 269 25.7 29.6
619 ## During 30.1 0.896 352 28.0 32.3
620 ## Post 31.3 0.928 382 29.1 33.5
621 ##
622 ## group = Terapeutstöd:
623 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
624 ## Pre 27.9 0.792 269 26.0 29.8
625 ## During 29.1 0.866 342 27.0 31.2
626 ## Post 30.5 0.854 330 28.5 32.6
627 ##
628 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
629 ## Confidence level used: 0.95
630 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates
631 ## group = Väntlista:
632 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
633 ## Pre -41.62 2.78 269 -48.3 -34.917
634 ## During -37.58 2.85 288 -44.4 -30.730
635 ## Post -36.40 2.85 288 -43.2 -29.544
636 ##
637 ## group = Självhjälp:
638 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
639 ## Pre -37.13 2.80 269 -43.9 -30.384
640 ## During -20.93 3.07 346 -28.3 -13.549
641 ## Post -13.65 3.14 365 -21.2 -6.110
642 ##
643 ## group = Terapeutstöd:
644 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
645 ## Pre -38.27 2.74 269 -44.9 -31.668
646 ## During -18.75 2.99 341 -25.9 -11.561
647 ## Post -7.61 2.92 322 -14.6 -0.579
648 ##
649 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
650 ## Confidence level used: 0.95
651 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates
652 ## group = Väntlista:
653 ## time emmean SE df lower.CL upper.CL
654 ## Pre 50.1 2.54 243 44.0 56.3

```

```

655 ## During    48.0 2.60 264    41.7    54.3
656 ## Post      48.4 2.59 258    42.1    54.6
657 ##
658 ## group = Självhjälp:
659 ## time    emmean    SE    df lower.CL upper.CL
660 ## Pre      49.7 2.56 243    43.5    55.8
661 ## During   39.4 2.76 306    32.8    46.0
662 ## Post     36.2 2.84 334    29.3    43.0
663 ##
664 ## group = Terapeutstöd:
665 ## time    emmean    SE    df lower.CL upper.CL
666 ## Pre      47.6 2.51 243    41.5    53.6
667 ## During   36.5 2.67 298    30.0    42.9
668 ## Post     34.3 2.65 292    27.9    40.7
669 ##
670 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
671 ## Confidence level used: 0.95
672 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates

673 ## group = Väntlista:
674 ## time    emmean    SE    df lower.CL upper.CL
675 ## Pre      7.22 0.508 324     6.00     8.44
676 ## During   6.69 0.534 362     5.40     7.97
677 ## Post     6.72 0.526 350     5.46     7.99
678 ##
679 ## group = Självhjälp:
680 ## time    emmean    SE    df lower.CL upper.CL
681 ## Pre      7.81 0.511 324     6.58     9.04
682 ## During   6.37 0.592 419     4.95     7.79
683 ## Post     5.66 0.628 451     4.15     7.17
684 ##
685 ## group = Terapeutstöd:
686 ## time    emmean    SE    df lower.CL upper.CL
687 ## Pre      7.53 0.500 324     6.32     8.73
688 ## During   5.60 0.569 410     4.23     6.97
689 ## Post     4.70 0.562 401     3.35     6.05
690 ##
691 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
692 ## Confidence level used: 0.95
693 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates

694 ## group = Väntlista:
695 ## time    emmean    SE    df lower.CL upper.CL
696 ## Pre      6.63 0.513 352     5.40     7.87
697 ## During   7.63 0.544 390     6.33     8.94
698 ## Post     7.68 0.534 378     6.39     8.96

```



```

699 ##
700 ## group = Självhjälp:
701 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
702 ## Pre      6.81 0.517 352     5.56     8.05
703 ## During   6.03 0.608 440     4.57     7.49
704 ## Post     5.21 0.649 468     3.65     6.77
705 ##
706 ## group = Terapeutstöd:
707 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
708 ## Pre      6.36 0.506 352     5.14     7.57
709 ## During   5.41 0.584 433     4.00     6.81
710 ## Post     4.30 0.575 425     2.91     5.68
711 ##
712 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
713 ## Confidence level used: 0.95
714 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates

715 ## group = Väntlista:
716 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
717 ## Pre     37.4 1.36 321     34.2     40.7
718 ## During  36.1 1.43 359     32.7     39.6
719 ## Post    37.2 1.41 347     33.8     40.6
720 ##
721 ## group = Självhjälp:
722 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
723 ## Pre     37.0 1.37 321     33.7     40.3
724 ## During  39.0 1.59 415     35.2     42.8
725 ## Post    44.7 1.72 457     40.6     48.8
726 ##
727 ## group = Terapeutstöd:
728 ## time    emmean    SE  df lower.CL upper.CL
729 ## Pre     37.7 1.34 321     34.5     41.0
730 ## During  43.8 1.53 407     40.1     47.4
731 ## Post    46.2 1.51 398     42.6     49.8
732 ##
733 ## Degrees-of-freedom method: kenward-roger
734 ## Confidence level used: 0.95
735 ## Conf-level adjustment: bonferroni method for 3 estimates

```

## 736 Diskussion

737 Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälsprogram för  
738 att förbättra individers konstruktiva självhävdelse. Programmet administrerades via en internetbaserad  
739 plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde  
740 till stora delar på självhjälsmaterialen *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland

741 annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering  
742 och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd,  
743 en tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var kontrollgrupp. Vi  
744 konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet (oberoende av om man hade behandlarstöd eller inte)  
745 gav bättre resultat än att vara placerad på väntlista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan  
746 gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd. De två grupperna var lika effektiva.

747 *Vi bör avsluta detta stycke med några få rader om den analys vi gjorde och resultatet vi fick!*

## 748 **Resultatdiskussion**

749 återstår att skriva!

## 750 **Primär frågeställning.**

## 751 **I relation till annan forskning, självhävande**

## 752 **Behov av ny forskning**

## 753 **Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet**

754 All data som låg till grund för inkludering eller exkludering i den aktuella studien var insamlad  
755 från självskattningsformulär. I och med att forskningspersonsinformation som potentiella deltagare  
756 kunde läsa innan de påbörjade screeningsprocessen presenterade såväl inkluderings- som exkluderings-  
757 kriterier (även om exkluderingskriterierna till viss del var allmänt formulerade) medför det risken att  
758 de som sökte till studien anpassade sina svar för att bli inkluderade. Då ingen klinisk intervju användes  
759 i screeningsprocessen fanns det ingen möjlighet att på så sätt upptäcka individer som borde exkluderas.  
760 Detta kan medföra att individer som egentligen borde ha exkluderats, på grund av icke sanningsenliga  
761 svar, istället blev inkluderade. Ingen klinisk intervju inkluderades då det låg utanför studiens möjliga  
762 resurser att administrera dessa till alla potentiella deltagare. En fördel med att inte ha använt kliniska  
763 intervjuerna är att tiden mellan påbörjad rekrytering och behandlingsstart blev kort, endast två veckor.

764 **Samplets representativitet för populationen.** Med nästintill 90% kvinnor i samplet var köns-  
765 fördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flertalet olika faktorer.  
766 För det första rapporterar kvinnor mer oro, ångslan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket  
767 skulle kunna göra kvinnor mer benägna att söka hjälp. För det andra tenderar män överlag att i lägre ut-  
768 sträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Cheater,  
769 & Marshall, 2005). Slutligen – vilket troligen är den mest påverkande faktorn i den aktuella studien – så  
770 marknadsfördes studien huvudsakligen på internet, bland annat med hjälp av annonser på sociala medier.  
771 Dessa annonser använder sig av en automatiserad algoritm som annonserar för de individer algoritmen  
772 tror har störst odds till att trycka på dem. Data som sammanställdes efter avslutad annonsering visade  
773 på att någonstans mellan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor.

774 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare  
775 10% studerade vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från Sveriges befolkning, där  
776 endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar av förklaringen till att en

777 så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle kunna vara att majoriteten  
778 av studiens deltagare är kvinnor, och att de i större utsträckning än män studerar vidare efter gymnasiet  
779 (Statistiska Centralbyrån, 2020). Då väldigt få deltagare i den aktuella studien hade yrkesutbildning,  
780 gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta avslutad utbildning bör man vara restriktiv  
781 med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

782 Både att väldigt många kvinnor deltog i den aktuella studien, och att en så stor andel av samplet  
783 hade påbörjade eller avslutade universitetsstudier, gör det svårare att generalisera resultatet till Sveriges  
784 befolkning i stort. Till fördel för samplets representation av populationen är däremot att det i och med  
785 en internetbaserad behandling fanns möjlighet till ett nationellt intag av deltagare.

786 Då det i skrivande stund varken finns data om prevalens av bristande självhävdelse i Sveriges  
787 population, eller data om vilka demografiska faktorer denna brist korrelerar med, är det ytterst svårt att  
788 säga hur representativ för Sveriges befolkning samplet i den aktuella studien är.

789 I denna studie placerades en tredjedel av deltagarna på en väntlista. En risk med användandet  
790 av väntlista är att de deltagare som tilldelas väntlistan försämras under behandlingens gång. I en meta-  
791 analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, and Carlbring (2017) att  
792 över 15% av de som tilldelas betingelsen väntlista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6%  
793 av de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att de effekter som upptäcks snarare gör  
794 det på grund av försämrandet hos väntlista-betingelsen snarare än förbättrandet hos de som betingats till  
795 behandlingen. I den aktuella studien försämrades ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen.  
796 Varken i väntlistan eller i någon av de andra betingelserna. Det går ändå att diskutera om användandet  
797 av väntlista som kontroll är ett klokt beslut. Användandet av väntlista höjer allt som oftast oddsen för  
798 att hitta en signifikant effekt jämfört med att tilldela kontrollgruppen mer aktiva betingelser (Mohr m.fl.,  
799 2009). Troligen hade det varit bättre att tilldela de som fick väntlistebetingelsen en aktiv betingelse så  
800 som tillgång till ett diskussionsforum.

801 *Detta stycke behöver kontrolleras så att det fortfarande stämmer när vi avslutat insamling av*  
802 *eftermätningen*

803 Då behandlingsmaterialet översatts till svenska inför den aktuella studien – och originalmate-  
804 rialet användes utan inslag av behandlarstöd – fanns det ingen behandlarstödsmanual eller dylikt för  
805 studiens behandlare att använda sig av. Behandlarna hade utöver detta ingen tidigare erfarenhet av in-  
806 ternetbaserad psykologisk behandling. Dock hade båda behandlarna tidigare erfarenhet av ansikte mot  
807 ansikte-behandling med individer med självrapporterad bristande självhävdelse. Bristen på erfarenhet av  
808 internetbaserad behandling kan ha påverkat kvaliteten i det behandlarstöd som gavs. Å andra sidan har det  
809 visat sig att tidigare erfarenheter och kunskaper om I-KBT hos behandlare inte gör nämnvärd skillnad så  
810 länge de har grundläggande kunskaper inom psykologisk behandling (Baumeister, Reichler, Munzinger,  
811 & Lin, 2014). Båda behandlarna hade även tillgång till både ett dokument med generella förhållningssätt  
812 vid internetbehandling samt till vid-behov-handledning och stöd av en legitimerad psykolog med om-  
813 fattande erfarenhet av I-KBT. Den generella målsättningen var att behandlarna skulle spendera cirka 15  
814 minuter per vecka och deltagare. Detta varierade dock nämnvärt beroende på hur frekvent behandlarens  
815 deltagare hörde av sig till behandlaren med behandlingsrelaterade frågor samt hur utförligt deltagarna  
816 besvarade behandlingsprogrammets övningar.

817 Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av  
818 självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och RAS (Rathus, 1973). Då dessa

819 skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de inför rekryteringsstart. Det finns många rekomen-  
820 dation och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2001;  
821 och Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 för två väl använda metoder). Ett gemensamt tema i  
822 dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat användningsspråk  
823 (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer och att den översatta  
824 versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare. En bedöm-  
825 ning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det planerade användningsspråket  
826 till originalspråket. AAA-S och RAS översattes inför föreliggande uppsats endast en gång från engelska  
827 till svenska.

828 De nyöversatta skalorna är ej validerade och saknar svenska normer. Istället används data för både  
829 AAA-S och RAS från student-sample 1 från Thompson and Berenbaum (2011) som icke-kliniska normer.  
830 Fördelen med dessa data är dels att de är relativt aktuella, dels att de härrör från ett och samma sample och  
831 därför ger goda möjligheter till jämförelser sins emellan. Data från föreliggande uppsats skulle potentiellt  
832 kunna användas för att validera de svensköversatta skalorna i en uppföljande studie, dock endast med  
833 dilemmat att båda översättningar på en och samma gång är icke-validerade och idealiska kriterier för  
834 varandras validering; det saknas tyvärr vedertagna skalor i litteraturen för *assertiveness* utöver RAS och  
835 AAA-S. Ytterligare en begränsning för ett sådan validering är att det sample som undersöks i den här  
836 uppsatsen har en förmodad slagsida åt passiv självhävdelse och sannolikt inte innehåller tillräckligt med  
837 data från individer som kan antas ha överskott av aggressiv självhävdelse. Idealiskt sett skulle denna  
838 brist avhjälpas i kommande kompletterande undersökningar.

### 839 Sammanfattning (?)

## 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. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alberti, R., & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2:a uppl.). San Luis Obispo: Impact.
- Alberti, R., & Emmons, M. (2017). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*. New Harbinger Publications.
- 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 från <https://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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Baker, A. E., & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-5942-1>
- 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. <https://doi.org/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., Quigley, K. S., & Hamilton, P. (2016). An active inference theory of allostasis and interoception in depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708). <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0011>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of

- 877 Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191.  
878 <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- 879 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- 880 Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for  
881 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology*  
882 *Review*, 49, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- 883 Braconier, A., & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 884 Buell, G., & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),  
885 71–80. <https://doi.org/10.2466/pr0.1981.49.1.71>
- 886 Burke, J., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered  
887 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive*  
888 *Psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- 889 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse.  
890 *Feminism/postmodernism*, 327, x.
- 891 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and  
892 suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595.  
893 <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- 894 Carlbring, P., & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*  
895 *kognitiv beteendeterapi* (2., [uppdä]. Stockholm: Natur & kultur.
- 896 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs.  
897 face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated  
898 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18.  
899 <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- 900 Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:  
901 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.  
902 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- 903 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. Oxford University Press.  
904 <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001>
- 905 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4),  
906 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- 907 Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia* (Vol. 41, s. 22–23).
- 908 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008).  
909 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,  
910 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- 911 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U.  
912 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024.

- 913 <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- 914 Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university  
915 students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*  
916 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- 917 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion  
918 Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder.  
919 <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- 920 Dweck, C. S., Chiu, C. yue, Hong, Y. yi, Chiu, C. yue, & Hong, Y. yi. (1995). Implicit Theories and  
921 Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological*  
922 *Inquiry*, 6(4), 267–285. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1)
- 923 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*  
924 *science : a journal of the American Psychological Society / APS*, 4(4), 326–339. Hämtad från  
925 <https://www.affective-science.org/pubs/2009/barrett2009-future-psych.pdf>  
926 <http://www.jstor.org/stable/40645696>{\%}0Ahttp://about.jstor.org/terms
- 927 Fensterheim, H., & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing  
928 Company.
- 929 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-álvarez, M. (2018).  
930 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An  
931 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12.  
932 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- 933 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet* (s. 67).
- 934 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D.  
935 (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of  
936 self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.  
937 <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- 938 Furmark, T. I., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). *Social fobi -*  
939 *social ångest : effektiv hjälp med KBT* (Tredje uppg). Stockholm: Liber.
- 940 Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature  
941 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623.  
942 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- 943 Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.  
944 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 945 Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.  
946 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- 947 Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes:  
948 Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social*  
949 *Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 950 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave

- 951 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.  
952 [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- 953 Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a  
954 behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–190.
- 955 Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential  
956 Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and  
957 Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- 958 Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive  
959 behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5),  
960 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- 961 International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures  
962 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från  
963 [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 -](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)  
964 [Embargoed 5 November 1200 CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
- 965 Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining  
966 meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in*  
967 *clinical research* (Vol. 59, s. 521–538). Hämtad från  
968 <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- 969 Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of  
970 Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304.  
971 <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>
- 972 Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional*  
973 *Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160.  
974 <https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.1.153>
- 975 Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in  
976 Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200.  
977 <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- 978 Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression  
979 severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- 980 Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire  
981 Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital*  
982 *Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- 983 Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. Hämtad  
984 från <http://awkruijt/JTRCI/>
- 985 Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. Hämtad från  
986 <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- 987 Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I  
988 *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier.



- 1089 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7>
- 1090 Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of  
 1091 web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study.  
 1092 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 1093 Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*  
 1094 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,  
 1095 Inc.
- 1096 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1097 McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1098 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive  
 1099 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.  
 1100 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 1101 Michel, F., & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical  
 1102 Interventions. Hämtad från  
 1103 <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- 1104 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of  
 1105 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),  
 1106 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- 1107 Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009).  
 1108 The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of  
 1109 psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284.  
 1110 <https://doi.org/10.1159/000228248>
- 1111 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,  
 1112 21–23.
- 1113 Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.  
 1114 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207.  
 1115 [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90100-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(75)90100-7)
- 1116 Pezzulo, G., Rigoli, F., & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic  
 1117 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35.  
 1118 <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2015.09.001>
- 1119 Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear*  
 1120 *Mixed Effects Models*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- 1121 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 1122 R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R  
 1123 Foundation for Statistical Computing. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- 1124 Rakos, R. F., & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered  
 1125 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5),

- 991–993. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.991>
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Regeringskansliet, S., & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025* (s. 1–16). Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- Rich, A. R., & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081–1096. <https://doi.org/10.1037/h0078049>
- Robichaud, M., & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD* (s. 270). Natur & kultur.
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020). Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For Better or Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 160–177. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2015). The Role of Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9652-6>
- Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2016). Evaluating the Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(6), 508–520. <https://doi.org/10.1177/1948550616644657>
- Sewart, A. R., & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). <https://doi.org/10.1037/0000150-015>
- Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
- Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*

- 1064            *therapy*. Bantam.
- 1065    Socialstyrelsen. (2004). *Växelviss boende: Att bo hos både pappa och mamma fast de inte bor*  
1066            *tillsammans*. Socialstyrelsen.
- 1067    Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.  
1068            Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241.  
1069            Hämtad från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- 1070    Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad från  
1071            <https://div.socialstyrelsen.se/>
- 1072    Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten  
1073            Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20.  
1074            <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 1075    Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing  
1076            Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.  
1077            <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 1078    Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad från [https://www.scb.se/hitta-](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)  
1079            [statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- 1080    Tanck, R. H., & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to  
1081            Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400.  
1082            [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304_11)
- 1083    Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S).  
1084            *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334.  
1085            <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9226-9>
- 1086    Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric  
1087            comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.  
1088            *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136.  
1089            <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- 1090    Torchiano, M. (2020). *effsize: Efficient Effect Size Computation*.  
1091            <https://doi.org/10.5281/zenodo.1480624>
- 1092    Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:  
1093            Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*  
1094            *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.  
1095            <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 1096    Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality  
1097            of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,  
1098            107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 1099    Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).  
1100            Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be

- 1101 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 1102 Ward, C., & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 1103 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses, 20(42), 825–829.
- 1104 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1105 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*  
1106 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1107 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*  
1108 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*  
1109 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 1110 Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear  
1111 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.  
1112 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>
- 1113 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.  
1114 Öst.