

# En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdselse

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

## Sammanfattning

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

### Vad är konstruktiv självhävdelse?

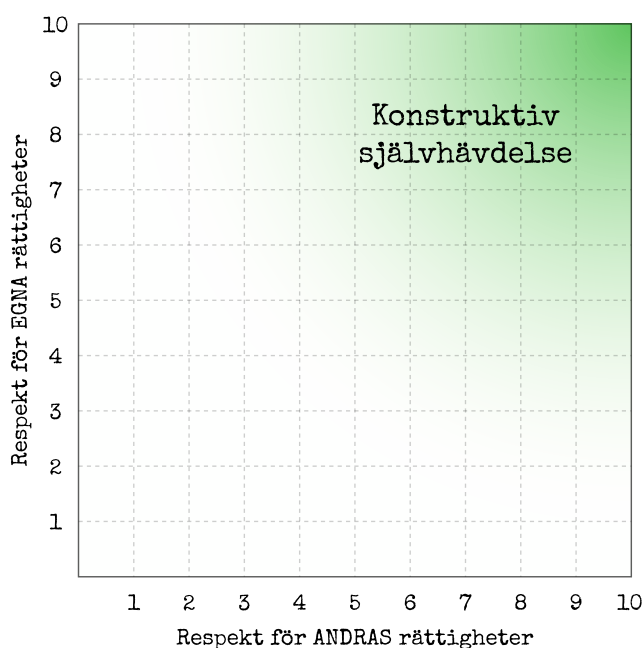
Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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

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

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

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



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

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

#### 97 **Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse**

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

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

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

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

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

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

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

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

England av National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psychological Association (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet vid psykologisk behandling.

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

### **Aktuellt forskningsläge för 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. År 2019 var siffran 54 %. I Europa är motsvarande andel 83 % (International Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport Svenskarna och internet (Findahl, 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85 % år 2010 till 95 % år 2019. Nästintill hela Sveriges befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som använder internet i Sverige söker även efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka hälften utnyttjar e-tjänster relaterade till sjukvården (Findahl, 2019).

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

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

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

I-KBT är ett effektivt behandlingsformat för ett brett spektrum av olika besvär. I en meta-analys från 2018 som inkluderar 64 RCT-studier konstateras I-KBT vara effektivt för behandling av både depression, paniksyndrom, agorafobi, social fobi samt generaliserat ångestsyndrom (Andrews m. fl., 2018). Författarna konstaterar att medeleffektstorleken för I-KBT är  $d = 0,8$  eller mer i jämförelse med kontrollbetingelse. Enligt resultaten tenderar också effekten att hålla i sig över tid. I-KBT är dessutom effektmässigt jämförbart med terapeutledd terapi. Likvärdigheten med terapeutledd terapi bekräftas i ytterligare en meta-analys från samma år (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlöf, 2018). Dessa resultat bekräftar tidigare fynd i samma riktning (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov, 2010; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008).

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

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

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

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

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

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

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

### **Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet**

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

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

KBT är potentiellt verksamt genom att bidra till att ”vikta om” balansen till förmån för *bottom-up*-aktivitet (Feldman Barrett, 2009). Med ett hopp till beteendevetenskaplig analysnivå går det att benämna samma fenomen som att personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser. För att i största möjliga mån hjälpa deltagarna att rikta fokus mot sådant handlande som kan ge värdefulla lärdomar begränsar behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* de inslag som vanligtvis i KBT brukar benämnas som kognitiv omstrukturering till preciserande av hindrande förutsägelser i



272 de självvalda situationer deltagarna vill arbeta med. Generaliserade hindrande förutsägelser, som i  
273 Beck (1979) benämns som 'livsregler' och 'grundantaganden', är inte primära mål för interventionen.

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

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

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

299 **Fokus på aktivering med varierande grad av osäkerhet.** För att bryta undvikande an-  
300 vänds inom KBT metoder som exponering, beteendeeperiment och beteendeeaktivering, var och en  
301 med sin egen rational men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så  
302 hög grad av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhets-  
303 beteenden är beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation. Det  
304 generella problemet med utförande av säkerhetsbeteenden är att de bibehåller fokus på det som upp-  
305 fattas som hotfullt och som både hindrar diskonfirmering av hindrande förutsägelser och möjligheten  
306 att träna tolerans för aversiva respondent upplevelser (Craske m. fl., 2008). Att emotionellt undvi-  
307 kande är ett sådant säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra  
308 till utveckling och vidmakthållande av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016).  
309 De Castella m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplat till sämre effekt  
310 av exponering. Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom  
311 och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006), för vilka underskott i  
312 *assertiveness* ofta är en del av problembilden.

313 Att närmande av tidigare undvikta stimuli väcker obehag ramas i psykoedukativa inslag i *Re-*  
314 *spekt i kvadrat* in som en fördel och en tillgång för etablerandet av korrigering nyinlärläring. Ju

315 större diskrepansen är mellan en individs förväntningar och individens faktiska upplevelse, desto  
316 större är oddsen för nyinläring (Craske m. fl., 2008; Sewart & Craske, 2019). Lärdomar kan dess-  
317 utom dras både av att ångesten i situationen minskar i intensitet och av att förmågan att hantera  
318 ångesten som väcks överträffar ens förväntningar (Blakey & Abramowitz, 2016; Craske m. fl., 2008;  
319 Knowles & Olatunji, 2019; Sewart & Craske, 2019). Craske m. fl. (2008) poängterar att variation i  
320 presentationen av aversiva stimuli (kvalitet, grad, situation, tidpunkt och så vidare) förbättrar oddsen  
321 för diskonfirmering av hindrande förutsägelser.

322 Genom avslappningsträning konfronteras deltagarna tidigt i behandlingsprogrammet med ra-  
323 tionalen för variation i inläringssituationen. Ett av syftena med avslappningsträningen är ge delta-  
324 garna möjlighet att generalisera vunna erfarenheter av att reglera och tolerera ångest i samband med  
325 avslappning till de beteendeeexperiment som följer i senare moduler i behandlingsprogrammet.

326 **Fokus på färdigheter för avslappning och medveten närvaro.** Även om litteraturen in-  
327 te anger exakt vilka de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär är, har  
328 forskningsstudier i decennier konstaterat att avslappningsträning effektivt minskar symptom hos en  
329 del patienter med ångestpsykopatologi (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad avslappning är en coping-  
330 teknik som utvecklades i slutet av 1970-talet för patienter med fobier och panikattacker. Den har  
331 sedan dess även visat sig effektiv för bland annat generell ångeststörning och vid stressymtom (Öst,  
332 2006). En tidigt formulerad hypotes är att avslappning inhiberar ångest, och vice versa (Conrad &  
333 Roth, 2007; Wolpe, 1952). En annan hypotes är att avslappningsövningar i sig är ett slags träning i  
334 medveten närvaro. Det är hur som helst ytterst svårt att hävda sig själv konstruktivt med samtidigt  
335 ångestpåslag (Baker & Jeske, 2015). Öst (2006) anför avslappningsträningens generella dämpande ef-  
336 fekt på spänningsgraden; avslappningsträning som genomförs ofta kan förbättra oddsen för adaptivt  
337 handlande. I behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* har avslappningsmomenten utökats jämfört  
338 med Michel och Fursland (2008) och kompletterats med både andra enklare avslappningsövningar  
339 och några övningar i medveten närvaro.

340 **Fokus på meta-färdigheter för inläring.** I *Respekt i kvadrat* ägnas inte utrymme i modu-  
341 lerna för ”teoretisk” kognitiv omstrukturering av hindrande tankar i idiografiskt identifierade situa-  
342 tioner – den slutsatser som personen drar är resultatet av i första hand beteendeeexperiment. Däremot  
343 ägnas teoretisk uppmärksamhet åt generella förhållningssätt till respondent obehag och inläring. I  
344 beteendeeexperimenten i programmets moduler uppmanas deltagarna att både undersöka sin förmåga  
345 att reglera ned aversiva känslor och sin förmåga att tolerera dem. För många kan nyckeln för brytan-  
346 de av undvikande vara att acceptera och tillåta sina negativt färgade känslor och upplevelser (Hayes,  
347 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma, Hayes & Walser, 2007). Programmet konfronterar explicit kon-  
348 frontera deltagarna med budskapet att brytande av undvikande oundvikligen är förenat med obehag,  
349 och hjälper samtidigt deltagarna att identifiera långsiktiga belöningar associerade med tolerans av  
350 obehag. Syftet är att förbättra oddsen att deltagarna tar ett första steg att bryta sådant emotionellt und-  
351 vikande som vidmakthåller det psykiska lidandet (A-Tjak m. fl., 2015). Deltagarna får bland annat  
352 lära sig att diskriminera mellan det som Dweck, Chiu och Hong (1995) benämner som *fixed mindset*  
353 (ett personlighetsorienterat förhållningssätt till intelligens och utveckling) och *growth mindset* (ett  
354 utvecklingsorienterat förhållningssätt) och hur dessa skilda synsätt i forskning har visat sig predice-  
355 ra negativa respektive positiva utfall i en akademiskt kontext. Överfört till behandlingsprogrammet  
356 *Respekt i kvadrat* uppmanas deltagarna att se utmaningar som en förutsättning för nyinläring och  
357 utveckling. En person som tillämpar ett utvecklingsorienterat förhållningssätt till ångest uppvisar  
358 större motivation under behandlingens gång, vilket i sin tur är associerat med bättre odds för positi-

359 va behandlingsutfall (De Castella m. fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2015).  
360 Det har även visat sig att personer med ett *fixed mindset* i större utsträckning försöker undvika nega-  
361 tiva emotioner samt i mindre utsträckning omvärderar sina förutsägelser i ljuset av nya erfarenheter  
362 (Schroder m. fl., 2015). Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett  
363 *growth mindset*.

## 364 Frågeställningar

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

## 371 Metod

### 372 Design

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

380 **Rekrytering.** Rekrytering ägde rum mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studi-  
381 en annonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com  
382 samt www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (till exem-  
383 pel www.studie.nu). De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida  
384 (www.respektikvadrat.se). Där fanns information om hur studiens upplägg, inklusions- och exklu-  
385 sionskriterier och startdatum, liksom upplysningar om den arbetsinsats som deltagandet förväntades  
386 innebära under interventionens 8 veckor. Där fanns även information om vilka personer som var  
387 involverade i studien samt kontaktuppgifter till studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse ge-  
388 nom att uppge sin e-postadress. I anslutning till formuläret för intresseanmälan gavs även information  
389 kring potentiella risker med deltagande och villkor för sekretess, datasäkerhet, datahantering samt in-  
390 formation om att frivillighet och möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. När deltagarna  
391 väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med självskattningsformulär att besvara elektro-  
392 niskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser  
393 samt egenupplevd grad av självhävande. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter  
394 samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och  
395 motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare  
396 upplysningar.

397 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer sitt intresse till studien  
398 varav 464 personer slutförde screeningsprocessen. Av dessa uteslöts 126 personer då de uppfyllde

något av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa be-  
jakade 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210  
inkluderades. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till behandlings-  
programmet på samma sätt som kontrollgruppen, men med skillnaden att deras skattningssvar inte  
användes i beräkningarna. Vid behandlingsstart hade studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll un-  
der behandlingens gång upptäcktes det att fem deltagare ( $n = 3$  från gruppen självhjälp och  $n = 2$  från  
gruppen väntelista) hade annan pågående psykologisk behandling och därför felaktigt inkluderats i  
studien. Dessa deltagare fick fullgå behandlingen på oförändrade villkor, men deras skattningar har  
exkluderats från alla beräkningar. Utöver detta bad en deltagare från gruppen behandlarstöd under  
behandlingsprogrammets gång att bli exkluderad från studien. Ingen data har använts hos de fem  
deltagarna som hade pågående psykologisk behandling och endast förmätningen har använts från  
deltagaren som bad om att bli exkluderad.

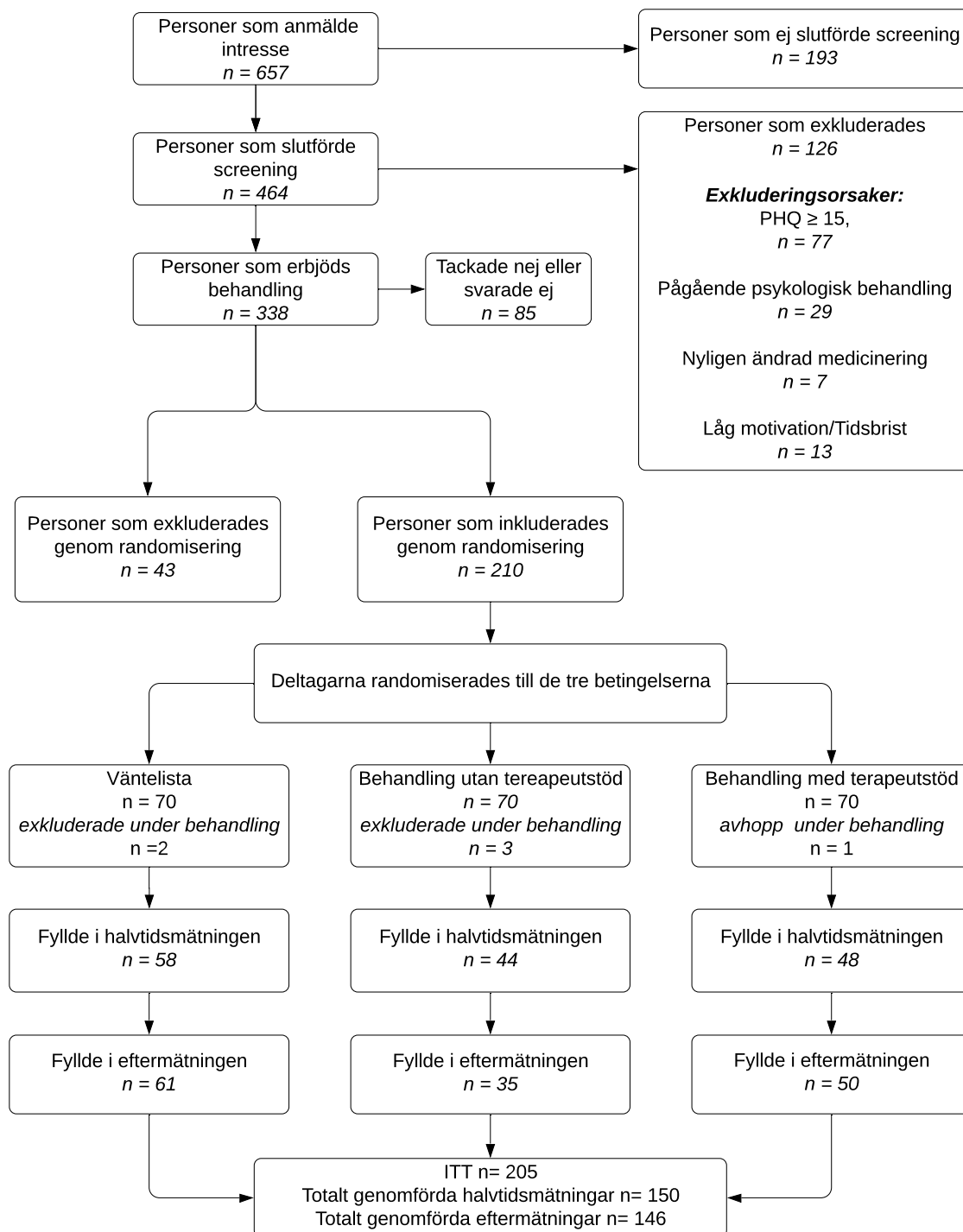
**Inklusionskriterier.** För att delta krävdes att man var svensk medborgare, minst 18 år gam-  
mal, hade tillgång till en internetuppkoppling samt att man behärskade svenska i tal och skrift. Alla  
deltagare som erbjöds plats i studien blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de 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

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

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

**Behandlarstöd.** En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i den-  
na grupp blev randomiserade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta  
behandlingskontakt med 35 deltagare. Behandlarna var studenter vid Stockholms Universitet. Båda  
behandlarna gick sista terminen på psykologprogrammet och hade en grundläggande psykoterapiut-  
bildning i KBT. Under hela studiens gång hade behandlarna tillgång till handledning av en legitime-  
rad psykolog med drygt 20 års erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling.

Behandlarstöd bestod av veckovis skriftlig kontakt med deltagarna via den krypterade web-  
baserade plattformen Iterapi (Vlaescu m. fl., 2016). Stödet bestod av återkoppling på genomförda  
övningar, uppmuntran, validering, psykoedukation samt svar på de frågor deltagarna ställde. Tidsåt-  
gången planerades till cirka 15 minuter per deltagare och vecka. De två andra grupperna hade inte



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

Tabell 1: Vid förmätningstillfället insamlad sociodemografisk data om deltagarna.

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

tillgång till behandlarstöd men fick kontaktuppgifter till studieansvarig för eventuella administrativa frågor.

#### Primärt utfallsmått.

**Självhävdelsestil.** En inför den här studien gjord svensk översättning av självskattningsskalan Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S; Thompson & Berenbaum, 2011) användes för att mäta vilka metoder för självhävdelse som deltagarna använde sig av. Skalorna utgörs av 30 påståenden som besvaras med en 5-gradig likertskala där 1 motsvarar "aldrig" och 5 motsvarar "alltid". Svaren räknas samman till två skalor, en för aggressiv självhävdelse och en för konstruktiv (adaptiv) självhävdelse. Hög poäng på delskalan för aggressiv självhävdelse indikerar ett aggressivt självhävande beteendemönster och hög poäng på delskalan för konstruktiv självhävdelse indikerar ett konstruktivt självhävande beteendemönster. (Låga poäng på båda går att tolka som passiv självhävdelse.) En fördel med AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den gör explicit skillnad mellan konstruktiv och aggressiv självhävdelse. Adaptive- och Aggressivenessskalorna har god intern reliabilitet ( $\alpha = 0,93$  respektive  $\alpha = 0,88$ ). Den svenska översättningen var inte validerad inför studiestart.<sup>1</sup>

#### Sekundära utfallsmått.

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

<sup>1</sup>Den svenska översättningen av AAA-S kan rekvideras från författarna eller uppsatshandledaren.

social fobi. Vid en totalpoäng på över 60 föreligger troligen generaliserad social fobi. Skalan har god intern reliabilitet ( $\alpha = 0,96$ ).

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

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

## Interventionen Respekt i kvadrat

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

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

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

<sup>2</sup>Den svenska översättningen av Rathus kan rekvideras från författarna eller uppsatshandledaren.



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

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

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

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

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

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

561 I Michel och Fursland (2008) presenteras rationalen för och övningar i muskelavslappning  
562 översiktligt i ett kapitel. I linje med Östs (2006) rekommendation om att tillämpad avslappning bör

563 introduceras stegvis över en längre tidsperiod presenteras deltagarna med progressiv muskelavslapp-  
564 ning redan i modul 2. Övningen byggs gradvis på i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning och  
565 snabbavslappning. Under första delen av programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa prin-  
566 ciperna om hög grad av variation och upprepning i färdighetsträningen av progressiv och alltmer  
567 tillämpad avslappning. Integreringen av progressiv muskelavslappning i hela första delen av behand-  
568 lingsprogrammet tjänar syftena att ge deltagarna möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter som re-  
569 lativt snabbt har potential att ge positiva effekter i vardagen och att ge dem egna erfarenheter av  
570 fördelarna med både variation i exponering och mängdträning.

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

## 578 **Behandlingsplattformen**

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

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

## 588 **Etiska aspekter**

589 Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsmyndigheten. Diarienummer för etikan-  
590 sökan är 2019-05165.

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

592 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att  
593 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens  
594 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlig-  
595 het med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var  
596 kopplad till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan till  
597 studien lämnade deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien  
598 under rekryteringsfasen informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (till  
599 exempel om vart hen kunde vända sig för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommende-  
600 rades deltagarna att uppsöka psykiatrisk vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet  
601 att kontakta studieansvarig per telefon samt e-post.

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

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

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

## Analys

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

**Analys av fixa effekter.** Fixa och slumpmässiga effekter mellan grupp och tid för de primära och sekundära utfallsmåtten undersöktes med så kallad flernivåanalys (också kallad blandad modell, hierarkisk analys, på engelska bland annat *mixed model*, *multilevel model* och *hierarchical linear model*). Flernivåanalys tillåter precis som multivariat variansanalys (MANOVA) inklusion av upprepade beroende mätillfällen i modellen, men fördelarna att metoden tillåter obalanserade grup-

per och att principen om *intention to treat* värnas utan behov av imputering av saknade datapunkter. Flernivåanalyser uppskattar också inklusion av *random*-effekter, det vill säga observerad men inte kontrollerad varians på klusternivå. I detta fall har vi två nivåer: enskilda individer som ”innehåller” data från upprepade mättillfällen.

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

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

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

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

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

**Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behandlingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacobson och Truax (1991). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två mättillfällen definieras som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med  $\alpha = 0,05$ ) i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värden förhåller sig till medelvärdet för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1991). För sammanställningarna av

överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna i andelen reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis  $\chi^2$ -test samt Dunns post-hoc test för multipla jämförelser av flera grupper.

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

## Resultat

### Skalornas interna reliabilitet

Vi kontroll av intern reliabilitet genom beräkning av Cronbach's  $\alpha$  för de inför studien översatta skattningsskalorna fann vi resultat överensstämmande med normdata för AAA-S Adaptive, 0,83 jämfört med 0,82 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011). Resultaten var något avvikande för AAA-S Aggressive, 0,77 jämfört med 0,88 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011), dock alltså på acceptabel nivå. För Rathus var resultaten likvärdiga, 0,85 jämfört med 0,87 för icke-kliniskt sample (student-sample 1) från Thompson och Berenbaum (2011).

### Reliabel förändring och klinisk signifikans

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

### Flernivåanalysresultat

Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data fann vi inga brott mot de villkor som behöver uppfyllas för flernivåanalys. Se tabell 4 för en sammanställning av predicerade medelvärden, standardavvikelser och effektstorlekar för flernivåanalys-modellerna för utfallsmåtten. Estimat av intercept och regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmåtten sammanfattas i tabell 5. Intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive utfallsmått kan läggas in i regressionsformeln för att predicera utfall för alla kombinationer av grupp-tillhörighet och måttillfälle.

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

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

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

692 **Skillnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävande mellan väntelista–självhjälp re-**  
693 **spektive väntelista–behandlarstöd**

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

697 **Konstruktiv självhävande.**

698 **Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.** Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adap-  
699 tive för gruppen självhjälp (estimerat marginalmedelvärde [*M*] 47,0, 95 % CI [44,2 ; 49,8]) än för  
700 gruppen väntelista (*M* 38,8, 95 % CI [36,3 ; 41,2]) vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 8,2,  $t_{365}$   
701 = -5,3;  $p < 0,001$ ; effektstorlek 1,0.

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

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

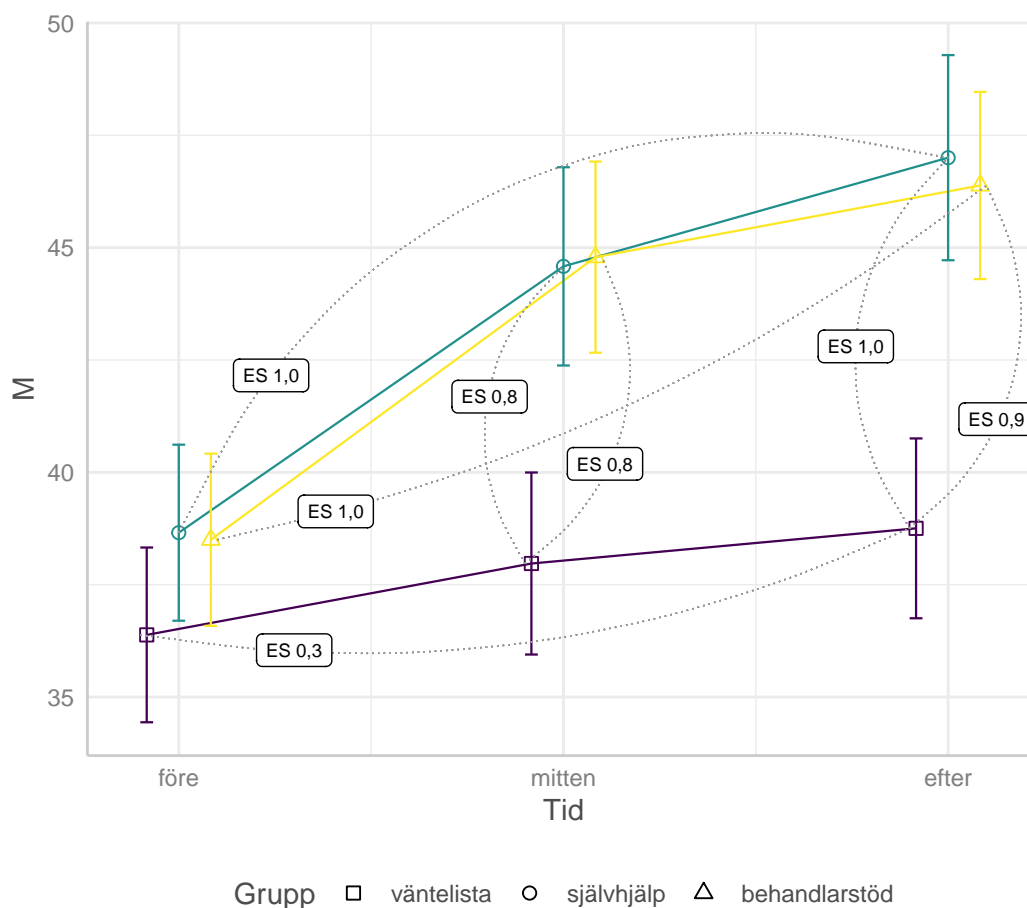
Tabell 5: En sammanställning av estimat av intercept och regressionskoefficienter för respektive fternivåanalys av de primära och sekundära utfallsmåten.

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

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



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

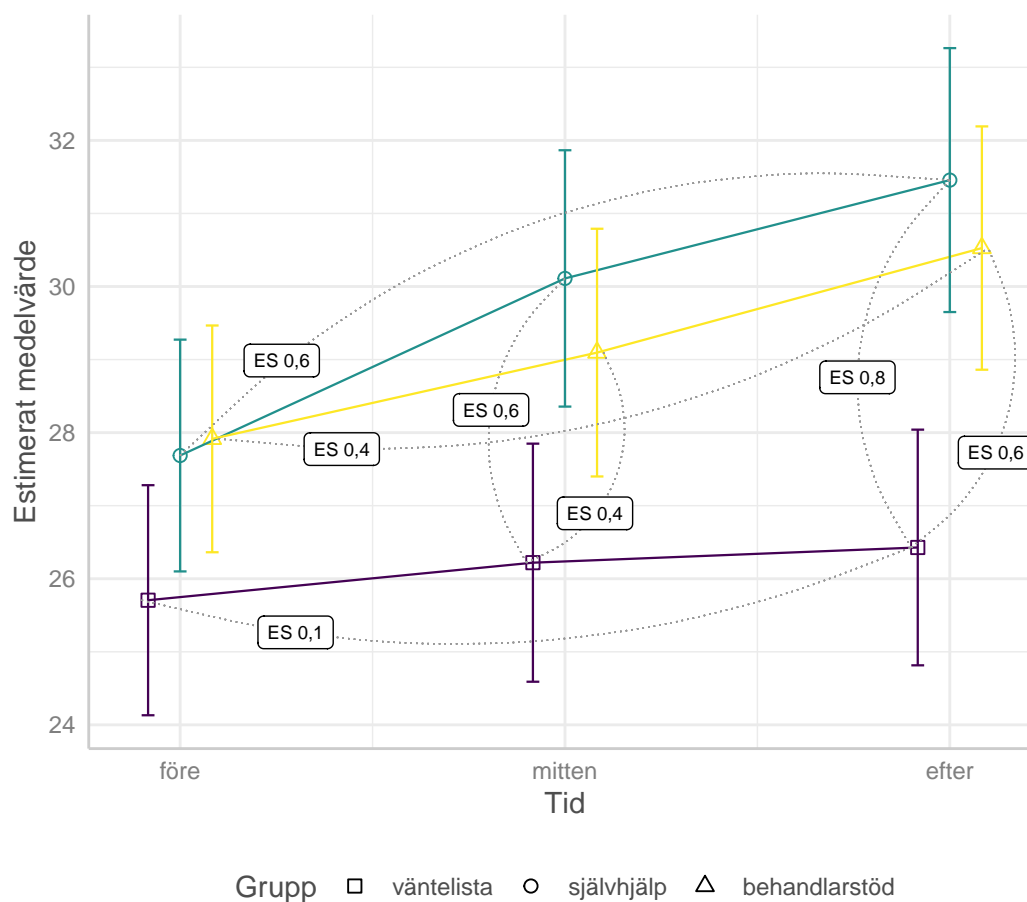


Figur 3: Medelvärdesestimat (M) och effektstorlekar (ES) för AAA-S Adaptive. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

706 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För både gruppen självhjälp  
 707 och gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning,  
 708 medelvärdeskillnad 8,3,  $t_{323} = 8,3$ ;  $p < 0,001$ ; effektstorlek 1,0 respektive medelvärdeskillnad 7,9,  
 709  $t_{316} = -8,8$ ;  $p < 0,001$ ; effektstorlek 1,0.

710 Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats  
 711 avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten  
 712 var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlings-  
 713 start och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resul-  
 714 taten. I flernivåanalysen konstaterar vi att 68 % av random-effekt-variansen i utfallsmåttet AAA-S  
 715 Adaptive mellan mättidpunkterna förklaras av individuella faktorer, återstoden kan antas vara mät-

716 eller slumpfel. Om också variansen av fixa effekter inkluderas är andelen 56 %, det vill säga mer än  
717 hälften av den totala variansen.



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

### 718 Aggressiv självhävdelse.

719 **Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.** Precis som för konstruktiv självhävdelse hade  
720 gruppen självhjälp en klart högre medelpoäng ( $M$  31,5, 95 % CI [29,2 ; 33,7]) på måttet för aggres-  
721 siv självhävdelse, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista ( $M$  26,4, 95 % CI [24,4 ; 28,4]) vid  
722 eftermätningen, medelvärdeskillnad 5,0,  $t_{337} = -4,1$ ;  $p < 0,001$ ; effektstorlek 0,8.

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

726 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För båda grupperna själv-  
727 hjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och  
728 eftermätning. För självhjälpsgruppen var medelvärdeskillnaden 3,8,  $t_{317} = -5,1$ ;  $p < 0,001$ ; ef-  
729 fektstorlek 0,6, för behandlarstödsgruppen var den 2,6,  $t_{313} = -4,0$ ;  $p < 0,001$ ; effektstorlek 0,4.

Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävdelse, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävdelse mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Figur 4 ger en visualisering av resultaten. 74 % av random-effekt-variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer; 68 % av den totala variansen kan förklaras av individuella faktorer – drygt två tredjedelar, således.

### Skilnad i effekt på konstruktiv självhävdelse mellan självhjälp–behandlarstöd

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

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

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

### Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

831 **Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.**

832 **Metoder för att bättre kontrollera random-effekter.** För att bättre kunna kontrollera för  
833 individkopplade bidrag till behandlingsutfall kan uppföljande studier med fördel inkludera fler sätt  
834 att mäta individrelaterade variabler än vad den här studien har gjort, till exempel med veckovisa  
835 frågor om hur mycket tid deltagarna har haft till förfogande för deltagande. Sådana fixa variabler kan  
836 sedan anges som kovariat i analysen. Den del av *random*-variansen som har med behandlareffekter  
837 att göra kan i framtida studier undersökas genom tillägg av en tredje *random*-nivå i flernivåanalysen  
838 (tidpunkter nästlade i individer nästlade i behandlare), förutsatt att tillräcklig power går att erhålla.  
839 Det kan också ge mer tillförlitliga uppskattningar av behandlingsprogrammets effekt (Almlöv m. fl.,  
840 2011; Baldwin m. fl., 2011; Hesser, 2015; Wampold & Serlin, 2000).

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

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

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

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

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

899 Vilken påverkan den automatiserade annonsvisningen har haft på andra faktorer, exempelvis grad av  
900 social ångest, går inte att utläsa. För den aktuella studien innebär rekryteringsförfarandet att samplet  
901 med sin begränsade spridning inte har matchat den operationalisering av begreppen konstruktiv, pas-  
902 siv och aggressiv självhävande som *Respekt i kvadrat* utgår från.

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

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

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

## 930 Sammanfattning

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



## Referenser

937

- 938 A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015).  
 939 A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically rele-  
 940 vant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36.  
 941 doi:10.1159/000365764
- 942 Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- 943 Almlöv, J., Carlbring, P., Källqvist, K., Paxling, B., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2011). Therapist  
 944 effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive*  
 945 *Psychotherapy*, 39(3), 311–322. doi:10.1017/S135246581000069X
- 946 American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.  
 947 American Psychiatric Association.
- 948 American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported  
 949 Psychological Treatments. Hämtad 13 april 2020, från [www . div12 . org / psychological -](http://www.div12.org/psychological-treatments/)  
 950 [treatments/](http://www.div12.org/psychological-treatments/)
- 951 Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided*  
 952 *Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. doi:10.1007/978-3-319-06083-5
- 953 Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. & Newby, J. M.  
 954 (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and  
 955 practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December  
 956 2017), 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- 957 Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the  
 958 anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-  
 959 analysis. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- 960 Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., ... Wicherts,  
 961 J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal*  
 962 *of Personality*, 27(2), 108–119. doi:10.1002/per.1919
- 963 Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interac-  
 964 tions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.  
 965 4018/978-1-4666-5942-1
- 966 Baldwin, S. A., Murray, D. M., Shadish, W. R., Pals, S. L., Holland, J. M., Abramowitz, J. S., ...  
 967 Watson, J. (2011). Intraclass correlation associated with therapists: Estimates and applications  
 968 in planning psychotherapy research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 15–33. doi:10.1080/  
 969 16506073.2010.520731
- 970 Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring  
 971 effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies.  
 972 *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- 973 Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-  
 974 analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Te-*  
 975 *chnology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi:10.1080/15228830802094429
- 976 Barrett, D. E. & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior, Social Inferential Ability, and Asserti-  
 977 veness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- 978 Barrett, L. F. & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews*  
 979 *Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi:10.1038/nrn3950. arXiv: 15334406



- 980 Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using  
981 lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- 982 Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-  
983 based mental health interventions: A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- 984 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-  
985 Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-  
986 200012150-00014
- 987 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychothe-  
988 rapy series. Guilford Publications.
- 989 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-  
990 based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two  
991 types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.  
992 brat.2010.12.007
- 993 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for  
994 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,  
995 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 996 Braconier, A. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående (examensarbete).  
997 Stockholms universitet.
- 998 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),  
999 71–80. doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 1000 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hinderer events in internet-delivered  
1001 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychot-*  
1002 *herapy*, 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 1003 Butler, J. (2011). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- 1004 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and supp-  
1005 pression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.  
1006 1037/1528-3542.6.4.587
- 1007 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based  
1008 vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated  
1009 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/  
1010 16506073.2017.1401115
- 1011 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*  
1012 *kognitiv beteendeterapi* (2. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- 1013 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:  
1014 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/  
1015 annurev.psych.52.1.685
- 1016 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 1017 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–  
1018 470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 1019 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 1020 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?  
1021 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 1022 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).  
1023 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,  
1024 46(1), 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003

- 1025 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.  
1026 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/  
1027 nrdp.2017.24
- 1028 Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it  
1029 is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/  
1030 S2045796015000864
- 1031 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university stu-  
1032 dents with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*  
1033 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 1034 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emo-  
1035 tion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/  
1036 16506073.2014.974665
- 1037 Dweck, C. S., Chiu, C.-y. & Hong, Y.-y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments  
1038 and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.  
1039 1207/s15327965pli0604\_1
- 1040 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*  
1041 *Science*, 4(4), 326–339.
- 1042 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Com-  
1043 pany.
- 1044 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018).  
1045 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An  
1046 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 1047 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*. Internetstiftelsen.
- 1048 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz,  
1049 D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties  
1050 of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.  
1051 doi:10.1017/S0033291701004056
- 1052 Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social*  
1053 *ångest: effektiv hjälp med KBT*. Stockholm: Liber.
- 1054 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature  
1055 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.  
1056 x
- 1057 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.  
1058 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1059 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Im-  
1060 plications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psycho-*  
1061 *logy*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1062 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- 1063 Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-  
1064 analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–90.
- 1065 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave  
1066 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-  
1067 7894(04)80013-3

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

- 1111 Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*  
 1112 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,  
 1113 Inc.
- 1114 Lüdecke, D., Makowski, D., Waggoner, P. & Patil, I. (2020). *performance: Assessment of Regression*  
 1115 *Models Performance*. R package version 0.4.6. Hämtad från [https://CRAN.R-project.org/](https://CRAN.R-project.org/package=performance)  
 1116 [package=performance](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
- 1117 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1118 McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1119 Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive beha-  
 1120 viour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of*  
 1121 *Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- 1122 Michel, F. & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical  
 1123 Interventions. Hämtad 1 maj 2020, från [www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)  
 1124 [After-Yourself/Assertiveness](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
- 1125 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Ob-  
 1126 jective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–  
 1127 110. doi:10.1111/jpr.12185
- 1128 Mumford, E. & Mumford, E. (2018). *A practical approach*. doi:10.4324/9781351173681-12
- 1129 Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R<sup>2</sup> and  
 1130 intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and  
 1131 expanded. *Journal of the Royal Society Interface*, 14(134). doi:10.1098/rsif.2017.0213
- 1132 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Condi-  
 1133 tions, 21–23.
- 1134 Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.  
 1135 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-  
 1136 7916(75)90100-7
- 1137 Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference, homeostatic  
 1138 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.  
 1139 1016/j.pneurobio.2015.09.001
- 1140 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:  
 1141 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,  
 1142 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- 1143 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 1144 R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for  
 1145 Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.R-project.org/>
- 1146 Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered  
 1147 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–  
 1148 993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- 1149 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),  
 1150 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- 1151 Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad  
 1152 från [www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/](http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/)
- 1153 Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*  
 1154 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049

- 1155 Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD.*  
1156 Natur & kultur.
- 1157 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based  
1158 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Con-*  
1159 *sulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- 1160 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020).  
1161 Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive beha-  
1162 viour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- 1163 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Wor-  
1164 se: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving  
1165 Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,  
1166 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- 1167 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).  
1168 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism  
1169 including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.  
1170 doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- 1171 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 1172 Samuelsson, M. & Way, E. (2018). Valentinstudien: parterapi på internet med en flerfaktoriell jämfö-  
1173 relse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg (examensarbete). Stockholms uni-  
1174 versitet.
- 1175 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of  
1176 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treat-  
1177 ment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.  
1178 1007/s10608-014-9652-6
- 1179 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the  
1180 Domain Specificity of Mental Health-Related Mind-Sets. *Social Psychological and Persona-*  
1181 *lity Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1182 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*  
1183 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1184 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Be-  
1185 havioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis.  
1186 *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1187 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*  
1188 *therapy*. Bantam.
- 1189 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1190 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekom-  
1191 mendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från  
1192 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- 1193 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från [div .](http://div.socialstyrelsen.se/)  
1194 [socialstyrelsen.se/](http://socialstyrelsen.se/)
- 1195 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten  
1196 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.  
1197 1111/cpsp.12216

- 1198 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing  
1199 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/  
1200 archinte.166.10.1092
- 1201 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från [www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/](http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- 1202 Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors  
1203 Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/  
1204 s15327752jpa4304\_11
- 1205 Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-  
1206 S). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/  
1207 s10862-011-9226-9
- 1208 Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT  
1209 comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing  
1210 Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand*  
1211 *journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- 1212 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric  
1213 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.  
1214 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- 1215 Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019).  
1216 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be  
1217 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- 1218 Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:  
1219 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal*  
1220 *of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-  
1221 018-0296-4
- 1222 Wampold, B. E. & Serlin, R. C. (2000). The consequence of ignoring a nested factor on measures of  
1223 effect size in analysis of variance. *Psychological Methods*, 5(4), 425–433. doi:10.1037/1082-  
1224 989X.5.4.425
- 1225 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality  
1226 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,  
1227 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- 1228 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- 1229 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1230 Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuro-*  
1231 *ses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division.  
1232 Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1233 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*  
1234 *cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of rando-*  
1235 *mized controlled trials*. doi:10.1016/j.smr.2015.10.004
- 1236 Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear  
1237 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- 1238 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Stock-  
1239 holm: L.-G. Öst.