

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

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Upplevelser av stress, ångest och nedstämdhet är som regel förknippade 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 riskerar att innebära. På samma sätt vill kanske den som är stressad av alltför hög arbetsbelastning inget hellre än att säga till chefen att uppgifterna är för många, men väljer ändå att ta på sig en ny uppgift när chefen frågar. Den deprimerade vill kanske inget hellre än att prata med en kompis, men låter bli att ringa för att slippa riskera att bli besviken om vännen inte svarar. Ett sätt att se på dessa exempel är att de alla är förknippade med bristande självhävdelse – det vill säga undvikande av att i relation till andra personer på ett konstruktivt sätt framföra sina tankar, känslor, behov och önskningar.

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

Renodlad träning i *assertiveness* har paradoxalt nog en lång historia. De allra första behavioristiska terapierna kring 1950-talet och framåt, bland annat de som beskrivs i Salter (1949) samt Wolpe and Lazarus (1966), var specifikt inriktad på självhävdelse som ett behaviouristiskt alternativ till psykoanalys för neurotiker. Dessa första behaviouristiska terapier byggde på principerna om klassisk betingning: Målet för *assertiveness*-träningen var att para aversiva stimuli som tidigare gav upphov till exempelvis passivitet eller aggressivitet med konstruktiv självhävdelse. Denna träning hade ofta avslappning som en integrerad del, utifrån rationen att avslappning och ångest inte kan förekomma samtidigt. Som en del i den självhävdelsefokuserade psykoterapin föreskrevs tydligt beskrivna beteenden för klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävdelse både att formaliseras till sofistikerade behandlingsprogram, som i Linehan (1979) och att populariseras. Självhjälps titlar som *Don't say yes when you want to say no* (Fensterheim & Baer, 1975) och *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy* (Smith, 1975) gjorde de inlärningsteoretiskt väl förankrade metoderna tillgängliga för en bredare massa – men möjligen i ett alltför hurtigt format. Självhjälpsboomen

under 1970-talet sammanföll med sociala och politiska omvälvningar i samhället, där marginaliserade grupper gjorde sig allt mer hörda och maktstrukturer i samhället sattes under förändringstryck. Dessa emanciperande och normbrytande rörelser väckte motstånd – precis som behavioristiskt influerade terapier gjorde. Ett humoristiskt exempel på 1970-talskritik av träning i konstruktiv självhävande är Mano (1976), som framt rekommenderade deltagare i *assertiveness*-kurser att hävda sig själva genom att vägra betala kursavgiften.

I och med psykiatriens allt tydligare inriktning mot syndromala kategoriseringar av psykisk ohälsa, kanske tydligast i form av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1968) med efterföljare, kom träning i *assertiveness* så småningom att falla i glömska. Begreppet återaktualiserades sporadiskt som mål för behandling under 1990-talet, då kompletterad med metoder för kognitiv omstrukturering i enlighet med principerna i Beck (1979). Rationalen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande i en pressad situationer (om den egna förmågan, om andra personers avsikter, om livet i stort och så vidare) är hjälpta av att utifrån egna faktiskt erfarenheter i livet hitta stöd för mer balanserat och konstruktivt tänkande.

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

Bristande konstruktiv självhävande som specifikt behandlingsmål kan antas ha ett stort värde för både kliniska och sub-kliniska populationer, inte minst som pendeln svänger tillbaka från syndromal diagnostik till transdiagnostik (Speed m.fl., 2018). Det gäller särskilt om den solida KBT-grunden byggs på och kompletteras med metoder och förhållningssätt som har utvecklats inom den kontextuella beteendevetenskapen sedan slutet av 1900-talet. Dessa inkluderar motiverande värdebaserade tekniker för att hjälpa klienter att finna egna skäl att bryta det undvikande som vidmakthåller de psykologiska problemen; det klienten tränar på i terapi anvisas inte av terapeuten utan utgå från egenspecifiserade mål i relation till egna värden (S C Hayes & Brownstein, 1986). Den moderna KBT-verktygslådan har under historien samlat på sig gott om verksamma verktyg. I och med de landvinningar inom internetförmiddad terapi som gjorts sedan sekelskiftet går det att nå och hjälpa individer som saknar tillgång till eller motivation att söka traditionell psykologisk behandling med dessa verktyg.

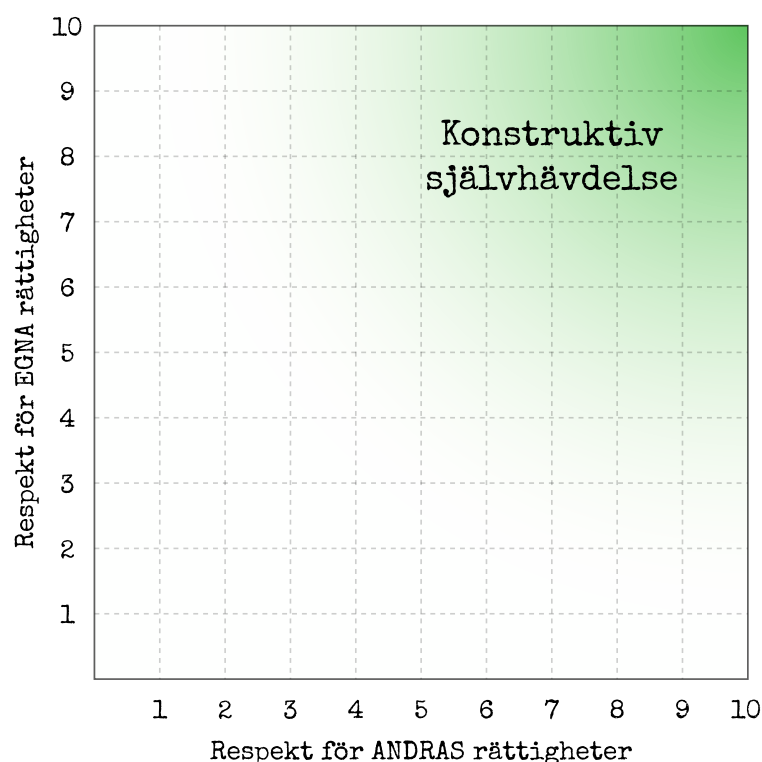
Vad är konstruktiv självhävande?

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

Alberti and Emmons (1974) definierar konstruktiv självhävande som handlande som återspeglar individens egna långsiktiga intressen. Det innebär förmågan att "stå upp för sig själv" utan överdriven

78 ångest och färdigheten att uttrycka sina känslor samt att utöva sina egna rättigheter utan att kränka andras
79 rättigheter. Med 'utöva sina rättigheter' menas att både i icke-verbal och verbal handling uttrycka sina
80 tankar, känslor, behov och önskningar.

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



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

89 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skillna-
90 den mellan aggressiv och konstruktiv självhävande. De olika kommunikationsstilarna behöver förstås i
91 de sammanhang de utförs. Beteenden som i en japansk (eller för all del svensk) kontext kan framstå som
92 aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktiv självhävande; beteenden som i en viss

93 familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiva, och så vidare. Vad som i
94 kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål för
95 pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglad av de strukturer, normer
96 och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; S C Hayes & Brownstein, 1986).
97 Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävande beteenden är det möjligt
98 att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen ”konstruk-
99 tiv självhävande”, ”passiv självhävande” och ”aggressiv självhävande” kan användas pragmatiskt för
100 att till exempel i en terapi särskilja och tala om beteenden i en specificerad kontext – inklusive hur de
101 förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå.

102 **Konstruktiv självhävande och aktuellt forskningsläge**

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

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

115 Under de senaste åren har intresset för självhävande ökat något igen. Vagos and Pereira (2019)
116 konstaterar att självupplevd grad av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktiv själv-
117 hävande, i linje med rationen för träning i *assertiveness* som den presenterades av Wolpe and Lazarus
118 (1966). A. E. Baker and Jeske (2015) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och
119 konstruktiv självhävande. Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktiv självhävande be-
120 teenden för en person antingen genom att i behandling exponera för antecedenterna för social ångest
121 och/eller att arbeta med hur personen förhåller sig till själva ångesten. Den senare toleranskomponenten
122 kan ses som ett komplement till den habitueringsrationen som varit förhärskande inom KBT fram till
123 sekelskiftet .

124 Speed m.fl. (2018) sammanställer forskningsläget kring *assertiveness*. Träning i konstruktiv själv-
125 hävande kan förbättra måendet vid både ångestsyndrom och depression och öka självförtroende samt
126 förbättra upplevd tillfredsställelse i parrelationer. Författarna konstaterar att träning i konstruktiv själv-
127 hävande redan ingår i de bredare begreppen som beteendeaktivering och färdighetsträning i flertalet
128 allt mer beforskade behandlingsmetoder – som dialektisk beteendeterapi (DBT), *Acceptance and Com-*
129 *mitment Therapy* (ACT) och beteendeaktivering vid depression. En stor andel av den forskning om
130 *assertiveness* som ett transdiagnostiskt begrepp är till åren kommen och det finns ett stort behov att
131 på nytt utvärdera den specifika effekten av självhävande träning (Speed m.fl., 2018). Sammanfattnings-
132 vis är det moderna forskningsläget både skalt för *assertiveness* som konstrukt och omfattande för de
133 syndrom och symptom som associeras med det.

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

140 Chambless and Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT
141 utifrån en tydlig definition av empiriskt underbyggda terapier: terapi som undersökts med randomisera-
142 de kontrollerade studier, specificerade testgrupper och väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen
143 visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat huruvi-
144 da till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställningar
145 med uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer publiceras sedan dess regelbundet i England av
146 National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psychological Asso-
147 ciation (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och
148 ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet
149 vid psykologisk behandling.

150 Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, and Fang (2012) är en översikt av meta-analyser som visar
151 att KBT alltför är en av de mest effektiva terapiformerna. I deras översikt visade sig KBT effektivt för
152 att motverka bland annat trauma- och stressrelaterade symtom, liksom depressiva och ångestrelaterade
153 syndrom. Litteraturen stödjer att KBT har god effekt för de syndrom som Speed m.fl. (2018) associerar
154 med brister i konstruktiv självhävdelse.

155 Några saker att förhålla sig till

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

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

164 Att benämna ovan kognitioner för förutsägelser är dessutom i linje med det forskning kring pre-
165 diktiv kodning. Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av ytterst
166 begränsade sensoriska indata (det vill säga det som dina sinnen förnimmar) guida betydligt mer omfat-
167 tande neuronal *top-down*-aktivitet för att *predicera* organismens yttre såväl som inre kontext (A. Clark,
168 2016; Pezzulo, Rigoli, & Friston, 2015). Den samlade upplevelsen av ångest (kroppsreaktioner, tankar,
169 beteenden) är detsamma som en förutsägelse om bristande resurs- och energihushållning i situationen.
170 Ett annat sätt att beskriva denna förutsägelse om en brist i resurs- och energihushållning är att man upp-
171 lever det som att man inte kommer räcka till (Feldman Barrett, 2009). När en person uppfattar miljön
172 som aversiv och ångest väcks kommer hen att vilja mobilisera sina resurser för att sätta sig i säkerhet.
173 Men om förutsägelserna om bristande resurser är felaktig på grund av allt för stort inflytande av hjär-
174 nans kortikala *top-down*-aktivitet (på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet) uppstår

175 problem: Förutsägelserna om att man inte kommer räcka till blir självuppfyllande profetior. Om och om
176 igen genom en kombination av alltför långvarig allostatisk belastning och undvikande som gör att orga-
177 nismen går miste om återhämtning och naturliga förstärkningar som kan fylla på energireserverna be-
178 kräftas förutsägelserna. Feldman Barrett (2009) sammanbrygger elegant den aktuella neurovetenskapen
179 med den kontextuella beteendevetenskapens perspektiv på ångest och depression, där den gemensamma
180 vidmakthållande faktorn är undvikande – beteendemässigt och upplevelsemässigt.

181 **Att undvika det aversiva.** Utifrån *tidigare* erfarenheter kan en individ ha giltiga och begripliga
182 upplevelser av ångest och rädsla som dessvärre leder till undvikande *här och nu*. Detta kan i sin tur
183 göra att individen går miste om sådant som hen värdesätter – exempelvis att: få närhet, mer tid till
184 egna intressen, hävda sina åsikter eller att nå andra naturliga förstärkare för stanna-kvar-och-märk-att-
185 ångesten-går-över-beteenden.

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

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

201 Det har även visat sig att det är ytterst menligt att försöka undvika ens aversiva känslor. Detta und-
202 vikande brukar kallas för emotionellt undvikande. Regelbundet användande av emotionellt undvikande
203 är kopplat till flertalet negativa följder. Det är paradoxalt nog kopplat till mer upplevande av negativa
204 emotioner (och mindre upplevande av positiva emotioner), men även till större undvikande av nära re-
205 lationer, mindre socialt stöd, lägre självförtroende och sämre generellt välmående (J. J. Gross & John,
206 2003). Den paradoxala biten går inte nog att betona: att försöka undvika aversiva emotioner leder till att
207 man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-álvarez,
208 2018; J. J. Gross & John, 2003; Steven C Hayes m.fl., 1996).

209 **Att närma sig det aversiva.** Att bryta undvikandebeteenden är ofta centralt för att minska psy-
210 kopatologiska besvär. Det finns flera forskningsgrundande metoder för detta. En metod är att *på ett*
211 *närvarande sätt* närma sig det aversiva och ångestväckande, så kallad exponering. Att närma sig det
212 som väcker obehag leder hos många till mycket osäkerhet. Denna osäkerhet leder i sin tur inte ovanli-
213 gen till överdrivet förberedande, efterfrågande om försäkrar eller andra beteenden som ökar upplevelsen
214 av kontroll i stunden (så kallade säkerhetsbeteenden). Det är en viktig inlärningsprocess att få uppleva
215 denna osäkerhet – och samtidigt få lärdomen att osäkerheten i sig själv både är ofarlig och hanterbar. Att
216 bibehålla osäkerhet under exponering går att göra genom att variera vilka aversiva stimuli som presente-

217 ras och i vilka situationer som dessa stimuli presenteras (M. G. Craske m.fl., 2008; Knowles & Olatunji,
218 2019; Sewart & Craske, 2019). Med andra ord, det går att väcka osäkerhet genom variation.

219 De Castella m. fl. (2015) konstaterade även att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till
220 sämre effekt av exponering. Detta är i linje med mycket annan forskning. Att emotionellt undvika är
221 ett säkerhetsbeteenden och säkerhetsbeteenden – det vill säga beteenden som förhindrar, undviker eller
222 minimerar obehag i en given situation – är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både ha en
223 del i utvecklandet och i bibehållandet av ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016).
224 Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom och depressiva
225 syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006) vilket med stor sannolikhet även gör det
226 vanligt hos individer med bristanden *assertiveness*. När obehag, ångest och andra aversiva känslor väcks
227 är det alltså viktigt att inte försöka undertrycka dem. Genom att tillåta sig själv känna dem ger man sig
228 möjligheten till att bemästra dem.

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

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

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

250 Ytterligare ett sätt att närma sig aversiva stimuli är genom avslappning. Även om det fortfarande
251 inte är konstaterat exakt vad de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär
252 är, har forskningsstudier i decennier konstaterat avslappningsträning en effektiv metod för att minska
253 symptom hos en del patienter som lider av ångestspsykopatoli (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad av-
254 slappning är en copingteknik som började utvecklas i slutet av 1970-talet för patienter med fobier och
255 panikattacker. Den har sedan dess även visat sig effektiv för bland annat generell ångeststörning och
256 stress (Öst, 2006). En hypotes för varför avslappningsmetoder fungerar är att ångestreaktioner och att
257 vara avslappnad ej är kongruent med varandra, det vill säga att båda inte kan existera samtidigt. Är du
258 avslappnad kan du inte samtidigt uppleva ångest (Conrad & Roth, 2007). Då det – som nämnt i tidigare

stycke – är ytterst svårt att konstruktivt självhävda sig när man upplever ångest (@ A. E. Baker & Jeske, 2015), och att ångest i sin tur inte är kongruent med att vara avslappnad (Conrad & Roth, 2007) går det rimligen att extrapolera att lyckad avslappningsträning ökar oddsen för uppvisande av konstruktivt självhävdande beteenden.

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

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

work in progress

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

Internet och internetbaserad vård

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

Regeringen har som vision att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på e-hälsa. En del i denna vision är att kunna erbjuda internetbaserade behandlingsalternativ (Regeringskansliet & Sveriges Kommuner och landsting, 2016). I dagsläget erbjuds redan internetbaserad behandling i viss utsträckning inom den svenska sjukvården (se Socialstyrelsen, 2020). Internetbaserad vård har flera fördelar. Flexibiliteten i var och när vårdkontakten genomförs innebär att potentiellt fler personer kan nyttja den. Värden

kan potentiellt – beroende på upplägg – även finnas tillgänglig dygnet runt. Utöver detta ger digitaliserad vård tillgång till kommunikationsvägar som kan passa bättre för vissa vårdsökande jämfört med traditionell vård (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016).

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

Det finns i Sverige flera exempel på självhjälpsmaterial i KBT som har beforskats i form av I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpsböcker. Exempel på dessa är Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring, and Andersson (2019), Robichaud and Dugas (2018) och Carlbring and Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar kapitel i självhjälpsböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka. I många av dessa behandlingsprogram har även en stödbehandlare tilldelats deltagarna. Stödbehandlaren kan ge återkoppling, besvara frågor, och ge stöd allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Andersson, 2016). Självhjälpsböcker är ett billigt sätt för en stor publik att ta del av evidensbaserad psykologisk vederhäftig kunskap. Validerade självhjälpsböcker har också potential att förbättra ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälpsböcker kan användas som stöd för både genomförande av hemuppgifter under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter.

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

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

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

Användarupplevelsen och framgångsfaktorer vid I-KBT. I-KBT kan erbjuda klienter fördelar i förhållande till ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör det lät-

341 tare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson, & Köhler, 2018;
342 Rozental m.fl., 2020) och ger dessutom möjlighet till tidsmässig flexibilitet. Ytterligare en fördel som
343 Lundgren m.fl. (2018) uppmärksammar är att många upplever det enklare att uttrycka sig i skrift än i
344 tal.

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

349 För att maximera oddsen för ett positivt utfall bör I-KBT-behandlingar ha tydliga inklusionskrite-
350 rier samt screena och välja deltagare utifrån dessa. Framgångsrika I-KBT-behandlingar inkluderar inter-
351 aktiva behandlingskomponenter, innehåller relevanta pedagogiska inslag om psykiska och kroppsliga
352 besvär och om vad som vidmakthåller psykiska problem, liksom komponenter för att bryta vidmakthåll-
353 landet av besvären (Barak m.fl., 2008).

354 **Frågeställningar**

355 I den här uppsatsen undersöker vi följande frågeställningar:

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

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

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

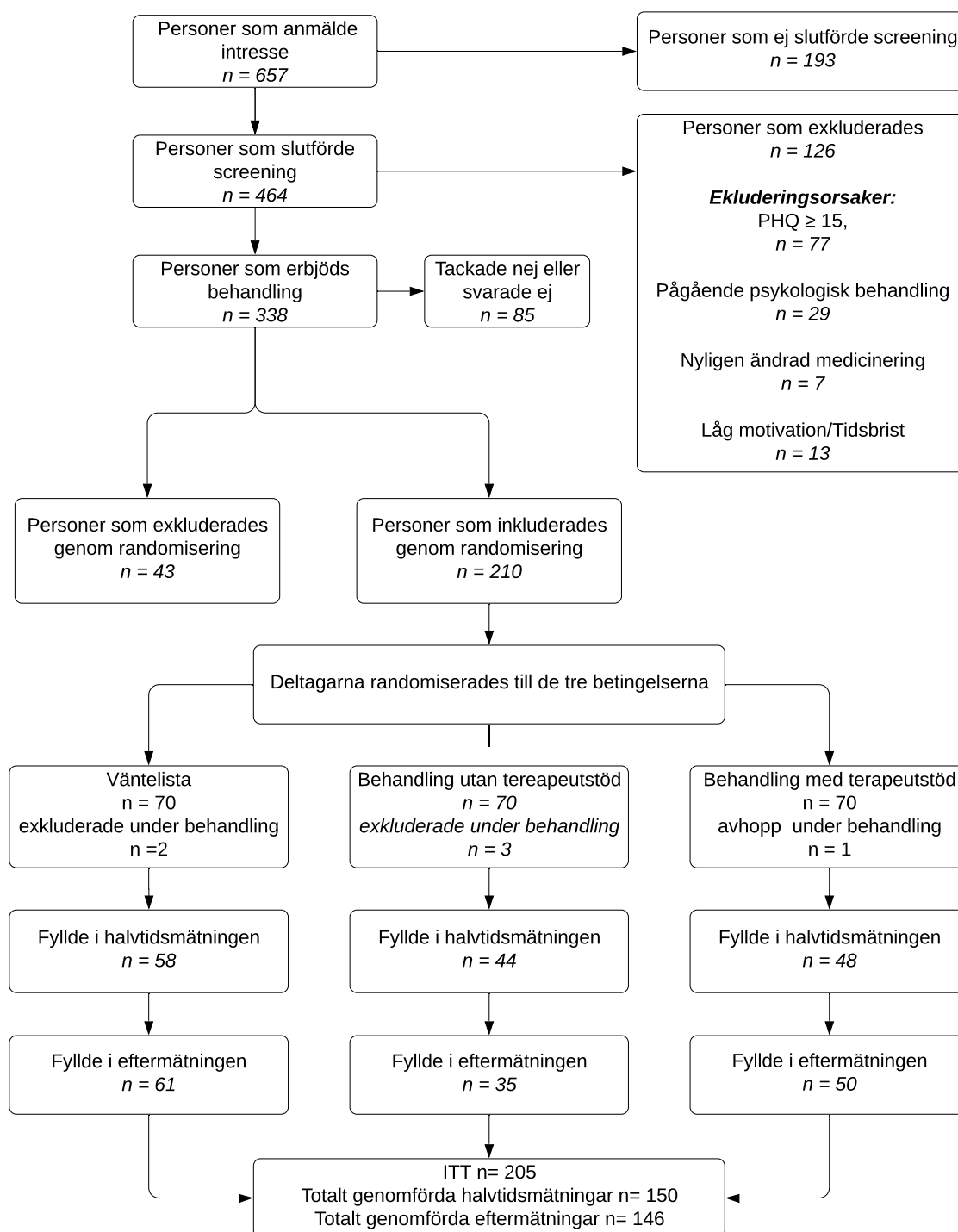
366 **Metod**

367 **Design**

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

377 **Rekrytering.** Rekrytering skedde mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien an-
378 nonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt
379 www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De
380 som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns in-
381 formation om hur studien skulle gå till, vilka inklusions- samt exklusionskriterierna var och när studien
382 startade. Det fanns även information om vilka som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till
383 studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I samband med att
384 deltagarna hade möjlighet att anmäla sitt intresse presenterades de även med information kring potenti-
385 ella risker med att delta, sekretess, datasäkerhet, datahantering samt att deltagandet är frivilligt och kan
386 avbrytas när som helst. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med själv-
387 skattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet,
388 ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd självhävande. Deltagarna fick även fylla i demogra-
389 fiska frågor samt frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, motivation till att delta i
390 den aktuella studien samt om pågående medicinering. Deltagarna hade även möjligheten att i fritext
391 informera om de ansåg att det fanns något annat som var nödvändigt att beakta vid bedömningen.

392 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464
393 personer slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde nå-
394 got av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade
395 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210 inkludera-
396 des. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma sätt
397 som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna.
398 Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll under behandlingens gång
399 upptäcktes det att fem deltagare ($n = 3$ från gruppen Självhjälp och $n = 2$ från gruppen Väntlista) hade
400 inkluderats trots pågående psykologisk behandling. Dessa deltagare har fått fullgå behandlingen på oför-
401 ändrade villkor, men deras resultat har exkluderats från studiens analyser. Utöver detta bad en deltagare
402 från gruppen Terapeutstöd om att få bli exkluderad från studien. Denna deltagare bad även om att hens
403 data ej skulle användas. Dessa sex deltagare har exkluderats från alla statistiska beräkningar.



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

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

405

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.

Exklusionskriterier. De personer som skattade 15 eller mer på självskattningsformuläret PHQ-9 exkluderades. Utöver detta exkluderades de deltagare 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 behandlingen. Alla personer som exkluderades blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt sig för att anmäla sig till studien. När det var tillämpligt hänvisades exkluderade personer till andra vårdgivare.

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, övriga som män. Knappt tre fjärdedelar av deltagarna har avslutade universitets- eller högskoleutbildningar (71,6 %) och tre fjärdedelar av deltagarna var vid behandlingens start arbetande (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. Vid behandlingens start stod 17,6 % på något slags psykofarmaka. Totalt 3,4 % av deltagarna var vid behandlingsstart sjukskrivna. För att se de demografiska faktorernas fördelningar i respektive grupp, se tabell 1.

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

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

Primära utfallsmått.

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

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

| | Väntlista | Självhjälp | Terapeutstöd |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Ålder (år) | | | |
| M (SD) | 41,18 (8,8) | 43,57 (9,86) | 41,09 (8,26) |
| Kön (%) | | | |
| Kvinna | 91,18 | 79,1 | 92,86 |
| Civilstånd (%) | | | |
| Singel | 36,76 | 35,82 | 28,57 |
| Sambo | 19,12 | 25,37 | 17,14 |
| Gift | 36,76 | 28,36 | 48,57 |
| Annat | 7,35 | 10,45 | 5,71 |
| Utbildning (%) | | | |
| Annan utbildning | 2,94 | 1,49 | 1,43 |
| Folkskola/grundskola | 1,47 | 0 | 0 |
| Gymnasium | 10,29 | 8,96 | 7,14 |
| Yrkesutbildning | 7,35 | 4,48 | 7,14 |
| Universitet/högskola (pågående) | 7,35 | 14,93 | 10 |
| Universitet/högskola (avslutad) | 70,59 | 70,15 | 74,29 |
| Sysselsättning (%) | | | |
| Annan sysselsättning | 8,82 | 5,97 | 7,14 |
| Studerande | 7,35 | 11,94 | 5,71 |
| Arbetande | 73,53 | 76,12 | 75,71 |
| Arbetslös | 4,41 | 4,48 | 0 |
| Pensionär | 0 | 0 | 4,29 |
| Föräldraledig | 0 | 0 | 4,29 |
| Sjukskriven | 5,88 | 1,49 | 2,86 |
| Användning psykofarmaka (%) | | | |
| Nej | 76,47 | 70,15 | 67,14 |
| Ja, tidigare | 7,35 | 8,96 | 17,14 |
| Ja, pågående | 16,18 | 20,9 | 15,71 |
| Tidigare psykologisk behandling (%) | | | |
| Nej | 38,24 | 40,3 | 38,57 |
| Ja | 61,76 | 59,7 | 61,43 |

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

Sekundära utfallsmått.

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

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

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

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

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

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

490 **Interventionen Respekt i kvadrat**

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

494 I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävande (kon-
495 struktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer kon-
496 struktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpböcker som Alberti and Emmons
497 (2017), Gambrill and Richey (1975), Ward and Holland (2018), McKay and Fanning (2005) och Smith
498 (1975).

499 I *Assert Yourself* föreskrivs självhävande beteenden utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe
500 (1990) om reciprok inhibition och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka
501 det som i relationen till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan
502 klienten på sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning
503 på att uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de föreskrivna
504 beteendena handlar inte om att enbart ”låtsas”. Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att
505 inhibera ångesten genom självhävande. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av
506 till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att inhibera
507 ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara avslappnad
508 (så kallad reciprok inhibition).

509 Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck
510 (1979), D. M. Clark (1986), D. M. Clark and Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukture-
511 ring uppnås enligt dessa genom att utmana negativt tänkande och att pröva giltigheten av det negativa
512 tänkandet i verkliga livet. Genom att planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp att prö-
513 va giltigheten av egna negativa tankar och därmed öka responsmöjligheterna i olika mer eller mindre
514 pressande situationer.

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

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

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

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

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

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

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

Behandlingsplattformen

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

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

Etiska aspekter

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

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

| Vecka | Rational och innehåll | Material |
|-------|---|---|
| 1 | Socialisering till programmet, psykoedukation om självhävdelse, kartläggning av besvär, formulering av målsättning för programmet | Kapitel 1 med utökningar |
| 2 | Psykoedukation kommunikationsstilar motiverande inslag om nyinläring, träning i progressiv avslappning del 1 | Kapitel 2 med utökningar om inläring och motivation |
| 3 | Motiverande avsnitt om att bryta undvikande, introduktion till 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 |

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

575 Analyser

576 Vi använde R, version 3.6.3 (R Core Team, 2020) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha =$
577 0,05 tillämpades vid alla beräkningar.

578 **Kontroll av utgångsdata.** Vi analyserade insamlade förmätningssvärden för att kontrollera om
579 randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)
580 användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och
581 kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med
582 Pearson χ^2 -test. Cohen's d-effektstorlekar för beroende mätningar beräknades med R-paketet *effsize*
583 (Torchiano, 2020). För beräkning och sammanställning av övrig deskriptiv statistik användes R-paketet
584 *pastecs* (Grosjean & Ibanez, 2018).

585 Bortfallsanalys.

586 **Analys av huvudeffekter och interaktionseffekter.** Huvudeffekter och interaktion mellan
587 grupp och tid för de primära och sekundära utfallsmått undersöktes med *mixed model*-metodik. *Mixed*
588 *model* tillåter precis som MANOVA inklusion av upprepade beroende mättillfällen i modellen, men
589 med hänsyn taget till principen om *intention to treat*. Utöver det möjliggör det även modellering och
590 kvantifiering på grupp-nivå av observerade (men inte kontrollerade) individ-relaterade effekter, exempel-
591 vis skillnader i underliggande förändringsbenägenhet över tid. I modellen tilläts skärningspunkterna för
592 respektive deltagare att variera, liksom lutningen på regressionslinjerna mellan mättillfällena för dem.
593 För analysen användes R-paketet *nlme* (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team, 2020). Val
594 av kovariansstruktur gjordes genom jämförelse av AIC-tal. För *post hoc*-test uppskattades predicerade
595 *marginal means* (eller *least square means*) för de olika kombinationerna av betingelse och mättillfälle
596 med R-paketet *emmeans* (Lenth, 2020).

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

610 Resultat

611 REPORT: Varianserna för aaas_ad från förmätningen var signifikant olika, $F(2,3) = 3,4202$, $p =$
612 0,035

613 För att sammanfatta har vi problem med flera icke-normalfördelade distributioner enligt shapiro-
614 Wilks test och dessutom icke-homogena varianser för pre-värdet för aaas_ad i gruppen selfhelp.

615 oxå sig skillnad i sociodemografisk data/kön

616 Deskriptiv statistik

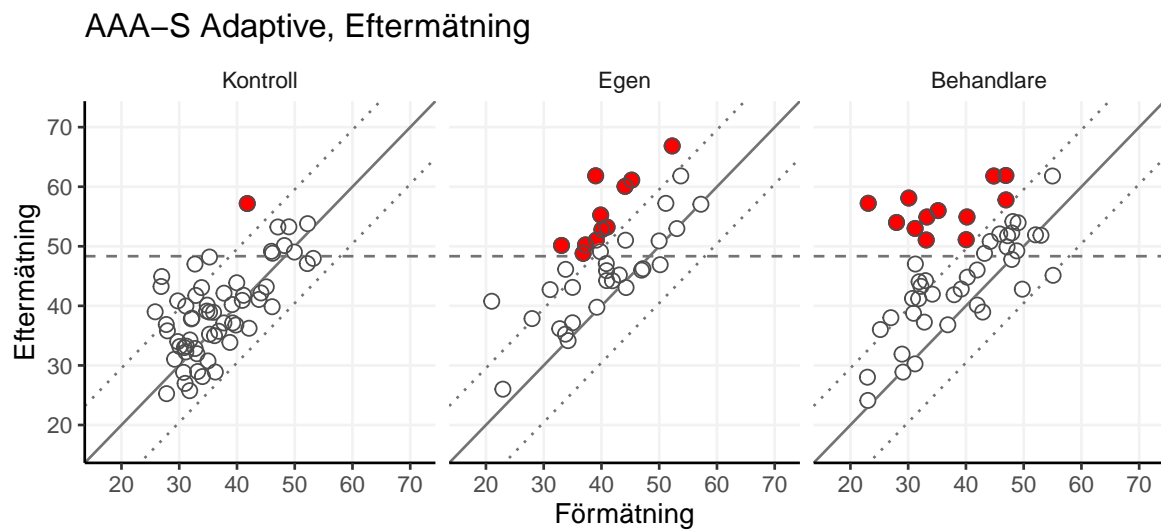
617 se tabell 3

618 Primär frågeställning

619 Sekundära frågeställningar

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

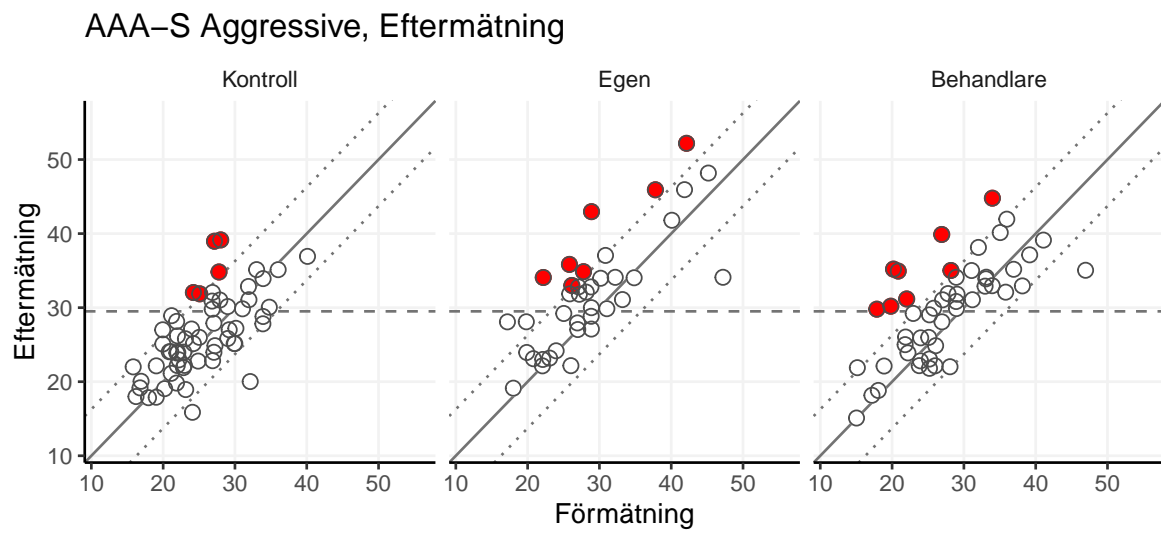
621 ??)



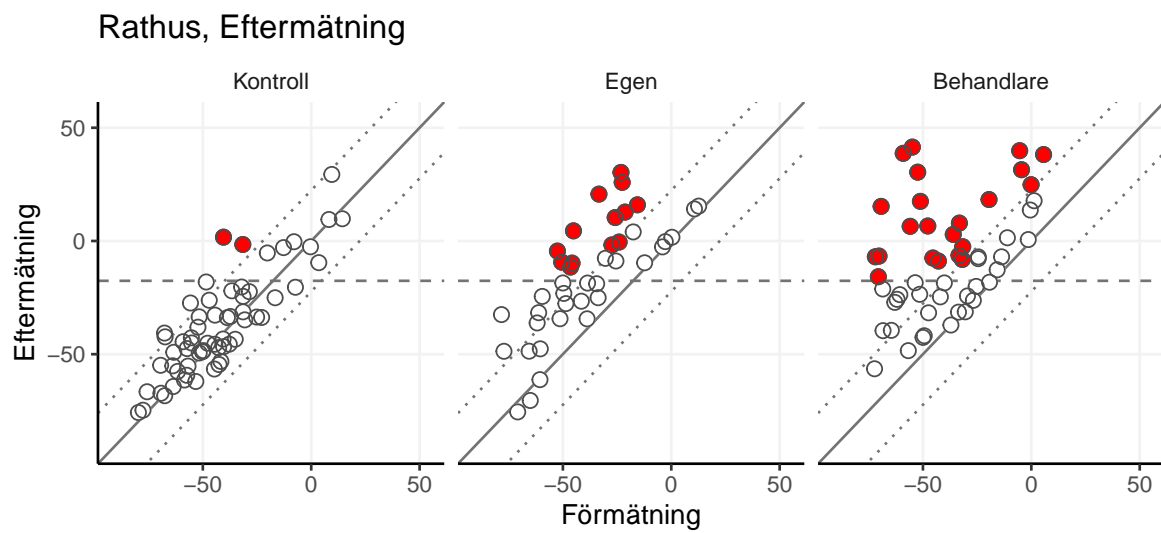
Figur 3: 123

Tabell 3: Deskriptiv statistik för primära och sekundära utfallsmått. Cohen's d är beräknad med tillgänglig data för de deltagare som lämnat svar både inför studien och vid respektive mättillfälle.

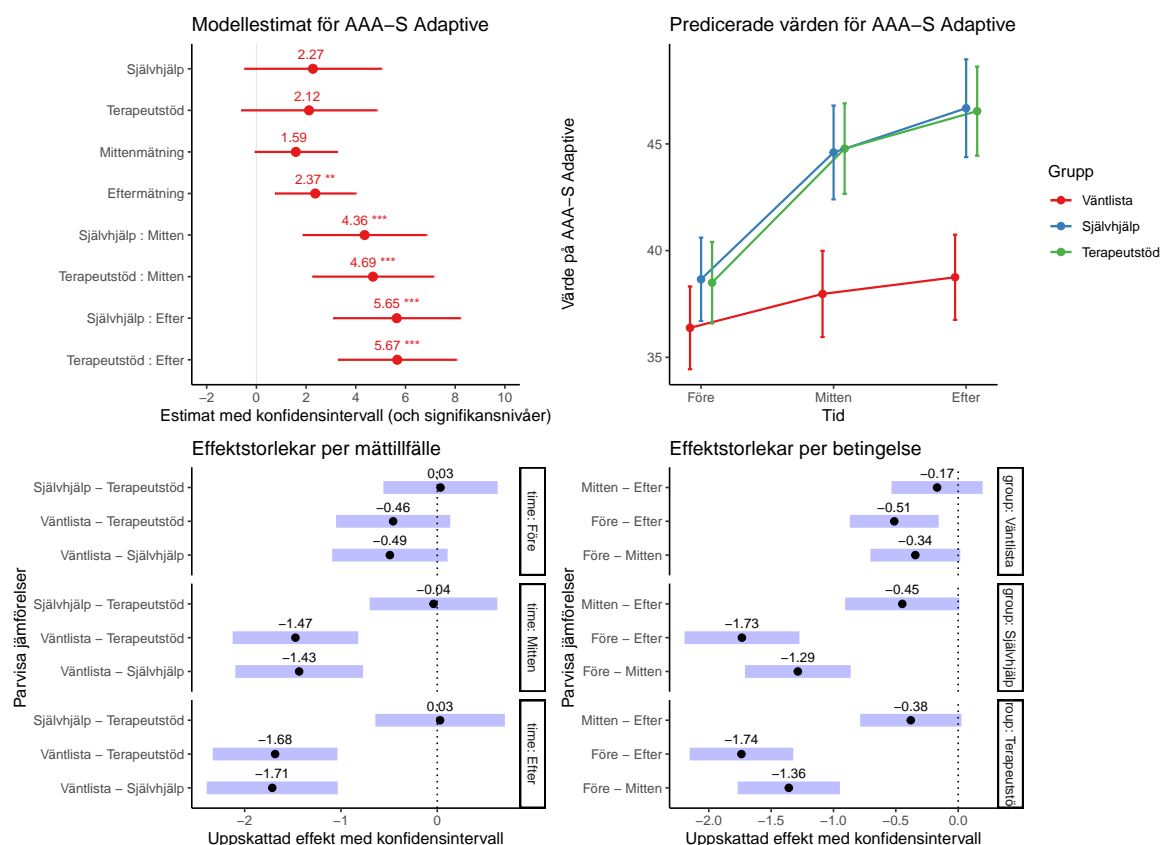
| | | Primära utfallsmått | | Sekundära utfallsmått | | | | |
|-----------------------------|-----------|---------------------|---------|-----------------------|---------|-------|-------|-----------|
| | | AAAS Ad | AAAS Ag | Rathus | LSAS-24 | GAD-7 | PHQ-9 | Välmående |
| Självhjälp, n = 67 | | | |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



Figur 4: 123



Figur 5: 123



Figur 6: Exempel på figur med resultat som jag (Tobias) skulle vilja rapportera. De här graferna 'give it all away' utan behov av krångliga tabeller. Jag röstar för att vi producerar figurer liknande dessa för de tre huvudutfallsmåten. Överst till vänster är modellestimaten från vår regression (fixed-effekter), den andra visar de predicerade värden som modellen producerar. De två understa innehåller de effekttorlekar med konfidensintervall (med inritad noll-linje) som visuellt tydligt kommunicerar vilka av de parvisa uppföljningstesterna som är signifikanta (med Bonferroni-korrektion). De intressanta jämförelserna tar vi med i resultattexten, där vi också kan nämna hur stor del av felvariansen som hör till vår random-effekt (subject).

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

623 Diskussion

624 Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälpprogram för
 625 att förbättra individers konstruktiva självhävande. Programmet administrerades via en internetbaserad
 626 plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde
 627 till stora delar på självhjälpsmaterialet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland
 628 annat inslag av psykoedukation, beteendexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering
 629 och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd,
 630 en tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var kontrollgrupp. Vi

631 konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet (oberoende av om man hade behandlarstöd eller inte)
632 gav bättre resultat än att vara placerad på väntlista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan
633 gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd. De två grupperna var lika effektiva.

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

635 Resultatdiskussion

636 återstår att skriva!

637 Primär frågeställning.

638 I relation till annan forskning, självhävdelse

639 Behov av ny forskning

640 Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet

641 All data som låg till grund för inkludering eller exkludering i den aktuella studien var insamlad
642 från självskattningsformulär. I och med att forskningspersonsinformation som potentiella deltagare
643 kunde läsa innan de påbörjade screeningsprocessen presenterade såväl inkluderings- som exkluderings-
644 kriterier (även om exkluderingskriterierna till viss del var allmänt formulerade) medför det risken att
645 de som sökte till studien anpassade sina svar för att bli inkluderade. Då ingen klinisk intervju användes
646 i screeningsprocessen fanns det ingen möjlighet att på så sätt upptäcka individer som borde exkluderas.
647 Detta kan medföra att individer som egentligen borde ha exkluderats, på grund av icke sanningsenliga
648 svar, istället blev inkluderade. Ingen klinisk intervju inkluderades då det låg utanför studiens möjliga
649 resurser att administrera dessa till alla potentiella deltagare. En fördel med att inte ha använt kliniska
650 intervjuerna är att tiden mellan påbörjad rekrytering och behandlingsstart blev kort, endast två veckor.

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

661 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare
662 10% studerade vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från Sveriges befolkning, där
663 endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar av förklaringen till att en
664 så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle kunna vara att majoriteten
665 av studiens deltagare är kvinnor, och att de i större utsträckning än män studerar vidare efter gymnasiet
666 (Statistiska Centralbyrån, 2020). Då väldigt få deltagare i den aktuella studien hade yrkesutbildning,

gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta avslutad utbildning bör man vara restriktiv med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

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

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

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

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

—>

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

Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och RAS (Rathus, 1973). Då dessa skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de inför rekryteringsstart. Det finns många rekomen-

708 dation och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2001;
709 och Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 för två väl använda metoder). Ett gemensamt tema i
710 dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat användningsspråk
711 (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer och att den översatta
712 versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare. En bedöm-
713 ning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det planerade användningsspråket
714 till originalspråket. AAA-S och RAS översattes inför föreliggande uppsats endast en gång från engelska
715 till svenska.

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

727 Sammanfattning (?)

Referenser

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

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

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

- Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–190.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 - Embargoed 5 November 1200 CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in clinical research* (Vol. 59, s. 521–538). Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cddf9b.pdf>
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.1.153>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. Hämtad

- 877 från <http://awkruijt/JTRCI/>
- 878 Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. Hämtad från
879 <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- 880 Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I
881 *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier.
882 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7>
- 883 Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of
884 web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study.
885 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 886 Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment
887 Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
888 Inc.
- 889 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 890 McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 891 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive
892 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.
893 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 894 Michel, F., & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
895 Interventions. Hämtad från
896 <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- 897 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of
898 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),
899 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- 900 Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009).
901 The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of
902 psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284.
903 <https://doi.org/10.1159/000228248>
- 904 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,
905 21–23.
- 906 Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
907 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207.
908 [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90100-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(75)90100-7)
- 909 Pezzulo, G., Rigoli, F., & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic
910 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35.
911 <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2015.09.001>
- 912 Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear*

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

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

- 987 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
988 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 989 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality
990 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
991 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 992 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
993 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
994 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 995 Ward, C., & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 996 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses, 20(42), 825–829.
- 997 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 998 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*
999 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1000 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
1001 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
1002 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 1003 Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1004 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.
1005 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>
- 1006 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
1007 Öst.