

En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävdselse

Tobias Hagberg & Patrik Trang

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vad är konstruktiv självhävdelse?

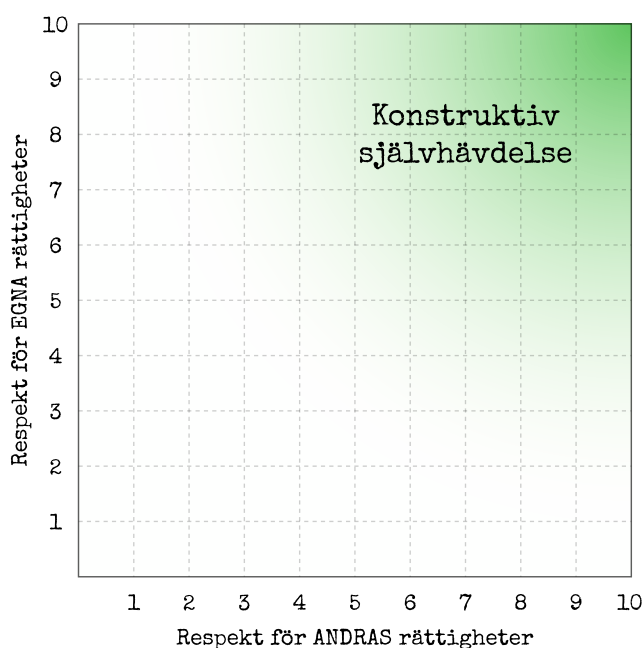
Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteendemässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet' (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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

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

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

Vikten av en funktionell förståelse av begreppen. Mitamura (2018) problematiserar skillnaden mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna bör förstås i de sammanhang de utförs. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kontext framstår som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande; beteenden som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv självhävdelse, och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna



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

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

99 **Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse**

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

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

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

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

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

En stor del av den forskning som finns om *assertiveness* som ett transdiagnostiskt begrepp är sammantaget till åren kommen och det finns ett behov av att på nytt utvärdera den specifika effekten av självhävdelseträning (Speed m. fl., 2018). Det moderna forskningsläget är både skvalt för *assertiveness* som konstrukt och omfattande för många av 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 och Ollendick (2001) ger en tidig översikt av det samlade forskningsläget för KBT, utifrån en tydlig definition av vad som bör betraktas som en "empiriskt underbyggd terapi" – det vill säga att effekten av terapin bör ha undersökts med en randomiserad och kontrollerad studie (RCT) som har haft specificerade grupper och som har använt väl beskrivna behandlingar. Sammanställningen visar att KBT överlag har bättre evidens i den samlade litteraturen än andra terapiformer (oaktat

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

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

161 **Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård**

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

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

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

183 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälpmaterial i KBT som har beforskats i form av
184 I-KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Fur-
185 mark, Holmström, Sparth, Carlbring och Andersson (2019), Robichaud och Dugas (2018) samt
186 Carlbring och Hanell (2013). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som
187 motsvarar kapitel i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgif-
188 ter kopplade till klientens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vec-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

247 **Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Om att finna motivation till att bryta gamla vanor. 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 (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma, Hayes & Walser, 2007) och ett effektivt sätt att behandla många av de psykiatriska besvär som individer med bristande *assertiveness* upplever (A-Tjak m. fl., 2015).

Många som lever med psykiatologiska besvär under en längre tid kan uppleva det som att det inte finns någonting de kan göra åt sina besvär. Som att deras symtom och deras lidande är där för att stanna. Detta brukar kallas för ett *fixed mindset*. Ett *fixed mindset* är antagandet att förmågor, färdigheter samt egenskaper är fasta och oföränderliga. Det skiljer sig från ett *growth mindset*,

358 antagandet att förmågor, färdigheter och egenskaper kan utvecklas och förändras. Dessa *mindset*, tan-
359 kesätt, är ett sorts ramverk genom vilket man tolkar och förstår sig på sina erfarenheter, vilket i sin
360 tur påverkar vilka beteenden och emotioner man uppvisar (Dweck, yue Chiu, yi Hong, yue Chiu &
361 yi Hong, 1995). Tankesätt kan beröra mer övergripande domäner, såsom personlighet och intelligens,
362 eller mer specifika domäner, såsom hur man tänker kring ångest och emotioner. Man kan ha ett fix-
363 erat tankesätt inom en viss domän, och ett utvecklande tankesätt inom en annan (Schroder, Dawood,
364 Yalch, Donnellan & Moser, 2016). Har man ett utvecklande tankesätt kring ångest leder det både
365 till större motivation under en behandlings gång och till bättre odds för positivt behandlingsutfall
366 (De Castella m. fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2015). Det har även visat
367 sig att personer med ett fixerat tankesätt i större utsträckning försöker undvika negativa emotioner
368 samt i mindre utsträckning omvärderar sina förutsägelser i ljuset av nya erfarenheter (Schroder m. fl.,
369 2015). Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett *growth mindset*.

370 Frågeställningar

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

377 Metod

378 Design

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

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

400 efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd grad av
401 självhävdelse. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

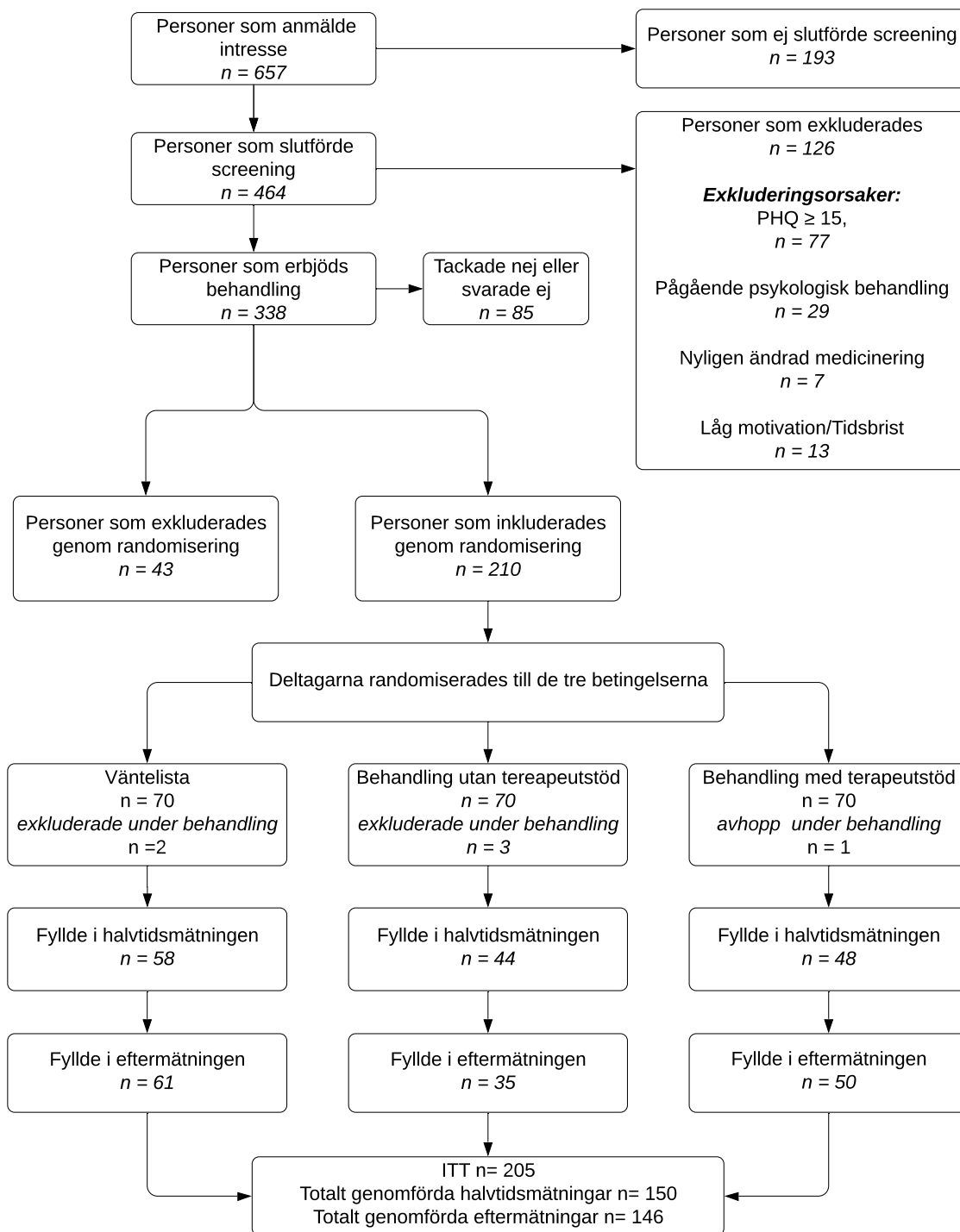
402 **Deltagare.** Som framgår av figur 2 så anmälde totalt 657 personer sitt intresse till studien
403 varav 464 personer slutförde screeningsprocessen. Av dessa uteslöts 126 personer då de uppfyllde
404 något av exklusionskriterierna. De kvarvarande 338 personerna erbjöds plats i studien. Av dessa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

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

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

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

437 **Behandlarstöd.** En av de tre grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Deltagarna i den-
438 na grupp blev randomiserade till en av de två behandlarna. Varje behandlare hade i och med detta
439 behandlingskontakt med 35 deltagare. Behandlarna var studenter vid Stockholms Universitet. Båda
440 behandlarna gick sista terminen på psykologprogrammet och hade en grundläggande psykoterapiut-



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

Tabell 1: Vid förmätningstillfället insamlad sociodemografisk data om deltagarna.

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

441 bildning i KBT. Under hela studiens gång hade behandlarna tillgång till handledning av en legitime-
442 rad psykolog med drygt 20 års erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling.

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

449 **Primärt utfallsmått.**

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

462 **Sekundära utfallsmått.**

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

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

481 **Social Ångest.** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale
482 (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. En låg poäng (vilken i och med poängsättningen kan vara negativ) indikerar på låg grad av självhävdelse. Den svenska översättningen gjordes inför den aktuella studien och var inte validerad inför studiestart. Aktuella normer från Thompson och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern reliabilitet för Rathus ($\alpha = 0,87$).

Interventionen Respekt i kvadrat

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

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

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

524 inhibera ångestresponsen, utifrån rationalen att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara
525 avslappnad.

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

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

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

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

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

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

I Michel och Fursland (2008) presenteras rationalen för och övningar i muskelavslappning översiktligt i ett kapitel. I linje med Östs (2006) rekommendation om att tillämpad avslappning bör introduceras stegvis över en längre tidsperiod presenteras deltagarna med progressiv muskelavslappning redan i modul 2. Övningen byggs gradvis på i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning och snabbavslappning. Under första delen av programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa principerna om hög grad av variation och upprepning i färdighetsträningen av progressiv och alltmer tillämpad avslappning. Integreringen av progressiv muskelavslappning i hela första delen av behandlingsprogrammet tjänar syftena att ge deltagarna möjlighet att tillgodogöra sig färdigheter som relativt snabbt har potential att ge positiva effekter i vardagen och att ge dem egna erfarenheter av fördelarna med både variation i exponering och mängdträning.

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

Behandlingsplattformen

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

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

Etiska aspekter

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

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

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

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

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

des deltagarna att uppsöka psykiatrisk vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt e-post.

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

Analys

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

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

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

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

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

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

643 **Analys av *random*-effekter.** Andelen av *random*-effekt-variansen som kan förklaras av un-
644 derliggande individuella förutsättningar, exempelvis generell förändringsbenägenhet (individuella
645 egenskaper, *traits*) eller av yttre omständigheter påverkade tillstånd (*states*) beräknades som den ju-
646 sterade intraklasskorrelationen i enlighet med Nakagawa, Johnson och Schielzeth (2017) med hjälp
647 av R-paketet *sjPlot* (Lüdtke, 2020). Intraklasskorrelationen (ICC) är enkelt uttryckt korrelationen
648 mellan observationer inom klusternivå för analysen, i den här studien de enskilda deltagarna. Det
649 ICC-tal vi rapporterar är så kallad *adjusted ICC*, som utesluter variansen från fixa effekter.

650 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behand-
651 lingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant
652 nivå vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacob-
653 son och Truax (1998). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället
654 fördes förmätningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to*
655 *treat*. Med reliabel förändring menas att en observerad utveckling mellan två mätillfällen definieras
656 som tillförlitlig – och därför meningsfull – om den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till
657 populationsvariansen. Då betraktas förändringen som en verklig förändring och inte bara ett slump-

658 eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur eftermätningens värdena förhåller sig till medelvärdet
659 för normdata för en subklinisk population (Jacobson & Truax, 1998). För sammanställningarna av
660 överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring användes R-paketet *JTRCI*, som väljer
661 jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt, 2020). Skillnader mellan grupperna
662 i antalet reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på kliniskt signifikant nivå vid efter-
663 mätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis χ^2 -test samt Dunns post-hoc test för multipla
664 jämförelser av flera grupper.

665 **Beräkning av Chronbach's alpha för skalor för utfallsmått.** För att bedöma den interna
666 reliabiliteten för i första hand de till svenska nyöversatta skalorna Rathus och AAA-S beräknades
667 Chronbach's α med hjälp av paketet *ltm* (Rizopoulos, 2006). Beräkningen gjordes för samtliga ut-
668 fallsmått.

669 Resultat

670 Reliabel förändring och klinisk signifikans

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

678 Flernivåanalysresultat

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

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

689 Skillnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävdelse mellan väntelista–självhjälp re- 690 spektive väntelista–behandlarstöd

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

694 Konstruktiv självhävdelse.

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

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

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

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

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

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

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

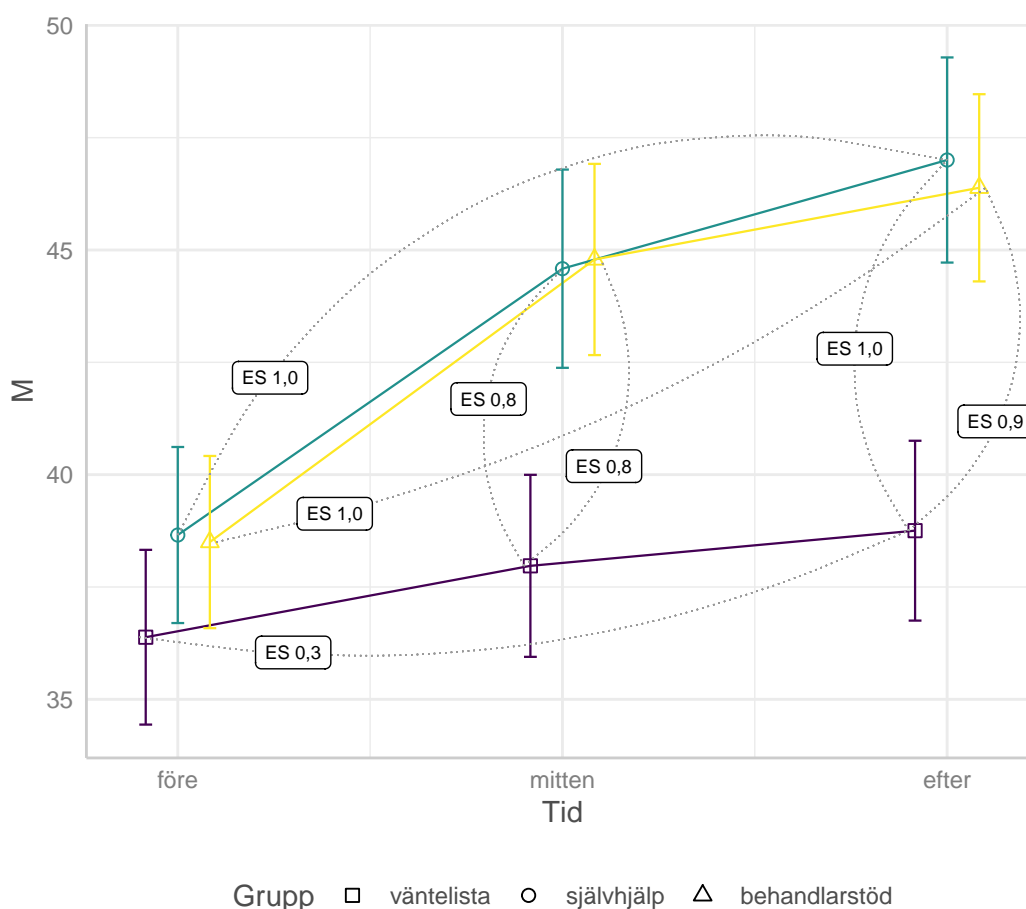
		Primära utfallsmått		Sekundära utfallsmått				
		AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välm.
Väntelista, n = 68								
<i>Före</i>								
	M	36,4	25,7	-41,6	50,1	7,2	6,6	37,4
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1	2,9	8,5
<i>Mitten</i>								
	M	38,0	26,2	-37,6	48,0	6,7	7,6	36,1
	SD	5,3	4,4	18,7	18,3	3,1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

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

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

Signifikansnivåer:

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



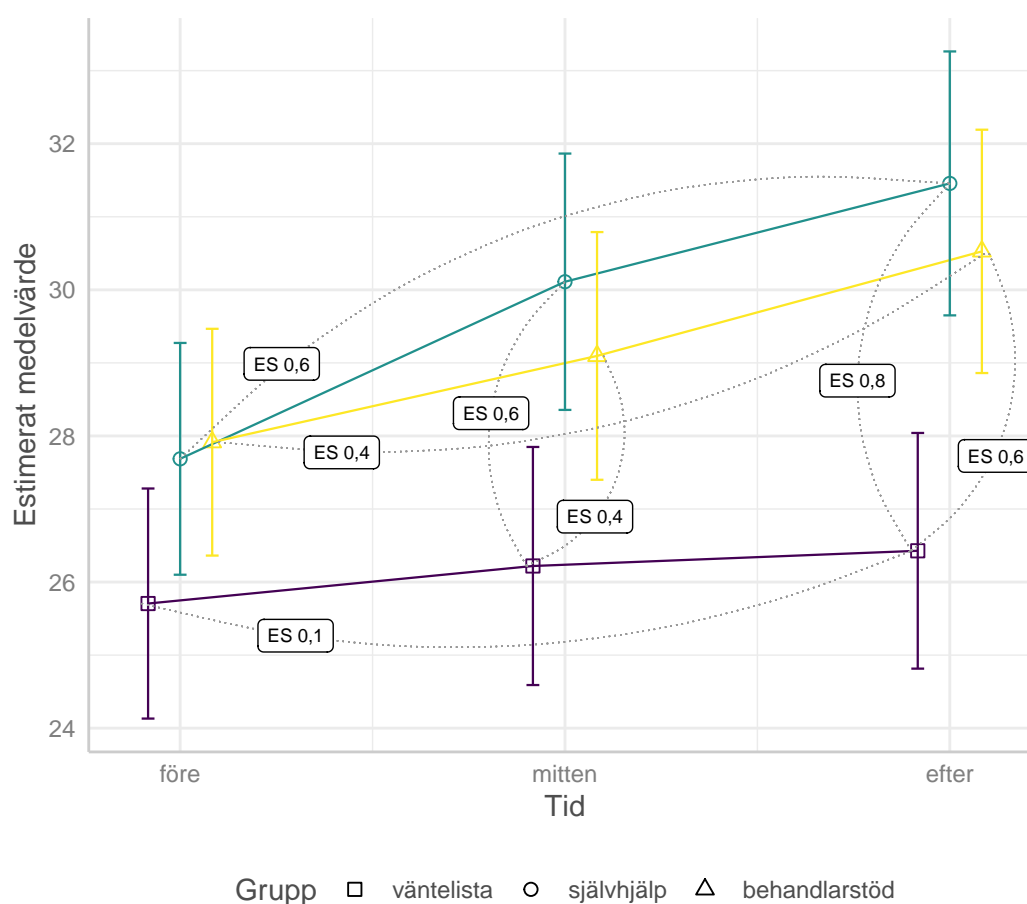
Figur 3: Medelvärdesestimater (M) och effektstorlekar (ES) för AAA-S Adaptive. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

709 var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlings-
 710 start och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resul-
 711 taten. I flernivåanalysen konstaterar vi att 67,6% av *random*-effekt-variansen i utfallsmåttet AAA-S
 712 Adaptive mellan mättidpunkterna förklaras av individuella faktorer, återstoden kan antas vara mät-
 713 eller slumpfel.

714 **Aggressiv självhävande.**

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

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



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

Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning. För båda grupperna självhjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och eftermätning. För självhjälpgruppen var medelvärdesskillnaden 3,8, $t_{317,5} = -5,1$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,6, för behandlarstödsgruppen var den 2,6, $t_{312,6} = -4,0$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,4.

Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävande mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna signifikant. Figur 4 ger en visualisering av resultaten. 73,8% av *random*-effekt-variansen på AAA-S Aggressive kan förklaras av individuella faktorer.

733 Skillnad i effekt på konstruktiv självhävdelse mellan självhjälp–behandlarstöd

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

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

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

746 Diskussion

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

759 Resultatdiskussion

760 **Deltagande i behandlingsprogrammet ger stor effekt på konstruktiv självhävdelse.** Be-
761 handlingsprogrammet har varit framgångsrikt. Deltagarna i *Respekt i kvadrat* har oavsett gren ef-
762 ter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävdel-
763 se i jämförelse med gruppen väntelista. Effektstorleken var för AAA-S Adaptive påtaglig redan
764 vid mittenmätningen för båda grupperna, för väntelista–självhjälp var den 0,81 och för väntelis-
765 ta–behandlarstöd var den 0,83. Vid eftermätningen var effektstorleken för väntelista–självhjälp 1,01
766 och för väntelista–behandlarstöd 0,93. Även effekten mellan behandlingsstart och eftermätningen
767 var inom båda grupperna betydande, med en effektstyrka på 0,96 för gruppen behandlarstöd och
768 med en effektstyrka på 1,02 för gruppen självhjälp (se även figur 3). Effektstorlekarna kan enligt Co-
769 hen's klassificering benämnas som "stora" och ligger väl i linje med tidigare funna effektstorlekar
770 för KBT, både för internetterapi och traditionell psykoterapi ansikte mot ansikte. Dessa resultat be-
771 kräftas av att andelen personer som vid eftermätningstillfället uppnått klinisk signifikans-status och

772 dessutom har genomgått en reliabel förändring under loppet av programmet var signifikant större för
773 både grupperna självhjälp (18%) och behandlarstöd (17%) än för väntelistan (1%). Det sekundära
774 utfallsmåttet av konstruktiv självhävande, Rathus, visar på en ännu starkare förbättringstrend hos
775 både självhjälp (21%) och behandlarstöd (33%) jämfört med väntelistan (3%).

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

786 Sammanblandningen av måtten kan hänga samman med det sample som sökt sig till behand-
787 lingsprogrammet. Samplet för studien hade ett medelvärde på skalan för social ångest, LSAS-SR, på
788 $M = 49$, som enligt normerna med en knapp standardavvikelse överskrider gränsen för klinisk be-
789 dömning av ”trolig social fobi”, $M = 30$ (Fresco m. fl., 2001). Om hypotesen stämmer att studiens
790 deltagare själva upplever att de har underskott av både konstruktiv och aggressiv självhävande kan
791 en ökning av aggressiv självhävande uppfattas som eftersträvarsvärt för en stor del av deltagarna.
792 I framtida studier om konstruktiv självhävande vore det fördelaktigt att vid screening klassificera
793 deltagarna utifrån huvudsaklig sökorsak och målsättning. Det skulle ge möjligheten till att se hur
794 grupper av individer med olika sorters självupplevda brister i konstruktivt självhävande (exem-
795 pelvis grupperna ”alltför aggressivt självhävande” och ”alltför passivt självhävande”) tar till sig
796 behandlingen.

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

810 Det finns många faktorer som avgör om en intervention ska ges med eller utan stöd, bland
811 dem ekonomiska hänsyn och tillgänglighet. Huruvida avsaknaden av skillnad i effekt för de båda
812 behandlingsgrenarna av *Respekt i kvadrat* beror på terapeuteffekter, takeffekter av materialet eller
813 andra interventionsbundna faktorer går inte att avgöra med vägledning av den utförda analysen. Vi
814 nöjer oss här med att konstatera att de goda utfallen för de båda behandlingsgrenarna bekräftar att

815 programmet *Respekt i kvadrat* är verksamt för ökning av grad av konstruktiv självhävande och att
816 den stora effekten i självhjälpsgruppen är ett gott tecken på att materialet kan komma till nytta som
817 självhjälpsmaterial.

818 **Individuella faktorer spelar stor roll för utfall.** Vi konstaterade att av *random*-variansen
819 så bestod 67,6% för utfallsmåttet AAA-S Adaptive av individuella skillnader. För utfallsmåttet AAA-
820 S Aggressive var de individuella bidragen till skillnaderna 73,8%. Det betyder att individernas svar
821 på de upprepade mätningarna är starkt korrelerade. Av det drar vi slutsatserna att utfall i behandlings-
822 programmet *Respekt i kvadrat* till mycket stor del beror på individuella förutsättningar – vilket i och
823 för sig inte är särskilt förvånande. Dessa *random*-effekter kan spekulativt handla om generell grad
824 av emotionellt undvikande i samplet, systematiska skillnader i tid för medverkan eller andra variab-
825 ler som inte kontrolleras i studiedesignen. Bland dem ingår också interaktionseffekter med tilldelad
826 behandlare, exempelvis kvalitet på samarbetsalliansen kring utförandet uppgifterna i programmet.
827 För att bättre kunna kontrollera för sådana individuella bidrag till behandlingsutfall kan uppföljande
828 studier med fördel inkludera fler sätt att mäta individrelaterade variabler än vad den här studien har
829 gjort, till exempel med veckovisa frågor om hur mycket tid deltagarna har haft till förfogande för del-
830 tagande. Sådana variabler kan sedan anges som kovariat i analysen. Den del av *random*-variansen
831 som har med behandlareffekter att göra kan i framtida studier undersökas genom tillägg av en tred-
832 je *random*-nivå i flernivåanalysen (tidpunkter nästlade i individer nästlade i behandlare). Det kan
833 ge mer tillförlitliga uppskattningar av behandlingsprogrammets effekt (Almlö m. fl., 2011; Baldwin
834 m. fl., 2011; Hesser, 2015; Wampold & Serlin, 2000).

835 **Metodologiska styrkor och förbättringsmöjligheter.**

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

850 **Validerade skattningsskalor ger bättre träffsäkerhet.** En potentiell brist i studien är att de
851 nyligen översatta versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011)
852 och Rathus (Rathus, 1973) varken är validerade med originalskalorna som kriterium eller har svenska
853 normer. Översättningen är inte heller fullt ut kvalitetssäkrad, exempelvis genom fram-och-tillbaka-
854 översättning i linje med metoder utvecklade av Beaton, Bombardier, Guillemin och Ferraz (2001)
855 eller Jones, Lee, Phillips, Zhang och Jaceldo (2001). Icke-klinisk normdata är hämtad från student-
856 sample 1 från Thompson och Berenbaum (2011) både för AAA-S och Rathus. Det är en fördel
857 att båda skalor använder normer från samma grupp; det gör resultaten enklare går att relatera till

858 varandra (oaktat den extra osäkerhet som det enklare översättningsförfarandet har medfört). Data
859 från föreliggande studie skulle potentiellt kunna användas för att validera de svensköversatta skalorna
860 i en uppföljande studie med ett breddat sample med större spridning med avseende på exempelvis
861 social fobi mått med LSAS-SR. Ett dilemma är dock att båda översättningar på en och samma gång är
862 icke-validerade och idealiska kriterier för varandras validering; det saknas tyvärr vedertagna skalor
863 i litteraturen för *assertiveness* utöver Rathus och AAA-S.

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

875 ***Ett mer varierat sample ger bättre generaliseringspotential.*** Genom en *a priori*-beräkning
876 av samplestorleken har vi försäkrat oss om att samplestorleken ger goda möjligheter att generalisera
877 resultaten till populationen i stort. Dock har generaliserbarheten av resultaten kraftigt försämrats på
878 grund av själva rekryteringsförfarandet. Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen
879 ytterst ojämn. Denna ojämn fördelning går troligen att tillskriva flera orsaker. Kvinnor rapporterar
880 mer oro, ångsan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer
881 benägna än män att söka hjälp. Utöver detta tenderar män överlag i lägre utsträckning söka vård än
882 kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symptom (Galdas, Cheater & Marshall, 2005).
883 Kvinnor tenderar också att i större grad än män delta i forskningsstudier. I metaanalysen Rozental,
884 Magnusson m. fl. (2017) konstateras att 62% av deltagarna i alla inkluderade studier var kvinnor. För
885 den aktuella studien är den främsta orsaken till det snedvridna samplet rekryteringsförfarandet med
886 annonsering i sociala medier. Vid kontroll i efterhand har det visats sig att den algoritmstyrda an-
887 nonsvisningen till mer än 85% riktades till kvinnor och till ungefär 60% till personer i åldersspannat
888 35–54 år. Samplet är också snedvridet med avseende på utbildningsnivå: 80% har avslutade eller på-
889 gående universitetsstudier jämfört med 43% av Sveriges befolkning (Statistiska Centralbyrån, 2020).
890 Vilken påverkan den automatiserade annonsvisningen har haft på andra faktorer, exempelvis grad av
891 social ångest, går inte att utläsa. För den aktuella studien innebär rekryteringsförfarandet att samplet
892 med sin begränsade spridning inte har matchat den operationalisering av begreppen konstruktiv, pas-
893 siv och aggressiv självhävande som *Respekt i kvadrat* utgår från.

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

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

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

921 Sammanfattning

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

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. doi:10.1159/000365764
- Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- Almlö, V. J., Carlbring, P., Kllqvist, K., Paxling, B., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2011). Therapist effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 311–322. doi:10.1017/S135246581000069X
- 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 13 april 2020, 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. doi: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. doi: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. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Asendorpf, J. B., Conner, M., De Fruyt, F., De Houwer, J., Denissen, J. J., Fiedler, K., ... Wicherts, J. M. (2013). Recommendations for increasing replicability in psychology. *European Journal of Personality*, 27(2), 108–119. doi:10.1002/per.1919
- Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.4018/978-1-4666-5942-1
- Baldwin, S. A., Murray, D. M., Shadish, W. R., Pals, S. L., Holland, J. M., Abramowitz, J. S., ... Watson, J. (2011). Intraclass correlation associated with therapists: Estimates and applications in planning psychotherapy research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 15–33. doi:10.1080/16506073.2010.520731
- Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi: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. & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi:10.1038/nrn3950. arXiv: 15334406

- 971 Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using
972 lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- 973 Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-
974 based mental health interventions: A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- 975 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-
976 Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-
977 200012150-00014
- 978 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychothe-
979 rapy series. Guilford Publications.
- 980 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-
981 based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two
982 types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.
983 brat.2010.12.007
- 984 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
985 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,
986 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 987 Braconier, A. & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 988 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1),
989 71–80. doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 990 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered
991 cognitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychot-*
992 *herapy*, 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 993 Butler, J. (2011). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- 994 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and supp-
995 pression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.
996 1037/1528-3542.6.4.587
- 997 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based
998 vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated
999 systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/
1000 16506073.2017.1401115
- 1001 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2013). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med*
1002 *kognitiv beteendeterapi*. Natur & kultur.
- 1003 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions:
1004 Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/
1005 annurev.psych.52.1.685
- 1006 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 1007 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–
1008 470. doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 1009 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 1010 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
1011 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 1012 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).
1013 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*,
1014 46(1), 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003

- 1015 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
 1016 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/
 1017 nrdp.2017.24
- 1018 Cuijpers, P. & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it
 1019 is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(5), 428–435. doi:10.1017/
 1020 S2045796015000864
- 1021 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university stu-
 1022 dents with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour*
 1023 *Research and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 1024 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emo-
 1025 tion Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/
 1026 16506073.2014.974665
- 1027 Dweck, C. S., yue Chiu, C., yi Hong, Y., yue Chiu, C. & yi Hong, Y. (1995). Implicit Theories
 1028 and Their Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological*
 1029 *Inquiry*, 6(4), 267–285. doi:10.1207/s15327965pli0604_1
- 1030 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological*
 1031 *Science*, 4(4), 326–339.
- 1032 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Com-
 1033 pany.
- 1034 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018).
 1035 Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An
 1036 empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 1037 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*.
- 1038 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz,
 1039 D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties
 1040 of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035.
 1041 doi:10.1017/S0033291701004056
- 1042 Furmark, T., Holmström, A., Sparthan, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi – social*
 1043 *ångest : effektiv hjälp med KBT*. Stockholm: Liber.
- 1044 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
 1045 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.
 1046 x
- 1047 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
 1048 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1049 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Im-
 1050 plications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psycho-*
 1051 *logy*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1052 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:10.17045/sthlmuni.12148785
- 1053 Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-
 1054 analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–90.
- 1055 Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave
 1056 of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-
 1057 7894(04)80013-3

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hesser, H. (2015). Modeling individual differences in randomized experiments using growth models: Recommendations for design, statistical analysis and reporting of results of internet interventions. doi:10.1016/j.invent.2015.02.003
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.012
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in clinical research* (Vol. 59, 1, 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 Brislín's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. doi:10.1097/00006199-200109000-00008
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. doi:10.1037/0735-7028.9.1.153
- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., ... Ciechomski, L. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113. doi:10.1080/16506070802561132
- Knowles, K. A. & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. doi:10.1016/j.cbpra.2017.12.001
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–13.
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. R package version 0.1.0. Hämtad 1 maj 2020, från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. R package version 1.4.6. Hämtad 1 maj 2020, från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). doi:10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7
- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G. & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). doi:10.2196/10302

- 1102 Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
 1103 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications,
 1104 Inc.
- 1105 Lüdecke, D. (2020). *sjPlot: Data Visualization for Statistics in Social Science*. R package version
 1106 2.8.3. doi:10.5281/zenodo.1308157
- 1107 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1108 McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1109 Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive beha-
 1110 viour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of*
 1111 *Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- 1112 Michel, F. & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical
 1113 Interventions. Hämtad från [https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-](https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
 1114 Yourself/Assertiveness
- 1115 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Ob-
 1116 jective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–
 1117 110. doi:10.1111/jpr.12185
- 1118 Nakagawa, S., Johnson, P. C. & Schielzeth, H. (2017). The coefficient of determination R² and
 1119 intra-class correlation coefficient from generalized linear mixed-effects models revisited and
 1120 expanded. *Journal of the Royal Society Interface*, 14(134). doi:10.1098/rsif.2017.0213
- 1121 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Condi-
 1122 tions, 21–23.
- 1123 Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study.
 1124 *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-
 1125 7916(75)90100-7
- 1126 Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic
 1127 regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.
 1128 1016/j.pneurobio.2015.09.001
- 1129 Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance:
 1130 Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*,
 1131 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- 1132 Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- 1133 R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for
 1134 Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad 1 maj 2020, från <https://www.R-project.org/>
- 1135 Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered
 1136 assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–
 1137 993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- 1138 Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3),
 1139 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- 1140 Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad
 1141 från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- 1142 Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological*
 1143 *Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049
- 1144 Rizopoulos, D. (2006). ltm: An R package for Latent Variable Modelling and Item Response Theory
 1145 Analyses. *Journal of Statistical Software*, 17(5), 1–25. Hämtad från [http://www.jstatsoft.org/](http://www.jstatsoft.org/v17/i05/)
 1146 v17/i05/

- 1147 Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD.*
1148 Natur & kultur.
- 1149 Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based
1150 cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Con-*
1151 *sulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- 1152 Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020).
1153 Reconsidering perfect: a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive beha-
1154 viour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- 1155 Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Wor-
1156 se: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving
1157 Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,
1158 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- 1159 Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017).
1160 A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism
1161 including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86.
1162 doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- 1163 Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- 1164 Samuelsson, M. & Way, E. (2018). *Valentinstudien: parterapi på internet med en flerkategoriell jäm-*
1165 *förelse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg* (doktorsavhandling, Stockholms
1166 University).
- 1167 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of
1168 Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treat-
1169 ment Choices in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.
1170 1007/s10608-014-9652-6
- 1171 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
1172 Domain Specificity of Mental Health-Related Mind-Sets. *Social Psychological and Persona-*
1173 *lity Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1174 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
1175 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1176 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Be-
1177 havioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis.
1178 *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1179 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
1180 *therapy*. Bantam.
- 1181 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1182 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekom-
1183 mendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från
1184 www.socialstyrelsen.se
- 1185 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från <https://div.socialstyrelsen.se/>
- 1187 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten
1188 Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.
1189 1111/cpsp.12216

- 1190 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing
1191 Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/
1192 archinte.166.10.1092
- 1193 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från [https://](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
1194 [www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
1195 [sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/)
- 1196 Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors
1197 Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/
1198 s15327752jpa4304_11
- 1199 Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-
1200 S). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/
1201 s10862-011-9226-9
- 1202 Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT
1203 comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing
1204 Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand*
1205 *journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- 1206 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric
1207 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
1208 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- 1209 Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019).
1210 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
1211 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- 1212 Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness:
1213 Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of*
1214 *Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-
1215 018-0296-4
- 1216 Wampold, B. E. & Serlin, R. C. (2000). The consequence of ignoring a nested factor on measures of
1217 effect size in analysis of variance. *Psychological Methods*, 5(4), 425–433. doi:10.1037/1082-
1218 989X.5.4.425
- 1219 Ward, C. & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 1220 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality
1221 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6,
1222 107–114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- 1223 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- 1224 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1225 Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuro-*
1226 *ses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division.
1227 Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1228 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
1229 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of rando-*
1230 *mized controlled trials*. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.004
- 1231 Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1232 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- 1233 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G.
1234 Öst.