

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

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

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

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

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävande både att formaliseras till kompletta behandlingsprogram, som i Linehan (1979), samt populariseras, till exempel i självhjälpsböcker som *Don't say yes when you want to say no* (Fensterheim & Baer, 1975) och *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy* (Smith, 1975). Självhjälpsboomen under 1970-talet sammanföll med sociala och politiska omvälvningar i samhället, där marginaliserade grupper gjorde sig allt mer hörda och maktstrukturer i samhället sattes under förändringstryck. Dessa emanciperande och normbrytande rörelser väckte motstånd – precis som behavioristiskt influerade terapier gjorde. Ett uppseendeväckande exempel på kritik av träning i konstruktiv självhävande är Mano (1976), som framtida rekommenderade deltagare i *assertiveness*-kurser att hävda sig själva genom att vägra betala kursavgiften.

I och med psykiatriens allt tydligare inriktning mot syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa, kanske tydligast i form av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1968) med efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att falla i glömska. Sporadiskt återaktualiserades begreppet som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979), för att på så sätt hjälpa personer med (mer eller mindre generaliserade) hindrande förutsägelser i svåra situationer att finna stöd för mer hjälpsamma förutsägelser och att testa dem i praktiken.

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

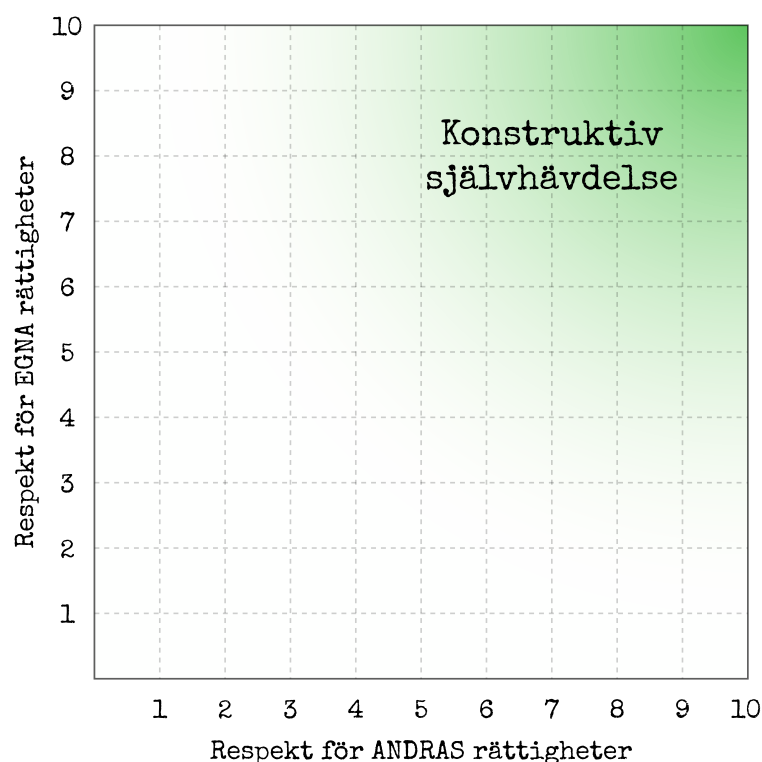
36 syndromal diagnostik till transdiagnostik (Speed m.fl., 2018). Det gäller särskilt om den solida bete-
37 endendevetenskapliga grunden byggs på och kompletteras med metoder och förhållningssätt som har
38 utvecklats inom den kontextuella beteendevetenskapen sedan slutet av 1900-talet. Dessa inkluderar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

46 **Vad är konstruktiv självhävdelse?**

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

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

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



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

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

76 **Konstruktiv självhävdelse och aktuellt forskningsläge**

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

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

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

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

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

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

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

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

129 Några saker att förhålla sig till

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ytterligare ett sätt att närma sig aversiva stimuli är genom avslappning. Även om det fortfarande inte är konstaterat exakt vad de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär är, har forskningsstudier i decennier konstaterat avslappningsträning en effektiv metod för att minska symptom hos en del patienter som lider av ångestsykopatoli (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad avslappning är en copingteknik som började utvecklas 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 stress (Öst, 2006). En hypotes för varför avslappningsmetoder fungerar är att ångestreaktioner och att vara avslappnad ej är kongruent med varandra, det vill säga att båda inte kan existera samtidigt. Är du avslappnad kan du inte samtidigt uppleva ångest (Conrad & Roth, 2007). Då det – som nämnt i tidigare stycke – är ytterst svårt att konstruktivt självhävda sig när man upplever ångest (@ A. E. Baker & Jeske, 2015), och att ångest i sin tur inte är kongruent med att vara avslappnad (Conrad & Roth, 2007) går det rimligen att extrapolera att lyckad avslappningsträning ökar oddsen för uppvisande av konstruktiv självhävande beteenden.

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

Att finna motivationen till att bryta gamla vanor. Många som lever med psykopatologiska besvär under en längre tid kan uppleva det som att det inte finns någonting de kan göra åt sina besvär. Som

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

work in progress

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

Internet och internetbaserad vård

Internet har ändrat gemene mans tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För cirka 15 år sedan använde mindre än 20% av världens befolkning internet. 2019 uppskattas det att nästan 54% av världens befolkning använder sig av internet. I Europa är motsvarande siffra 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 diverse 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 kunna 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 potentiellt – 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 undersökas och utvärderas kring millennieskiftet. Under de senaste årtiondena har hundratals studier undersökt effekten av I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ inom flera olika länder som ett komplement till mer traditionella vårdalternativ (Andersson m.fl., 2016).

Det finns i Sverige flera exempel på självhjälp-material i KBT som har beforskat i form av I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Furmark,

282 Holmström, Sparthan, Carlbring, and Andersson (2019), Robichaud and Dugas (2018) och Carlbring
283 and Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar ka-
284 pitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till
285 klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka. I många av des-
286 sa behandlingsprogram har även en stödbehandlare tilldelats deltagarna. Stödbehandlaren kan ge åter-
287 koppling, besvara frågor, och ge stöd allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu, Alasjö, Miloff,
288 Carlbring, & Andersson, 2016). Självhjälpböcker är ett billigt sätt för en stor publik att ta del av evidens-
289 baserad psykologisk vederhäftig kunskap. Validerade självhjälpböcker har också potential att förbättra
290 ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälpböcker kan användas som stöd för både genomförande
291 av hemuppgifter under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter.

292 I-KBT är en effektiv behandlingsmetod för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys
293 från 2018 – som inkluderade 64 RCT-studier – konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både
294 depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (G. Andrews m.fl.,
295 2018). Författarna konstaterade att medeleffektstorleken för internet-KBT (I-KBT) är $d = 0,8$ eller mer i
296 jämförelse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT
297 är dessutom jämförbart effektmässigt med terapeutledd terapi. Både i en annan meta-analys från samma
298 år samt i en meta-analys från ett decenium tidigare konstaterades I-KBT även likvärdigt ansikte-mot-
299 ansiktebehandling (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper,
300 & Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning (Gavin Andrews,
301 Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010).

302 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski, & Cuij-
303 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid oli-
304 ka kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också en verksamt
305 vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrasti-
306 nering (Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (Rozental m.fl.,
307 2017; T. D. Wade m.fl., 2019).

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

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

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

323 För att maximera oddsen för ett positivt utfall bör I-KBT-behandlingar ha tydliga inklusionskrite-

rier samt screena och välja deltagare utifrån dessa. Framgångsrika I-KBT-behandlingar inkluderar interaktiva behandlingskomponenter, innehåller relevanta pedagogiska inslag om psykiska och kroppsliga besvär och om vad som vidmakthåller psykiska problem, liksom komponenter för att bryta vidmakthållandet av besvären (Barak m.fl., 2008).

Frågeställningar

I den här uppsatsen undersöker vi följande frågeställningar:

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

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

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

Metod

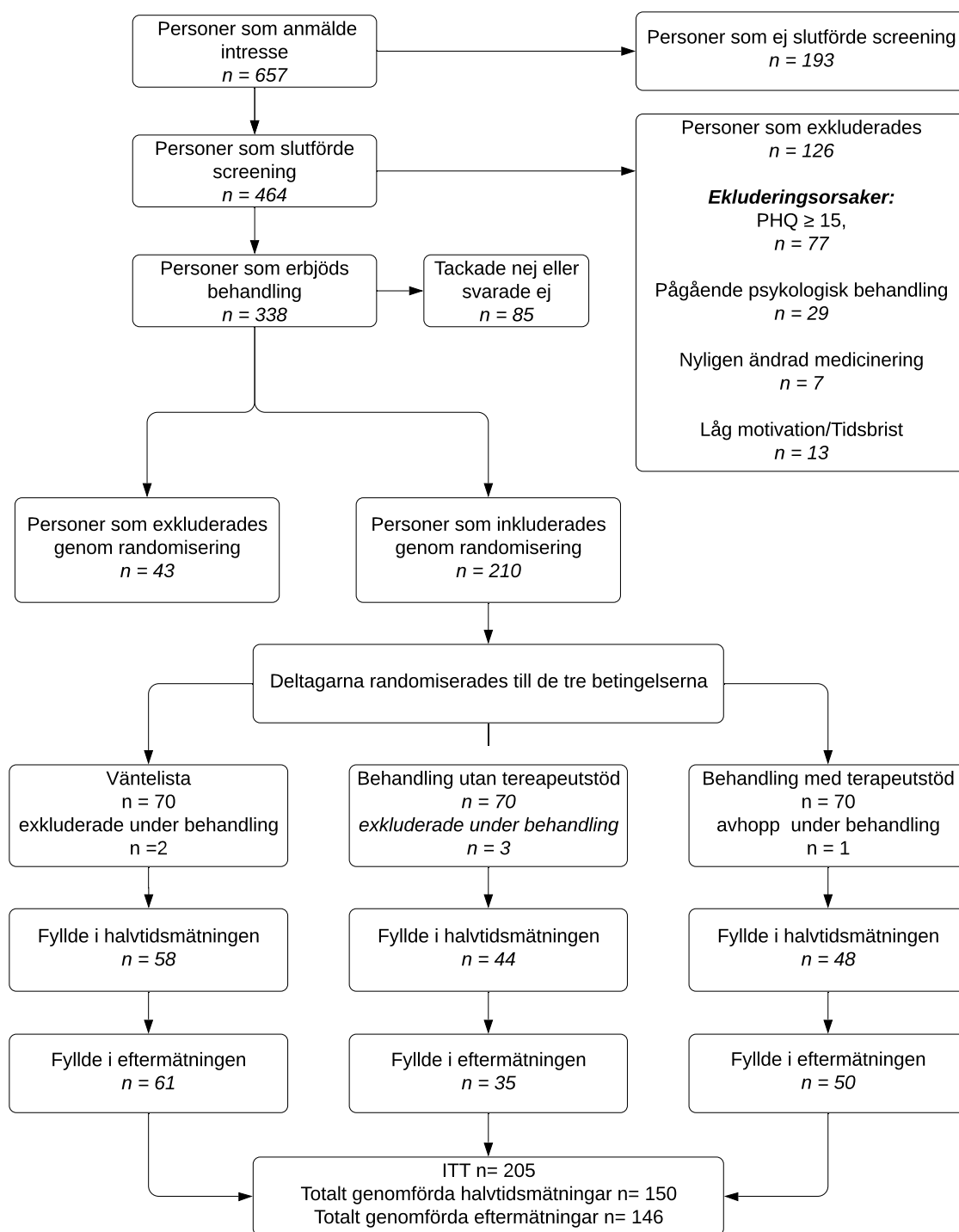
Design

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

Rekrytering. Rekrytering skedde mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien annonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns information om hur studien skulle gå till, vilka inklusions- samt exklusionskriterierna var och när studien startade. Det fanns även information om vilka som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I samband med att deltagarna hade möjlighet att anmäla sitt intresse presenterades de även med information kring potentiella risker med att delta, sekretess, datasäkerhet, datahantering samt att deltagandet är frivilligt och kan

360 avbrytas när som helst. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med själv-
361 skattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet,
362 ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd självhävdelse. Deltagarna fick även fylla i demogra-
363 fiska frågor samt frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, motivation till att delta i
364 den aktuella studien samt om pågående medicinering. Deltagarna hade även möjligheten att i fritext
365 informera om de ansåg att det fanns något annat som var nödvändigt att beakta vid bedömningen.

366 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464
367 personer slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde nå-
368 got av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade
369 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210 inkludera-
370 des. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma sätt
371 som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna.
372 Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll under behandlingens gång
373 upptäcktes det att fem deltagare ($n = 3$ från gruppen Självhjälp och $n = 2$ från gruppen Väntlista) hade
374 inkluderats trots pågående psykologisk behandling. Dessa deltagare har fått fullgå behandlingen på oför-
375 ändrade villkor, men deras resultat har exkluderats från studiens analyser. Utöver detta bad en deltagare
376 från gruppen Terapeutstöd om att få bli exkluderad från studien. Denna deltagare bad även om att hens
377 data ej skulle användas. Dessa sex deltagare har exkluderats från alla statistiska beräkningar.



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

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

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

383 **Exklusionskriterier.** De personer som skattade 15 eller mer på självskattningsformuläret PHQ-
384 9 exkluderades. Utöver detta exkluderades de deltagare som inom en tremånadersperiod innan behand-
385 lingsstart gjort förändringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade på-
386 gående psykologisk behandling exkluderades. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under
387 screeningsprocessen tydligt uppgav att de hade tidsbrist och/eller låg motivation till behandlingen. Al-
388 la personer som exkluderades blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt
389 sig för att anmäla sig till studien. När det var tillämpligt hänvisades exkluderade personer till andra
390 vårdgivare.

391 **Demografisk data.** De 205 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och 65 år
392 gamla med en medelålder på 41,8 år (standardavvikelse 8,8). En betydande majoritet (87,8 %) identifi-
393 erade sig som kvinnor, övriga som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna har avslutade universitets-
394 eller högskoleutbildningar (71,6 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid behandlingens start arbetan-
395 de (75,5 %). Mer än hälften av deltagarna (61,3 %) hade tidigare erfarenheter av psykologisk behandling.
396 Av dessa hade majoriteten (64,8 %) tidigare erfarenheter av KBT. Knappt en tredjedel av alla deltagare
397 (29,0 %) hade erfarenhet av psykofarmaka. Vid behandlingens start stod 17,6 % på något slags psyko-
398 farmaka. Totalt 3,4 % av deltagarna var vid behandlingsstart sjukskrivna. För att se de demografiska
399 faktorernas fördelningar i respektive grupp, se tabell 1.

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

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

411 **Primära utfallsmått.**

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

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

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

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

Sekundära utfallsmått.

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

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

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

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

Självhävandestil. Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Assertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävandestil. Självskattningsskalan består av 30 frågor som besvaras på en 6-gradig likertskala där –3 motsvarar "stämmer inte alls" och 3 motsvarar "stämmer helt". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på skalan är 90. En hög poäng indikerar hög grad av självhävande. Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien. Den svenska versionen var inte validerad inför studiestart. Aktuella

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

464 **Interventionen Respekt i kvadrat**

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

468 I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävande (kon-
469 struktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer kon-
470 struktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpböcker som Alberti and Emmons
471 (2017), Gambrill and Richey (1975), Ward and Holland (2018), McKay and Fanning (2005) och Smith
472 (1975).

473 I *Assert Yourself* föreskrivs självhävande beteenden utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe
474 (1990) om reciprok inhibition och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka
475 det som i relationen till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan
476 klienten på sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning
477 på att uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de föreskrivna
478 beteendena handlar inte om att enbart ”låtsas”. Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att
479 inhibera ångesten genom självhävande. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av
480 till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att inhibera
481 ångestresponserna, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara avslappnad
482 (så kallad reciprok inhibition).

483 Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck
484 (1979), D. M. Clark (1986), D. M. Clark and Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukture-
485 ring uppnås enligt dessa genom att utmana negativt tänkande och att pröva giltigheten av det negativa
486 tänkandet i verkliga livet. Genom att planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp att prö-
487 va giltigheten av egna negativa tankar och därmed öka responsmöjligheterna i olika mer eller mindre
488 pressande situationer.

489 Utöver detta innehåller arbetsmaterialet ett avsnitt om progressiv muskelavslappning, med syftet
490 att hjälpa läsaren att känna igen spänning i kroppen, sänka den allmänna spänningsnivån och träna på en
491 aktiv coping-teknik för stressande lägen. Instruktioner för den progressiva och tillämpade avslappning
492 som presenteras är snarlika de som beskrivs i Öst (2006).

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

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

501 En mycket inspirerande faktor när det engelska materialet anpassades och utvecklades till pro-
502 grammet *Respekt i kvadrat* var det aktuella forskningsläget kring exponering (M. G. Craske m.fl., 2008;
503 De Castella m.fl., 2015; J. J. Gross & John, 2003; Knowles & Olatunji, 2019; se bland annat Sewart &
504 Craske, 2019). TH och PT bedömde det som en central komponent att deltagarna så tidigt som möjligt,
505 och så regelbundet som möjligt, tog aktiva steg för att bryta sina undvikanden. Från och med modul 3
506 och framåt ombads deltagarna att närma sig aversiva stimuli (och utvärdera sina reaktioner) på olika
507 sätt.

508 I linje med forskning om att acceptera och tillåta sina känslor (Steven C Hayes, 2004; Steven C
509 Hayes m.fl., 1996; Luoma m.fl., 2007) lades även tyngd vid att målet med att bryta undvikandet inte
510 nödvändigtvis var att bli av med eller minska de aversiva känslorna, utan snarare att få ett nytt förhåll-
511 ningssätt till dem. Överrensstämmande med forskning kring *fixed-* samt *growth mindset* (De Castella
512 m.fl., 2015; C. S. Dweck m.fl., 1995; Schroder m.fl., 2015, 2016) och vikten av att tro att en förändring
513 går att få till utformades även interventionens innehåll på ett *growth mindset*-förespråkande sätt.

514 Slutligen tilläts avsnittet om muskelavslappning att genomsyra behandlingsprogrammet på ett
515 annat sätt än det gör i *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008). I originalmaterialet presenteras alla
516 övningar och all information berörande muskelavslappning i samma kapitel. I linje med Östs (2006)
517 rekommendation om att Tillämpad avslappning bör introduceras stegvis över flertalet veckor introduce-
518 ras deltagarna till muskelavslappningsövningar i modul 2 och inslag av muskelavslappning återfinns i
519 flertalet moduler därefter.

520 Anpassningarna och tilläggen tog sig bland annat form av: text och illustrationer samt länkar till
521 fördjupningsmaterial; videofilmer med konversationer och rollspel mellan PT och TH; för programmet
522 framtagna videofilmer och ljudfiler med avslappningsövningar; inbäddade externa videoklipp och ljud-
523 filer samt; ett stort antal nya interaktiva övningar, bland annat utvärderingsformulär av varje veckas
524 innehåll, veckovis uppföljning av konstruktiv självhävdelse samt övningar för återfallsprevention och
525 vidmakthållande av behandlingseffekter. Se även tabell 2 för en översiktlig genomgång av innehållet i
526 modulerna i interventionen *Respekt i kvadrat*.

527 **Behandlingsplattformen**

528 I studien användes behandlingsplattformen Iterapi (Vlaescu m.fl., 2016) Det är en plattform som
529 använts upprepade gånger vid forskning på internetbaserade psykologiska interventioner och behand-
530 lingar. Plattformen använder sig av tvåfaktorsautentisering och är krypterad. I rådande fall innebar det
531 att deltagarna blev tilldelade en anonym studiekod till vilken de valde ett eget lösenord. Vid varje in-
532 loggningstillfälle skickades sedan engångskoder till deras mobiltelefoner per SMS.

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

536 **Etiska aspekter**

537 Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsnämnden. Diarienummer för etikansökan
538 är 2019-05165. Studien förregistrerades på <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04240249>.

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

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

539 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att
540 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens
541 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlighet
542 med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad
543 till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan till studien lämnade
544 deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien under rekryteringsfasen
545 informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (t ex om vart hen kunde vända sig
546 för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommenderades deltagarna att uppsöka psykiatrisk
547 vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt
548 post.

549 Analyser

550 Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2020) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha =$
551 0,05 tillämpades vid alla beräkningar.

552 **Kontroll av utgångsdata.** Vi analyserade insamlade förmätningssvärden för att kontrollera om
553 randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)
554 användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och
555 kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med
556 Pearson χ^2 -test. Cohen's d-effektstorlekar för beroende mätningar beräknades med R-paketet *effsize*
557 (Torchiano, 2020). För beräkning och sammanställning av övrig deskriptiv statistik, inklusive resultat
558 för använda normalfördelningstest, användes R-paketet *pastecs* (Grosjean & Ibanez, 2018).

559 Bortfallsanalys.

560 **Analys av huvudeffekter och interaktionseffekter.** Huvudeffekter och interaktion mellan
561 grupp och tid för de primära och sekundära utfallsmått undersöktes med *mixed model*-metodik. *Mixed*
562 *model* tillåter precis som MANOVA inklusion av upprepade beroende mättillfällen i modellen, men
563 med hänsyn taget till principen om *intention to treat*. Utöver det möjliggör det även modellering och
564 kvantifiering på grupp-nivå av observerade (men inte kontrollerade) individ-relaterade effekter, exem-
565 pelvis skillnader i underliggande förändringsbenägenhet över tid. I modellen tilläts skärningspunkterna
566 för respektive deltagare att variera, liksom lutningen på regressionslinjerna mellan mättillfällena för
567 dem. För analysen användes R-paketet *nlme* (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team, 2020).
568 För *post hoc*-test av skillnader mellan mättillfällena för respektive behandlingsbetingelse användes R-
569 paketet *emmeans* (Lenth, 2020).

570 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** För var och en av betingelserna bestäm-
571 de vi frekvensen deltagare som i träningsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom
572 befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen. För de deltagare som endast lämnat själv-
573 skattningar vid förmätningstillfället fördes dessa värden vidare till eftermätningstillfället i enlighet med
574 principen om *intention to treat*. Valet av nivå för kliniskt signifikans gjordes i enlighet med definitioner-
575 na och rekommendationerna i Jacobson and Truax (1998), för var och en av skattningsskalorna i relation
576 till var och en av grupperna. En förändring mellan två mättillfällen definieras som reliabel om den är
577 tillräckligt stor i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring
578 och inte bara ett slump- eller mätfel. Den senare ger en bild av om hur de absoluta eftermätningssvärde-
579 na förhåller sig till medelvärdet för antingen en subklinisk population eller en klinisk population (som
580 också kan hämtas från normdata) (Jacobson & Truax, 1998). För samtliga beräkningar av klinisk signifi-
581 kans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI* (Kruijt, 2020). Skillnader i frekvensen reliabelt
582 förändrade deltagare på kliniskt signifikant nivå analyserades med χ^2 -test.

583 Resultat

584 REPORT: Varianserna för *aaas_ad* från förmätningen var signifikant olika, $F(2,3) = 3,4202$, $p =$
585 0,035

586 För att sammanfatta har vi problem med flera icke-normalfördelade distributioner enligt Shapiro-
587 Wilks test och dessutom icke-homogena varianser för pre-värdet för *aaas_ad* i gruppen selfhelp.

588 oxå sig skillnad i sociodemografisk data/kön

589 **Deskriptiv statistik**

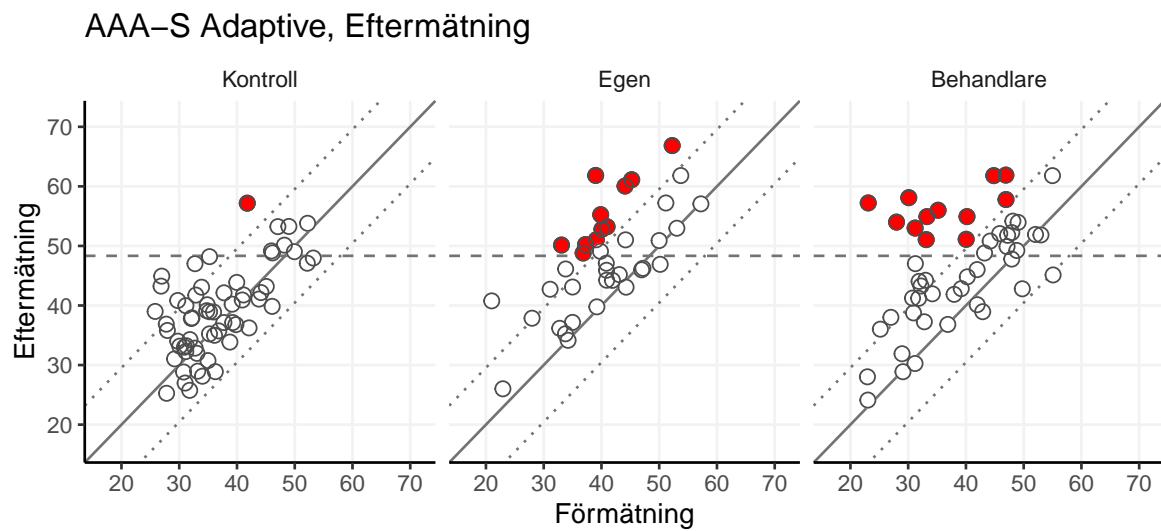
590 se tabell 3

591 **Primär frågeställning**

592 **Sekundära frågeställningar**

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

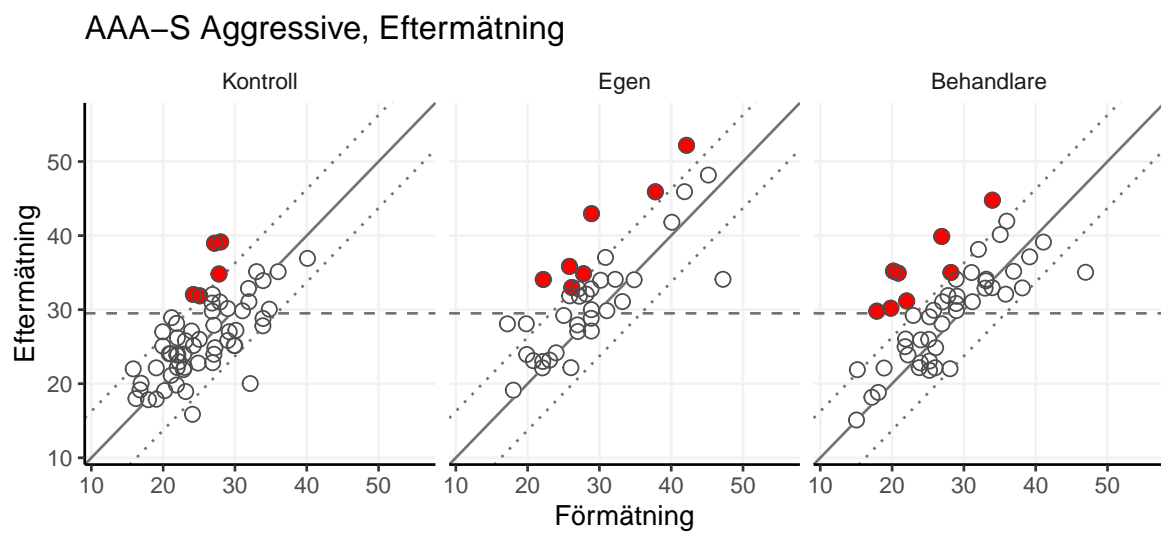
594 ??)



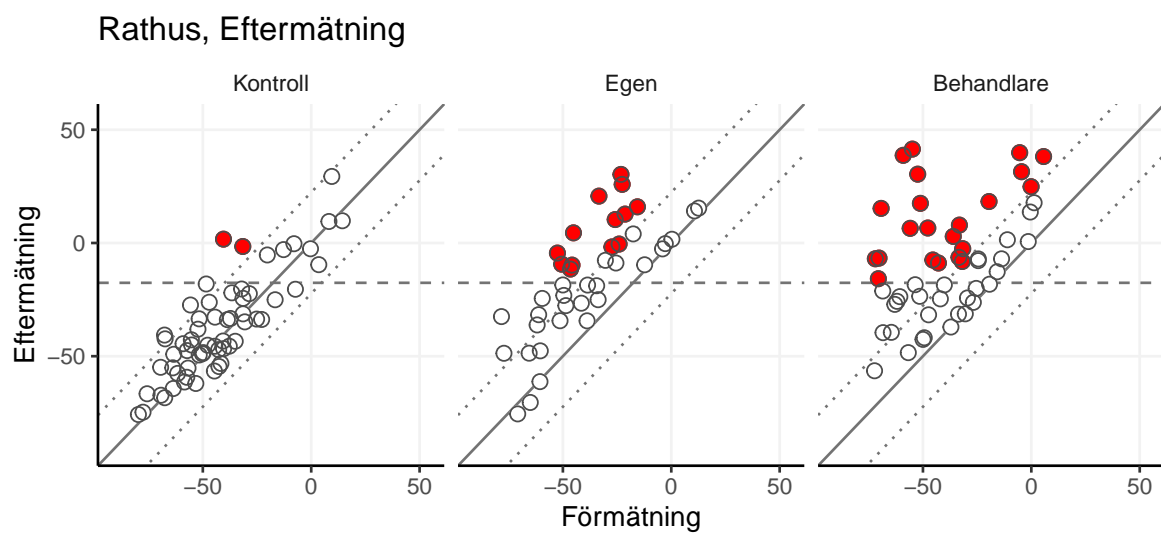
Figur 3: 123

Tabell 3: Deskriptiv statistik för primära och sekundära utfallsmått.

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



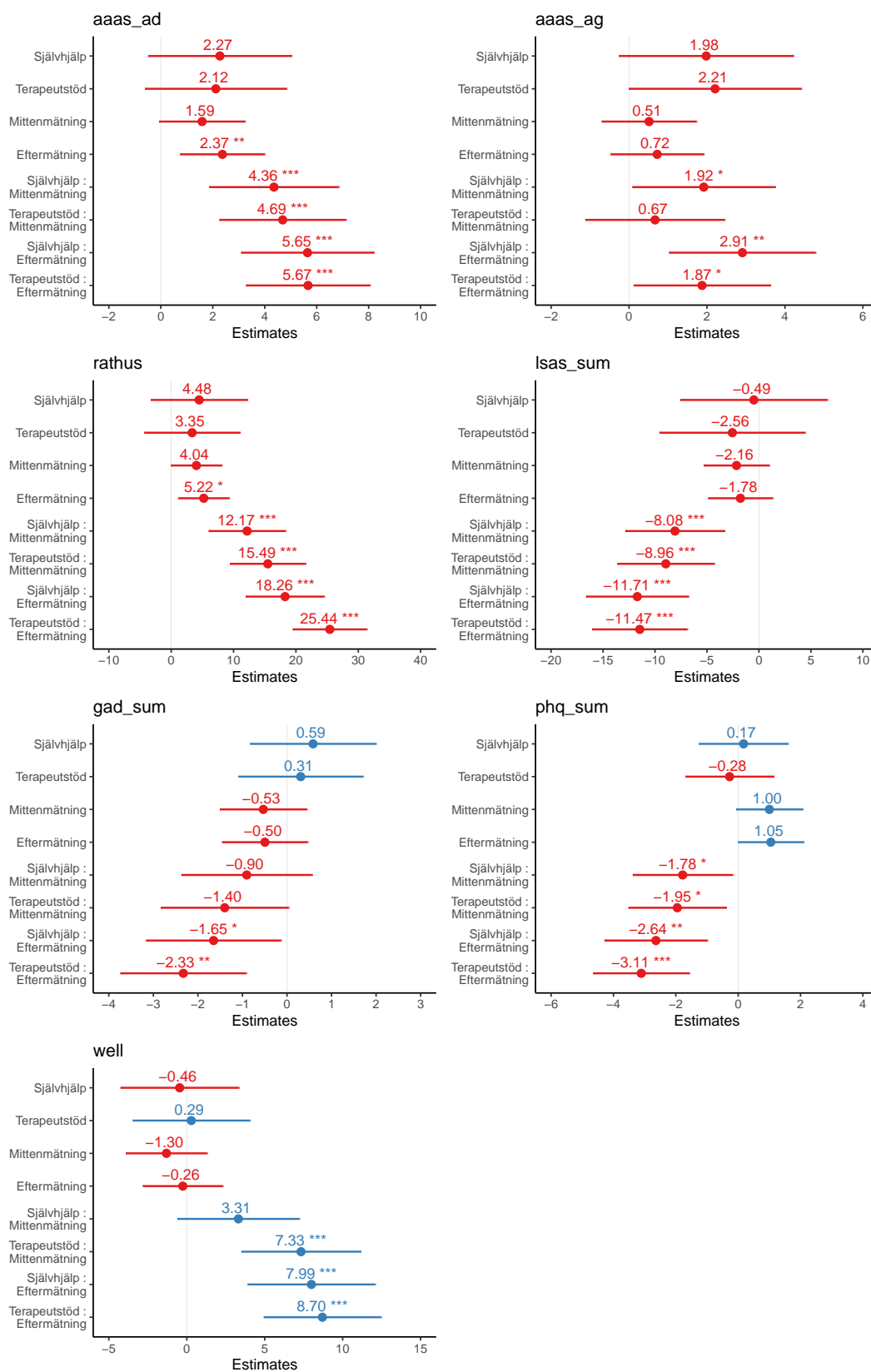
Figur 4: 123

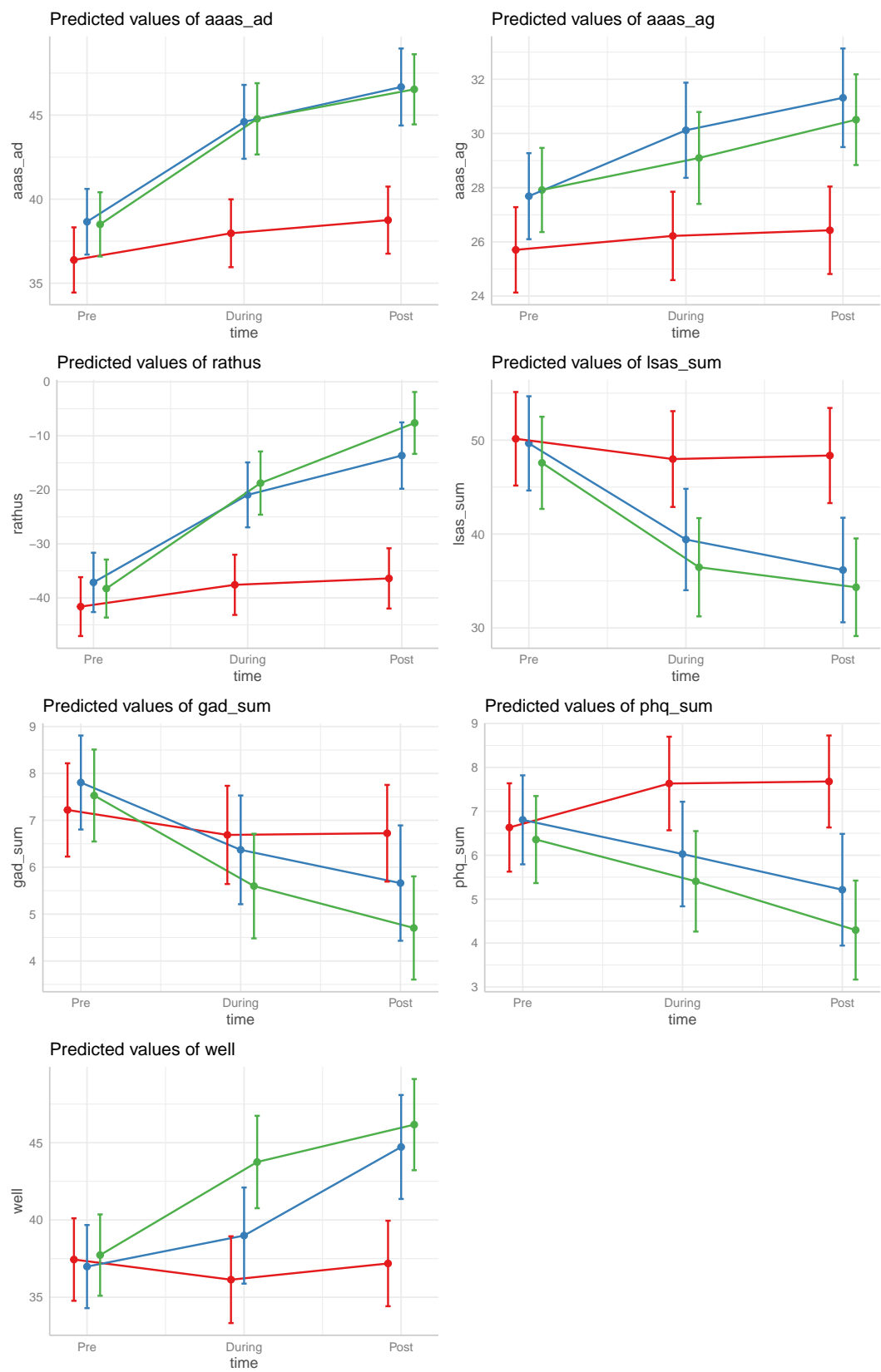


Figur 5: 123

Tabell 4

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





Tabell 5: AAA-S Adaptive

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	36,38235	0,9894170	287,7373	33,99978	38,76493
During	Väntlista	37,97047	1,0306289	321,1670	35,49017	40,45077
Post	Väntlista	38,75223	1,0181723	310,5294	36,30147	41,20299
Pre	Självhjälp	38,65672	0,9967734	287,7373	36,25643	41,05701
During	Självhjälp	44,60039	1,1220915	379,4160	41,90216	47,29861
Post	Självhjälp	46,67366	1,1695385	410,5458	43,86229	49,48504
Pre	Terapeutstöd	38,50000	0,9751801	287,7373	36,15171	40,84829
During	Terapeutstöd	44,77955	1,0822735	369,7672	42,17676	47,38233
Post	Terapeutstöd	46,53634	1,0650721	356,4862	43,97449	49,09819

Tabell 6: AAA-S Aggressive

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	25,70588	0,8038559	268,7058	23,76934	27,64242
During	Väntlista	26,21984	0,8318757	297,5414	24,21702	28,22265
Post	Väntlista	26,42783	0,8234748	288,4801	24,44488	28,41078
Pre	Självhjälp	27,68657	0,8098326	268,7058	25,73563	29,63750
During	Självhjälp	30,11879	0,8958744	351,6264	27,96377	32,27380
Post	Självhjälp	31,31624	0,9283745	381,5540	29,08389	33,54860
Pre	Terapeutstöd	27,91429	0,7922891	268,7058	26,00561	29,82296
During	Terapeutstöd	29,09625	0,8656558	342,1366	27,01365	31,17886
Post	Terapeutstöd	30,50886	0,8539496	330,1091	28,45405	32,56367

597 **Emmeans.** ordningsföljd: aaas_ad, aaas_ag, rathus, lsas_sum, gad_sum, phq_sum, well

598 **Diskussion**

599 Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälpssystem för
600 att förbättra individers konstruktiva självhjälp. Programmet administrerades via en internetbaserad
601 plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde
602 till stora delar på självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland
603 annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering
604 och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd,
605 en tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var kontrollgrupp. Vi
606 konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet (oberoende av om man hade behandlarstöd eller inte)
607 gav bättre resultat än att vara placerad på väntlista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan
608 gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd. De två grupperna var lika effektiva.

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

Tabell 7: Rathus

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	-41,617647	2,781267	268,8058	-48,31788	-34,9174179
During	Väntlista	-37,582508	2,845767	288,0777	-44,43524	-30,7297800
Post	Väntlista	-36,396413	2,845767	288,0777	-43,24914	-29,5436853
Pre	Självhjälp	-37,134328	2,801946	268,8058	-43,88437	-30,3842827
During	Självhjälp	-20,929777	3,067880	345,6931	-28,31014	-13,5494163
Post	Självhjälp	-13,651344	3,135606	364,8236	-21,19270	-6,1099905
Pre	Terapeutstöd	-38,271429	2,741247	268,8058	-44,87525	-31,6676106
During	Terapeutstöd	-18,747660	2,987240	341,4631	-25,93446	-11,5608592
Post	Terapeutstöd	-7,614021	2,923443	322,0127	-14,64944	-0,5786002

Tabell 8: LSAS

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	50,14706	2,541946	243,4744	44,01935	56,27476
During	Väntlista	47,98604	2,603715	263,8758	41,71281	54,25927
Post	Väntlista	48,36338	2,585404	257,6031	42,13329	54,59347
Pre	Självhjälp	49,65672	2,560845	243,4744	43,48345	55,82998
During	Självhjälp	39,41574	2,755439	305,9629	32,78281	46,04868
Post	Självhjälp	36,16610	2,842120	334,2661	29,32770	43,00449
Pre	Terapeutstöd	47,58571	2,505369	243,4744	41,54618	53,62525
During	Terapeutstöd	36,46221	2,670818	298,1155	30,03204	42,89238
Post	Terapeutstöd	34,33164	2,653253	292,0726	27,94301	40,72027

Tabell 9: GAD

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	7,220588	0,5075933	324,2059	5,999081	8,442095
During	Väntlista	6,688408	0,5343350	362,1707	5,403251	7,973565
Post	Väntlista	6,724079	0,5261324	349,8738	5,458443	7,989715
Pre	Självhjälp	7,805970	0,5113673	324,2059	6,575381	9,036559
During	Självhjälp	6,369967	0,5918987	418,5542	4,947255	7,792680
Post	Självhjälp	5,661051	0,6282170	451,2902	4,151484	7,170617
Pre	Terapeutstöd	7,528571	0,5002894	324,2059	6,324641	8,732502
During	Terapeutstöd	5,597594	0,5693853	410,2544	4,228884	6,966303
Post	Terapeutstöd	4,703914	0,5618207	401,2105	3,353263	6,054566

Tabell 10: PHQ

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	6,632353	0,5132545	352,2447	5,397735	7,866971
During	Väntlista	7,633591	0,5437805	390,1321	6,326153	8,941029
Post	Väntlista	7,679330	0,5343203	377,7398	6,394456	8,964205
Pre	Självhjälp	6,805970	0,5170706	352,2447	5,562173	8,049767
During	Självhjälp	6,027427	0,6079684	439,9799	4,566376	7,488478
Post	Självhjälp	5,214313	0,6492628	467,5739	3,654378	6,774248
Pre	Terapeutstöd	6,357143	0,5058692	352,2447	5,140290	7,573995
During	Terapeutstöd	5,405876	0,5840378	433,2578	4,002251	6,809501
Post	Terapeutstöd	4,295583	0,5753857	424,9683	2,912647	5,678520

Tabell 11: Välmåendeformuläret

time	group	emmean	SE	df	lower.CL	upper.CL
Pre	Väntlista	37,44118	1,362205	321,1712	34,16291	40,71944
During	Väntlista	36,13720	1,433167	358,9079	32,69007	39,58433
Post	Väntlista	37,18499	1,411419	346,6984	33,78960	40,58037
Pre	Självhjälp	36,98507	1,372333	321,1712	33,68244	40,28771
During	Självhjälp	38,99154	1,587709	415,1014	35,17513	42,80795
Post	Självhjälp	44,72364	1,717267	456,8687	40,59734	48,84994
Pre	Terapeutstöd	37,72857	1,342604	321,1712	34,49748	40,95966
During	Terapeutstöd	43,75242	1,526098	407,0623	40,08381	47,42103
Post	Terapeutstöd	46,17130	1,506027	398,0251	42,55060	49,79200

610 Resultatdiskussion

611 återstår att skriva!

612 Primär frågeställning.

613 I relation till annan forskning, självhävde

614 Behov av ny forskning

615 Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet

616 All data som låg till grund för inkludering eller exkludering i den aktuella studien var insamlad
 617 från självskattningsformulär. I och med att forskningspersonsinformation som potentiella deltagare
 618 kunde läsa innan de påbörjade screeningsprocessen presenterade såväl inkluderings- som exkluderings-
 619 kriterier (även om exkluderingskriterierna till viss del var allmänt formulerade) medför det risken att
 620 de som sökte till studien anpassade sina svar för att bli inkluderade. Då ingen klinisk intervju användes

621 i screeningprocessen fanns det ingen möjlighet att på så sätt upptäcka individer som borde exkluderas.
622 Detta kan medföra att individer som egentligen borde ha exkluderats, på grund av icke sanningsenliga
623 svar, istället blev inkluderade. Ingen klinisk intervju inkluderades då det låg utanför studiens möjliga
624 resurser att administrera dessa till alla potentiella deltagare. En fördel med att inte ha använt kliniska
625 intervjuerna är att tiden mellan påbörjad rekrytering och behandlingsstart blev kort, endast två veckor.

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

636 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare
637 10% studerade vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från Sveriges befolkning, där
638 endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar av förklaringen till att en
639 så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle kunna vara att majoriteten
640 av studiens deltagare är kvinnor, och att de i större utsträckning än män studerar vidare efter gymnasiet
641 (Statistiska Centralbyrån, 2020). Då väldigt få deltagare i den aktuella studien hade yrkesutbildning,
642 gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta avslutad utbildning bör man vara restriktiv
643 med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

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

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

651 I denna studie placerades en tredjedel av deltagarna på en väntlista. En risk med användandet
652 av väntlista är att de deltagare som tilldelas väntlistan försämras under behandlingens gång. I en meta-
653 analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson, and Carlbring (2017) att
654 över 15% av de som tilldelas betingelsen väntlista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6%
655 av de som genomgår behandlingen. Detta kan även leda till att de effekter som upptäcks snarare gör
656 det på grund av försämrandet hos väntlista-betingelsen snarare än förbättrandet hos de som betingats till
657 behandlingen. I den aktuella studien försämrades ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen.
658 Varken i väntlistan eller i någon av de andra betingelserna. Det går ändå att diskutera om användandet
659 av väntlista som kontroll är ett klokt beslut. Användandet av väntlista höjer allt som oftast oddsen för
660 att hitta en signifikant effekt jämfört med att tilldela kontrollgruppen mer aktiva betingelser (Mohr m.fl.,
661 2009). Troligen hade det varit bättre att tilldela de som fick väntlistebetingelsen en aktiv betingelse så
662 som tillgång till ett diskussionsforum.

663 !– - Ingen uppföljningsmätning av deltagarnas mående, dvs svårt att veta hur ser ut över tid -
664 tenderar att öka över tid, särskilt vid KBT (Bandelow m.fl., 2018) som källa!

665 —>

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

680 Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av
681 självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och RAS (Rathus, 1973). Då dessa
682 skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de inför rekryteringsstart. Det finns många rekomen-
683 dation och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2001;
684 och Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 för två väl använda metoder). Ett gemensamt tema i
685 dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat användningsspråk
686 (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer och att den översatta
687 versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare. En bedöm-
688 ning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det planerade användningsspråket
689 till originalspråket. AAA-S och RAS översattes inför föreliggande uppsats endast en gång från engelska
690 till svenska.

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

702 **Sammanfattning (?)**

Referenser

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alberti, R., & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2:a uppl.). San Luis Obispo: Impact.
- Alberti, R., & Emmons, M. (2017). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*. New Harbinger Publications.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported Psychological Treatments. Hämtad från <https://www.div12.org/psychological-treatments/>
- Andersson, G., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-06083-5>
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Baker, A. E., & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-5942-1>
- Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.49>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barrett, D. E., & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior , Social Inferential Ability , and Assertiveness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- Barrett, L. F., Quigley, K. S., & Hamilton, P. (2016). An active inference theory of allostasis and interoception in depression. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708). <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0011>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on

- 740 Internet-based mental health interventions - A systematic review.
741 <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- 742 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of
743 Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191.
744 <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- 745 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- 746 Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
747 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology*
748 *Review*, 49, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- 749 Braconier, A., & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 750 Buell, G., & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
751 71–80. <https://doi.org/10.2466/pr0.1981.49.1.71>
- 752 Burke, J., Richards, D., & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered
753 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive*
754 *Psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- 755 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse.
756 *Feminism/postmodernism*, 327, x.
- 757 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and
758 suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595.
759 <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- 760 Carlbring, P., & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
761 *kognitiv beteendeterapi* (2., [uppdä]. Stockholm: Natur & kultur.
- 762 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs.
763 face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
764 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18.
765 <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- 766 Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
767 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.
768 <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- 769 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. Oxford University Press.
770 <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001>
- 771 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4),
772 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- 773 Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia* (Vol. 41, s. 22–23).
- 774 Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
775 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001>
- 776 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008).

- Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- Dweck, C. S., Chiu, C. yue, Hong, Y. yi, Chiu, C. yue, & Hong, Y. yi. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1
- Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological science : a journal of the American Psychological Society / APS*, 4(4), 326–339. Hämtad från <https://www.affective-science.org/pubs/2009/barrett2009-future-psych.pdf>
<http://www.jstor.org/stable/40645696> {\%}0Ahttp://about.jstor.org/terms
- Fensterheim, H., & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Company.
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-álvarez, M. (2018). Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet* (s. 67).
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- Furmark, T. 1., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). *Social fobi - social ångest : effektiv hjälp med KBT* (Tredje uppg). Stockholm: Liber.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.

- Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–190.
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 - Embargoed 5 November 1200 CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in clinical research* (Vol. 59, s. 521–538). Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.1.153>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- 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), 606–613.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. Hämtad

- från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. Hämtad 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). Elsevier. <https://doi.org/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). <https://doi.org/10.2196/10302>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- Michel, F., & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions. Hämtad från <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284. <https://doi.org/10.1159/000228248>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions, 21–23.
- Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90100-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(75)90100-7)
- Pezzulo, G., Rigoli, F., & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2015.09.001>
- Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear*

- 888 *Mixed Effects Models*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- 889 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 890 R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R
891 Foundation for Statistical Computing. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- 892 Rakos, R. F., & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
893 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5),
894 991–993. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.991>
- 895 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
896 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- 897 Regeringskansliet, S., & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025* (s. 1–16).
898 Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- 899 Rich, A. R., & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
900 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. <https://doi.org/10.1037/h0078049>
- 901 Robichaud, M., & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD* (s.
902 270). Natur & kultur.
- 903 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based
904 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of*
905 *Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- 906 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020).
907 Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive
908 behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- 909 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For Better or
910 Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants
911 Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical*
912 *Psychology*, 85(2), 160–177. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- 913 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
914 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for
915 perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and*
916 *Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- 917 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 918 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2015). The Role of
919 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical
920 Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139.
921 <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9652-6>
- 922 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
923 Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and*

- 924 *Personality Science*, 7(6), 508–520. <https://doi.org/10.1177/1948550616644657>
- 925 Sewart, A. R., & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285).
926 <https://doi.org/10.1037/0000150-015>
- 927
- 928 Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive
929 Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and
930 Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
- 931 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
932 *therapy*. Bantam.
- 933 Socialstyrelsen. (2004). *Växelvis boende: Att bo hos både pappa och mamma fast de inte bor*
934 *tillsammans*. Socialstyrelsen.
- 935 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
936 Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241.
937 Hämtad från www.socialstyrelsen.se
- 938 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad från
939 <https://div.socialstyrelsen.se/>
- 940 Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
941 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20.
942 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 943 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
944 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
945 <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 946 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad från [https://www.scb.se/hitta-](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
947 [statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- 948 Tanck, R. H., & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to
949 Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400.
950 https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304_11
- 951 Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S).
952 *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334.
953 <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9226-9>
- 954 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric
955 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
956 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136.
957 <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- 958 Torchiano, M. (2020). *effsize: Efficient Effect Size Computation*.
959 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1480624>
- 960 Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
961 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*

- 962 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
963 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 964 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality
965 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
966 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 967 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
968 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
969 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 970 Ward, C., & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 971 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses, 20(42), 825–829.
- 972 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 973 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*
974 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 975 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
976 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
977 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 978 Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
979 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.
980 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>
- 981 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
982 Öst.