

En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdelse

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Sammanfattning

Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävdelse' (*assertiveness* på engelska) definieras som handlande som är förenligt med respekt för både egna och andras rättigheter, exempelvis att uttrycka behov och önskemål, att sätta gränser och att dela tankar och känslor. Brister i konstruktiv självhävdelse är förknippat med klinisk och subklinisk psykisk ohälsa, till exempel stressrelaterad ohälsa, svårigheter i relationer, emotionell instabilitet, generaliserat ångestsyndrom, social ångest och depression. Syftet med den här studien är att undersöka effekten på konstruktiv självhävdelse av ett internet-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 självhävdelse mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelista på delskalan för konstruktiv självhävdelse (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 självhävdelse jämfört med väntelista (17,1% respektive 17,9% i behandlingsbetingelserna mot 1,5% i väntelistan). Resultaten visar att det internetförmedlade behandlingsprogrammet för konstruktiv självhävdelse är effektivt. Mer forskning med ett mer representativt sample samt validerade svenska skattningsskalor som mäter konstruktiv självhävdelse krävs för att avgöra om resultaten går att generalisera till populationen i stort.

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

Word count: 10707

Upplevelsen av stress, ångest eller nedstämdhet är som regel förknippad med olika former av undvikande. En person med social ångest vill kanske inget hellre än att delta i olika sociala sammanhang, 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 rationalen 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,

Ett varmt tack till alla deltagare som har följt med på en för oss utvecklande resa genom behandlingsprogrammet!
Tack också till Max, Marilyn, Therese, Axel, Axel, Mikael och Filippa för er lika modiga som värdefulla medverkan i
rekryteringsfilmen.

48 då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979).
49 Rationalen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande i en pressade situ-
50 ationer (om till exempel den egna förmågan, om andra personers avsikter eller om livet i stort) är
51 hjälpta av att utifrån egna faktiska erfarenheter i livet hitta stöd för mer balanserat och konstruktivt
52 tänkande.

53 En viktig del i kognitiv omstrukturering är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobi-
54 ker skulle ett beteendeeexperiment till exempel kunna handla om att gå på en fest och att säga något
55 om sig själv i ett samtal med andra personer utan att använda sig av så kallade säkerhetsbeteenden.
56 Ett för konstruktiv självhävdelse relevant exempel på ett säkerhetsbeteende skulle kunna vara att
57 titta ned i golvet, ett annat att tala tyst. Efter genomfört beteendeeexperiment kan klienten få hjälp av
58 terapeuten att utvärdera utfallet – hur det gick att lägga säkerhetsbeteendena åt sidan, om personen
59 klarade av att stanna i situationen även om något oönskat inträffade, vilka konsekvenser ökat enga-
60 gemang ledde till och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att
61 bryta undvikande. Fördelarna för klienten är dels att hen får tillfälle att träna både på att tolerera och
62 reglera ångest, dels att hen får ökad tillgång till sådant som hen värdesätter.

63 **Vad är konstruktiv självhävdelse?**

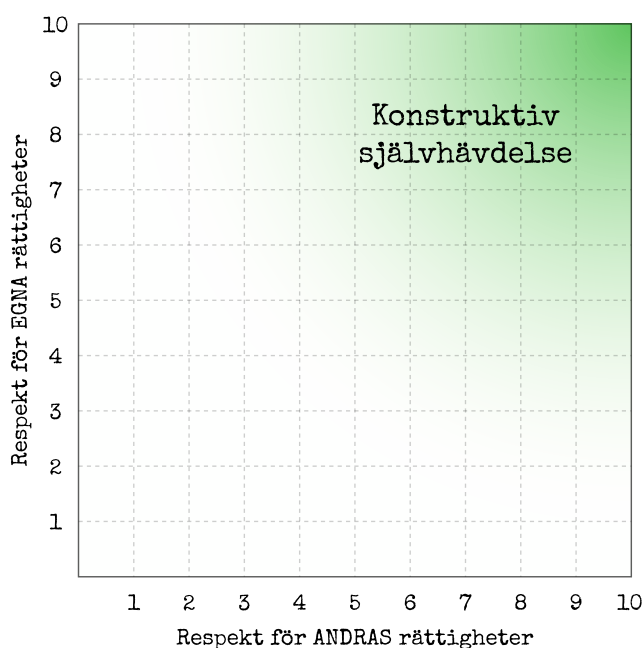
64 Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfatta en allt längre lista med beteende-
65 mässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet'
66 (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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

72 Graden av konstruktiv självhävdelse för en person i en given situation kan konceptuellt inord-
73 nas som en punkt i en graf (se figur 1) med två kontinuerliga dimensioner: handlande med respekt för
74 andras rättigheter på x-axeln och handlande med respekt för egna rättigheter på y-axeln. Konstruktiv
75 självhävdelse är en kommunikationsstil som skiljer sig från aggressiv självhävdelse, det vill säga
76 hävdande av egna rättigheter på bekostnad av andras. Den skiljer sig även från kommunikationssti-
77 len passiv självhävdelse, det vill säga förnekande av egna rättigheter till förmån för andras, och från
78 passiv-aggressiv självhävdelse, det vill säga bristande respekt för både egna och andras rättigheter.
79 Gränsdragningarna mellan kommunikationsstilarna är förstas flytande, eftersom dimensionerna är
80 kontinuerliga.

81 På svenska är begreppet 'sund självhävdelse' vanligare än 'konstruktiv självhävdelse'. I be-
82 handlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* (som beskrivs i kommande avsnitt) och den här studien väl-
83 jer vi att tala om konstruktiv snarare än sund självhävdelse som målbeteende, eftersom det tydligare
84 utgår från individens perspektiv om vad som ger framkomlighet.

85 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skill-
86 naden mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna bör förstås
87 i de sammanhang de utförs. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kon-
88 text framstår som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande;



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*.)

beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv självhävdelse, och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål för pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglad av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; 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, grupp-nivå och individnivå.

Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse

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

103 Det gör att många viktiga slutsatser av den tidigaste forskningen har hamnat i skymundan.
104 Både Wolpe och Lazarus (1966) samt Orenstein, Orenstein och Carr (1975) bygger sina metoder
105 på premissen att det är oförenligt att samtidigt uppleva ångest och att på ett genuint sätt hävda si-
106 na önskningar och behov på ett konstruktivt sätt. Barrett och Yarrow (1977) visar att *assertiveness*
107 hos barn korrelerar med prosociala beteenden. Buell och Snyder (1981) följer upp det fyndet med
108 en metod för att träna *assertiveness* hos barn. På temat att det är en tillgång i relationer att på ett
109 konstruktivt sätt uttrycka sina tankar, känslor, behov och önskningar visar Kincaid (1978) att själv-
110 hävdelse är förknippat med förbättrade interpersonella relationer. Det är korrelerar också positivt
111 med förmågan att möta hinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979).
112 Rakos och Schroeder (1979) visar att *assertiveness* med fördel kan läras ut genom självhjälpsmate-
113 rial och Rich och Schroeder (1976) sammanställer och utvärderar olika metoder som används för att
114 träna *assertiveness*.

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

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

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

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

142 Chambless och Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT,
143 utifrån en tydlig definition av vad som bör betraktas som en ”empiriskt underbyggd terapi” – det vill
144 säga att effekten av terapin bör ha undersökts med en randomiserad och kontrollerad studie (RCT)

145 som har haft specificerade grupper och som har använt väl beskrivna behandlingar. Sammanställning-
146 en visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat
147 huruvida till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställ-
148 ningar med uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer har sedan dess publicerats regelbundet i
149 England av National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psycho-
150 logical Association (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid
151 depression och ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande
152 förstahandsvalet vid psykologisk behandling.

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

160 **Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård**

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

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

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

182 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälp material i KBT som har beforskats i form av
183 I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälp böcker. Exempel på dessa är Fur-
184 mark, Holmström, Sparth, Carlbring och Andersson (2019), Robichaud och Dugas (2018) samt
185 Carlbring och Hanell (2013). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som

186 motsvarar kapitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgif-
187 ter kopplade till klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vec-
188 ka under behandlingens gång. I-KBT-behandlingsprogrammen brukar ges via säkra och krypterade
189 plattformar (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring & Andersson, 2016) men kan även inkludera andra
190 medier så som mobilappar (Ivanova m. fl., 2016).

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

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

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

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

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

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

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

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

246 **Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet**

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

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

269 KBT är potentiellt verksamt genom att bidra till att ”vikta om” balansen till förmån för *bottom-*
270 *up*-aktivitet (Feldman Barrett, 2009). Med ett hopp till beteendevetenskaplig analysnivå går det att
271 benämna samma fenomen som att personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser.
272 För att i största möjliga mån hjälpa deltagarna att rikta fokus mot sådant handlande som kan ge vär-
273 defulla lärdomar begränsar behandlingsprogrammet inslag som vanligtvis i KBT brukar benämnas
274 som kognitiv omstrukturering till preciserande av hindrande förutsägelser i de självvalda situationer
275 deltagarna vill arbeta med. Generaliserade hindrande förutsägelser (som i Beck (1979) benämns som
276 ’livsregler’ och ’grundantaganden’) är inte mål för interventionen.

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

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

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

302 **Fokus på aktivering med varierad grad av osäkerhet.** För att bryta undvikande används
303 inom KBT metoder som exponering, beteendexperiment och beteendeaktivering, var och en med
304 sin egen rational men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så hög
305 grad av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhets-
306 beteenden är beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation. Det
307 genrellt problemet med utförande av säkerhetsbeteenden är att de bibehåller fokus på det som upp-
308 fattas som hotfullt och som både hindrar diskonfirmering av hindrande förutsägelser och möjligheten
309 att träna tolerans för aversiva respondentupplevelser (Craske m. fl., 2008). Att emotionellt undvi-
310 kande är ett sådant säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra till
311 utvecklingen av och vidmakthålla ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). De

312 Castella m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till sämre effekt av
313 exponering. Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom
314 och depressiva syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006), för vilka underskott i
315 *assertiveness* är en del av problembilden.

316 Att närmande av tidigare undvikta stimuli väcker obehag ramar i psykoedukativa inslag i *Re-*
317 *spekt i kvadrat* in som en fördel och en tillgång för etablerandet av korrigerande nyinläring. Ju
318 större diskrepansen är mellan en individs förväntningar och individens faktiska upplevelse, desto
319 större är oddsen för nyinläring (Craske m. fl., 2008; Sewart & Craske, 2019). Lärdomar kan dess-
320 utom dras båda av att ångesten i situationen minskar i intensitet och av att förmågan att hantera
321 ångesten som väcks överträffar ens förväntningar (Blakey & Abramowitz, 2016; Craske m. fl., 2008;
322 Knowles & Olatunji, 2019; Sewart & Craske, 2019). Craske m. fl. (2008) poängterar att variation i
323 presentationen av aversiva stimuli (kvalitet, grad, situation, tidpunkt och så vidare) förbättrar oddsen
324 för diskonfirmering av hindrande förutsägelser.

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

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

342 **Om att finna motivation till att bryta gamla vanor.** I linje med att undersöka ens egen
343 förmåga att hantera aversiva känslor är att ändra sitt förhållningssätt till dem. Vissa har aldrig fått
344 tillgång till den vägledning eller de verktyg som behövs för att hantera starka emotionella upplevelser.
345 De har aldrig lärt sig att förstå sorg och ilska, eller hur de ska gå tillväga för att lugna sin ångest eller
346 sin frustration. Istället har de lärt sig att distrahera sig och undvika. Bedöva genom att undantrycka.
347 Att ändra dessa förutsägelser om att vissa emotioner är oacceptabla; att tillåta sig känna dem, närma
348 sig dem, acceptera dem, har återkommande gånger visat sig vara ett effektivt sätt att bryta undvikande
349 (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma, Hayes & Walser, 2007) och ett effektivt sätt att behandla
350 många av de psykatriska besvär som individer med bristande *assertiveness* upplever (A-Tjak m. fl.,
351 2015).

352 Många som lever med psykopatologiska besvär under en längre tid kan uppleva det som att
353 det inte finns någonting de kan göra åt sina besvär. Som att deras symptom och deras lidande är där
354 för att stanna. Detta brukar kallas för ett *fixed mindset*. Ett *fixed mindset* är antagandet att förmå-

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

Frågeställningar

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

Metod

Design

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

Rekrytering. Rekrytering ägde rum mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien annonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns information om hur studiens upplägg, inklusions- och exklusionskriterier och startdatum, liksom upplysningar om den arbetsinsats som deltagandet förväntades innebära under interventionens 8 veckor. Där fanns även information om vilka personer som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I anslutning till formuläret för intresseanmälan gavs även information kring potentiella risker med deltagande och villkor för sekretess, datasäkerhet, datahantering samt information om att frivillighet

och möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med självskattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd grad av självhävdelse. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

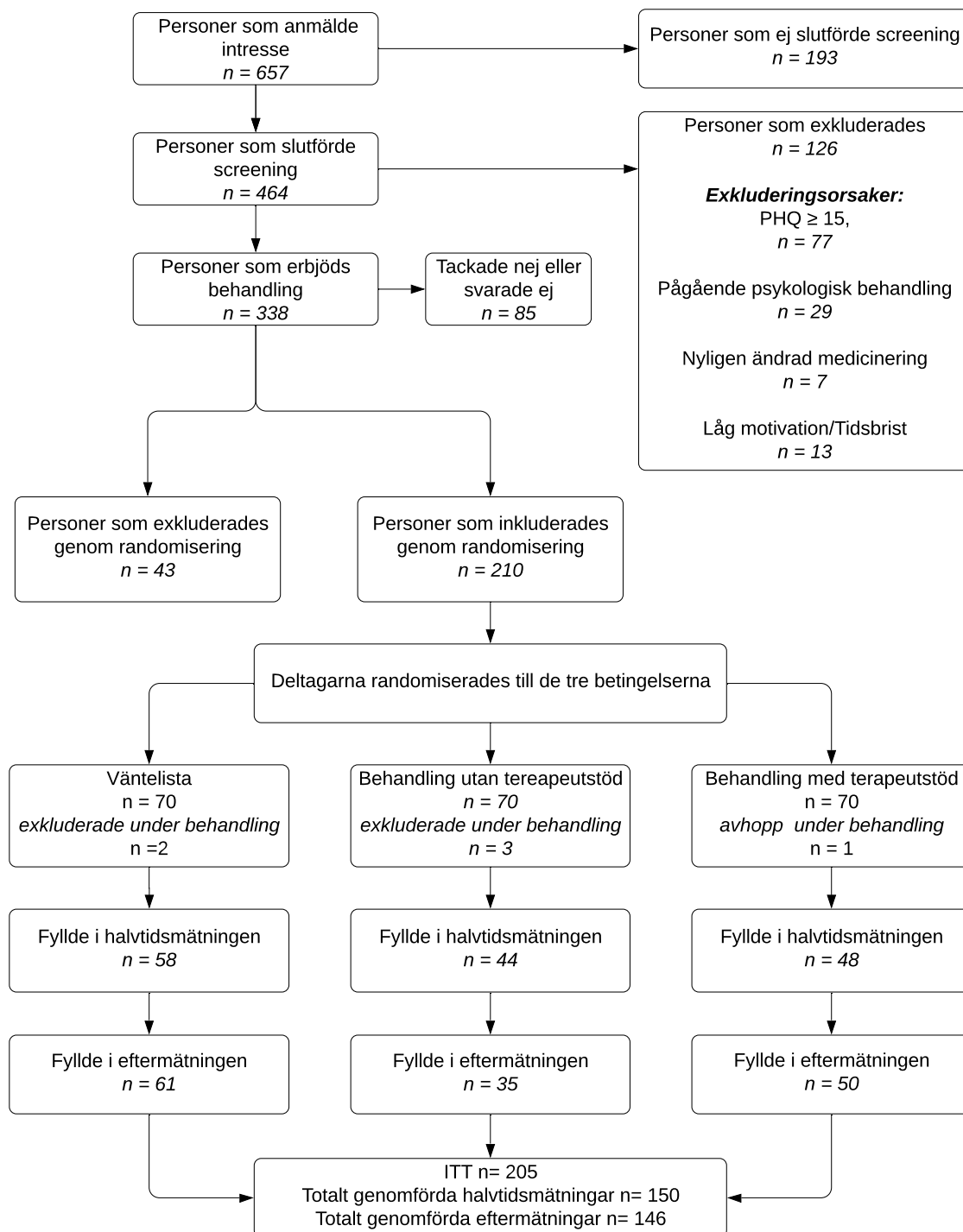
Deltagare. Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer sitt intresse till studien varav 464 personer slutförde screeningsprocessen. Av dessa uteslöts 126 personer då de uppfyllde något av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade 253 sin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

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

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

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

Behandlarstöd. En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i denna grupp blev randomiserade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta



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

437 behandlingskontakt med 35 deltagare. Behandlarna var studenter vid Stockholms Universitet. Båda
438 behandlarna gick sista terminen på psykologprogrammet och hade en grundläggande psykoterapiut-
439 bildning i KBT. Under hela studiens gång hade behandlarna tillgång till handledning av en legitime-
440 rad psykolog med drygt 20 års erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling.

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

447 **Primärt utfallsmått.**

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

460 **Sekundära utfallsmått.**

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

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

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

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

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

503 Interventionen Respekt i kvadrat

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

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

513 I originalmaterialet förskrivs konstruktiv självhävdelse, operationaliserat både som verbala
514 och icke-verbala beteenden, utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe (1990) om reciprok inhibi-
515 tion och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka det som i relationen
516 till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan klienten på
517 sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning på att
518 uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de förskrivna be-
519 teendena handlar inte om att enbart "låtsas". Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att

520 inhibera ångesten genom självhävdelse. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks
521 av till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att
522 inhibera ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara
523 avslappnad.

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

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

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

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

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

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

562 lats av undvikande och om att identifiera kortsiktigt belönande anledningar att stå ut med respondenterna
563 rädsloreaktioner i situationer som tidigare undvikits.

564 I Michel och Fursland (2008) presenteras rationalen för och övningar i muskelavslappning
565 översiktligt i ett kapitel. I linje med Östs (2006) rekommendation om att tillämpad avslappning bör
566 introduceras stegvis över en längre tidsperiod introduceras deltagarna till progressiv muskelavslappning
567 i modul 2, med en gradvis inriktning i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning. Under första
568 delen av programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa principerna om hög grad av variation
569 och upprepning i färdighetsträningen av progressiv och alltmer tillämpad avslappning. Integreringen
570 av progressiv muskelavslappning i hela första delen av behandlingsprogrammet tjänar syftena att ge
571 deltagarna möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter som relativt snabbt har potential att ge positiva
572 effekter i vardagen och att ge dem en egen erfarenhet av fördelarna med både variation i exponering
573 och mängdträning.

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

581 **Behandlingsplattformen**

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

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

591 **Etiska aspekter**

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

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

595 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att
596 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens
597 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i en-
598 lighet med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data
599 var kopplad till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan

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

till studien lämnade deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien under rekryteringsfasen informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (tex 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.

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>).

611 Analyser

612 Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2019) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha =$
613 0,05 tillämpades vid alla beräkningar.

614 **Analys av fixa effekter.** Fixa och slumpmässiga effekter mellan grupp och tid för de pri-
615 mära och sekundära utfallsmåtten undersöktes med så kallad flernivåanalys (också kallad blandad
616 modell, hierarkisk analys, på engelska bland annat *mixed model*, *multilevel model* och *hierarchical*
617 *linear model*). Flernivåanalys tillåter precis som multivariat variansanalys (MANOVA) inklusion av
618 upprepade beroende måttillfällen i modellen, men fördelarna att metoden tillåter obalanserade grup-
619 per och att principen om *intention to treat* värnas utan behov av imputering av saknade datapunkter.
620 Flernivåanalyser uppskattar också inklusion av *random*-effekter, det vill säga observerad men inte
621 kontrollerad varians på klusternivå (i detta fall enskilda individer som ”innehåller” upprepade mät-
622 tillfällen).

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

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

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

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

641 **Analys av *random*-effekter.** Genom beräkning av så kallad intraklasskorrelation (ICC) un-
642 dersökte vi vilken andel av variansen som kan förklaras av underliggande individuella förutsättningar,
643 exempelvis generell förändringsbenägenhet (individuella egenskaper, *traits*) eller av yttre omständig-
644 heter påverkade tillstånd (*states*). Intraklasskorrelationen är korrelationen mellan observationer inom
645 klusternivå för analysen, i den här studien de enskilda deltagarna.

646 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behand-
647 lingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant
648 nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacob-
649 son och Truax (1991). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället
650 fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to*
651 *treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två måttillfällen definieras

652 som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till
653 populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump-
654 eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värdena förhåller sig till medelvärdet
655 för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1991). För sammanställningarna av
656 överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer
657 jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna
658 i antalet reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid efter-
659 mätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis χ^2 -test samt Dunns post-hoc test för multipla
660 jämförelser av flera grupper.

661 Resultat

662 Reliabel förändring och klinisk signifikans

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

670 Flernivåanalysresultat

671 Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data fann vi inga brott mot de
672 villkor som behöver uppfyllas för flernivåanalys. Se tabell 4 för en sammanställning av predicerade
673 data från respektive utfallsmått flernivåanalys-modell, tabellen inkluderar uppskattade effektstorle-
674 kar. Estimat av intercept och regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmått-
675 ten sammanfattas i tabell 5. Intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive
676 utfallsmått kan läggas in i regressionsformeln för modellen för att predicera utfall för alla kombina-
677 tioner av grupptillhörighet och mättillfällen.

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

681 Skillnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävande mellan väntelista–självhjälp re- 682 spektive väntelista–behandlarstöd

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

686 Konstruktiv självhävande.

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

	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

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

Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen. Vi fann också en tydligt högre medelpoäng på AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd (M 46,4, 95% CI [43,8 ; 48,9]) jämfört med gruppen väntelista (se M ovan), medelvärdesskillnad 7,6, $t_{333,7} = -5,2$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,9.

Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning. För både gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning, medelvärdesskillnad 8,3, $t_{322,7} = 8,3$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0 respektive medelvärdesskillnad 7,9, $t_{316,4} = -8,8$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,0.

Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhjälp, i jämförelse med väntelista. Effek-

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

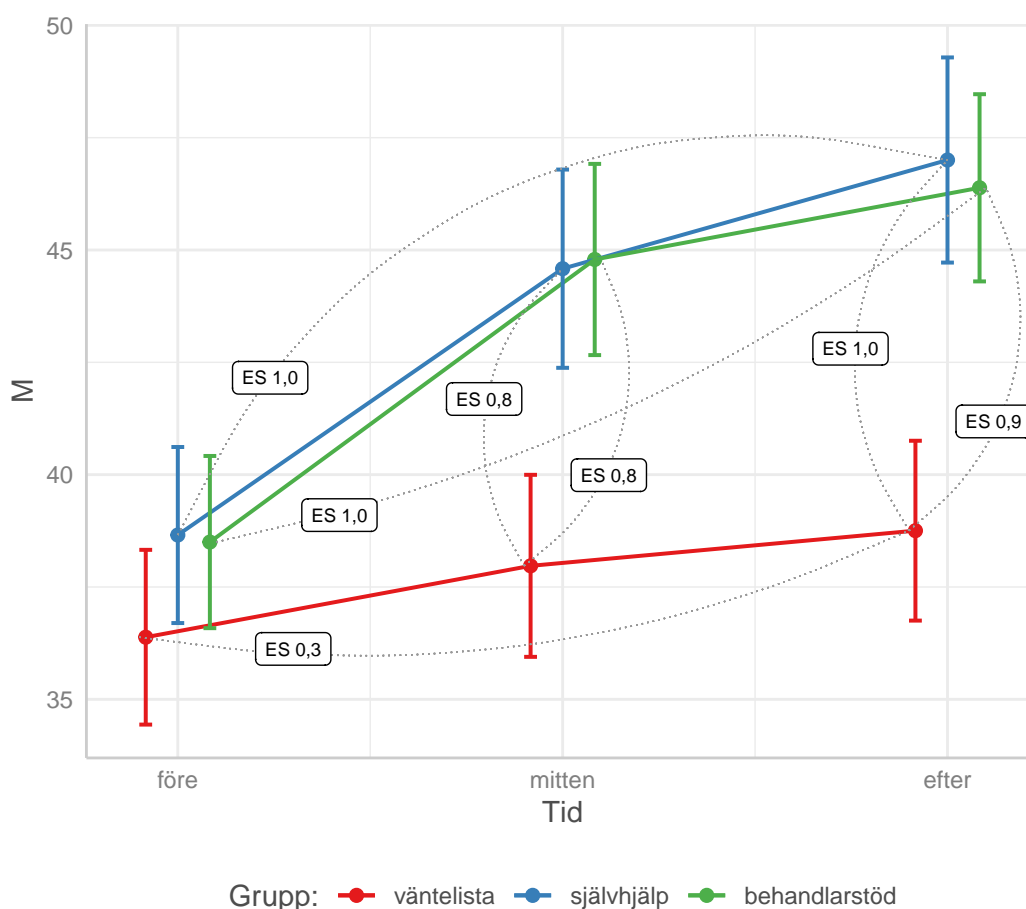
		Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
		AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välm.
Väntelista, n = 68								
<i>Före</i>								
	M	36,4	25,7	-41,6	50,1	7,2	6,6	37,4
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	2,9	8,5
<i>Mitten</i>								
	M	38,0	26,2	-37,6	48,0	6,7	7,6	36,1
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	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	Välmåndef.
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)
Observations	507	507	516	505	505	505	503

Signifikansnivåer:

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



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

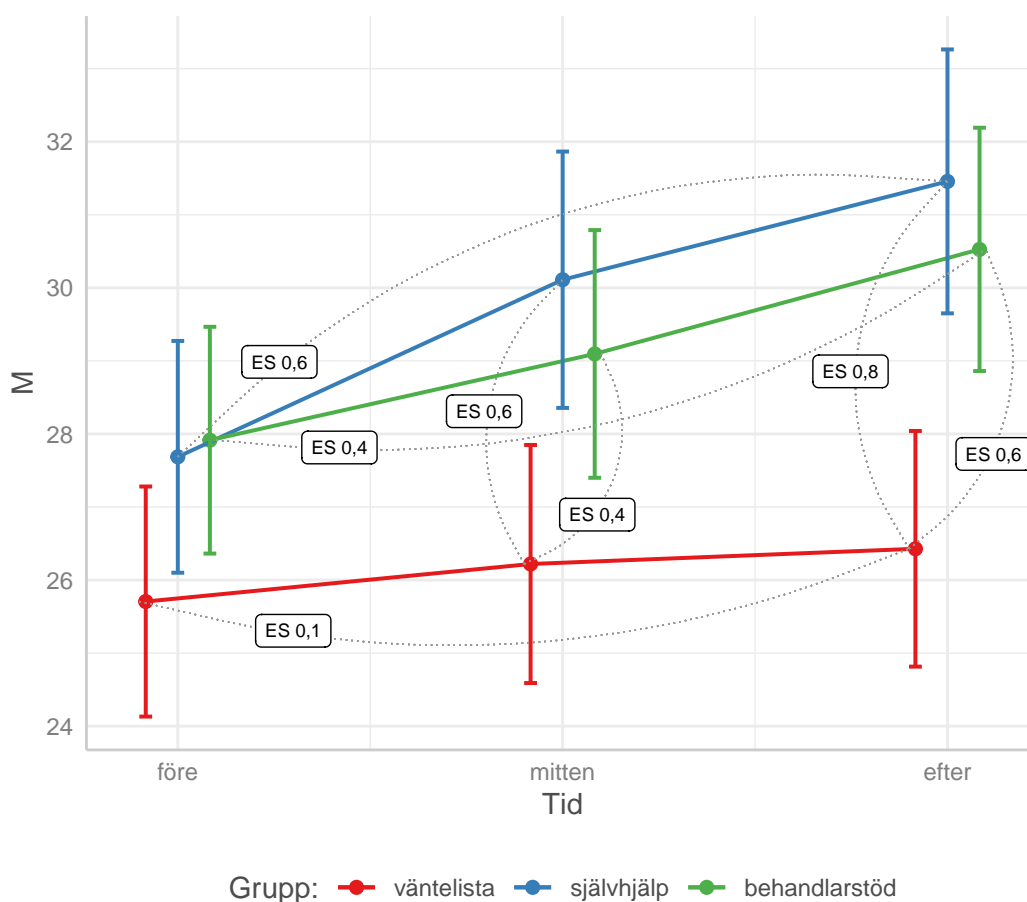
ten var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resultaten. I flernivåanalysen konstaterar vi att 67,6% av variansen i utfallsmåttet AAA-S Adaptive mellan mättidpunkterna kan förklaras av individuella faktorer.

Aggressiv självhävdelse.

Väntelista–självhjälp vid eftermätningen. Precis som för konstruktiv självhävdelse hade gruppen självhjälp en klart högre medelpoäng (M 31,5, 95% CI [29,2 ; 33,7]) på måttet för aggressiv självhävdelse, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista (M 26,4, 95% CI [24,4 ; 28,4]) vid eftermätningen, medelvärdeskillnad 5,0, $t_{336,6} = -4,1$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,8.

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

Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning. För båda grupperna självhjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och



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

eftermätning. För självhjälpgruppen var medelvärdeskillnaden 3,8, $t_{317,5} = -5,1$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,6, för behandlarstödsgruppen var den 2,6, $t_{312,6} = -4,0$; $p < 0,001$; 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 variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer.

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 självhävdelse vid eftermätningen är försumbar mellan de som fått behandlarstöd och de som har fått klara sig på egen hand.

Bortfallsanalys. Med oberoende variansanalys fann vi inga signifikanta skillnader på någon av 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 självhjälsprogram för att förbättra individers konstruktiva självhävdelse. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde till stora delar på självhjälsmaterialen *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering 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 väntelistebebindad kontrollgrupp. Vi konstaterade att tillgång till behandlingsmaterial 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.

Resultatdiskussion

Deltagande i behandlingsprogrammet ger stor effekt på konstruktiv självhävdelse. Behandlingsprogrammet har varit framgångsrikt. Deltagarna i *Respekt i kvadrat* har oavsett gren efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävdelse i jämförelse med gruppen väntelista. Effekttorleken var för AAA-S Adaptive påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna, för väntelista–självhjälp var den 0,81 och för väntelista–behandlarstöd var den 0,83. Vid eftermätningen var effekttorleken för väntelista–självhjälp 1,01 och för väntelista–behandlarstöd 0,93. Även effekten mellan behandlingsstart och eftermätningen var inom båda grupperna betydande, med en effekttstyrka på 0,96 för gruppen behandlarstöd och med en effekttstyrka på 1,02 för gruppen självhjälp (se även figur 3). Effekttstorlekarna kan enligt Cohen's klassificering benämnas som "stora" och ligger väl i linje med tidigare funna effekttstorlekar 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 båda grupperna självhjälp (18%) och behandlarstöd (17%) än för väntelistan (1%). Det sekundära utfallsmåttet av konstruktiv självhävdelse, Rathus, visar på en ännu starkare förbättringstrend hos båda 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 självhjälpsgruppen (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 konstruktiv 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). För framtida studier vore det intressant att undersöka vilka de verksamma effekterna av behandlarstöd är och vad som kan göras för att maximera dessa komponenters inverkan på behandlingsutfallet.

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

Diskutera random-effekter. diskussion

Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.

För- och nackdelar med väntelista som kontrollbetingelse. I denna studie placerades en tredjedel av deltagarna på en väntelista. En risk med användandet av väntelista är att de deltagare som tilldelas väntelistan försämras under behandlingens gång – något som Cuijpers och Cristea (2016) listar som en av de universalknep som kan användas av den forskare som vill hitta falska positiva resultat. I en meta-analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson och Carlbring (2017) att över 15% av de som tilldelas betingelsen väntelista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6% av de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att en behandlings eventuella effekt överskattas. Ur teoretisk synpunkt hade det varit bättre att tilldela kontrollgruppen en aktiv betingelse, exempelvis tillgång till ett diskussionsforum utan behandlingsinslag. I den aktuella studien försämrades dock ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen, varken i väntelistan eller i någon av de andra betingelserna. Hur det faktum att covid-19-epidemin bröt ut i Sverige en bit in i programmet i början på mars 2020) är svårt att säga, men genom randomiseringen till två behandlingsgrupper och väntelista erhöles full kontroll för händelseutvecklingen; den påverkan 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 (oaktat den extra osäkerhet som det enklare översättningsförfarandet har medfört). Data från föreliggande studie skulle potentiellt kunna användas för att 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 bättre 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 inlärning 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 symtom (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 annonsvisningen till mer än 85% riktades till kvinnor och till ungefär 60% till personer i åldersspannet 35–54 år. Samplet är också snedvridet med avseende på utbildningsnivå: 80% har avslutade eller pågående universitetsstudier jämfört med 43% av Sveriges befolkning (Statistiska Centralbyrån, 2020). Vilken påverkan den automatiserade annonsvisningen har haft på andra faktorer, exempelvis grad av social ångest, går inte att utläsa. För den aktuella studien innebär rekryteringsförfarandet att samplet med sin begränsade spridning inte har matchat den operationalisering av begreppen konstruktiv, passiv och aggressiv självhävdelse som *Respekt i kvadrat* utgår från.

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

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

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

896 Sammanfattning

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

*

903

904 Referenser

- 905 A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015).
 906 A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically rele-
 907 vant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36.
 908 doi:10.1159/000365764
- 909 Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- 910 American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disor-*
 911 *ders*. American Psychiatric Association. Hämtad från <https://books.google.se/books?id=jBLj4djvpz8C>
 912 jBLj4djvpz8C
- 913 American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported
 914 Psychological Treatments. Hämtad 13 april 2020, från [https://www.div12.org/psychological-](https://www.div12.org/psychological-treatments/)
 915 [treatments/](https://www.div12.org/psychological-treatments/)
- 916 Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided*
 917 *Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. doi:10.1007/978-3-319-06083-5
- 918 Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. & Newby, J. M.
 919 (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and
 920 practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December
 921 2017), 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- 922 Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the
 923 anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-
 924 analysis. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- 925 Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., ... Wicherts,
 926 J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal*
 927 *of Personality*, 27(2), 108–119. doi:10.1002/per.1919
- 928 Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interac-
 929 tions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.
 930 4018/978-1-4666-5942-1
- 931 Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring
 932 effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies.
 933 *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- 934 Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-
 935 analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Te-*
 936 *chnology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi:10.1080/15228830802094429
- 937 Barrett, D. E. & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior , Social Inferential Ability , and Asserti-
 938 veness in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- 939 Barrett, L. F. & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews*
 940 *Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi:10.1038/nrn3950. arXiv: 15334406
- 941 Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using
 942 lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- 943 Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-
 944 based mental health interventions - A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003

- 945 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-
946 Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-
947 200012150-00014
- 948 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychothe-
949 rapy series. Guilford Publications.
- 950 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-
951 based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two
952 types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.
953 brat.2010.12.007
- 954 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
955 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,
956 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 957 Braconier, A. (2015). *Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående* (doktorsavhandling,
958 Stockholms Universitet).
- 959 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
960 71–80. doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 961 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered
962 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychot-*
963 *herapy*, 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 964 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse. *Femi-*
965 *nism/postmodernism*, 327, x.
- 966 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and supp-
967 ression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.
968 1037/1528-3542.6.4.587
- 969 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based
970 vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
971 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/
972 16506073.2017.1401115
- 973 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2013). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
974 *kognitiv beteendeterapi*. Natur & kultur.
- 975 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
976 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/
977 annurev.psych.52.1.685
- 978 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 979 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–
980 470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 981 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 982 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
983 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 984 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).
985 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,
986 46(1), 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003
- 987 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
988 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/
989 nrdp.2017.24

- 990 Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it
 991 is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/
 992 S2045796015000864
- 993 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university stu-
 994 dents with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*
 995 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 996 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emo-
 997 tion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/
 998 16506073.2014.974665
- 999 Dweck, C. S., yue Chiu, C., yi Hong, Y., yue Chiu, C. & yi Hong, Y. (1995). Implicit Theories
 1000 and Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological*
 1001 *Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.1207/s15327965pli0604_1
- 1002 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
 1003 *Science*, 4(4), 326–339.
- 1004 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Com-
 1005 pany.
- 1006 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018).
 1007 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
 1008 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 1009 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*.
- 1010 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz,
 1011 D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties
 1012 of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
 1013 doi:10.1017/S0033291701004056
- 1014 Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social*
 1015 *ångest : effektiv hjälp med KBT*. Stockholm: Liber.
- 1016 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
 1017 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.
 1018 x
- 1019 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
 1020 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1021 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Im-
 1022 plications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psycho-*
 1023 *logy*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1024 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- 1025 Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-
 1026 analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–90.
- 1027 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
 1028 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-
 1029 7894(04)80013-3
- 1030 Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. D. (1996). Experiential
 1031 Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and
 1032 Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från <https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU%20Facts%20and%20Figures%202019%20-%20Embargoed%205%20November%201200%20CET.pdf>
- 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. Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E. & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. 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 från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. R package version 1.4.6. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). 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
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.

- Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- Michel, F. & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–110. doi:10.1111/jpr.12185
- Mumford, E. & Mumford, E. (2018). *A practical approach*. doi:10.4324/9781351173681-12
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions, 21–23.
- Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-7916(75)90100-7
- Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference, homeostatic regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.1016/j.pneurobio.2015.09.001
- Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance: Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049
- Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD*. Natur & kultur.
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020). Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158

- 1123 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
1124 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism
1125 including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.
1126 doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- 1127 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 1128 Samuelsson, M. & Way, E. (2018). *Valentinstudien - parterapi på internet med en flerfaktoriell jämförelse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg* (doktorsavhandling, Stockholms University).
- 1131 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of
1132 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.1007/s10608-014-9652-6
- 1135 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
1136 Domain Specificity of Mental Health-Related Mind-Sets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1138 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1140 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1142 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy*. Bantam.
- 1145 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1146 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från
1147 www.socialstyrelsen.se
- 1148 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från https://div.socialstyrelsen.se/
- 1151 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.1111/cpsp.12216
- 1154 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
- 1157 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/
- 1160 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
- 1163 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
- 1166 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
- 1167

- 1168 Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand*
1169 *journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- 1170 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric
1171 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
1172 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- 1173 Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019).
1174 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
1175 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- 1176 Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
1177 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
1178 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-
1179 018-0296-4
- 1180 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality
1181 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
1182 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- 1183 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- 1184 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1185 Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuro-*
1186 *ses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division.
1187 Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1188 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
1189 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of rando-*
1190 *mized controlled trials*. doi:10.1016/j.smr.2015.10.004
- 1191 Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1192 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- 1193 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. Stock-
1194 holm: L.-G. Öst.