

En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdselse

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Sammanfattning

Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävdselse' (*assertiveness* på engelska) definieras som handlande som är förenligt med respekt för både egna och andras rättigheter, exempelvis att uttrycka behov och önskemål, att sätta gränser och att dela tankar och känslor. Brister i konstruktiv självhävdselse är förknippat med klinisk och subklinisk psykisk ohälsa, till exempel stressrelaterad ohälsa, svårigheter i relationer, emotionell instabilitet, generaliserat ångestsyndrom, social ångest och depression. Syftet med den här studien är att undersöka effekten på konstruktiv självhävdselse av ett internet-administrerat behandlingsprogram med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning, *Respekt i kvadrat*. 205 personer med självupplevda besvär (88% kvinnor, medelålder 42 år) rekryterades via annonsering i sociala medier. Deltagarna randomiserades till tre grupper: självhjälp (n = 67), behandlarstöd (n = 70) och väntelista (n = 68). Graden av konstruktiv respektive aggressiv självhävdselse mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelista på delskalan för konstruktiv självhävdselse (effektstyrka 0,9 för behandlarstöd och 1,0 för självhjälp). Effekten var påtaglig redan vid mittenmätningen. Både gruppen behandlarstöd och gruppen självhjälp hade en signifikant ökning av andelen kliniskt signifikant förbättrade individer på delskalan som mäter konstruktiv självhävdselse jämfört med väntelista (17,1% respektive 17,9% i behandlingsbetingelserna mot 1,5% i väntelistan). Resultaten visar att det internetförmiddlade 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 uppmuntran (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 behavi-
25 oristiska terapierna kring 1950-talet och framåt, bland annat de som beskrivs i Salter (1949) samt
26 Wolpe och Lazarus (1966), var specifikt inriktad på självhävdelseträning som ett behaviouristiskt al-
27 ternativ till psykoanalys för neurotiker. Dessa första behaviouristiska terapier byggde på principerna
28 om klassisk betingning: Målet för *assertiveness*-träningen var att para aversiva stimuli som tidigare
29 gav upphov till exempelvis passivitet eller aggressivitet med konstruktiv självhävdelse. Denna trä-
30 ning hade ofta avslappning som en integrerad del, utifrån rationen att avslappning och ångest inte
31 kan förekomma samtidigt. Som en del i den självhävdelsefokuserade psykoterapin förskrevs tydligt
32 beskrivna beteenden 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* (Ameri-
46 can Psychiatric Association, 1968) med efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att
47 falla i glömska. Begreppet återaktualiserades sporadiskt som mål för behandling under 1990-talet,
48 då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979).
49 Rationen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande i en pressade situ-

ationer (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 kognitiv omstrukturering är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobiker skulle ett beteendeeexperiment till exempel 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 undvikande. Fördelarna för klienten är dels att hen får tillfälle att träna både på att tolerera och reglera ångest, dels att hen får ökad tillgång till sådant som hen värdesätter.

Vad är konstruktiv självhävdelse?

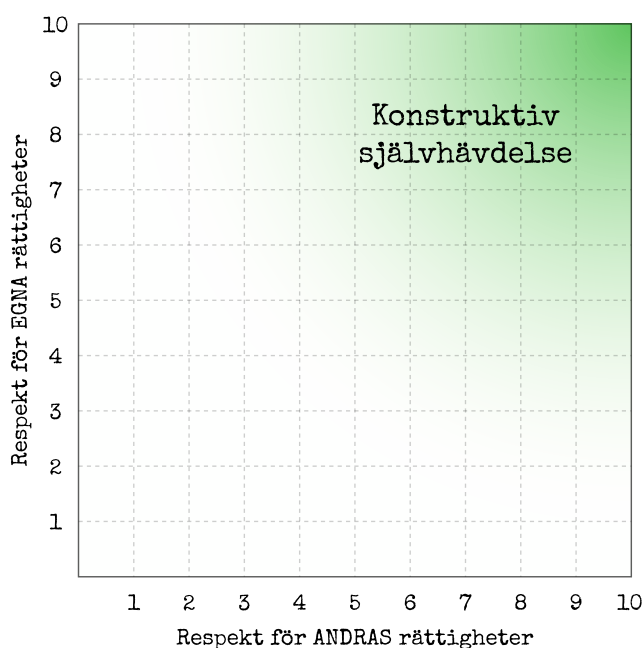
Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

Alberti och Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävdelse som handlande som återspeglar individens egna långsiktiga intressen. Det innebär förmågan att "stå upp för sig själv" utan överdriven ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina 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 perspektiv om 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



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

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

Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

161 **Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

247 **Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

367 Frågeställningar

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

374 Metod

375 Design

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

383 **Rekrytering.** Rekrytering ägde rum mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien an-
384 nonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt
385 www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu).
386 De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där
387 fanns information om hur studiens upplägg, inklusions- och exklusionskriterier och startdatum, lik-
388 som upplysningar om den arbetsinsats som deltagandet förväntades innebära under interventionens
389 8 veckor. Där fanns även information om vilka personer som var involverade i studien samt kon-
390 taktuppgifter till studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress.
391 I anslutning till formuläret för intresseanmälan gavs även information kring potentiella risker med
392 deltagande och villkor för sekretess, datasäkerhet, datahantering samt information om att frivillighet
393 och möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. När deltagarna väl anmält sitt intresse skic-
394 kades en länk via e-post med självskattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade
395 efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd grad av
396 självhjälp. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter samt besvara frågor om er-

397 farenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande.
398 Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

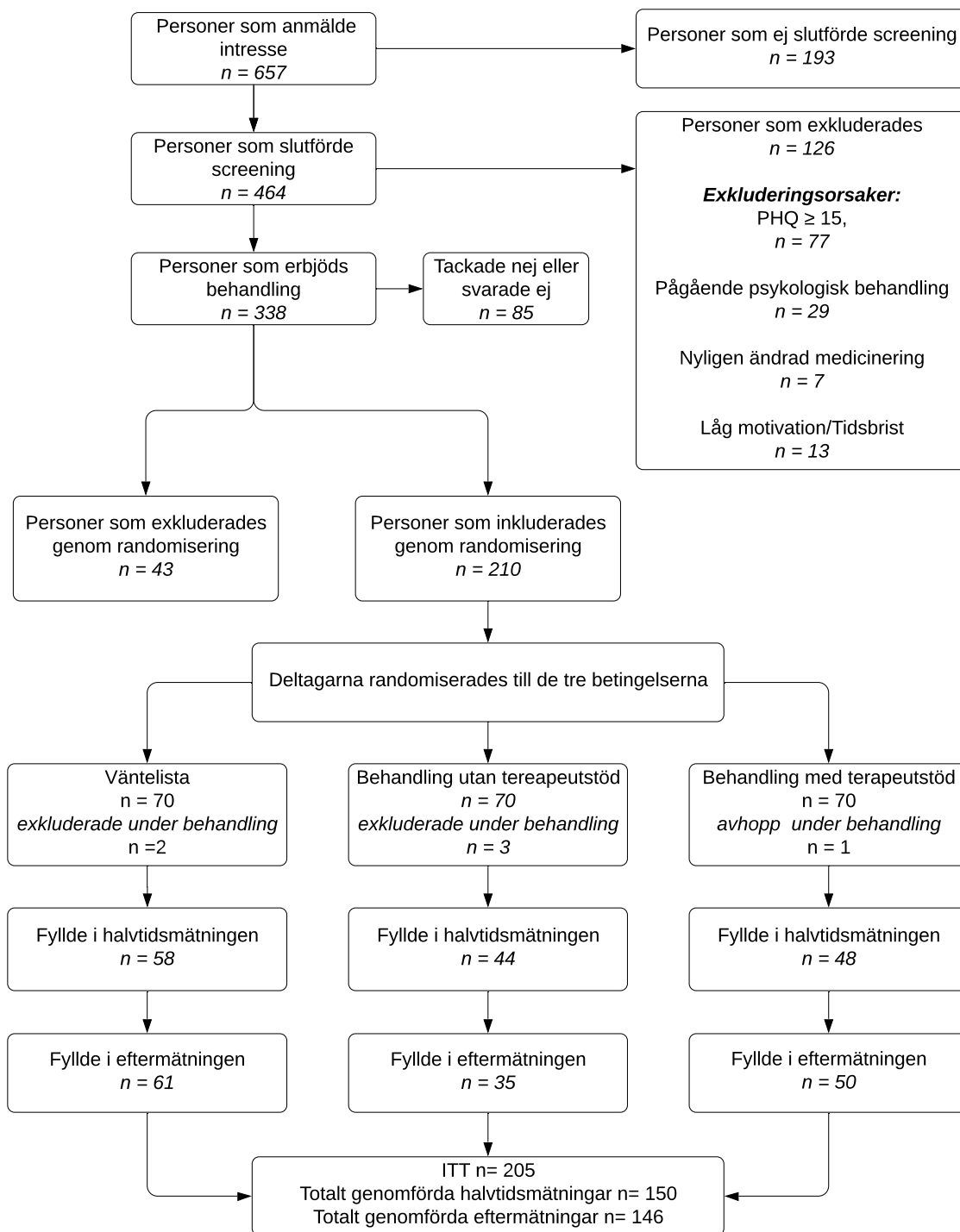
399 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer sitt intresse till studien
400 varav 464 personer slutförde screeningsprocessen. Av dessa uteslöts 126 personer då de uppfyllde
401 något av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa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

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

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

425 **Demografisk data.** De 205 deltagare vars data används i den här studien var mellan 20 och
426 65 år gamla med en medelålder på 41,8 år (standardavvikelse 8,8). En betydande majoritet (87,8 %)
427 identifierade sig som kvinnor, samtliga övriga som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna ha-
428 de avslutad universitets- eller högskoleutbildning (71,6 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid
429 behandlingens start yrkesarbetande (75,5 %). Mer än hälften av deltagarna (61,3 %) hade tidigare
430 erfarenheter av psykologisk behandling. Av dessa hade majoriteten (64,8 %) tidigare erfarenheter
431 av KBT. Knappt en tredjedel av alla deltagare (29,0 %) hade erfarenhet av psykofarmaka, och vid
432 behandlingsstart stod 17,6 % på något slags psykofarmaka. Totalt 3,4 % av deltagarna var vid behand-
433 lingsstart sjukskrivna. Se tabell 1 för de demografiska faktorernas fördelningar i respektive grupp.

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



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

Tabell 1: Vid förmätningstillfället insamlad sociodemografisk data om deltagarna.

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

Behandlarstöd bestod av veckovis skriftlig kontakt med deltagarna via den krypterade webbaserade plattformen Iterapi (Vlaescu m. fl., 2016). Stödet bestod av återkoppling på genomförda övningar, uppmuntran, validering, psykoedukation samt svar på de frågor deltagarna ställde. Tidsåtgången planerades till cirka 15 minuter per deltagare och vecka. De två andra grupperna hade inte 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. Skolorna 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 Aggressivenesskalorna har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$ respektive $\alpha = 0,88$). Den svenska översättningen var inte validerad inför studiestart.

Sekundära utfallsmått.

Depression. Skattningsskalan Patient Health Questionnaire 9-Item Scale (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010) användes för att mäta symtom på depression. Det är en självskattningsskala bestående av nio frågor som besvaras med en 4-gradig likertskala där 0 motsvara "Inte alls", 1 "Flera dagar", 2 "Mer än hälften av dagarna" och 3 "Nästan varje dag". Utöver dessa nio frågor ställs en fråga om funktionspåverkan av symtomen. Summan på de nio första frågorna summeras. Maximal totalpoäng på PHQ-9 är 27. En summa på 0–4 indikerar minimal allvarlighetsgrad/ingen depression, 5–9 mild allvarlighetsgrad, 10–15 måttlig allvarlighetsgrad och 15–27 svår allvarlighetsgrad (Kroenke m. fl., 2010). I den föreliggande studien exkluderades de individer med ett resultat ≥ 15 , då poäng 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 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 Välmåendeskalan (VS; Braconier, 2015), användes för att mäta deltagarnas allmänna psykiska välmående. Skalan består av 18 frågor om mående den senaste veckan. Frågorna besvaras på en 5-gradig likertskala där 0 motsvarar "Aldrig", 1 "Sällan", 2 "Ibland", 3 "Ofta" och 4 "Mycket ofta". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng på VS är 72. En hög poäng anger en högre grad av upplevt välmående. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,8$).

Självhävdelsestil. Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Assertiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävdelsestil. 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. Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien och var inte validerad inför studiestart. Aktuella normer från Thompson och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern reliabilitet för Rathus ($\alpha = 0,87$).

Interventionen Respekt i kvadrat

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

I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (konstruktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer konstruktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpsböcker 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.

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

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

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

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

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

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

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

introduceras stegvis över en längre tidsperiod presenteras deltagarna med progressiv muskelavslappning redan i modul 2. Övningen byggs gradvis på i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning och snabbavslappning. Under första delen av programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa principerna om hög grad av variation och upprepning i färdighetsträningen av progressiv och alltmör tillämpad avslappning. Integreringen av progressiv muskelavslappning i hela första delen av behandlingsprogrammet tjänar syftena att ge deltagarna möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter som relativt snabbt har potential att ge positiva effekter i vardagen och att ge dem egna erfarenheter av fördelarna med både variation i exponering och mängdträning.

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

Behandlingsplattformen

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

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

Etiska aspekter

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

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

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

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

Vecka	Rational och innehåll	Material
1	Socialisering till programmet, psykoedukation om självhävande, 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) (OBS! Deponering sker EFTER inlämning av godkänd uppsats. Materialet finns också tillgängligt på <https://github.com/hmep/respektikvadrat>).

Analys

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

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*

616 *linear model*). Flernivåanalys tillåter precis som multivariat variansanalys (MANOVA) inklusion av
617 upprepade beroende måttillfällen i modellen, men fördelarna att metoden tillåter obalanserade grup-
618 per och att principen om *intention to treat* värnas utan behov av imputering av saknade datapunkter.
619 Flernivåanalyser uppskattar också inklusion av *random*-effekter, det vill säga observerad men inte
620 kontrollerad varians på klusternivå. I detta fall har vi två nivåer: enskilda individer som ”innehåller”
621 data från upprepade måttillfällen.

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

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

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

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

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

650 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behand-
651 lingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant
652 nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacob-
653 son och Truax (1991). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället
654 fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to*
655 *treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två måttillfällen definieras
656 som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till
657 populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump-

658 eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värdena förhåller sig till medelvärdet
659 för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1991). För sammanställningarna av
660 överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer
661 jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna
662 i andelen reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid efter-
663 mätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis χ^2 -test samt Dunns post-hoc test för multipla
664 jämförelser av flera grupper.

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

668 Resultat

669 Skalornas interna reliabilitet

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

677 Reliabel förändring och klinisk signifikans

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

685 Flernivåanalysresultat

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

693 Nedan följer marginalmedelvärden och parvisa jämförelser av dessa mellan grupperna och
694 mättillfällena för de huvudsakliga utfallsmåtten i AAA-S, som de har predicerats för deltagarna i
695 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	%
AAA-S Adaptive						
Försämrade	0	0	0	0	1	1
Oförändrande	54	79	41	61	36	51
Förbättrade	6	9	4	6	7	10
Tillfrisknade (ej reliabelt)	7	10	10	15	14	20
Tillfrisknade (reliabelt)	1	1	12	18	12	17
AAA-S Aggressive						
Försämrade	2	3	1	1	1	1
Oförändrande	44	65	31	46	32	46
Förbättrade	2	3	2	3	1	1
Tillfrisknade (ej reliabelt)	15	22	25	37	27	39
Tillfrisknade (reliabelt)	5	7	8	12	9	13
Rathus						
Försämrade	0	0	0	0	0	0
Oförändrande	53	78	32	48	28	40
Förbättrade	4	6	7	10	8	11
Tillfrisknade (ej reliabelt)	9	13	14	21	11	16
Tillfrisknade (reliabelt)	2	3	14	21	23	33

696 **Skillnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävande mellan väntelista–självhjälp re-** 697 **spektive väntelista–behandlarstöd**

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

701 **Konstruktiv självhävande.**

702 **Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.** Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adap-
703 tive för gruppen självhjälp (estimerat marginalmedelvärde [*M*] 47,0, 95% CI [44,2 ; 49,8]) än för
704 gruppen väntelista (*M* 38,8, 95% CI [36,3 ; 41,2]) vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 8,2, t_{365}
705 = -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.

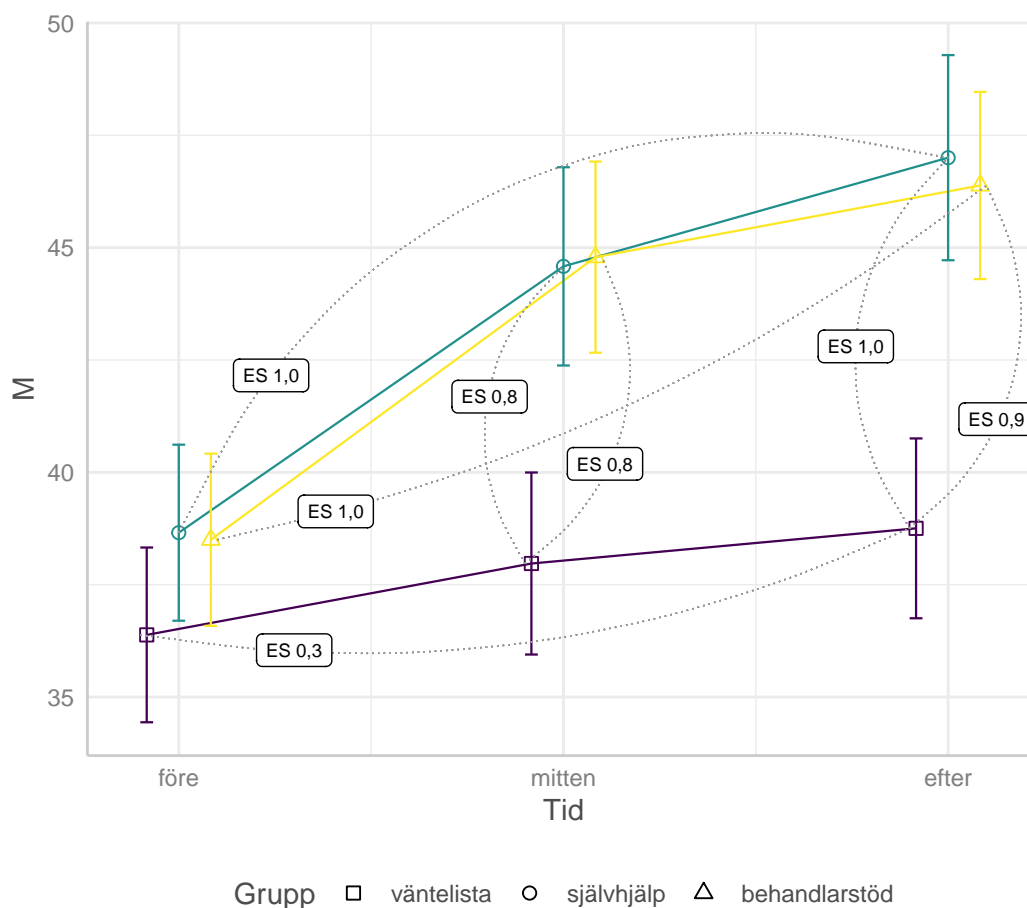
		Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
		AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välm.
Väntelista, n = 68								
<i>Före</i>								
	M	36,4	25,7	−41,6	50,1	7,2	6,6	37,4
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	2,9	8,5
<i>Mitten</i>								
	M	38,0	26,2	−37,6	48,0	6,7	7,6	36,1
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	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

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

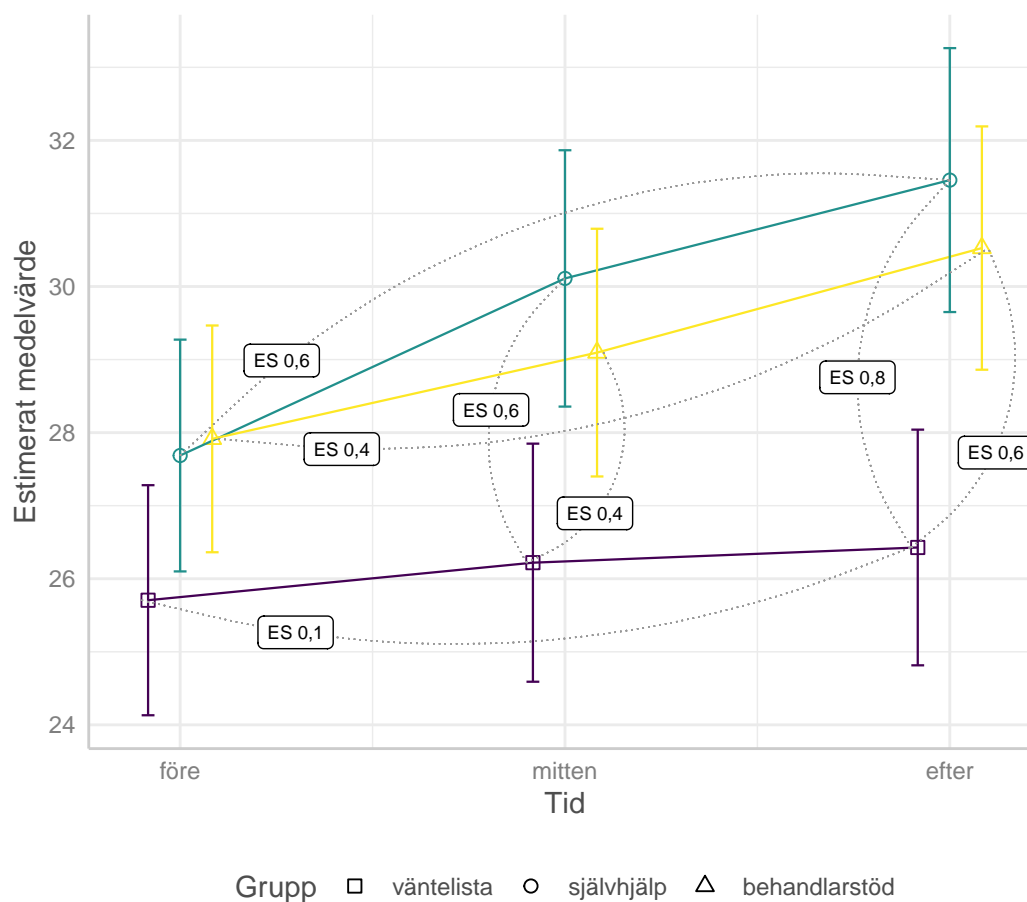


Figur 3: Medelvärdesestimat (M) och effektstorlekar (ES) för AAA-S Adaptive. Etiketterna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

710 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För både gruppen självhjälp
 711 och gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning,
 712 medelvärdeskillnad 8,3, $t_{323} = 8,3$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0 respektive medelvärdeskillnad 7,9,
 713 $t_{316} = -8,8$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0.

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

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



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

722 Aggressiv självhövelse.

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

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

730 **Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.** För båda grupperna själv-
731 hjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och
732 eftermätning. För självhjälpgruppen var medelvärdeskillnaden 3,8, $t_{317} = -5,1$; $p < 0,001$; ef-
733 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 självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävande mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Figur 4 ger en visualisering av resultaten. 73,8% av random-effekt-variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer; 68,4% av den totala variansen kan förklaras av individuella faktorer – drygt två tredjedelar, således.

Skilnad i effekt på konstruktiv självhävande mellan självhjälp–behandlarstöd

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

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

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

Diskussion

Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälpprogram för att förbättra individers konstruktiva självhävande. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde till stora delar på självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland annat inslag av psykoedukation, beteendeeperiment, 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 självhävande. Behandlingsprogrammet har varit framgångsrikt. Deltagarna i *Respekt i kvadrat* har oavsett gren efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande i jämförelse med gruppen väntelista. Effekttorleken var för AAA-S Adaptive påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna, för väntelista–sjlvhjälp var den 0,81 och för väntelista–behandlarstöd var den 0,83. Vid eftermätningen var effekttorleken för väntelista–sjlvhjälp 1,01

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

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

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

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

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

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

835 **Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.**

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

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

Validerade skattningsskalor ger bättre träffsäkerhet. En potentiell brist i studien är att de nyligen översatta versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och Rathus (Rathus, 1973) varken är validerade med originalskalorna som kriterium eller har svenska normer. Översättningen är inte heller fullt ut kvalitetssäkrad, exempelvis genom fram-och-tillbaka-översättning i linje med metoder utvecklade av Beaton, Bombardier, Guillemin och Ferraz (2001) eller Jones, Lee, Phillips, Zhang och Jaceldo (2001). Icke-klinisk normdata är hämtad från student-sample 1 från Thompson och Berenbaum (2011) både för AAA-S och Rathus. Det är en fördel att båda skalor använder normer från samma grupp; det gör resultaten enklare går att relatera till varandra. **Vid kontroll av intern reliabilitet för de översatta skalorna fann vi mycket god och med normer överensstämmande Cronbach's α för AAA-S Adaptive och Rathus och tillfredsställande men jämfört med normer något lägre Cronbach's α för AAA-S Aggressive. Det skulle 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 effektestimat. På grund av tidsbegränsningar fanns inga möjligheter att göra en uppföljningsmätning inom ramen för den här studien. Det gör det svårare att avgöra hur behandlingsprogrammet har påverkat deltagarnas mående och konstruktiva självhävande över tid. Forskning indikerar att framsteg gjorda under KBT-behandling i stor utsträckning bibehålls och till och med förstärkas över tid (Bandelow m. fl., 2018). **Skälet till att behandlingseffekten kan dröja är att inhibitorisk inläring sker över längre tidsperioder. Minskning av ångest på kort sikt predicerar inte symtomlindring på längre sikt och höga ångestnivåer under exponering predicerar inte dåliga behandlingsutfall. Det bästa indexet för framgång i terapi är inte observerad minskning av ångest i det korta tidsintervallet (under en exponering, en session eller kanske ens en behandling) utan konstaterad ångestminskning vid uppföljningsmätningstillfället, exempelvis efter 6 eller 12 månader (Craske m. fl., 2008).**

Ett mer varierat sample ger bättre generaliseringspotential. Genom en *a priori*-beräkning av samplestorleken har vi försäkrat oss om att samplestorleken ger goda möjligheter att generalisera resultaten till populationen i stort. Dock har generaliserbarheten av resultaten kraftigt försämrats på grund av själva rekryteringsförfarandet. Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flera orsaker. Kvinnor rapporterar mer oro, 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).

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

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

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

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

934 Sammanfattning

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

Referenser

941

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

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

- 1029 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
1030 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/
1031 nrdp.2017.24
- 1032 Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it
1033 is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/
1034 S2045796015000864
- 1035 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university stu-
1036 dents with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*
1037 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 1038 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emo-
1039 tion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/
1040 16506073.2014.974665
- 1041 Dweck, C. S., Chiu, C.-y. & Hong, Y.-y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments
1042 and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.
1043 1207/s15327965pli0604_1
- 1044 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
1045 *Science*, 4(4), 326–339.
- 1046 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Com-
1047 pany.
- 1048 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018).
1049 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
1050 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 1051 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*. Internetstiftelsen.
- 1052 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz,
1053 D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties
1054 of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
1055 doi:10.1017/S0033291701004056
- 1056 Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social*
1057 *ångest: effektiv hjälp med KBT*. Stockholm: Liber.
- 1058 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
1059 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.
1060 x
- 1061 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
1062 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1063 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Im-
1064 plications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psycho-*
1065 *logy*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1066 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- 1067 Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-
1068 analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175–90.
- 1069 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
1070 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-
1071 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

- 1115 Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
 1116 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
 1117 Inc.
- 1118 Lüdecke, D., Makowski, D., Waggoner, P. & Patil, I. (2020). *performance: Assessment of Regression*
 1119 *Models Performance*. R package version 0.4.6. Hämtad från [https://CRAN.R-project.org/](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
 1120 [package=performance](https://CRAN.R-project.org/package=performance)
- 1121 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1122 McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1123 Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive beha-
 1124 viour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of*
 1125 *Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- 1126 Michel, F. & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
 1127 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)
 1128 [After-Yourself/Assertiveness](http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
- 1129 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Ob-
 1130 jective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–
 1131 110. doi:10.1111/jpr.12185
- 1132 Mumford, E. & Mumford, E. (2018). *A practical approach*. doi:10.4324/9781351173681-12
- 1133 Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R² and
 1134 intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and
 1135 expanded. *Journal of the Royal Society Interface*, 14(134). doi:10.1098/rsif.2017.0213
- 1136 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Condi-
 1137 tions, 21–23.
- 1138 Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
 1139 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-
 1140 7916(75)90100-7
- 1141 Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference, homeostatic
 1142 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.
 1143 1016/j.pneurobio.2015.09.001
- 1144 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:
 1145 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,
 1146 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- 1147 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 1148 R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for
 1149 Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.R-project.org/>
- 1150 Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
 1151 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–
 1152 993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- 1153 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
 1154 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- 1155 Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad
 1156 från www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/
- 1157 Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
 1158 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049

- 1159 Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD.*
1160 Natur & kultur.
- 1161 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based
1162 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Con-*
1163 *sulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- 1164 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020).
1165 Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive beha-
1166 viour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- 1167 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Wor-
1168 se: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving
1169 Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
1170 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- 1171 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
1172 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism
1173 including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.
1174 doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- 1175 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 1176 Samuelsson, M. & Way, E. (2018). Valentinstudien: parterapi på internet med en flerfaktoriell jämfö-
1177 relse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg (examensarbete). Stockholms uni-
1178 versitet.
- 1179 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of
1180 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treat-
1181 ment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.
1182 1007/s10608-014-9652-6
- 1183 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
1184 Domain Specificity of Mental Health-Related Mind-Sets. *Social Psychological and Persona-*
1185 *lity Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1186 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
1187 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1188 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Be-
1189 havioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis.
1190 *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1191 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
1192 *therapy*. Bantam.
- 1193 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1194 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekom-
1195 mendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från
1196 www.socialstyrelsen.se
- 1197 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från [div .](http://div.socialstyrelsen.se/)
1198 socialstyrelsen.se/
- 1199 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
1200 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.
1201 1111/cpsp.12216

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