

1 Respekt i kvadrat: En randomiserad kontrollerad effektstudie 2 av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdelse

3 Tobias Hagberg & Patrik Trang

4 Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

5 Sammanfattning

6 Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävdelse' (*assertiveness* på engelska) definieras som handlande som är förenligt med respekt för både egna och andras rättigheter, exempelvis att uttrycka behov och önskemål, att sätta gränser och att dela tankar och känslor. Brister i konstruktiv självhävdelse är förknippat med klinisk och subklinisk psykisk ohälsa, till exempel stress, svårigheter i relationer, emotionell instabilitet, generaliserat ångestsyndrom, social ångest och depression. Syftet med den här studien är att undersöka effekten på konstruktiv självhävdelse av ett internet-behandlingsprogram med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning, *Respekt i kvadrat*. 205 personer med självupplevda besvär (88 % kvinnor, medelålder 42 år) rekryterades via annonsering i sociala medier. Deltagarna randomiserades till tre grupper: självhjälp ($n = 67$), behandlarstöd ($n = 70$) och väntelista ($n = 68$). Konstruktiv respektive aggressiv självhävdelse mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelista på delskalan för konstruktiv självhävdelse ($ES = 0,9$ för behandlarstöd och $ES = 1,0$ för självhjälp). Effekten var påtaglig vid mittenmätningen och även för förändring mellan för- och eftermätning ($ES = 1,0$) för båda grupper. Grupperna behandlarstöd och självhjälp hade signifikant ökning av andelen kliniskt signifikant förbättrade individer för konstruktiv självhävdelse jämfört med väntelista (17 % respektive 18 % i behandlingsbetingelserna mot 1,5 %). Resultaten visar att det internetförmedlade behandlingsprogrammet för konstruktiv självhävdelse är effektivt. Mer forskning med ett mer representativt sample samt validerade svenska skattningsskalor som mäter konstruktiv självhävdelse krävs för att avgöra om resultaten går att generalisera till populationen i stort.

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

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

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

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

24 Renodlad träning i *assertiveness* har paradoxalt nog en lång historia. De allra första behavioris-
25 tiska terapierna kring 1950-talet och framåt, bland annat de som beskrivs i Salter (1949) samt Wolpe
26 och Lazarus (1966), var specifikt inriktade på självhävdelseträning som ett behaviouristiskt alterna-
27 tiv till psykoanalys för neurotiker. Dessa första behaviouristiska terapier byggde på principerna om
28 klassisk betingning: Målet för *assertiveness*-träningen var att para aversiva stimuli som tidigare gav
29 upphov till exempelvis passivitet eller aggressivitet med konstruktiv självhävdelse. Denna träning
30 integrerade ofta avslappning, med rationalen att avslappning och ångest inte kan förekomma samti-
31 digt. Som en del i den självhävdelsefokuserade psykoterapin förskrevs tydligt beskrivna beteenden
32 för klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

33 Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävdelse både att formaliseras till sofistike-
34 rade behandlingsprogram, som i Linehan (1979) och att populariseras. Självhjälptitlar som *Don't*
35 *say yes when you want to say no* (Fensterheim & Baer, 1975) och *When I say no, I feel guilty: how*
36 *to cope—using the skills of systematic assertive therapy* (Smith, 1975) gjorde de inlärningsteoretiskt
37 väl förankrade metoderna tillgängliga för en bredare massa – men möjligen i ett alltför hurtigt for-
38 mat. Självhjälpsboomen under 1970-talet sammanföll med sociala och politiska omvälvningar i sam-
39 hället, där marginaliserade grupper gjorde sig allt mer hörda och maktstrukturer i samhället sattes
40 under förändringstryck. Dessa emanciperande och normbrytande rörelser väckte motstånd – precis
41 som behavioristiskt influerade terapier gjorde. Ett exempel på 1970-talskritik av träning i konstruk-
42 tiv självhävdelse är Mano (1976), som framt rekommenderade deltagare i *assertiveness*-kurser att
43 hävda sig själva genom att vägra betala kursavgiften.

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

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

En viktig del i kognitivt inriktad terapi är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobiker skulle ett beteendeeexperiment kunna handla om att gå på en fest och att säga något om sig själv i ett samtal med andra personer utan att använda sig av så kallade säkerhetsbeteenden. Ett för konstruktiv självhävdelse relevant exempel på ett säkerhetsbeteende skulle kunna vara att titta ned i golvet, ett annat att tala tyst. Efter genomfört beteendeeexperiment kan klienten få hjälp av terapeuten att utvärdera utfallet – hur det gick att lägga säkerhetsbeteendena åt sidan, om personen klarade av att stanna i situationen även om något oönskat inträffade, vilka konsekvenser ökat engagemang ledde till och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att bryta det undvikande som vidmakthåller de psykiska problemen.

Vad är konstruktiv självhävdelse?

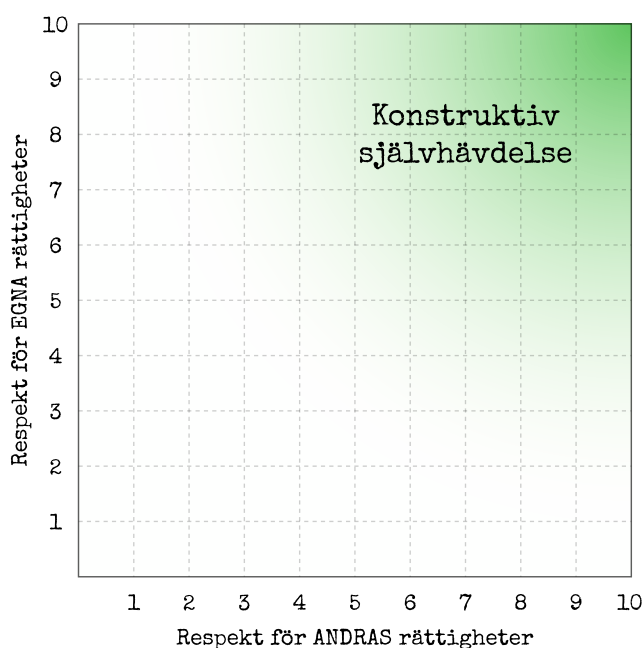
Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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

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

På svenska är begreppet 'sund självhävdelse' vanligare än 'konstruktiv självhävdelse'. I behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* (som beskrivs i kommande avsnitt) och den här studien väljer vi att tala om konstruktiv snarare än sund självhävdelse som målbeteende, eftersom det tydligare utgår från individens eget perspektiv på vad som ger framkomlighet.

Vikten av en funktionell förståelse av begreppen. Mitamura (2018) problematiserar skillnaden mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna bör förstås i de sammanhang de utförs. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kontext framstår som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande; beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv självhävdelse, och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål för pågående förhandling mellan parterna i det specifika sammanhanget, dels präglad av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen



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

91 påbjuder (Butler, 2011; Hayes & Brownstein, 1986). Genom att anlägga ett funktionellt och kon-
 92 textuellt synsätt på självhävdelsebeteenden är det möjligt att använda begreppen utan att moralisera
 93 eller att vara normativt förskrivande. Begreppen "konstruktiv självhävdelse", "passiv självhävdelse"
 94 och "aggressiv självhävdelse" kan användas pragmatiskt för att till exempel i en terapi särskilja, tala
 95 om och utvärdera idiografiskt handlande i en specificerad kontext – inklusive hur de förhåller sig till
 96 normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå.

97 **Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse**

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

101 Det gör att många viktiga slutsatser av den tidigaste forskningen har hamnat i skymundan.
 102 Både Wolpe och Lazarus (1966) samt Orenstein, Orenstein och Carr (1975) bygger sina metoder
 103 på premisen att det är oförenligt att samtidigt uppleva ångest och att på ett genuint sätt hävda si-
 104 na önskingar och behov på ett konstruktivt sätt. Barrett och Yarrow (1977) visar att *assertiveness*
 105 hos barn korrelerar med prosociala beteenden. Buell och Snyder (1981) följer upp det fyndet med

106 en metod för att träna *assertiveness* hos barn. På temat att det är en tillgång i relationer att på ett
107 konstruktivt sätt uttrycka sina tankar, känslor, behov och önskningar visar Kincaid (1978) att själv-
108 hävdelse är förknippat med förbättrade interpersonella relationer. Det är korrelerat också positivt
109 med förmågan att möta hinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979).
110 Rakos och Schroeder (1979) visar att *assertiveness* med fördel kan läras ut genom självhjälpsmate-
111 rial och Rich och Schroeder (1976) sammanställer och utvärderar olika metoder som används för att
112 träna *assertiveness*.

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

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

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

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

140 Chambless och Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT,
141 utifrån en tydlig definition av vad som bör betraktas som en ”empiriskt underbyggd terapi” – det vill
142 säga att effekten av terapin bör ha undersökts med en randomiserad och kontrollerad studie (RCT)
143 som har haft specificerade grupper och som har använt väl beskrivna behandlingar. Sammanställ-
144 ningen visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer
145 (oaktat till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställ-
146 ningar med uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer har sedan dess publicerats regelbundet i
147 England av National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psycho-

logical Association (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet vid psykologisk behandling.

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

Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård

Internet har ändrat allmänhetens tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För cirka 15 år sedan använde mindre än 20 % av världens befolkning internet. År 2019 var siffran 54 %. I Europa är motsvarande andel 83 % (International Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport *Svenskarna och internet* (Findahl, 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85 % år 2010 till 95 % år 2019. Nästintill hela Sveriges befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som använder internet i Sverige söker även efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka hälften utnyttjar e-tjänster relaterade till sjukvården (Findahl, 2019).

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

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

Det finns i Sverige flera exempel på KBT-interventioner som har beforskats i form av I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Furmark, Holmström, Sparth, Carlbring och Andersson (2019), Robichaud och Dugas (2018) samt Carlbring och Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar kapitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka under behandlingens gång. I-KBT-behandlingsprogrammen brukar ges via säkra och krypterade plattformar (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring & Andersson, 2016) men kan även inkludera andra medier så som mobilappar (Ivanova m. fl., 2016).

I-KBT är ett effektivt behandlingsformat för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys från 2018 som inkluderar 64 RCT-studier konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av

189 både depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (Andrews
190 m. fl., 2018). Författarna konstaterar att medeleffektstorleken för I-KBT är $d = 0,8$ eller mer i jämfö-
191 relse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT
192 är dessutom effektmässigt jämförbart med terapeutledd terapi. Likvärdigheten med terapeutledd te-
193 rapi bekräftas i ytterligare en meta-analys från samma år (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper &
194 Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning (Andrews, Cuijpers,
195 Craske, McEvoy & Titov, 2010; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008).

196 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski & Cuij-
197 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid
198 olika kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också verk-
199 samt för symtomlindring vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress ($\eta_p^2 = 0,12$ i Day,
200 McGrath & Wojtowicz, 2013), prokrastinering ($d = 0,3-1,1$ i Rozental, Forsell, Svensson, Andersson
201 & Carlbring, 2015) och perfektionism ($d = 0,7-1,0$ i Rozental, Shafran m. fl., 2017; $d = 0,9$ i Wade
202 m. fl., 2019).

203 **I-KBT och stödbehandlare.** I en del behandlingsprogram tilldelas en stödbehandlare till del-
204 tagarna. Stödbehandlare kan ge återkoppling, besvara frågor och ge stöd allt eftersom behandlingen
205 fortskrider (Vlaescu m. fl., 2016). I en meta-analys från 2014 konstaterar Baumeister, Reichler, Mun-
206 zinger och Lin (2014) att I-KBT var effektivt oberoende av om deltagaren fick behandlarstöd eller
207 inte, men att I-KBT med stödbehandlare tenderar att ge något bättre effekt än I-KBT utan stödbe-
208 handlare. Stödbehandlarnas kompetens gör ingen skillnad för utfallet så länge som stödbehandlarna
209 har fått grundläggande utbildning i att ge psykoterapi (Baumeister m. fl., 2014).

210 Graden av interaktion mellan stödbehandlare och deltagare varierar beroende på behandlings-
211 upplägg. Berger m. fl. (2011) samt *Valentinstudien* (Samuelsson & Way, 2018) gav deltagare möjlig-
212 het till mejl- och telefonkontakt och Titov m. fl. (2010) gav deltagarna tillgång till ett diskussionsfo-
213 rum som modererades av stödbehandlarna. I dagsläget finns det inte tillräckligt med forskning för att
214 med säkerhet kunna uttala sig om vilken stödbehandlarmetod som är mest effektiv. Det finns dock
215 indikationer på att frekvensen av kontakt mellan stödbehandlare och deltagare ej påverkar utfallet
216 så länge åtminstone en kontakt sker per vecka. Kontaktfrekvensen verkar inte heller påverka skattad
217 terapeutallians eller nöjdhet med behandlingen (Klein m. fl., 2009).

218 Trots att evidensen för kognitiv och beteendeterapeutisk behandling vid ångestsyndrom och
219 depressiva syndrom är god förblir majoriteten av personer med psykiska besvär även i länder med
220 väl utvecklad sjukvård obehandlade (Craske m. fl., 2017). Många kan bära på ett psykiskt lidande
221 utan att för den skull nå upp till kriterierna för någon av diagnoserna i DSM. Och för dem som ändå
222 skulle göra det är tillgången till vård en begränsande faktor som I-KBT kan avhjälpa (Andrews m. fl.,
223 2018).

224 **Användarupplevelsen av I-KBT och självhjälpsmaterial.** I-KBT med behandlarstöd kan
225 erbjuda klienter fördelar som inte har någon motsvarighet i ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT
226 kan erbjuda en anonymitet som gör det lättare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren,
227 Johansson, Jaarsma, Andersson & Köhler, 2018; Rozental m. fl., 2020). Behandlingsupplägget med
228 I-KBT ger dessutom möjlighet till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som Lundgren m. fl.
229 (2018) uppmärksammar är att vissa upplever det enklare att uttrycka sig i skrift än i tal.

230 En nackdel med I-KBT är att vissa deltagare hindras av besvär med tekniken vilket kan försvå-
231 ra deras möjligheter till att ta del av vården. En annan är att de lösare tidsramarna erbjuder möjligheter
232 att skjuta upp eller prioritera ned internetbaserad behandling som är större än med fysiska besök hos
233 en kliniker (Burke, Richards & Timulak, 2019).

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

242 Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet

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

251 **Fokus på precisering av hinderande förutsägelser.** Det som i vardagsspråk beskrivs som
252 antingen tankar, känslor eller beteenden sammanfattas i det moderna neurovetenskapliga paradig-
253 met *prediktiv kodning* som upplevelsen av ett och samma fenomen: förutsägelser (Pezzulo, Rigoli
254 & Friston, 2015). Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av
255 begränsade sensoriska indata vägleda neuronal *top-down*-aktivitet som hjälper organismen att pre-
256 dicera sin yttre och inre kontext (Clark, 2016; Pezzulo m. fl., 2015). Den samlade upplevelsen av
257 rädsla och ångest, inklusive interoceptiva signaler från autonoma nervsystemet, är med det här syn-
258 sättet osäkerhetssignaler om tillförlitligheten i prediktionerna i situationen. Osäkerheten utgör ett
259 hot mot organismens resurs- och energihushållning i situationen (Barrett & Simmons, 2015; Feld-
260 man Barrett, 2009). Depression är enligt Barrett och Simmons (2015) ett uttryck för allt för stort
261 inflytande av hjärnans kortikala *top-down*-aktivitet på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-*
262 *up*-aktivitet, ångest är ett uttryck för alltför stort inflytande av *bottom-up*-aktivitet, som ger alltför
263 stora prediktionsfel. Både ångest och depression kommer beteendemässigt till uttryck som undvi-
264 kande, inklusive undvikande av upplevelsen av osäkerhet. Sådant emotionellt undvikande kan låsa
265 fast en person i förhöjd allostatisk belastning. Undvikandet hindrar samtidigt tillgång till naturliga
266 belöningar och återhämtning. KBT är potentiellt verksamt genom att bidra till att ”vikta om” pre-
267 diktionsfelen så att balansen förskjuts till favör mer relevanta *bottom-up*-signaler (Feldman Barrett,
268 2009).

269 Med ett hopp till beteendevetenskaplig analysnivå går det att benämna detta fenomen som att
270 personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser och därför också ökar sin inlärnings-
271 förmåga. För att i största möjliga mån hjälpa deltagarna att rikta fokus mot sådant handlande som kan

ge värdefulla lärdomar begränsar behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* de inslag som vanligtvis i KBT brukar benämnas som kognitiv omstrukturering till preciserande av och *in-vivo*-testande av hindrande förutsägelser i de självvalda, specifika situationer som deltagarna vill arbeta med. Generaliserade hindrande förutsägelser, som i Beck (1979) benämns som 'livsregler' och 'grundantaganden', är inte primära mål för interventionen.

Fokus på brytande av undvikande genom identifiering av belöningar. Undvikande av aversiva stimuli har ett uppbenbart överlevadsvärde och rädslolärläring tenderar att vara stark: Öhman och Mineka (2001) konstaterar att rädslolärläring inte enkelt låter sig påverkas av kognitiv kontroll i skarpt läge. En av anledningarna är att de neuronala osäkerhetskretsarna vid amygdala ligger djupt förankrade i limbiska delar av hjärnan. Att i överskott undvika stimuli som upplevs som hotfulla utan att vara det kan leda till psykopatologiska besvär både genom förlust av kontingent positiv förstärkning och ökad grad av sekundära besvär som exempelvis nedstämdhet och oroande.

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

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

Fokus på aktivering med varierande grad av osäkerhet. För att bryta undvikande används inom KBT metoder som exponering, beteendeeperiment och beteendeaktivering, var och en med sin egen rational men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så hög grad av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhetsbeteenden är beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation. Det generella problemet med utförande av säkerhetsbeteenden är att de bibehåller fokus på det som uppfattas som hotfullt och som både hindrar motbevisande av hindrande förutsägelser och möjligheten att träna tolerans för aversiva respondent upplevelser (Craske m. fl., 2008). Att emotionellt undvikande är ett sådant säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra till utveckling och vidmakthållande av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). De Castella m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplat till sämre effekt av exponering. Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom

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

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

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

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

Fokus på meta-färdigheter för inlärning. I *Respekt i kvadrat* ägnas inte utrymme i modulerna för "teoretisk" kognitiv omstrukturering av hindrande tankar i idiografiskt identifierade situationer – den slutsatser som personen drar är resultatet av i första hand beteendeeexperiment. Däremot ägnas teoretisk uppmärksamhet åt generella förhållningssätt till respondent obehag och inlärning. I beteendeeexperimenten i programmets moduler uppmanas deltagarna att både undersöka sin förmåga att reglera ned aversiva känslor och sin förmåga att tolerera dem. För många kan nyckeln för brytande av undvikande vara att acceptera och tillåta sina negativt färgade känslor och upplevelser (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma, Hayes & Walser, 2007). Programmet konfronterar explicit deltagarna med budskapet att brytande av undvikande oundvikligen är förenat med obehag, och hjälper samtidigt deltagarna att identifiera långsiktiga belöningar associerade med tolerans av obehag. Syftet är att förbättra oddsen att deltagarna tar ett första steg att bryta sådant emotionellt undvikande som vidmakthåller det psykiska lidandet (A-Tjak m. fl., 2015). Deltagarna får bland annat lära sig att diskriminera mellan det som Dweck, Chiu och Hong (1995) benämner som *fixed mindset* (ett personlighetsorienterat förhållningssätt till intelligens och utveckling) och *growth mindset* (ett

utvecklingsorienterat förhållningssätt) och hur dessa skilda synsätt i forskning har visat sig predicera negativa respektive positiva utfall i en akademiskt kontext. Överfört till behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* uppmanas deltagarna att se utmaningar som en förutsättning för nyinläring och utveckling. En person som tillämpar ett utvecklingsorienterat förhållningssätt till ångest uppvisar större motivation under behandlingens gång, vilket i sin tur är associerat med bättre odds för positiva behandlingsutfall (De Castella m. fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2015). Det har även visat sig att personer med ett *fixed mindset* i större utsträckning försöker undvika negativa emotioner samt i mindre utsträckning omvärderar sina förutsägelser i ljuset av nya erfarenheter (Schroder m. fl., 2015). Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett *growth mindset*.

Frågeställningar

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

Metod

Design

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

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

gifter samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

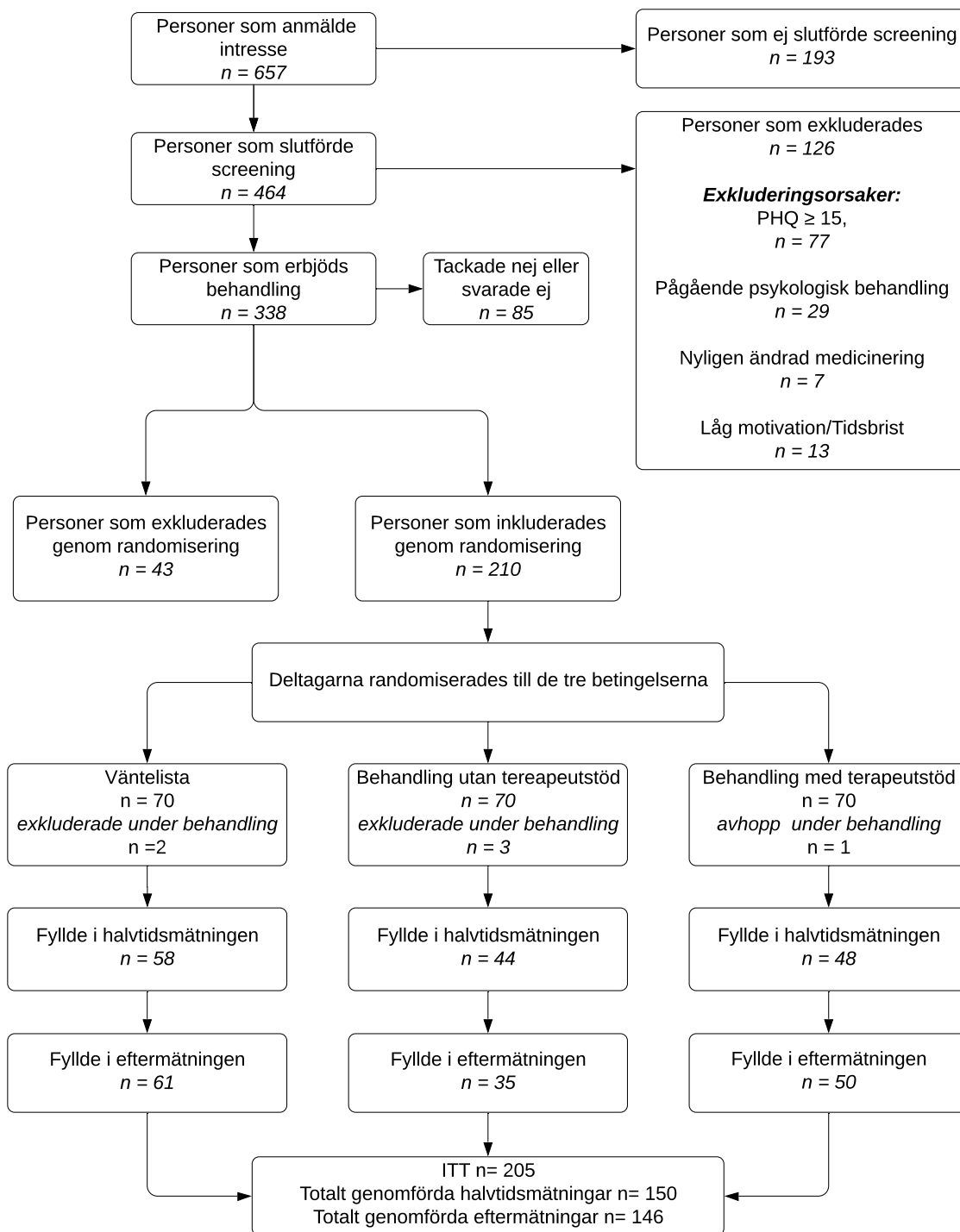
Deltagare. Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer sitt intresse till studien varav 464 personer slutförde screeningsprocessen. Av dessa uteslöts 126 personer då de uppfyllde något av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade 253 sin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

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

Exklusionskriterier. Personer som skattade 15 eller högre på självskattningsformuläret PHQ-9 exkluderades, liksom personer som inom en tremånadersperiod innan behandlingsstart gjort förändringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade pågående psykologisk behandling exkluderades. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under screeningsprocessen tydligt uppgav att de hade tidsbrist och/eller låg motivation till deltagande i behandlingsprogrammet. Alla meddelanden om exklusion skickades via den krypterade och inloggningsskyddade hemsidan för studien.

Demografisk data. De 205 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och 72 år gamla med en medelålder på 42 år (standardavvikelse 9 år). En betydande majoritet (88 %) identifierade sig som kvinnor, samtliga övriga som män. Nästan tre fjärdedelar av deltagarna hade avslutad universitets- eller högskoleutbildning (72 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid behandlingens start yrkesarbetande (75 %). Mer än hälften av deltagarna (61 %) hade tidigare erfarenheter av psykologisk behandling. Av dessa hade majoriteten (65 %) tidigare erfarenheter av KBT. Nästan en tredjedel av alla deltagare (29 %) hade erfarenhet av psykofarmaka, och vid behandlingsstart stod 18 % på något slags psykofarmaka. Totalt 3 % av deltagarna var vid behandlingsstart sjukskrivna. Se tabell 1 för de demografiska faktorernas fördelningar i respektive grupp.

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



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

Tabell 1: Vid förmätningstillfället insamlad sociodemografisk data om deltagarna.

	Väntelista (n = 68)	Självhjälp (n = 67)	Behandlarstöd (n = 70)	Sammanlagt (n = 205)
Ålder (år)				
M (SD)	41 (8)	41 (9)	44 (10)	42 (9)
Kön (%)				
Kvinna	91	79	93	88
Civilstånd (%)				
Singel	37	36	29	34
Sambo	19	25	17	20
Gift	37	28	49	38
Annat	7	10	6	8
Utbildning (%)				
Annan utbildning	3	1	1	2
Folkskola/grundskola	1	0	0	0
Gymnasium	10	9	7	9
Yrkesutbildning	7	4	7	6
Pågående högre utbildning	7	15	10	11
Avslutad högre utbildning	71	70	74	72
Sysselsättning (%)				
Annan sysselsättning	9	6	7	7
Studerande	7	12	6	8
Arbetande	74	76	76	75
Arbetslös	4	4	0	3
Pensionär	0	0	4	1
Föräldraledig	0	0	4	1
Sjukskriven	6	1	3	3
Användning psykofarmaka (%)				
Nej	76	70	67	71
Ja, tidigare	7	9	17	11
Ja, pågående	16	21	16	18
Tidigare psykologisk behandling (%)				
Nej	38	40	39	39
Ja	62	60	61	61

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

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

447 **Primärt utfallsmått.**

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

460 **Sekundära utfallsmått.**

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

472 ***Ångest.*** Symtom på ångest mäts genom Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-
473 7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). Skalan består av sju stycken frågor rörande symtom
474 på ångest de senaste två veckorna som besvaras på en 4-gradig likertskala där 0 står för ”Inte alls”, 1
475 för ”Flera dagar”, 2 för ”Mer än hälften av dagarna” och 3 för ”Varje dag”. Svaren på de sju frågorna
476 summeras. Maximal totalpoäng på GAD-7 är 21. Tröskelvärden för mild, måttlig och allvarlig ångest
477 ligger vid 5, 10 respektive 15 (Kroenke m. fl., 2010). Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,92$) och
478 hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,83$).

¹Den svenska översättningen av AAA-S kan rekvideras från författarna eller uppsatshandledaren.

479 **Social Ångest.** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale
480 (LSAS-SR; Fresco m. fl., 2001). I självskattningsskalan presenteras 24 situationer som besvaras på
481 två stycken 4-gradiga likertskalor. Den ena skalan frågar om mängd rädsla eller ångest i respektive
482 situation där 0 motsvarar "Ingen", 1 "Mild", 2 "Måttlig", och 3 "Stark". Den andra skalan frågar
483 om mängd undvikande av respektive situation där 0 motsvarar "Aldrig (0 %)", 1 "Ibland (1–33 % av
484 tiden)", 2 "Ofta (33–67 % av tiden)", och 3 "Vanligtvis (67–100 % av tiden)". Svaren på alla frågor
485 summeras. Maximal totalpoäng på LSAS-SR är 144. Vid en totalpoäng på över 30 föreligger troligen
486 social fobi. Vid en totalpoäng på över 60 föreligger troligen generaliserad social fobi. Skalan har god
487 intern reliabilitet ($\alpha = 0,96$).

488 **Allmänt psykiskt välmående.** Självskattningsskalan Välmåendeskalen (VS; Braconier,
489 2015), användes för att mäta deltagarnas allmänna psykiska välmående. Skalan består av 18 frå-
490 gor om mående den senaste veckan. Frågorna besvaras på en 5-gradig likertskala där 0 motsvarar
491 "Aldrig", 1 "Sällan", 2 "Ibland", 3 "Ofta" och 4 "Mycket ofta". Svaren på alla frågor summeras.
492 Maximal totalpoäng på VS är 72. En hög poäng anger en högre grad av upplevt välmående. Skalan
493 har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,8$).

494 **Självhävdelsestil.** Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus As-
495 sertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävdelse-
496 stil. Självskattningsskalan består av 30 frågor som besvaras på en 6-gradig likertskala där –3 motsva-
497 rar "stämmer inte alls" och 3 motsvarar "stämmer helt"². Svaren på alla frågor summeras. Maximal
498 totalpoäng på skalan är 90. En hög poäng indikerar hög grad av självhävdelse. En låg poäng (vilken
499 i och med poängsättningen kan vara negativ) indikerar låg grad av självhävdelse. Aktuella normer
500 från Thompson och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern
501 reliabilitet för Rathus ($\alpha = 0,87$). Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien och
502 var inte validerad inför studiestart.³

503 Interventionen Respekt i kvadrat

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

508 I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (kon-
509 struktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer
510 konstruktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpböcker som Alberti och Em-
511 mons (1974), Gambrill och Richey (1975), Mumford och Mumford (2018), McKay och Fanning
512 (2005) och Smith (1975).

513 I originalmaterialet beskrivs konstruktiv självhävdelse, operationaliserat både som verbala
514 och icke-verbala beteenden, utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe (1990) om reciprok inhibi-
515 tion och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka det som i relationen
516 till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan klienten på
517 sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning på att

²Det går ej att svara 0 på något item på denna skattningsskala.

³Den svenska översättningen av Rathus kan rekvideras från författarna eller uppsatshandledaren.

518 uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de förskrivna be-
519 teendena handlar inte om att enbart "låtsas". Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att
520 inhibera ångesten genom självhävande. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks
521 av till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att
522 inhibera ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara
523 avslappnad.

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

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

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

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

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

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

ning som både handlar om att identifiera värdebaserade fördelar med handlande i situationer som tidigare har präglats av undvikande och om att identifiera kortsiktigt belönande anledningar att stå ut med respondentas rädsloreaktioner i situationer som tidigare undvikits. Likande övningar återkommer på flera ställen i programmet.

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

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

Behandlingsplattformen

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

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

Etiska aspekter

Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsmyndigheten. Diarienummer för etikan-sökan är 2019-05165. Studien förregistrerades även 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. **Samtliga deltagare lämnade informerat samtycke till medverkan.** 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 GD-

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

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

PR. 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 (till exempel om vart hen kunde vända sig för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommenderades deltagarna att uppsöka psykiatrisk vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt e-post.

All psykologisk behandling är förknippad med såväl möjligheter som risker. Deltagande i *Respekt i kvadrat* medförde några särskilda risker: Konstruktiv självhävdelse utövas ofta i relation till andra personer och snabbt ökad grad av självhävdelse i interpersonella relationer kan leda till negativa motreaktioner från omgivningen. Detta gällde för *Respekt i kvadrat* såväl självhjälpsgrenen där deltagarna inte hade tillgång till stöd och behandlarstödsgruppen där deltagarna genom behandlarstödet kunde komma att utsätta sig för förhöjda risker. Behandlingsprogrammet som undersöks i den här studien kan per definition sägas handla om att ta större risker än tidigare, för att få nya erfaren-

heter av framkomlighet med adaptivt handlande. För att hantera de potentiellt negativa effekterna vannade vi oss om att ha tydliga inklusionskriterier, att vara noga med screening och inklusion, att inkludera personer som inte har alltför svåra problem, att vid behov hänvisa exkluderade deltagare till andra vårdgivare och att genom materialets utformning förbereda deltagarna på att negativa reaktioner från omgivningen. Eftersom negativa reaktioner kan väntas vara en del av vidmakthållandet av brister i konstruktiv självhävande problematiserar självhjälpsmaterialet *Respekt i kvadrat* i flera avsnitt fenomenet. Genom sin utformning med beteendeeexperiment uppmanas också deltagarna att både noga identifiera negativa förutsägelser kring och följa upp konsekvenser (såväl negativa som positiva) av konstruktivt handlande; att öka medvetenheten om sådana kontextuella faktorer är centralt för brytandet av faktorer som vidmakthåller undvikande och bristande självhävande. Det övergripande målet med *Respekt i kvadrat* är att minska risken för interpersonella problem.

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

Analys

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

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

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

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

För modelleringen av de olika utfallsmåtten användes modelleringsverktyg från R-paketet *lme4* (Bates, Mächler, Bolker & Walker, 2015). Valet av kovariansstrukturen gjordes genom jämförelse av *Akaike Information Criteria* (AIC)-tal av modeller som anpassades till data med *Maximum Likelihood* (ML)-funktionen. Den alternativa sannolikhetsfunktionen *Restricted Maximum Likeli-*

hood (REML), som ger väntesvärdesriktiga uppskattningar av varianserna, användes därefter för anpassningen av modellerna för utfallsmått till underliggande data.

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

Analys av random-effekter. För att kvantifiera andelen av den totala variansen som kan förklaras av underliggande individuella förutsättningar, exempelvis generell individuell förändringsbenägenhet (egenskap, *trait*) eller av yttre omständigheter påverkade tillstånd (*state*), beräknades de så kallade intraklasskorrelationerna i överensstämmelse med Nakagawa, Johnson och Schielzeth (2017). För beräkningarna användes R-paketet *performance* (Lüdtke, Makowski, Waggoner & Patil, 2020). Intraklasskorrelationen (ICC) kan förstås som den förväntade korrelationen mellan två slumpmässigt valda observationer inom klusternivån för analysen, i den här studien de enskilda deltagarna. De ICC-kvoter vi rapporterar är *conditional ICC*, som utöver randomvariansen och residualvariansen också inkluderar variansen av fixa effekter (tid, grupp) i nämnaren, och *adjusted ICC*, som utesluter variansen av fixa effekter i nämnaren.

Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans. Frekvensen deltagare som i behandlingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacobson och Truax (1991). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två mättillfällen definieras som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värden förhåller sig till medelvärdet för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1991). För sammanställningarna av överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna i andelen reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis χ^2 -test samt Dunns post-hoc test för multipla jämförelser av flera grupper.

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

Resultat

Förkontroller

Analys av skalornas interna reliabilitet. Vid kontroll av intern reliabilitet genom beräkning av Cronbach's α för de inför studien översatta skattningsskalorna fann vi resultaten överensstämmande med normdata för AAA-S Adaptive, 0,83 jämfört med 0,82 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011). Resultaten var något avvikande för AAA-S Aggressive, 0,77 jämfört med 0,88 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och

693 Berenbaum (2011), dock alltså på acceptabel nivå. För Rathus var resultaten likvärdiga, 0,85 jämfört med 0,87 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011).

695 **Bortfallsanalys.** Med oberoende variansanalys fann vi inga signifikanta skillnader på någon av förmätningspoängen för utfallsmåtten mellan de deltagare som genomförde eftermätningen (696 $n = 157$) och de som inte gjorde det ($n = 48$) i de olika grupperna. Med Pearsons χ^2 -test och Kruskal-Wallis χ^2 -test fann vi inte heller några signifikanta skillnader i svaren på de sociodemografiska (697 frågorna mellan de som hade svarat och de som inte hade svarat på eftermätningen. (698
699

700 Primär frågeställning

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

704 **Reliabel förändring och klinisk signifikans.** Vi fann signifikanta skillnader i både klinisk
705 signifikans-status och reliabel förbättring mellan grupperna på huvudutfallsmåttet AAAS Adaptive,
706 $\chi^2_2 = 10,9$, $p = 0,004$. Med post-hoc test för parvisa jämförelser fann vi en signifikant förbättring
707 hos behandlarstöds- och självhjälpsgruppen jämfört med väntelista ($z = 2,8$, $p = 0,008$ för behandlar-
708 stödsgruppen och $z = 2,9$, $p = 0,01$ för självhjälpsgruppen). Att ha tillgång till behandlingsmaterialet
709 gav i större utsträckning kliniskt signifikant och reliabel förbättring jämfört med att vara placerad
710 på väntelista. Se tabell 3 för en sammanställning av kliniskt signifikanta och reliabla förändringarna
711 inom de olika grupperna.

712 **Flernivåanalysresultat.** Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data
713 fann vi inga brott mot de villkor som behöver uppfyllas för flernivåanalys. Estimat av intercept och
714 regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmåtten sammanfattas i tabell A1
715 (bilaga); intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive utfallsmått kan läggas
716 in i regressionsformeln för att predicera utfall för alla kombinationer av grupptillhörighet och
717 måttillfälle. Se tabell 4 för en sammanställning av predicerade medelvärden, standardavvikelser och
718 effektstorlekar för flernivåanalys-modellerna för utfallsmåtten.

719 *Konstruktiv självhävdelse.*

720 *Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.* Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adaptive
721 för gruppen självhjälp (estimerat marginalmedelvärde $[M]$ 47,0, 95 % CI [44,2 ; 49,8]) än för gruppen
722 väntelista (M 38,8, 95 % CI [36,3 ; 41,2]) vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 8,2, $t_{365} = -5,3$;
723 $p < 0,001$; effektstorlek 1,0.

724 *Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.* Vi fann också en tydligt högre medelpoäng
725 på AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd (M 46,4, 95 % CI [43,8 ; 48,9])
726 jämfört med gruppen väntelista (se M ovan), medelvärdesskillnad 7,6, $t_{334} = -5,2$; $p < 0,001$; ef-
727 fektstorlek 0,9.

728 *Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.* För både gruppen självhjälp
729 och gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning,
730 medelvärdesskillnad 8,3, $t_{323} = 8,3$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0 respektive medelvärdesskillnad 7,9,
731 $t_{316} = -8,8$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0.

Tabell 3: Antal och andel i procent av deltagare i respektive grupp som vid behandlingens slut tillhör de olika kategorierna med överlapp mellan klinisk signifikans och reliabel förändring. Deltagare som endast har lämnat förmätningens värden har fått dessa värden framflyttade till följande måttillfällen. Med ”tillfrisknad” menas antingen att personen vid eftermätningstillfället befinner sig minst två standardavvikelser från medelvärdet för en klinisk population eller inom två standardavvikelser från medelvärdet för en icke-klinisk population (det mest konservativa alternativet används i dessa beräkningar).

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

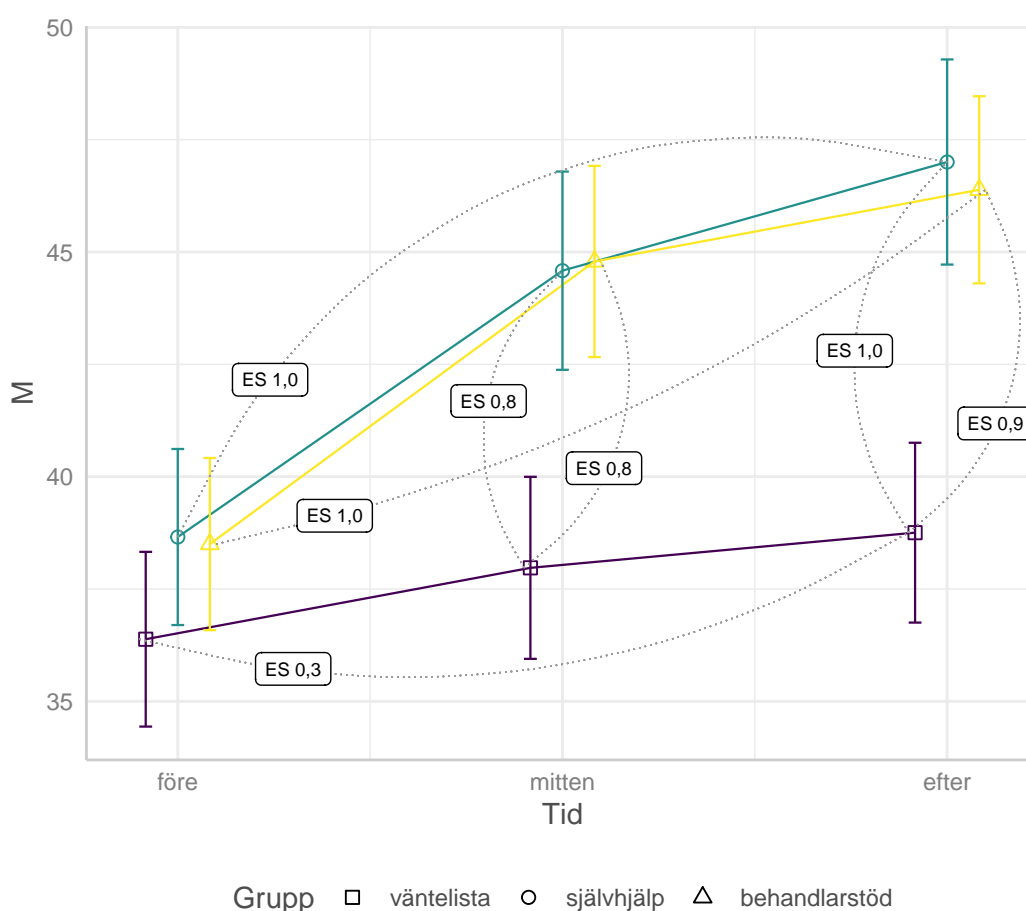
732 Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats
733 avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten
734 var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlings-
735 start och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resul-
736 taten. I flernivåanalysen konstaterar vi att 68 % av *random*-effekt-variansen i utfallsmåttet AAA-S
737 Adaptive mellan mättidpunkterna förklaras av individuella faktorer, återstoden kan antas vara mät-
738 eller slumpfel. Om även variansen av fixa effekter inkluderas är andelen 56 %, det vill säga mer än
739 hälften av den totala variansen.

740 *Aggressiv självhävande.*

741 Väntelista–självhjälp vid eftermätningen. Precis som för konstruktiv självhävande hade
742 gruppen självhjälp en klart högre medelpoäng (M 31,5, 95 % CI [29,2 ; 33,7]) på måttet för ag-

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

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



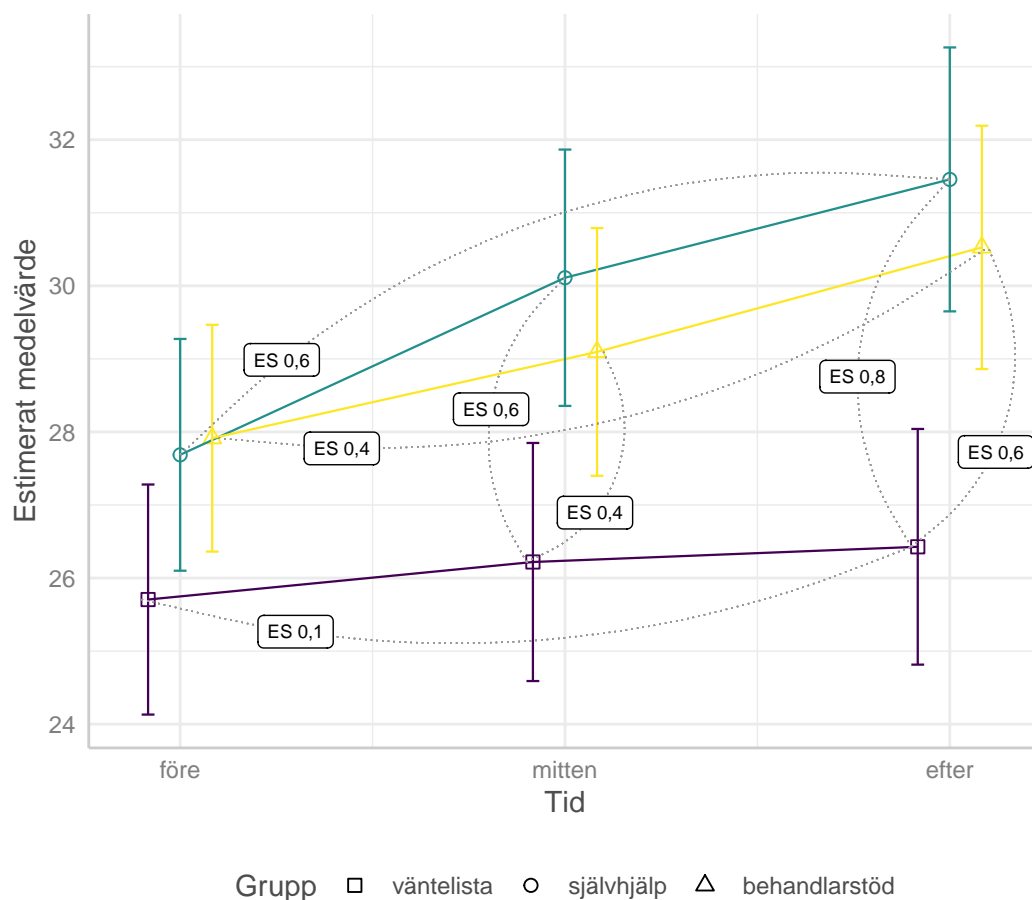
Figur 3: Medelvärdesestimat (M) och effektstorlekar (ES) för AAA-S Adaptive. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

gressiv självhävande, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista (M 26,4, 95 % CI [24,4 ; 28,4]) vid eftermätningen, medelvärdeskillnad 5,0, $t_{337} = -4,1$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,8.

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

Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning. För båda grupperna självhjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och eftermätning. För självhjälpgruppen var medelvärdeskillnaden 3,8, $t_{317} = -5,1$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,6, för behandlarstödsgruppen var den 2,6, $t_{313} = -4,0$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,4.

Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävande mellan behandlingsstart och



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

eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Figur 4 ger en visualisering av resultaten. 74 % av *random*-effekt-variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer; 68 % av den totala variansen kan förklaras av individuella faktorer – drygt två tredjedelar, således.

Sekundär frågeställning

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

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

Diskussion

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

Deltagande i behandlingsprogrammet ger stor effekt på konstruktiv självhävande. Behandlingsprogrammet har varit framgångsrikt. Deltagarna i *Respekt i kvadrat* har oavsett gruppstillhörighet efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande i jämförelse med gruppen väntelista. Effektstorleken var för AAA-S Adaptive påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna, för väntelista-självhjälp var den 0,81 och för väntelista-behandlarstöd var den 0,83. Vid eftermätningen var effektstorleken för väntelista-självhjälp 1,01 och för väntelista-behandlarstöd 0,93. Även effekten mellan behandlingsstart och eftermätningen var inom båda grupperna betydande, med en effektstyrka på 0,96 för gruppen behandlarstöd och med en effektstyrka på 1,02 för gruppen självhjälp (se även figur 3). Effektstorlekarna kan enligt Cohen's klassificering benämnas som "stora" och ligger väl i linje med tidigare funna effektstorlekar för KBT, både för internetterapi och traditionell psykoterapi ansikte mot ansikte. Dessa resultat bekräftas av att andelen personer som vid eftermätningstillfället uppnått klinisk signifikans-status och dessutom har genomgått en reliabel förändring under loppet av programmet var signifikant större för både grupperna självhjälp (18 %) och behandlarstöd (17 %) än för väntelistan (1 %). Det sekundära utfallsmåttet av konstruktiv självhävande, Rathus, visar på en ännu starkare förbättringstrend hos både självhjälp (21 %) och behandlarstöd (33 %) jämfört med väntelistan (3 %).

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

Sammanblandningen av måtten kan hänga samman med det sample som sökt sig till behandlingsprogrammet. Samplet för studien hade ett medelvärde på skalan för social ångest, LSAS-SR, på $M = 49$, som enligt normerna med en knapp standardavvikelse överskrider gränsen för klinisk bedömning av "trolig social fobi", $M = 30$ (Fresco m. fl., 2001). Om hypotesen stämmer att studiens

deltagare själva upplever att de har underskott av både konstruktiv och aggressiv självhävdelse kan en ökning av aggressiv självhävdelse uppfattas som eftersträvansvärt för en stor del av deltagarna. I framtida studier om konstruktiv självhävdelse vore det fördelaktigt att vid screening klassificera deltagarna utifrån huvudsaklig sökorsak och målsättning. Det skulle ge möjligheten till att se hur grupper av individer med olika sorters självupplevda brister i konstruktivt självhävande (exempelvis grupperna ”alltför aggressivt självhävande” och ”alltför passivt självhävande”) tar till sig behandlingen.

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

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

Individuella faktorer spelar stor roll för utfall. Vi konstaterade att av *random*-variansen så bestod 68 % av utfallsmåttet AAA-S Adaptive av individuella skillnader. För utfallsmåttet AAA-S Aggressive var de individuella bidragen till *random*-variansen 74 %. Det betyder att individernas svar på de upprepade mätningarna är starkt korrelerade. Av det drar vi slutsatserna att utfall i behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* till mycket stor del beror på individuella förutsättningar – vilket i och för sig inte är särskilt förvånande. Dessa *random*-effekter kan spekulativt hänga samman med grad av emotionellt undvikande, tillgänglig tid för medverkan och andra variabler som inte kontrolleras i studiedesignen. Bland dem ingår också interaktionseffekter med tilldelad behandlare, till exempel kvalitet på samarbetsalliansen.

Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.

Metoder för att bättre kontrollera random-effekter. För att bättre kunna kontrollera för individkopplade bidrag till behandlingsutfall kan uppföljande studier med fördel inkludera fler sätt att mäta individrelaterade variabler (såväl egenskaper, *traits* som tillstånd, *states*) än vad den här studien har gjort, till exempel med skalor som mäter emotionellt undvikande eller veckovisa frågor om hur mycket tid deltagarna har haft till förfogande för deltagandet. Sådana fixa variabler kan sedan anges

855 som kovariat i analysen. För att hantera det potentiella problemet med negativa behandlingseffekter
856 kan man också överväga att i framtida studier inkludera veckovisa frågor om upplevda negativa
857 effekter av behandling; i sådana fall behöver dock alla behandlingsgrenar, även självhjälsgrupp,
858 tillsyn av behandlare.

859 Den andel av *random*-variansen som har med effekter av interaktionen mellan behandlare
860 och deltagare (exempelvis kvalitet på alliansen) att göra kan i framtida studier i explorativt syfte
861 undersökas genom tillägg av en tredje *random*-nivå i flernivåanalysen (tidpunkter nästlade i individer
862 nästlade i behandlare), förutsatt att tillräcklig power går att erhålla. Det kan också ge mer tillförlitliga
863 uppskattningar av behandlingsprogrammets effekt (Almlöv m. fl., 2011; Baldwin m. fl., 2011; Hesser,
864 2015; Wampold & Serlin, 2000).

865 En framtida studie

866 **För- och nackdelar med väntelista som kontrollbetingelse.** I denna studie placerades en
867 tredjedel av deltagarna på en väntelista. En risk med användandet av väntelista är att de deltagare som
868 tilldelas väntelistan försämras under behandlingens gång – något som Cuijpers och Cristea (2016)
869 listar som en av de universalknep som kan användas av den forskare som vill hitta falska positiva
870 resultat. I en meta-analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson och
871 Carlbring (2017) att över 15 % av de som tilldelas betingelsen väntelista i I-KBT-studier försämras,
872 jämfört med cirka 6 % av de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att en behandlings
873 eventuella effekt överskattas. Ur teoretisk synpunkt hade det varit bättre att tilldela kontrollgruppen
874 en aktiv betingelse, exempelvis tillgång till ett diskussionsforum utan behandlingsinslag. I den ak-
875 tuella studien försämrades dock ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen, varken i
876 väntelistan eller i någon av de andra betingelserna. Hur det faktum att covid-19-smittan bröt ut i Sve-
877 rige en bit in i programmet i början på mars 2020 är svårt att säga, men genom randomseringen till
878 två behandlingsgrupper och väntelista erhöles full kontroll för händelseutvecklingen; den påverkan
879 den har haft på deltagarna antas vara densamma i alla betingelser.

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

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

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

Ett mer varierat sample ger bättre generaliseringspotential. Genom en *a priori*-beräkning av samplestorleken har vi försäkrat oss om att samplestorleken ger goda möjligheter att generalisera resultaten till populationen i stort. Dock har generaliserbarheten av resultaten kraftigt försämrats på grund av själva rekryteringsförfarandet. Med nästintill 90 % kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flera orsaker. Kvinnor rapporterar mer oro, ångest och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna än män att söka hjälp. Utöver detta tenderar män överlag i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Kvinnor tenderar också att i större grad än män delta i forskningsstudier. I metaanalysen Rozentel, Magnusson m. fl. (2017) konstateras att 62 % av deltagarna i alla inkluderade studier var kvinnor. För den aktuella studien är den främsta orsaken till det snedvridna samplet rekryteringsförfarandet med annonsering i sociala medier. Vid kontroll i efterhand har det visats sig att den algoritmstyrda annonseringen till mer än 85 % riktades till kvinnor och till ungefär 60 % till personer i åldersspannet 35–54 år. Samplet är också snedvridet med avseende på utbildningsnivå: 80 % har avslutade eller pågående universitetsstudier jämfört med 43 % av Sveriges befolkning (Statistiska Centralbyrån, 2020). Vilken påverkan den automatiserade annonseringen har haft på andra faktorer, exempelvis grad av social ångest, går inte att utläsa. För den aktuella studien innebär rekryteringsförfarandet att samplet med sin begränsade spridning inte har matchat den operationalisering av begreppen konstruktiv, passiv och aggressiv självhävande som *Respekt i kvadrat* utgår från.

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

Vi konstaterar att effektstyrkorna mellan tidpunkterna förmätning och eftermätning för måtten för social ångest (LSAS-SR; ES = 0,6 i båda behandlingsgrupper), generaliserat ångestsyndrom (GAD-7; ES = 0,5 respektive 0,7 i självhjälps- och behandlarstödsgrupp) och allmänt mående (Väl-måendeskalan, ES = 0,7 i båda grupper) enligt Cohen's klassifikation kan betraktas som "stora", och effektstyrkorna för måttet för depression (PHQ-9; ES = 0,4 i båda grupper) som "måttliga". Det verkar alltså som att det transdiagnostiska konstruktet *assertiveness* är relevant för flera olika psykiatriska syndrom och tillstånd. Om resurserna vore obegränsade skulle det också vara intressant att i

942 uppföljningsstudier jämföra effekten av den transdiagnostiska interventionen med etablerade *treat-*
943 *ment as usual*-behandlingar (exempelvis etablerad KBT-behandling vid social ångest, paniksyndrom,
944 depression och stressyndrom). Det skulle ge möjlighet att tydligare säga något om eventuella för- och
945 nackdelar med användandet av det transdiagnostiska begreppet *konstruktiv självhävvelse* som mål
946 för behandling för dessa grupper.

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

955 Sammanfattning

956 Studiens syfte var att undersöka effekten på konstruktivt självhävande av behandlingsprogram-
957 met *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller utan behandlingsstöd) var
958 effektivare än att betingas till en väntelista. Resultatet bekräftar även att administration av behand-
959 lingsprogrammet effektivt kan minska symtom och lidande vid ett antal olika ångestbesvär. Mer
960 forskning behövs för att med större säkerhet kunna generalisera resultaten till populationen i stort.

Referenser

- 961
962 A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015).
963 A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically rele-
964 vant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36.
965 doi:10.1159/000365764
- 966 Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- 967 Almlöv, J., Carlbring, P., Källqvist, K., Paxling, B., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2011). Therapist
968 effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive*
969 *Psychotherapy*, 39(3), 311–322. doi:10.1017/S135246581000069X
- 970 American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
971 American Psychiatric Association.
- 972 American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported
973 Psychological Treatments. Hämtad 13 april 2020, från [www . div12 . org / psychological -](http://www.div12.org/psychological-treatments/)
974 [treatments/](http://www.div12.org/psychological-treatments/)
- 975 Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided*
976 *Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. doi:10.1007/978-3-319-06083-5
- 977 Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. & Newby, J. M.
978 (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and
979 practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December
980 2017), 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- 981 Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the
982 anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-
983 analysis. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- 984 Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., ... Wicherts,
985 J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal*
986 *of Personality*, 27(2), 108–119. doi:10.1002/per.1919
- 987 Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interac-
988 tions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.
989 4018/978-1-4666-5942-1
- 990 Baldwin, S. A., Murray, D. M., Shadish, W. R., Pals, S. L., Holland, J. M., Abramowitz, J. S., ...
991 Watson, J. (2011). Intraclass correlation associated with therapists: Estimates and applications
992 in planning psychotherapy research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 15–33. doi:10.1080/
993 16506073.2010.520731
- 994 Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring
995 effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies.
996 *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- 997 Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-
998 analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Te-*
999 *chnology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi:10.1080/15228830802094429
- 1000 Barrett, D. E. & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior, Social Inferential Ability, and Asserti-
1001 veness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- 1002 Barrett, L. F. & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews*
1003 *Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi:10.1038/nrn3950. arXiv: 15334406

- 1004 Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using
1005 lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- 1006 Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-
1007 based mental health interventions: A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- 1008 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-
1009 Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-
1010 200012150-00014
- 1011 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychothe-
1012 rapy series. Guilford Publications.
- 1013 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-
1014 based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two
1015 types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.
1016 brat.2010.12.007
- 1017 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
1018 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,
1019 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 1020 Braconier, A. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående (examensarbete).
1021 Stockholms universitet.
- 1022 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
1023 71–80. doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 1024 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hinderer events in internet-delivered
1025 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychot-*
1026 *herapy*, 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 1027 Butler, J. (2011). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- 1028 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and supp-
1029 pression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.
1030 1037/1528-3542.6.4.587
- 1031 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based
1032 vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
1033 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/
1034 16506073.2017.1401115
- 1035 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
1036 *kognitiv beteendeterapi* (2. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- 1037 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
1038 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/
1039 annurev.psych.52.1.685
- 1040 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 1041 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–
1042 470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 1043 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 1044 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
1045 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 1046 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).
1047 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,
1048 46(1), 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003

- 1049 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
1050 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/
1051 nrdp.2017.24
- 1052 Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it
1053 is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/
1054 S2045796015000864
- 1055 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university stu-
1056 dents with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*
1057 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 1058 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emo-
1059 tion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/
1060 16506073.2014.974665
- 1061 Dweck, C. S., Chiu, C.-y. & Hong, Y.-y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments
1062 and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.
1063 1207/s15327965pli0604_1
- 1064 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
1065 *Science*, 4(4), 326–339.
- 1066 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Com-
1067 pany.
- 1068 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018).
1069 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
1070 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 1071 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*. Internetstiftelsen.
- 1072 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz,
1073 D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties
1074 of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
1075 doi:10.1017/S0033291701004056
- 1076 Furmark, T., Holmström, A., Sparthán, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social*
1077 *ångest: effektiv hjälp med KBT*. Stockholm: Liber.
- 1078 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
1079 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.
1080 x
- 1081 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
1082 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1083 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Im-
1084 plications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psycho-*
1085 *logy*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1086 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- 1087 Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-
1088 analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–90.
- 1089 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
1090 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-
1091 7894(04)80013-3

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

- 1135 Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
1136 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
1137 Inc.
- 1138 Lüdecke, D., Makowski, D., Waggoner, P. & Patil, I. (2020). *performance: Assessment of Regression*
1139 *Models Performance*. R package version 0.4.6. Hämtad från [https://CRAN.R-project.org/](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
1140 [package=performance](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
- 1141 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1142 McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1143 Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive beha-
1144 viour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of*
1145 *Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- 1146 Michel, F. & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
1147 Interventions. Hämtad 1 maj 2020, från [www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
1148 [After-Yourself/Assertiveness](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
- 1149 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Ob-
1150 jective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–
1151 110. doi:10.1111/jpr.12185
- 1152 Mumford, E. & Mumford, E. (2018). *A practical approach*. doi:10.4324/9781351173681-12
- 1153 Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R² and
1154 intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and
1155 expanded. *Journal of the Royal Society Interface*, 14(134). doi:10.1098/rsif.2017.0213
- 1156 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Condi-
1157 tions, 21–23.
- 1158 Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
1159 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-
1160 7916(75)90100-7
- 1161 Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference, homeostatic
1162 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.
1163 1016/j.pneurobio.2015.09.001
- 1164 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:
1165 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,
1166 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- 1167 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 1168 R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for
1169 Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.R-project.org/>
- 1170 Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
1171 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–
1172 993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- 1173 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
1174 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- 1175 Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad
1176 från www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/
- 1177 Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
1178 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049

- 1179 Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD.*
1180 Natur & kultur.
- 1181 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based
1182 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Con-*
1183 *sulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- 1184 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020).
1185 Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive beha-
1186 viour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- 1187 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Wor-
1188 se: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving
1189 Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
1190 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- 1191 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
1192 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism
1193 including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.
1194 doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- 1195 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 1196 Samuelsson, M. & Way, E. (2018). Valentinstudien: parterapi på internet med en flerfaktoriell jämfö-
1197 relse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg (examensarbete). Stockholms uni-
1198 versitet.
- 1199 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of
1200 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treat-
1201 ment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.
1202 1007/s10608-014-9652-6
- 1203 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
1204 Domain Specificity of Mental Health-Related Mind-Sets. *Social Psychological and Persona-*
1205 *lity Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1206 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
1207 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1208 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Be-
1209 havioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis.
1210 *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1211 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
1212 *therapy*. Bantam.
- 1213 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1214 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekom-
1215 mendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från
1216 www.socialstyrelsen.se
- 1217 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från div.
1218 socialstyrelsen.se/
- 1219 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
1220 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.
1221 1111/cpsp.12216

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/
- Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/s15327752jpa4304_11
- Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/s10862-011-9226-9
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019). Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness: Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-018-0296-4
- Wampold, B. E. & Serlin, R. C. (2000). The consequence of ignoring a nested factor on measures of effect size in analysis of variance. *Psychological Methods*, 5(4), 425–433. doi:10.1037/1082-989X.5.4.425
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division. Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. doi:10.1016/j.smr.2015.10.004
- Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Stockholm: L.-G. Öst.

Bilaga

