

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 rationalen 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). Rationen 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 utgår 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.

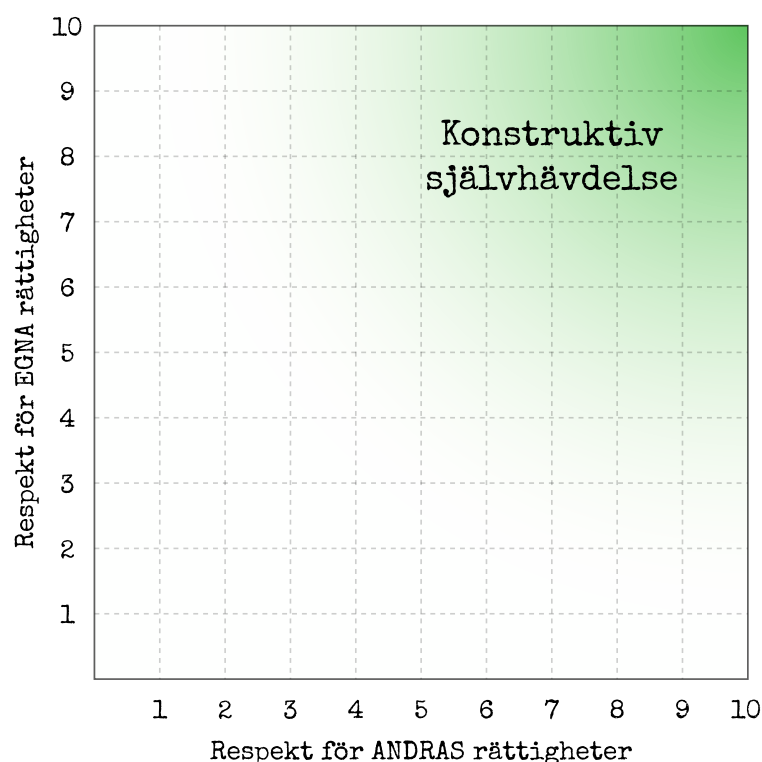
Vad är konstruktiv självhävande?

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 självhävdelse 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 självhävdelse är en
84 kommunikationsstil som skiljer sig från aggressiv självhävdelse (det vill säga hävdande av egna rät-
85 tigheter på bekostnad av andras). Den skiljer sig även från kommunikationsstilen passiv självhävdelse
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 självhävdelse definieras i träningsprogrammet Respekt i kvadrat som handlande som är förenligt med samtidig respekt för egna och andras rättigheter (figurens övre högra hörn). Passiv självhävdelse (figurens nedre högra hörn) kan på samma sätt definieras som låg grad av respekt för egna rättigheter men hög grad av respekt för andras rättigheter; aggressiv självhävdelse (figurens övre vänstra hörn) kan definieras som hög grad av respekt för egna rättigheter men låg grad av respekt för andras rättigheter. Passiv-aggressiva beteenden kan conceptualiseras som förenliga med låg grad av respekt för både egna och andras rättigheter (figurens nedre vänstra hörn).

89 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skillna-
90 den mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna behöver förstås

i de sammanhang de utförs. Beteenden som i en japansk (eller för all del svensk) kontext kan framstå som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande; beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiva, och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättigheter är dels föremål för pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglat av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; S C Hayes & Brownstein, 1986). Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdelsebeteenden är det möjligt att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande. Begreppen ”konstruktiv självhävdelse”, ”passiv självhävdelse” och ”aggressiv självhävdelse” kan användas pragmatiskt för att till exempel i en terapi särskilja och tala om beteenden i en specificerad kontext – inklusive hur de förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och individnivå.

Konstruktiv självhävdelse och aktuellt forskningsläge

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

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

Under de senaste åren har intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos and Pereira (2019) konstaterar att självupplevd grad av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktivt självhävdande, i linje med rationalen för träning i *assertiveness* som den presenterades av Wolpe and Lazarus (1966). (???) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och att konstruktivt självhävda. Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktivt självhävdande beteenden för en person antingen genom att i behandling exponera för antecedenterna för social ångest eller genom att arbeta med hur personen förhåller sig till själva ångesten. Den senare toleranskomponenten kan ses som ett komplement till den habitueringsrationen som varit förhärskande inom KBT fram till sekelskiftet.

Speed m.fl. (2018) sammanställer forskningsläget kring *assertiveness*. Träning i konstruktiv självhävdelse kan förbättra måendet vid både ångestsyndrom och depression och öka självförtroende samt förbättra upplevd tillfredsställelse i parrelationer. Författarna konstaterar att träning i konstruktiv självhävdelse redan ingår i de bredare begreppen som beteendeaktivering och färdighetsträning i flertalet allt mer beforskade behandlingsmetoder – som dialektisk beteendeterapi (DBT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) och beteendeaktivering vid depression. En stor andel av den forskning om *assertiveness* som ett transdiagnostiskt begrepp är dock till åren kommen och det finns ett stort behov att på nytt utvärdera den specifika effekten av självhävdelseträning (Speed m.fl., 2018). Sammanfatt-

ningsvis är det moderna forskningsläget både skalt för *assertiveness* som konstrukt och omfattande för de syndrom och symtom som associeras med det.

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

Chambless and Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget, utifrån en tydlig definition av vad som bör betraktas som en "empiriskt underbyggd terapi" – det vill säga att effekten av terapin bör ha undersökts med en randomiserad och kontrollerad studie (RCT) som har haft specificerade grupper och använda väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat huruvida till vilken grad dessa andra terapiformer faktiskt är verksamma). Systematiska sammanställningar med uppdaterat forskningsläge utifrån dessa principer har sedan dess publicerats regelbundet i England av National Institute for Health and Care Excellence (2018) och i USA av American Psychological Association (2016). Socialstyrelsen (2017) ger de senaste nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom i Sverige. I dessa riktlinjer är KBT-behandling näst intill uteslutande förstahandsvalet vid psykologisk behandling.

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

Några saker att förhålla sig till

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

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

Att benämna ovan kognitioner för förutsägelser är dessutom i linje med det forskning kring prediktiv kodning. Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av ytterst begränsade sensoriska indata (det vill säga det som dina sinnen förnimmar) guida betydligt mer omfattande neuronal *top-down*-aktivitet för att *predicera* organismens yttre såväl som inre kontext (A. Clark, 2016; Pezzulo, Rigoli, & Friston, 2015). Den samlade upplevelsen av rädsla och ångest (kroppsreaktioner, tankar, beteenden) är detsamma som en förutsägelse om bristande resurs- och energihushållning i situationen. Ett annat sätt att beskriva denna förutsägelse om en brist i resurs- och energihushållning

172 är att man upplever det som att man inte kommer räcka till (Feldman Barrett, 2009). När en person
173 uppfattar miljön som aversiv och ångest väcks kommer hen att vilja mobilisera sina resurser för att sät-
174 ta sig i säkerhet. Men om förutsägelseerna om bristande resurser är felaktiga på grund av allt för stort
175 inflytande av hjärnans kortikala *top-down*-aktivitet (på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-*
176 *up*-aktivitet) uppstår problem: Förutsägelseerna om att man inte kommer räcka till blir självuppfyllande
177 profetior. Om och om igen genom en kombination av alltför långvarig allostatisk belastning och undvi-
178 kande som gör att organismen går miste om återhämtning och naturliga förstärkningar som kan fylla på
179 energireserverna bekräftas förutsägelseerna. Feldman Barrett (2009) sammanbrygger elegant den aktuel-
180 la neurovetenskapen med den kontextuella beteendevetenskapens perspektiv på ångest och depression,
181 där den gemensamma vidmakthållande faktorn är undvikande – beteendemässigt och upplevelsemässigt.

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

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

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

202 Det har även visat sig att det är menligt att försöka undvika ens aversiva känslor. Detta undvi-
203 kande brukar kallas för emotionellt undvikande. Regelbundet användande av emotionellt undvikande
204 är kopplat till flertalet negativa följder. Det är paradoxalt nog kopplat till mer upplevande av negativa
205 emotioner (och mindre upplevande av positiva emotioner), men även till större undvikande av nära re-
206 lationer, mindre socialt stöd, lägre självförtroende och sämre generellt välmående (J. J. Gross & John,
207 2003). Den paradoxala biten går inte nog att betona: att försöka undvika aversiva emotioner leder till att
208 man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-álvarez,
209 2018; J. J. Gross & John, 2003; Steven C Hayes m.fl., 1996).

210 **Att närma sig det aversiva.** Att bryta undvikandebeteenden är ofta centralt för att minska psy-
211 kopatologiska besvär. Det finns flera metoder sprungna ur forskning för detta. En metod är att *på ett*
212 *närvarande sätt* närma sig det aversiva och ångestväckande, så kallad exponering.

213 Lyckad exponering tenderar att vara en ombytlig exponering där obehag väcks, säkerhetsbeteen-

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

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

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

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

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

256 sägelser och sedan dra slutsatser om både utfallet och ens egen förmåga att hantera utfallen ökar man
257 chansen att undvikande bryts och chansen till ökat engagemang i det man värdesätter i livet förbättrats.

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

274 *work in progress*

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

277 **Internet och internetbaserad vård**

278 Internet har ändrat gemene mans tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För cirka
279 15 år sedan använde mindre än 20% av världens befolkning internet. 2019 uppskattas det att nästan
280 54% av världens befolkning använder sig av internet. I Europa är motsvarande siffra 83% (International
281 Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport Svenskarna och internet (Findahl,
282 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85% år 2010 till 95% år 2019. Nästintill hela Sveriges
283 befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som använder internet i Sverige söker
284 även efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka hälften utnyttjar e-tjänster relaterade till
285 sjukvården (Findahl, 2019).

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

294 **Evidensen för internetbaserad kognitiv beteendeterapi.** Internetbaserad kognitiv beteendete-
295 rapi, I-KBT, började undersökas och utvärderas kring millenniumskiftet. Under de senaste årtiondena

296 har hundratals studier undersökt effekten av I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ
297 inom flera olika länder som ett komplement till mer traditionella vårdalternativ (Andersson m.fl., 2016).

298 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälpmaterial i KBT som har beforskat i form av I-
299 KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Furmark,
300 Holmström, Sparthan, Carlbring, and Andersson (2019), Robichaud and Dugas (2018) samt Carlbring
301 and Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar ka-
302 pitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till
303 klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka. I många av des-
304 sa behandlingsprogram har även en stödbehandlare tilldelats deltagarna. Stödbehandlaren kan ge åter-
305 koppling, besvara frågor, och ge stöd allt eftersom behandlingen fortskrider (Vlaescu, Alasjö, Miloff,
306 Carlbring, & Andersson, 2016).

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

317 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski, & Cuij-
318 pers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband, & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid oli-
319 ka kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg, & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också en verksamt
320 vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress (Day, McGrath, & Wojtowicz, 2013), prokrasti-
321 nering (Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015) och perfektionism (Rozental m.fl.,
322 2017; T. D. Wade m.fl., 2019).

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

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

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

338 Erfarenheter från tidigare studier av I-KBT-interventioner har visat att det är viktigt att ange
339 tydliga inklusionskriterier samt att screena och välja deltagare utifrån dessa. I-KBT-behandlingar som
340 inkluderar interaktiva behandlingskomponenter, innehåller relevanta pedagogiska inslag om psykiska
341 och kroppsliga besvär och om vad som vidmakthåller psykiska problem, liksom komponenter för att
342 bryta vidmakthållandet av besvärerna, ökar oddsen för positiva utfall (Barak m.fl., 2008).

343 PATRIK SKRIVER OM MED OMVÄND TANKEGÅNG: Självhjälpsböcker med ett populärt
344 tilltal är ett medium som kan nå en stor publik. Validerade självhjälpsböcker har också potential att för-
345 bättra ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälpsböcker kan användas som stöd för både genom-
346 förande av hemuppgifter under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter.

347 PATRIK: Säg något om att terapeutstöd inte alltid ger större effekt. EXPANDERA!!!

348 Frågeställningar

349 Det vi primärt är intresserade av är om det finns någon skillnad (i endera riktning) i effekt mel-
350 lan gruppen Självhjälp och gruppen Terapeutstöd med avseende på konstruktiv självhävande, det vill
351 säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive. Vi är också intresserade av att ta reda på om effekten i grup-
352 pen Väntelista är sämre än behandlingseffekten i gruppen Självhjälp respektive gruppen Terapeutstöd
353 med avseende på konstruktiv självhävande, det vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive. Slutligen
354 vill vi också undersöka vilka prediktorer/moderatorer hos deltagarna (exempelvis grad av social ångest
355 eller grad av depression) i behandlingsalternativen Självhjälp och Terapeutstöd som påverkar utfallet
356 samt vilka mediatorer inom behandlingsalternativen (exempelvis tilldelning av terapeut) som påverkar
357 utfallet.

358 Metod

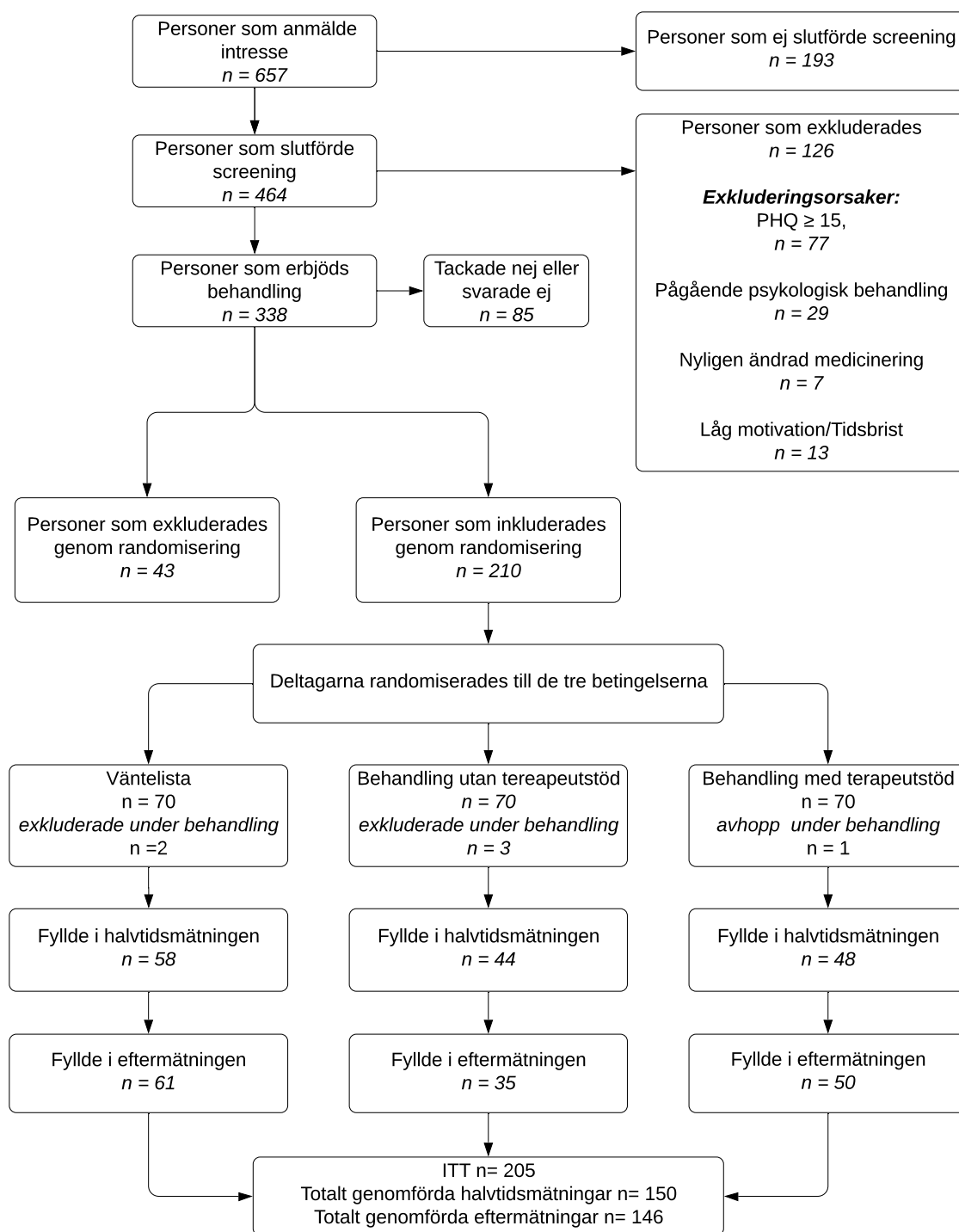
359 Design

360 Sample-storleken för varje grupp bestämdes till $n = 70$ med en powerberäkning innan rekry-
361 tering påbörjades. I studien planerade manipulationer, variabler, mättillfällen och insamlad data har
362 använts i de efterföljande analyserna utan selektion i efterhand. Alla randomiseringar gjordes av obe-
363 roende tredje part vid Stockholms Universitet med hjälp av internetbaserade randomiseringstjänster
364 (www.random.org för överintagsexkluderingen och randomiseringen till respektive behandlare samt
365 www.sealedenvelope.com för randomiseringen till de tre grupperna). Studien uppfyller kriterierna för
366 en RCT-design enligt Chambless and Ollendick (2001).

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

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

382 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer intresse till studien varav 464
383 personer slutförde hela screeningsprocessen. Av dessa exkluderades 126 personer då de uppfyllde nå-
384 got av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa bejakade
385 253 sin plats. 43 personer exkluderades från behandlingen genom randomisering så att 210 inkludera-
386 des. De deltagare som exkluderades via randomisering erbjöds tillgång till materialet på samma sätt
387 som kontrollgruppen fick det – men med skillnaden att deras resultat ej inkluderats i beräkningarna.
388 Vid behandlingsstart hade alltså studien 210 deltagare. Vid en extra kontroll under behandlingens gång
389 upptäcktes det att fem deltagare ($n = 3$ från gruppen Självhjälp och $n = 2$ från gruppen Väntelista) hade
390 inkluderats trots pågående psykologisk behandling. Dessa deltagare har fått fullgå behandlingen på oför-
391 ändrade villkor, men deras resultat har exkluderats från studiens analyser. Utöver detta bad en deltagare
392 från gruppen Terapeutstöd om att få bli exkluderad från studien. Ingen data har använts hos de fem del-
393 tagarna som hade pågående psykologisk behandling. Endast förmätningen har använts från deltagaren
394 som bad om att bli exkluderad.



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

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

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.

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. Se tabell 1 för de demografiska faktorernas fördelningar i respektive grupp.

Behandlarstöd. En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i denna grupp blev randomiserade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta behandlingskontakt med 35 deltagare. 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 planerades till cirka 15 minuter per deltagare och vecka. De två andra grupperna hade inte tillgång till behandlarstöd men fick kontaktuppgifter till studieansvarig för eventuella administrativa frågor.

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 5-gradig likertskala där 1 motsvarar "aldrig" och 5 motsvarar "alltid". Svaren räknas samman till två skalor, en för aggressiv självhävdelse och en för konstruktiv (adaptiv) självhävdelse. Hög poäng på delskalan för aggressiv självhävdelse indikerar ett aggressivt självhävande beteendemönster och hög poäng på delskalan för konstruktiv självhävdelse indikerar ett konstruktivt självhävande beteendemönster. (Låga poäng på båda går att tolka som passiv självhävdelse.) En fördel med AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den gör explicit skillnad mellan konstruktiv och aggressiv självhävdelse. Adaptive- och Aggressiveness-skalorna har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,93$ respektive $\alpha = 0,88$). Den svenska översättningen var inte validerad inför studiestart.

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

| | Väntlista | Självhjälp | Terapeutstöd |
|-------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Ålder (år) | | | |
| M (SD) | 41,18 (8,8) | 43,57 (9,86) | NaN (NA) |
| 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 |

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 två veckorna som besvaras på en 4-gradig likertskala där 0 står för "Inte alls", 1 för "Flera dagar", 2 för "Mer än hälften av dagarna" och 3 för "Varje dag". Svaren på de sju frågorna summeras. Maximal totalpoäng på GAD-7 är 21. Tröskelvärden för mild, måttlig och allvarlig ångest ligger vid 5, 10 respektive 15 (Kroenke m.fl., 2010). Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,92$) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,83$).

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

Allmänt psykiskt välmående. 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 ($r = 0,8$).

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

480 Interventionen Respekt i kvadrat

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

484 I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävande (kon-
485 struktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer kon-
486 struktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpböcker som Alberti and Emmons
487 (1974), Gambrill and Richey (1975), Ward and Holland (2018), McKay and Fanning (2005) och Smith
488 (1975).

489 I *Assert Yourself* föreskrivs självhävande beteenden utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe
490 (1990) om reciprok inhibition och klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka
491 det som i relationen till en annan person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan
492 klienten på sikt få minskade besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning
493 på att uppleva de ångestväckande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de föreskrivna
494 beteendena handlar inte om att enbart ”låtsas”. Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att
495 inhibera ångesten genom självhävande. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av
496 till exempel platser, objekt eller ord, föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att inhibera
497 ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara avslappnad
498 (så kallad reciprok inhibition).

499 Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck
500 (1979), D. M. Clark (1986), D. M. Clark and Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukturering
501 uppnås enligt dessa genom att pröva giltigheten av det negativa tänkandet i verkliga livet. Genom att
502 planera och utföra beteendeeexperiment får deltagaren hjälp att pröva giltigheten av egna negativa tankar.
503 Det leder till ökad responsmöjlighet i olika mer eller mindre pressande situationer.

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

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

511 **Anpassningar och tillägg.** Materialet är översatt och anpassat till svenska förhållanden av TH
512 med tillstånd av författaren och CCI. I samband med att materialet översattes och anpassades till I-KBT-
513 moduler i plattformen Iterapi (Vlaescu m.fl., 2016) modifierade och utökade TH och PT materialet.
514 Detta gjordes med det dubbla syftet att förenkla administrationen av materialet via internet samt att
515 komplettera det med inslag som TH och PT ansåg saknades i originalmaterialet.

516 En mycket inspirerande faktor när det engelska materialet anpassades och utvecklades till själv-
517 hjälpsprogrammet *Respekt i kvadrat* var det aktuella forskningsläget kring exponering (se bland annat
518 M. G. Craske m.fl., 2008; De Castella m.fl., 2015; J. J. Gross & John, 2003; Knowles & Olatunji, 2019;
519 Sewart & Craske, 2019). TH och PT bedömde det som en central komponent att deltagarna så tidigt som

520 möjligt, och så regelbundet som möjligt, tog aktiva steg för att bryta sina undvikanden. Från och med
521 modul 3 och i alla moduler därefter ombads deltagarna att närma sig aversiva stimuli (och utvärdera
522 sina reaktioner) på olika sätt.

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

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

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

542 **Behandlingsplattformen**

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

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

551 **Etiska aspekter**

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

554 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att
555 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens
556 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlighet
557 med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad

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

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

till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan till studien lämnade deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien under rekryteringsfasen informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (t ex om vart hen kunde vända sig för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommenderades deltagarna att uppsöka psykiatrisk vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt e-post.

Analys

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

Kontroll av utgångsdata. Vi analyserade insamlade förmättningsvärden för att kontrollera om randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)

användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med Pearson χ^2 -test. Cohen's d-effektstorlekar för beroende mätningar beräknades med R-paketet *effsize* (Torchiano, 2020). För beräkning och sammanställning av övrig deskriptiv statistik användes R-paketet *pastecs* (Grosjean & Ibanez, 2018).

Bortfallsanalys.

Analys av huvudeffekter och interaktionseffekter. Huvudeffekter och interaktion mellan grupp och tid för de primära och sekundära utfallsmått undersöktes med *mixed model*-metodik. *Mixed model* tillåter precis som MANOVA inklusion av upprepade beroende mättillfällen i modellen, men med hänsyn taget till principen om *intention to treat*. Utöver det möjliggör det även modellering och kvantifiering på gruppnivå av observerade (men inte kontrollerade) individ-relaterade effekter, exempelvis skillnader i underliggande förändringsbenägenhet över tid. I modellen tilläts skärningspunkterna för respektive deltagare att variera, liksom lutningen på regressionslinjerna mellan mättillfällena för dem. För analysen användes R-paketet *nlme* (Pinheiro, Bates, DebRoy, Sarkar, & R Core Team, 2020). Val av kovariansstruktur gjordes genom jämförelse av AIC-tal. Granskning av homoscedasticitet, normalfördelade residualer och outliers gjordes visuellt med diagnostiska plottar av de till data anpassade modellerna. För *post hoc*-test uppskattades predicerade *marginal means* (eller *least square means*) för de olika kombinationerna av betingelse och mättillfälle med R-paketet *emmeans* (Lenth, 2020). Diagnosplottar och figurer för presentationen av resultatet togs fram med *emmeans* och *sjPlot* (Lüdtke, u.å.).

Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans. Vi räknade ut frekvensen deltagare som i träningsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant nivå vid eftermätningen. För de deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället fördes dessa värden vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to treat*. Valet av klinisk signifikans-kriterium gjordes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacobson and Truax (1998) för var och en av skattningsskalorna i relation till var och en av grupperna. En förändring mellan två mättillfällen definieras som reliabel om den är tillräckligt stor i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller mätfel. Den senare ger en bild av om hur de absoluta eftermätningensvärdena förhåller sig till medelvärdet för antingen en subklinisk population eller en klinisk population (som också kan hämtas från normdata) (Jacobson & Truax, 1998). För samtliga beräkningar av klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI* (Kruijt, 2020), som väljer signifikans-kriterium (*a*, *b* eller *c*) konservativt. SKIPPA DETTA? → Skillnader i frekvensen reliabelt förändrade deltagare på kliniskt signifikant nivå analyserades med χ^2 -test.

Resultat

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

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

oxå sig skillnad i sociodemografisk data/kön

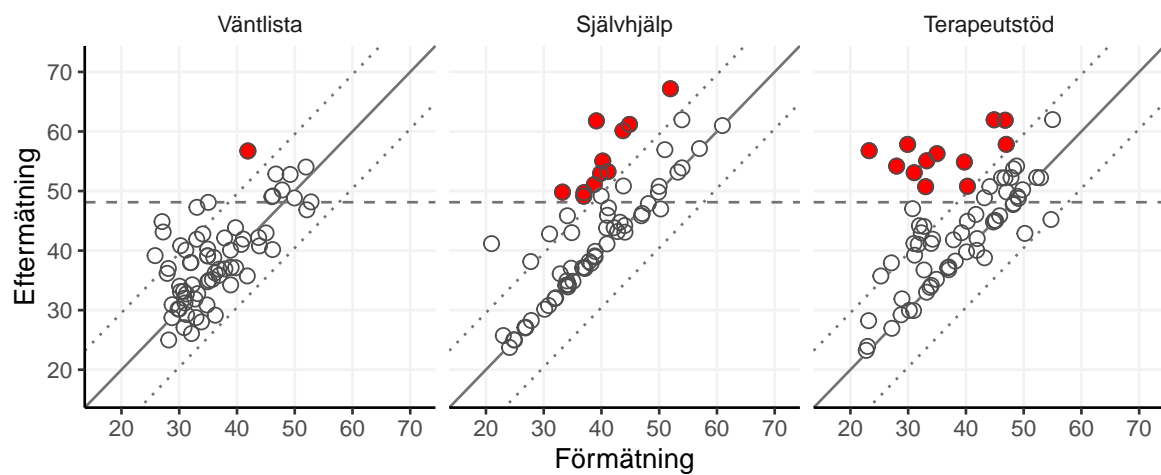
608 **Deskriptiv statistik**

609 se tabell 3

610 **Primär frågeställning**611 **Sekundära frågeställningar**612 **Klinisk signifikans (arbeta in detta i primära och sekundära frågeställningen?)**

613 Se tabell 4 med sammanställning jt/rci

614 Se ?? för mer ...

AAA-S Adaptive, Eftermätning

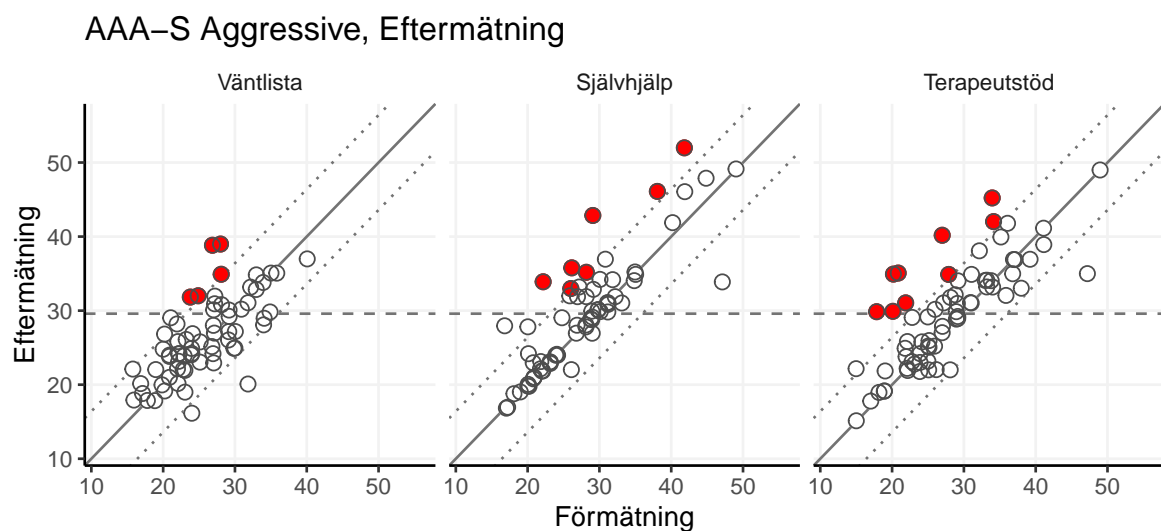
Figur 3: 123

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.

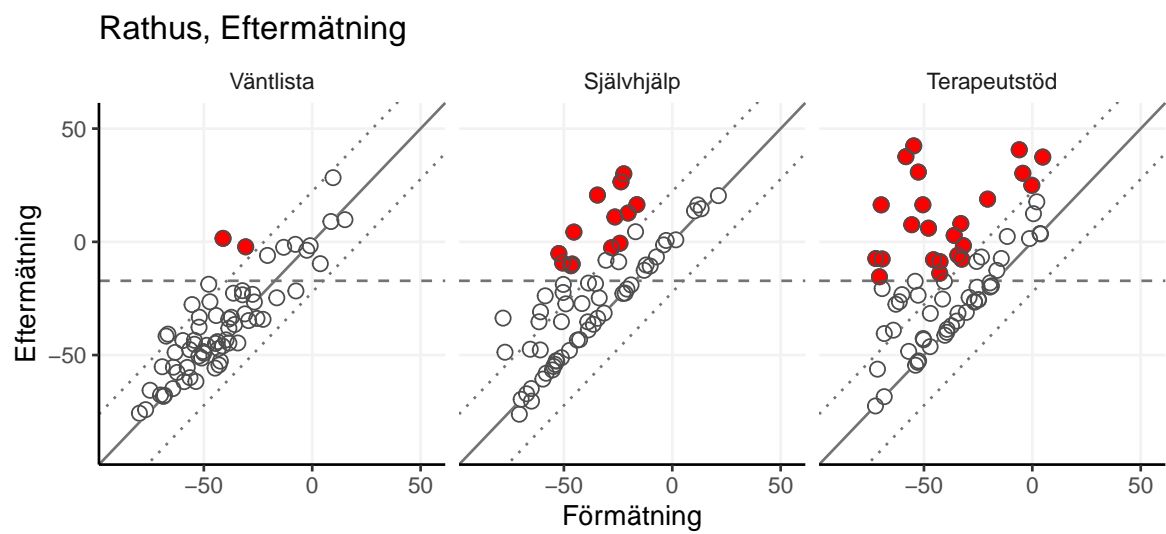
| | | Primära utfallsmått | | Sekundära utfallsmått | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------|---------|-----------------------|---------|-------|-------|-----------|
| | | AAAS Ad | AAAS Ag | Rathus | LSAS-24 | GAD-7 | PHQ-9 | Välmående |
| Självhjälp, n = 67 | | | | | | | | |
| <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 |

Tabell 4: Klinisk signifikans med andel tillhörande de olika kategorierna för de två huvudutfallsmåtten samt Rathus. Deltagare som deltog i förmätningen men inte en uppföljande mätning har fått förmätningens värdena framflyttade till det senare mättillfället, i enlighet med principen om *intention to treat*.

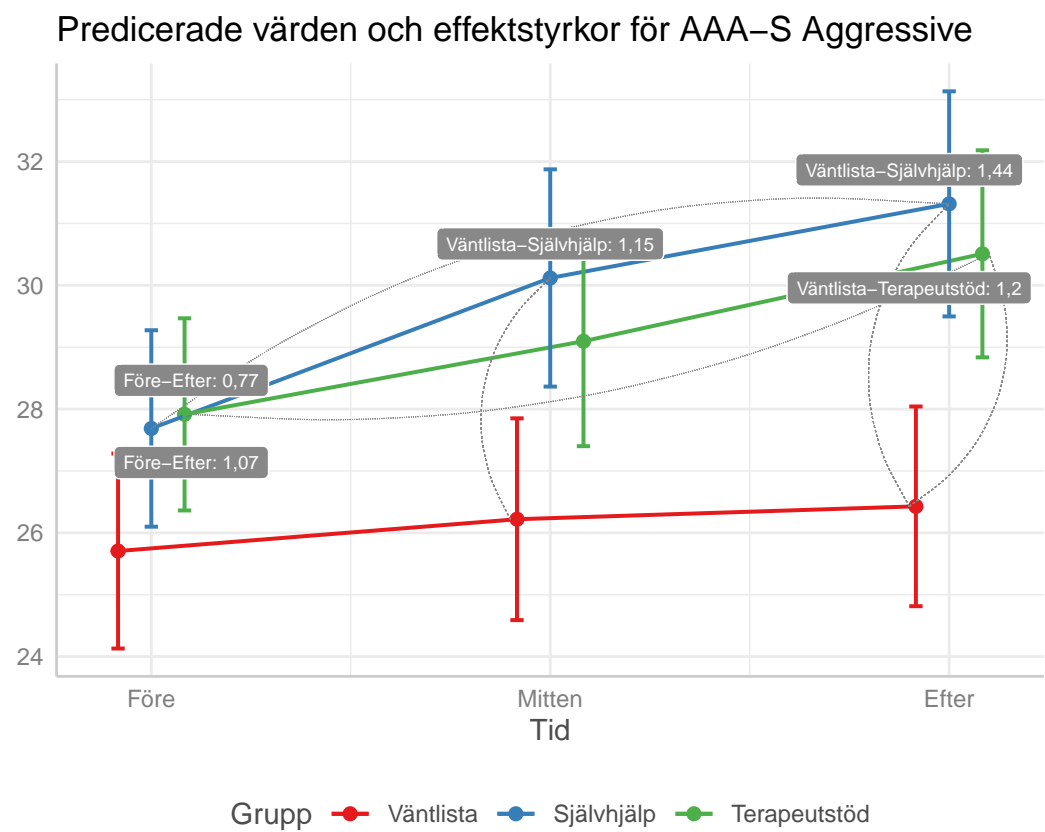
| | Väntlista | Självhjälp | Terapeutstöd |
|------------------------------|-----------|------------|--------------|
| AAA-S Adaptive (%) | | | |
| Försämrade | 0,00 | 0,00 | 1,43 |
| Oförändrande | 79,41 | 62,69 | 51,43 |
| Förbättrade | 8,82 | 5,97 | 10,00 |
| Tillfrisknade (ej reliabelt) | 10,29 | 14,93 | 20,00 |
| Tillfrisknade (reliabelt) | 1,47 | 16,42 | 17,14 |
| AAA-S Aggressive (%) | | | |
| Försämrade | 2,94 | 1,49 | 1,43 |
| Oförändrande | 64,71 | 47,76 | 45,71 |
| Förbättrade | 2,94 | 2,99 | 1,43 |
| Tillfrisknade (ej reliabelt) | 22,06 | 37,31 | 38,57 |
| Tillfrisknade (reliabelt) | 7,35 | 10,45 | 12,86 |
| Rathus (%) | | | |
| Försämrade | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Oförändrande | 77,94 | 49,25 | 41,43 |
| Förbättrade | 5,88 | 10,45 | 11,43 |
| Tillfrisknade (ej reliabelt) | 13,24 | 20,90 | 14,29 |
| Tillfrisknade (reliabelt) | 2,94 | 19,40 | 32,86 |



Figur 4: 123



Figur 5: 123



Figur 6: bildtext

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

Tabell 5

| | <i>Dependent variable:</i> | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | rathus | aaas_ag | aaas_ad | lsas_sum | gad_sum | phq_sum | well |
| Intercept | -41,6*** (-47,1, -36,2) | 25,7*** (24,1, 27,3) | 36,4*** (34,4, 38,3) | 50,1*** (45,2, 55,1) | 7,2*** (6,2, 8,2) | 6,6*** (5,6, 7,6) | 37,4*** (34,8, 40,1) |
| Självhjälp | 4,5 (-3,3, 12,2) | 2,0* (-0,3, 4,2) | 2,3 (-0,5, 5,0) | -0,5 (-7,6, 6,6) | 0,6 (-0,8, 2,0) | 0,2 (-1,3, 1,6) | -0,5 (-4,2, 3,3) |
| Terapeutsföd | 3,3 (-4,3, 11,0) | 2,2* (-0,004, 4,4) | 2,1 (-0,6, 4,8) | -2,6 (-9,6, 4,4) | 0,3 (-1,1, 1,7) | -0,3 (-1,7, 1,1) | 0,3 (-3,5, 4,0) |
| Mittenmätning | 4,0* (-0,03, 8,1) | 0,5 (-0,7, 1,7) | 1,6* (-0,1, 3,2) | -2,2 (-5,3, 1,0) | -0,5 (-1,5, 0,4) | 1,0* (-0,1, 2,1) | -1,3 (-3,9, 1,3) |
| Eftermätning | 5,2** (1,2, 9,3) | 0,7 (-0,5, 1,9) | 2,4*** (0,7, 4,0) | -1,8 (-4,9, 1,3) | -0,5 (-1,5, 0,5) | 1,0* (-0,002, 2,1) | -0,3 (-2,8, 2,3) |
| Självhjälp : Mitten | 12,2*** (6,0, 18,3) | 1,9** (0,1, 3,7) | 4,4*** (1,9, 6,8) | -8,1*** (-12,8, -3,3) | -0,9 (-2,4, 0,6) | -1,8** (-3,4, -0,2) | 3,3* (-0,6, 7,2) |
| Terapeutsföd : Mitten | 15,5*** (9,4, 21,5) | 0,7 (-1,1, 2,5) | 4,7*** (2,3, 7,1) | -9,0*** (-13,6, -4,3) | -1,4* (-2,8, 0,04) | -2,0** (-3,5, -0,4) | 7,3*** (3,5, 11,2) |
| Självhjälp : Efter | 18,3*** (12,0, 24,5) | 2,9*** (1,0, 4,8) | 5,6*** (3,1, 8,2) | -11,7*** (-16,6, -6,8) | -1,6** (-3,2, -0,1) | -2,6*** (-4,3, -1,0) | 8,0*** (3,9, 12,1) |
| Terapeutsföd : Efter | 25,4*** (19,5, 31,4) | 1,9** (0,1, 3,6) | 5,7*** (3,3, 8,1) | -11,5*** (-16,0, -6,9) | -2,3*** (-3,7, -0,9) | -3,1*** (-4,6, -1,6) | 8,7*** (4,9, 12,5) |
| Observations | 514 | 505 | 505 | 503 | 503 | 503 | 501 |

Note:

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

Diskussion

Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälsprogram för att förbättra individers konstruktiva självhävdelse. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde till stora delar på självhjälsprogrammet *Assert Yourself* (Michel & Fursland, 2008) och inkluderade bland annat inslag av psykoedukation, beteendeeexperiment, avslappningsövningar, vidmakthållandeplanering och återfallsprevention. En tredjedel av deltagarna fick tillgång till programmet utan behandlarstöd, en tredjedel fick tillgång till programmet med behandlarstöd och en tredjedel var en väntelistebedingad kontrollgrupp. Vi konstaterade att tillgång till behandlingsmaterialet (oberoende av om man hade behandlarstöd eller inte) gav bättre resultat än att vara placerad på väntelista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd.

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

Resultatdiskussion

återstår att skriva!

Primär frågeställning.

I relation till annan forskning, självhävdelse

Behov av ny forskning

Metodologiska brister / felkällor / validitet / reliabilitet

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

Samplets representativitet för populationen. Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flertalet olika faktorer. För det första rapporterar kvinnor mer oro, ångslan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna att söka hjälp. För det andra tenderar män överlag att i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Cheater, & Marshall, 2005). Slutligen – vilket troligen är den mest påverkande faktorn i den aktuella studien – så sköttes studiens marknadsföring på sociala medier av en automatiserad algoritm. Algoritmen visar

annonsen för de individer den tror har störst odds till att interagera med den. Data som sammanställdes efter avslutad annonsering visade på att någonstans mellan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor.

Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare 10% studerade vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från Sveriges befolkning, där endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar av förklaringen till att en så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle kunna vara att majoriteten av studiens deltagare är kvinnor, och att de i större utsträckning än män studerar vidare efter gymnasiet (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 självhävande 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 väntelista. En risk med användandet av väntelista är att de deltagare som tilldelas väntelistan 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 väntelista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6% av de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att en behandlings eventuella effekt förstoras på grund av försämrandet hos väntelista-betingelsen snarare än förbättrandet hos de som betingats till behandlingen. I den aktuella studien försämrades ingen deltagare signifikant från för- till eftermätningen. Varken i väntelistan eller i någon av de andra betingelserna. Därav lider den aktuella studien ingen risk för att ha påverkats av denna felkälla. Det går ändå att diskutera om användandet av väntelista som kontroll är ett klokt beslut. Användandet av väntelista 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.

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 självhävande. Bristen på erfarenhet av internetbaserad behandling kan ha påverkat kvalitén 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). Behandlarna hade utöver tillgodogjorda grundläggande kunskaper om psykologisk behandling även tillgång till ett dokument med generella förhållningssätt vid internetbehandling med behandlarstöd samt tillgång 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

693 minuter per vecka och deltagare. Detta varierade dock nämnvärt beroende på hur frekvent behandlaren
694 deltagare hörde av sig till behandlaren med behandlingsrelaterade frågor samt hur utförligt deltagarna
695 besvarade behandlingsprogrammets övningar.

696 Ytterligare en potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta versionerna av
697 självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och RAS (Rathus, 1973). Då dessa
698 skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de till den aktuella studien. Det finns många rekommendation
699 och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz,
700 2001; och Jones, Lee, Phillips, Zhang, & Jaceldo, 2001 för två väl använda metoder). Ett gemensamt
701 tema i dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat användnings-
702 språk (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer och att den
703 översatta versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare.
704 En bedömning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det planerade använd-
705 ningsspråket till originalspråket. AAA-S och RAS översattes inför föreliggande uppsats endast en gång,
706 från engelska till svenska.

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

718 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.
- 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>
- 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., [uppd]. 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*

- 792 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>
- 793 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2015). Emotion
794 Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder.
795 <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.974665>
- 796 Dweck, C. S., Chiu, C. yue, Hong, Y. yi, Chiu, C. yue, & Hong, Y. yi. (1995). Implicit Theories and
797 Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological*
798 *Inquiry*, 6(4), 267–285. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1
- 799 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
800 *science : a journal of the American Psychological Society / APS*, 4(4), 326–339. Hämtad från
801 <https://www.affective-science.org/pubs/2009/barrett2009-future-psych.pdf>
802 <http://www.jstor.org/stable/40645696>{\%}0Ahttp://about.jstor.org/terms
- 803 Fensterheim, H., & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing
804 Company.
- 805 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-álvarez, M. (2018).
806 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
807 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12.
808 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- 809 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet* (s. 67).
- 810 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D.
811 (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of
812 self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
813 <https://doi.org/10.1017/S0033291701004056>
- 814 Furmark, T. I., Holmström, A., Sparthán, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2019). *Social fobi -*
815 *social ångest : effektiv hjälp med KBT* (Tredje uppg). Stockholm: Liber.
- 816 Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
817 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623.
818 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
- 819 Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
820 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 821 Grosjean, P., & Ibanez, F. (2018). *pastecs: Package for Analysis of Space-Time Ecological Series*.
822 Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=pastecs>
- 823 Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes:
824 Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social*
825 *Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- 826 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
827 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
828 [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- 829 Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a

- behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–190.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU Facts and Figures 2019 - Embargoed 5 November 1200 CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU_Facts_and_Figures_2019_-_Embargoed_5_November_1200_CET.pdf)
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in clinical research* (Vol. 59, s. 521–538). Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.9.1.153>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.001>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. Hämtad från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7>
- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G., & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study.

- 868 *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). <https://doi.org/10.2196/10302>
- 869 Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
870 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
871 Inc.
- 872 Lüdecke, D. (u.å.). *sjPlot: Data Visualization for Statistics in Social Science*.
873 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1308157>
- 874 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 875 McKay, M., & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 876 Mehta, S., Peynenburg, V. A., & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive
877 behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis.
878 *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9984-x>
- 879 Michel, F., & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
880 Interventions. Hämtad från
881 <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- 882 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of
883 Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2),
884 99–110. <https://doi.org/10.1111/jpr.12185>
- 885 Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009).
886 The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of
887 psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284.
888 <https://doi.org/10.1159/000228248>
- 889 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,
890 21–23.
- 891 Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
892 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207.
893 [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90100-7](https://doi.org/10.1016/0005-7916(75)90100-7)
- 894 Pezzulo, G., Rigoli, F., & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic
895 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35.
896 <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2015.09.001>
- 897 Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and Nonlinear*
898 *Mixed Effects Models*. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- 899 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 900 R Core Team. (2020). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R
901 Foundation for Statistical Computing. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- 902 Rakos, R. F., & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
903 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5),

- 904 991–993. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.991>
- 905 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
906 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- 907 Regeringskansliet, S., & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025* (s. 1–16).
908 Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- 909 Rich, A. R., & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
910 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. <https://doi.org/10.1037/h0078049>
- 911 Robichaud, M., & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD* (s.
912 270). Natur & kultur.
- 913 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based
914 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of*
915 *Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. <https://doi.org/10.1037/ccp0000023>
- 916 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2020).
917 Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive
918 behaviour therapy for perfectionism. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000090>
- 919 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For Better or
920 Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants
921 Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical*
922 *Psychology*, 85(2), 160–177. <https://doi.org/10.1037/ccp0000158>
- 923 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
924 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for
925 perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and*
926 *Therapy*, 95, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.015>
- 927 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 928 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2015). The Role of
929 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical
930 Treatment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139.
931 <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9652-6>
- 932 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B., & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
933 Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and*
934 *Personality Science*, 7(6), 508–520. <https://doi.org/10.1177/1948550616644657>
- 935 Sewart, A. R., & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
936 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285).
937 <https://doi.org/10.1037/0000150-015>
- 938 Sijbrandij, M., Kunovski, I., & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive
939 Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and
940 Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. <https://doi.org/10.1002/da.22533>
- 941 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*

- 942 *therapy*. Bantam.
- 943 Socialstyrelsen. (2004). *Växelviss boende: Att bo hos både pappa och mamma fast de inte bor*
944 *tillsammans*. Socialstyrelsen.
- 945 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
946 Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241.
947 Hämtad från www.socialstyrelsen.se
- 948 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad från
949 <https://div.socialstyrelsen.se/>
- 950 Speed, B. C., Goldstein, B. L., & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
951 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20.
952 <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- 953 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
954 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.
955 <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- 956 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/)
957 statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/
- 958 Tanck, R. H., & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to
959 Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400.
960 https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4304_11
- 961 Thompson, R. J., & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S).
962 *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334.
963 <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9226-9>
- 964 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric
965 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
966 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136.
967 <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.550059>
- 968 Torchiano, M. (2020). *effsize: Efficient Effect Size Computation*.
969 <https://doi.org/10.5281/zenodo.1480624>
- 970 Vagos, P., & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
971 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
972 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148.
973 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0296-4>
- 974 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality
975 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
976 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.09.006>
- 977 Wade, T. D., Kay, E., Valle, M. K. de, Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P., & Shafran, R. (2019).
978 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be

- 979 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/cp.12193>
- 980 Ward, C., & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 981 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses, 20(42), 825–829.
- 982 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 983 Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of*
984 *neuroses*. (s. ix, 198–ix, 198). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 985 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
986 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of*
987 *randomized controlled trials* (Vol. 30, s. 1–10). <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.004>
- 988 Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
989 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522.
990 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>
- 991 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
992 Öst.