

En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävande

Tobias Hagberg & Patrik Trång

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Sammanfattning

Det transdiagnostiska begreppet 'konstruktiv självhävande' (*assertiveness* på engelska) kan 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 självhävande 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 självhävande av ett internet-administrerat träningsprogram med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning. 205 personer med självupplevda besvär (88% kvinnor, medelålder 42 år) rekryterades via annonsering i sociala medier. Deltagarna randomiserades till tre grupper: en som fick tillgång till träningsprogrammet ($n = 67$), en som fick tillgång till träningsprogrammet med terapeutstöd ($n = 70$) och en väntelista ($n = 68$). Graden av konstruktiv respektive aggressiv självhävande mättes med Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S). Båda behandlingsbetingelser förbättrades avsevärt jämfört med väntelistan på delskalan som mäter konstruktiv självhävande beteenden. Effekten var påtaglig redan vid mittenmätningen. Det fanns däremot inte någon skillnad i antalet kliniskt signifikant förbättrade individer mellan grupperna. Resultaten pekar på att internetförmedlade behandlingsprogram för konstruktiv självhävande kan vara effektivt. Mer forskning inom området samt väl testade svenska skattningsskalor som mäter konstruktiv självhävande behövs däremot innan större slutsatser går att dra.

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

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

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

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

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

En viktig del i kognitiv omstrukturering är så kallade beteendeeexperiment. För en socialfobiker skulle ett beteendeeexperiment till exempel kunna handla om att gå på en fest och att säga något om sig själv i ett samtal med andra personer utan att använda sig av så kallade säkerhetsbeteenden. Ett för konstruktiv 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

59 och så vidare. Det övergripande syftet med dessa metoder är att hjälpa klienten att bryta undvikande.
60 Fördelarna för klienten är dels att hen får tillfälle att träna både på att tolerera och reglera ångest, dels
61 att hen får ökad tillgång till sådant som hen värdesätter.

62 **Vad är konstruktiv självhävdelse?**

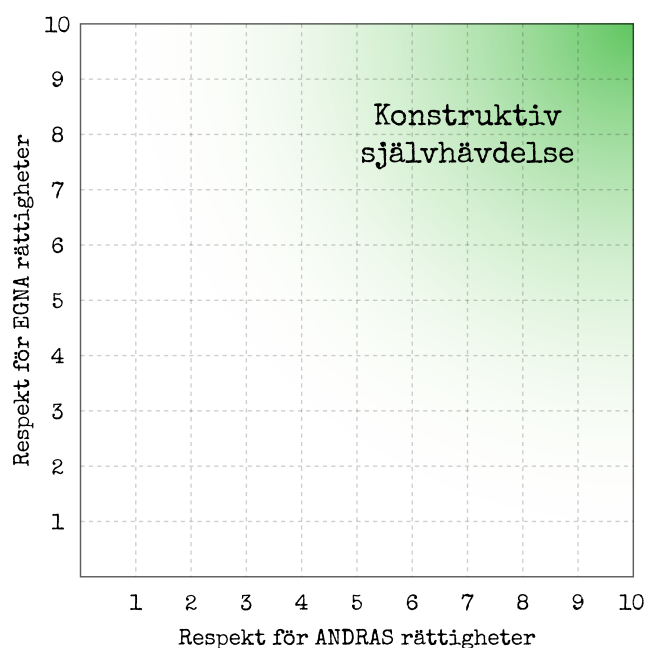
63 Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfatta en allt längre lista med beteende-
64 mässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet'
65 (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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

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

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

83 **Vikten av en funktionell förståelse av begreppen.** Mitamura (2018) problematiserar skillna-
84 den mellan aggressiv och konstruktiv självhävdelse. De olika kommunikationsstilarna bör förstås i de
85 sammanhang de utförs. Beteenden som i till exempel en japansk (eller för all del svensk) kontext kan
86 framstå som aggressiva kan i en amerikansk kontext framstå som konstruktivt självhävdande; beteenden
87 som i en viss familj eller vänskapskrets ses som konstruktiva kan i andra ses som passiv självhävdelse,
88 och så vidare. Vad som i kontexten menas med handlande som är förenligt med egna och andras rättig-
89 heter är dels föremål för pågående förhandling mellan parterna i det lokala sammanhanget, dels präglat
90 av de strukturer, normer och traditioner som samhället och kulturen påbjuder (Butler, 1990; S C Hayes
91 & Brownstein, 1986). Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdelsebe-
92 teenden är det möjligt att använda begreppen utan att moralisera eller att vara normativt förskrivande.
93 Begreppen "konstruktiv självhävdelse", "passiv självhävdelse" och "aggressiv självhävdelse" kan an-
94 vändas pragmatiskt för att till exempel i en terapi särskilja, tala om och utvärdera handlande i en spe-
95 cificerad kontext – inklusive hur de förhåller sig till normer och regler på samhällsnivå, gruppnivå och
96 individnivå.



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*.)

97 **Aktuellt forskningsläge för konstruktiv självhävdelse**

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

101 Det gör att många viktiga slutsatser av den tidigaste forskningen har hamnat i skymundan. Både
 102 Wolpe och Lazarus (1966) samt Orenstein, Orenstein och Carr (1975) byggde sina metoder på premisen
 103 att det är oförenligt att samtidigt uppleva ångest och att på ett genuint sätt hävda sina önskningar och
 104 behov på ett konstruktivt sätt. Barrett och Yarrow (1977) visade att *assertiveness* hos barn korrelerar
 105 med prosociala beteenden. Buell och Snyder (1981) följer upp det fyndet med en metod för att träna
 106 *assertiveness* hos barn. Att utveckla sin förmåga att uttrycka sina tankar, känslor, behov och önskningar
 107 på ett konstruktivt sätt förfaller vara en tillgång i relationer. På samma tema visade forskningen att själv-
 108 hävdelse är förknippat med förbättrade interpersonella relationer (Kincaid, 1978) och ökad förmåga att
 109 möta hinder och motgångar med adaptiva beteenden (Tanck & Robbins, 1979). Rakos och Schroeder
 110 (1979) visade att *assertiveness* med fördel kan läras ut genom självhjälpsmaterial och Rich och Schroe-
 111 der (1976) sammanställde och utvärderade olika metoder som hade använts för att träna *assertiveness*.

112 Under de senaste åren har intresset för självhävdelse ökat något igen. Vagos och Pereira (2019)
113 konstaterar att självupplevd grad av psykiskt lidande korrelerar negativt med grad av konstruktivt själv-
114 hävdande. Det ligger i linje med den underliggande teorin om reciprok inhibition som den presenterades
115 av Wolpe och Lazarus (1966): *assertiveness* inhiberar ångest och ångest inhiberar *assertiveness*. Baker
116 och Jeske (2015) visar en negativ korrelation mellan att uppleva social ångest och att hävda sig själv
117 konstruktivt. Deras slutsats är att man kan öka oddsen för konstruktivt självhävdande beteenden för en
118 person antingen genom att i behandling exponera för antecedenterna för social ångest eller genom att
119 arbeta med hur personen förhåller sig till själva ångesten. Denna tolerans- och acceptansrationalen kan
120 ses som ett alternativ (eller helt pragmatiskt som ett komplement) till den habitueringsrational som varit
121 förhärskande inom KBT fram till sekelskiftet.

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

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

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

149 Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer och Fang (2012) är en översikt av meta-analyser som visar att
150 KBT alltför är en av de mest effektiva terapiformerna. I deras översikt visade sig KBT effektivt för
151 att motverka bland annat trauma- och stressrelaterade symptom, liksom depressiva och ångestrelaterade
152 syndrom. Efter genomgången KBT-behandling tenderar till och med etablerad förbättring av psykiskt
153 mående att öka respektive och psykopatologiska symptom att minska, även under loppet av månader efter
154 det att behandlingen avslutats (Bandelow m. fl., 2018). Litteraturen stödjer att KBT har god effekt för

155 de syndrom som Speed m. fl. (2018) associerar med brister i konstruktiv självhövelse.

156 **Aktuellt forskningsläge för internetbaserad vård**

157 Internet har ändrat gemene mans tillgång till information och tjänster på ett radikalt sätt. För cirka
158 15 år sedan använde mindre än 20% av världens befolkning internet. 2019 uppskattas det att nästan
159 54% av världens befolkning använder sig av internet. I Europa är motsvarande siffra 83% (International
160 Telecommunication Union, 2019) och enligt Internetstiftelsens rapport Svenskarna och internet (Findahl,
161 2019) har internetanvändandet i Sverige ökat från 85% år 2010 till 95% år 2019. Nästintill hela Sveriges
162 befolkning är aktiva internetanvändare. Fler än 8 av 10 av de som använder internet i Sverige söker
163 även efter hälso- och medicinsk information på nätet och cirka hälften utnyttjar e-tjänster relaterade till
164 sjukvården (Findahl, 2019).

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

173 **Evidensen för internetbaserad kognitiv beteendeterapi.** Internetbaserad kognitiv beteendete-
174 rapi, I-KBT, började ges och utvärderas kring millennieskiftet. Under de senaste årtiondena har hund-
175 ratals studier undersökt effekten av I-KBT. Idag används I-KBT som ett behandlingsalternativ inom
176 flera olika länder som ett komplement till mer traditionella vårdalternativ (Andersson m. fl., 2016).

177 Det finns i Sverige flera exempel på självhjälpmaterial i KBT som har beforskats i form av I-
178 KBT och sedan publicerats för allmänheten i form av självhjälpböcker. Exempel på dessa är Furmark,
179 Holmström, Sparth, Carlbring och Andersson (2019), Robichaud och Dugas (2018) samt Carlbring
180 och Hanell (2011). Dessa behandlingsprogram består allt som oftast av moduler (som motsvarar kapitel
181 i självhjälpböckerna) innehållande psykoedukativ text, övningar och hemuppgifter kopplade till kli-
182 entens eller patientens besvär. Vanligtvis tilldelas deltagarna en modul per vecka under behandlingens
183 gång. I-KBT-behandlingsprogrammen brukar ges via säkra och krypterade plattformar (Vlaescu, Ala-
184 sjö, Miloff, Carlbring & Andersson, 2016) men kan även inkludera andra medier så som mobilappar
185 (Ivanova m. fl., 2016).

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

I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski & Cuijpers, 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid olika kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också verksamt för symtomlindring vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress ($\eta_p^2=.12$ i Day, McGrath & Wojtowicz, 2013), prokrastinering ($d = 0,29-1.09$ i Rozental, Forsell, Svensson, Andersson & Carlbring, 2015) och perfektionism ($d = 0,7-1.0$ i Rozental, Shafran m. fl., 2017; $d = 0,86$ i Wade m. fl., 2019).

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

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

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

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

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

Självhjälpsmaterial förmedlat via I-KBT har dock visat sig populärt och effektivt. Materialet som har använts i flera olika I-KBT-studier har arbetats om och publicerats i form av självhjälpsböcker för allmän konsumtion. Självhjälpsböcker är ett medium som kan nå en stor publik. Med självhjälpsböcker eller motsvarande upplägg av I-KBT utan behandlarstöd går det att effektivt sprida evidensbaserad psykologisk kunskap. Validerade självhjälpsböcker har också potential att förbättra ansikte-mot-ansikte-behandlingar, där självhjälpsböcker kan användas som stöd för både genomförande av hemuppgifter

238 under behandlingens gång och för vidmakthållande av behandlingseffekter efter behandlingens avslut.

239 Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet

240 Ambitionen för den här uppsatsen är att 1) belysa forskningsläget för konstruktiv självhävande,
241 2) beskriva några empiriskt underbyggda förhållningssätt och behandlingsupplägg som är verksamma i
242 klinisk psykologi i allmänhet och som också kan förmodas vara det för träning i konstruktiv självhävande
243 se samt 3) beskriva och utvärdera I-KBT-behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat*. Programmet bygger
244 på en engelskspråkig förlaga (*Assert Yourself*, Michel & Fursland, 2008) och har anpassats och utökats
245 för administration via internet. Det här avslutande bakgrundsavsnittet går översiktligt genom teoretis-
246 ka utgångspunkter som har väglett utformningen av *Respekt i kvadrat*. Innehållet beskrivs i mer detalj
247 under metoddelen av uppsatsen.

248 **Fokus på precisering av hindrande förutsägelser.** Det som i vardagsspråk beskrivs som an-
249 tingen tankar, känslor eller beteenden sammanfattas i det moderna neurovetenskapliga paradigmet *pre-*
250 *diktiv kodning* som upplevelsen av ett och samma fenomen: förutsägelser (Pezzulo, Rigoli & Friston,
251 2015). Den övergripande funktionen av det centrala nervsystemet är att med hjälp av begränsade sen-
252 soriska indata vägleda neuronal *top-down*-aktivitet hjälper organismen att predicera sin yttre och inre
253 kontext (A. Clark, 2016; Pezzulo m. fl., 2015). Den samlade upplevelsen av rädsla och ångest är med det
254 här synsättet osäkerhetssignaler om tillförlitligheten i prediktionerna i situationen. Osäkerheten utgör ett
255 hot mot organismens resurs- och energihushållning i situationen (Feldman Barrett, 2009). Psykopatologi
256 är enligt Feldman Barrett (2009) ett uttryck för allt för stort inflytande av hjärnans kortikala *top-down*-
257 aktivitet på bekostnad av sensorisk känslighet för *bottom-up*-aktivitet – som kommer till uttryck som
258 beteendemässigt undvikande, inklusive undvikande av själva upplevelsen av osäkerhet. Sådant undvi-
259 kande kan låsa fast en person i förhöjd allostatisk belastning. Undvikandet hindrar samtidigt tillgång till
260 naturliga belöningar och återhämtning.

261 KBT är potentiellt verksamt genom att bidra till att ”vikta om” balansen till förmån för *bottom-up*-
262 aktivitet (Feldman Barrett, 2009). Med ett hopp till beteendevetenskaplig analysnivå går det att benäm-
263 na samma fenomen som att personen genom KBT blir mer känslig för faktiska kontingenser. För att i
264 största möjliga mån hjälpa deltagarna att rikta fokus mot sådant handlande som kan ge värdefulla lär-
265 domar begränsar behandlingsprogrammet inslag som vanligtvis i KBT brukar benämnas som kognitiv
266 omstrukturering till precisering av hindrande förutsägelser i de självvalda situationer deltagarna vill
267 arbeta med. Generaliserade hindrande förutsägelser (som i Beck (1979) benämns som ’livsregler’ och
268 ’grundantaganden’) är inte mål för interventionen.

269 **Fokus på brytande av undvikande genom identifiering av belöningar.** Undvikande av aver-
270 siva stimuli har ett uppenbart överlevnadsvärde och rädslolärläring tenderar att vara stark: Öhman och
271 Mineka (2001) konstaterar att rädslolärläring inte enkelt låter sig påverkas av kognitiv kontroll i skarpt
272 läge, inte minst för att de neuronala osäkerhetskretsarna vid amygdala ligger djupt förankrade i limbiska
273 delar av hjärnan. Att i överskott undvika stimuli som upplevs som hotfulla utan att vara det kan leda
274 till psykopatologiska besvär både genom förlust av kontingent positiv förstärkning och ökad grad av
275 sekundära besvär som exempelvis nedstämdhet och oroande.

276 Att undvika det som erfarenhetsmässigt upplevts som aversivt framstår ofta som funktionellt
277 och rationellt, även när det inte är det (Steven C Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996).
278 Forskningen visar att emotionellt undvikande verkar självdestruktivt: Det emotionella undvikandet är

paradoxalt nog kopplat till ökning av graden av negativa emotioner (och samtidigt mindre grad av positiva emotioner). Det har också negativa konsekvenser i form av minskad tillgång till hälsofrämjande faktorer som nära relationer och socialt stöd, och är associerat med lägre självförtroende och sämre generellt välmående (Gross & John, 2003). Den paradoxala effekten går inte nog att betona: Att försöka undvika aversiva emotioner leder till att man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández & Pérez-álvarez, 2018; Gross & John, 2003; Steven C Hayes m. fl., 1996).

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

Fokus på aktivering med varierad grad av osäkerhet. För att bryta undvikande används inom KBT metoder som exponering, beteendexperiment och beteendeaktivering, var och en med sin egen rationalitet men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så hög grad av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhetsbeteenden är beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation. Att emotionellt undvikande är ett säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra till utvecklingen av och vidmakthålla ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). De Castella m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplat till sämre effekt 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* är en del av problembilden.

Att närmande av tidigare undvikta stimuli väcker obehag ramar in i psykoedukativa inslag i *Respekt i kvadrat* in som en fördel och en tillgång för etablerandet av korrigerande 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 beteendexperiment som följer i senare moduler i behandlingsprogrammet.

Fokus på färdigheter för avslappning och medveten närvaro. Även om litteraturen inte anger exakt vilka de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär är, har forskningsstudier i decennier konstaterat att avslappningsträning effektivt minskar symptom hos en del patienter med ångestpsykopatologi (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad avslappning är en copingteknik som utvecklats

des i slutet av 1970-talet för patienter med fobier och panikattacker. Den har sedan dess även visat sig effektiv för bland annat generell ångeststörning och stress (Öst, 2006). En tidigt formulerad hypotes är att avslappning inhiberar ångest, och vice versa (Conrad & Roth, 2007; Wolpe, 1952). 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 genom reciprok inhibering öka oddsen för medveten närvaro och adaptivt handlande. I behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* har avslappningsmomenten utökats jämfört med Michel och Fursland (2008) och kompletterats med 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 (Steven C Hayes, 2004; Steven C 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 psykopatologiska besvär under en längre tid kan uppleva det som att det inte finns någonting de kan göra åt sina besvär. Som att deras symtom och deras lidande är där för att stanna. Detta brukar kallas för ett *fixed mindset*. Ett *fixed mindset* är antagandet att förmågor, färdigheter samt egenskaper är fasta och oföränderliga. Det skiljer sig från ett *growth mindset*, antagandet att förmågor, färdigheter och egenskaper kan utvecklas och förändras. Dessa *mindset*, tankesätt, är ett sorts ramverk genom vilket man tolkar och förstår sig på sina erfarenheter, vilket i sin tur påverkar vilka beteenden och emotioner man uppvisar (Dweck, yue Chiu, yi Hong, yue Chiu & yi Hong, 1995). Tankesätt kan beröra mer övergripande domäner, såsom personlighet och intelligens, eller mer specifika domäner, såsom hur man tänker kring ångest och emotioner. Man kan ha ett fixerat tankesätt inom en viss domän, och ett utvecklande tankesätt inom en annan (Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2016). Har man ett utvecklande tankesätt kring ångest leder det både till större motivation under en behandlings gång och till bättre odds för positivt behandlingsutfall (De Castella m. fl., 2015; Schroder, Dawood, Yalch, Donnellan & Moser, 2015). Det har även visat sig att personer med ett fixerat tankesätt i större utsträckning försöker undvika negativa emotioner samt i mindre utsträckning omvärderar sina förutsägelser i ljuset av nya erfarenheter (Schroder m. fl., 2015). Forskning konstaterar att det finns gott om anledningar att arbeta mot ett *growth mindset*.

Frågeställningar

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

Metod

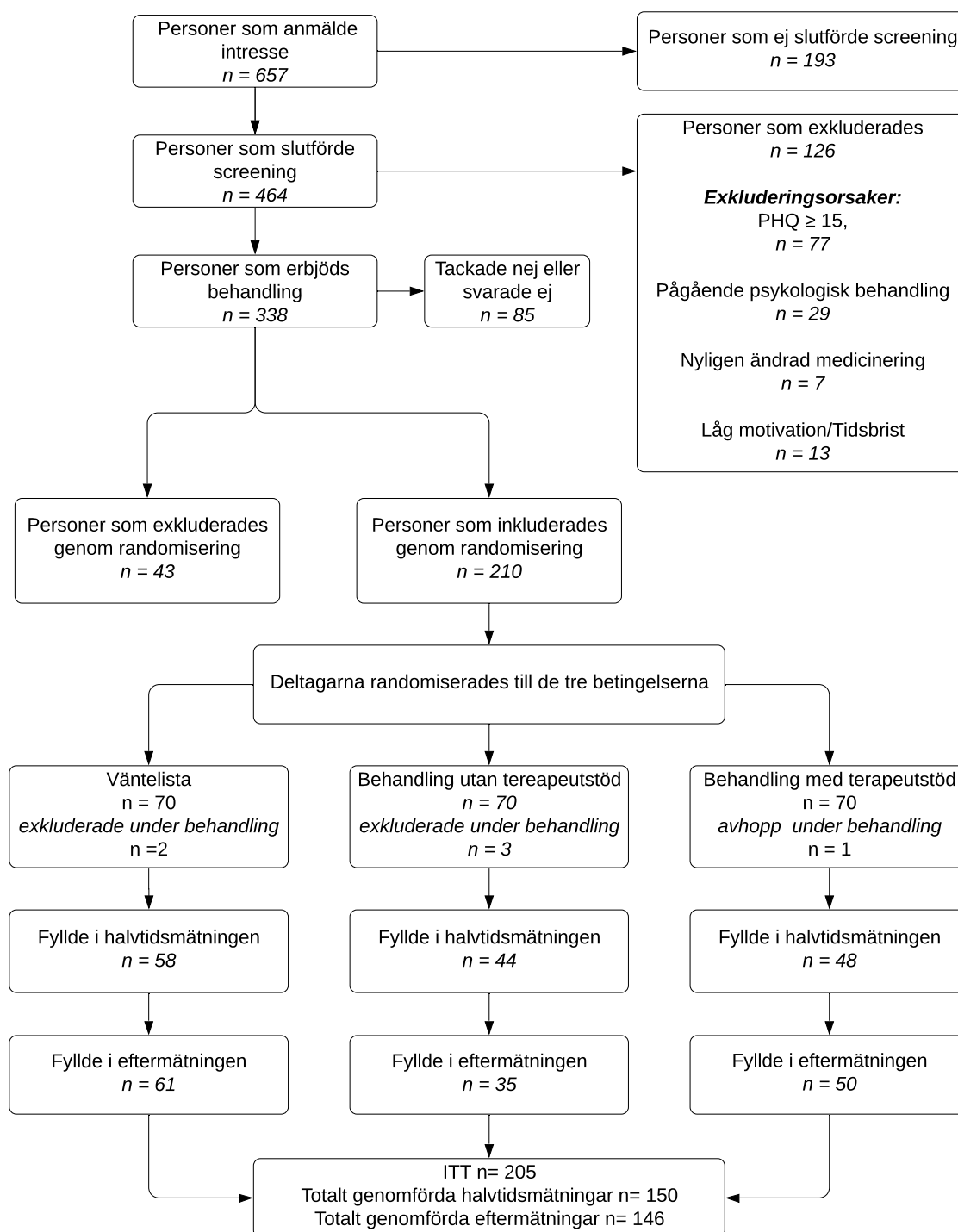
Design

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

Rekrytering. Rekrytering ägde rum mellan 28 januari och 5 februari 2020. Studien annonserades på sociala medier (www.facebook.com, www.twitter.com, www.linkedin.com samt www.instagram.com). Den annonserades även på diverse andra webbplatser (t ex www.studie.nu). De som ville veta mer om studien hänvisades till studiens hemsida (www.respektikvadrat.se). Där fanns information om hur studiens upplägg, inklusions- och exklusionskriterier och startdatum, liksom upplysningar om den arbetsinsats som deltagandet förväntades innebära under interventionens 8 veckor. Där fanns även information om vilka personer som var involverade i studien samt kontaktuppgifter till studieansvarig. Deltagarna anmälde sitt intresse genom att uppge sin e-postadress. I anslutning till formuläret för intresseanmälan gavs även information kring potentiella risker med deltagande och villkor för sekretess, datasäkerhet, datahantering samt information om att frivillighet och möjligheten att när som helst avbryta sitt deltagande. När deltagarna väl anmält sitt intresse skickades en länk via e-post med självskattningsformulär att besvara elektroniskt. Formulären frågade efter generellt välmående, nedstämdhet, ångest, socialfobiska tendenser samt egenupplevd grad av självhävdelse. Deltagarna fick även lämna sociodemografiska uppgifter samt besvara frågor om erfarenhet av tidigare psykologisk behandling, pågående medicinering och motivation till deltagande. Deltagarna hade även möjligheten att i valfri fritext lämna ytterligare upplysningar.

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

Inklusionskriterier. För att delta krävdes att man var svensk medborgare, minst 18 år gammal, hade tillgång till en internetuppkoppling samt att man behärskade svenska i tal och skrift. Alla deltagare som erbjöds plats i studien blev informerade om detta via den webbaserade plattformen de använt sig



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

av för att anmäla sitt intresse och fylla i screeningen. Deltagarna informerades om inklusion en vecka före studiestart via den krypterade och inloggningsskyddade hemsidan för studien.

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

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

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

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

Primärt utfallsmått.

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

Sekundära utfallsmått.

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

445 **Depression.** Skattningsskalan Patient Health Questionnaire 9-Item Scale (PHQ-9; Kroenke,
446 Spitzer, Williams & Löwe, 2010) användes för att mäta symtom på depression. Det är en självskatt-
447 ningsskala bestående av nio frågor som besvaras med en 4-gradig likertskala där 0 motsvara "Inte alls",
448 1 "Flera dagar", 2 "Mer än hälften av dagarna" och 3 "Nästan varje dag". Utöver dessa nio frågor ställs
449 en fråga om funktionspåverkan av symtomen. Summan på de nio första frågorna summeras. Maximal
450 totalpoäng på PHQ-9 är 27. En summa på 0–4 indikerar minimal allvarlighetsgrad/ingen depression,
451 5–9 mild allvarlighetsgrad, 10–15 måttlig allvarlighetsgrad och 15–27 svår allvarlighetsgrad (Kroenke
452 m. fl., 2010). I den föreliggande studien exkluderades de individer med ett resultat ≥ 15 , då poäng mellan
453 15–27 tyder på att egentlig depression kan föreligga. Skalan bedöms ha en hög intern reliabilitet ($\alpha =$
454 0,89; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Det har även visat sig att de psykometriska egenskaperna
455 föreligger vid administrering online (Titov m. fl., 2011).

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

463 **Social Ångest.** Symtom för social ångest mättes med Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-
464 SR; Fresco m. fl., 2001). I självskattningsskalan presenteras 24 situationer som besvaras på två stycken
465 4-gradiga likertskalor. Den ena skalan frågar om mängd rädsla eller ångest i respektive situation där 0
466 motsvarar "Ingen", 1 "Mild", 2 "Måttlig", och 3 "Stark". Den andra skalan frågar om mängd undvikande
467 av respektive situation där 0 motsvarar "Aldrig (0%)", 1 "Ibland (1–33% av tiden)", 2 "Ofta (33–67%
468 av tiden), och 3 "Vanligtvis (67–100% av tiden)". Svaren på alla frågor summeras. Maximal totalpoäng
469 på LSAS-SR är 144. Vid en totalpoäng på över 30 föreligger troligen social fobi. Vid en totalpoäng på
470 över 60 föreligger troligen generaliserad social fobi. Skalan har god intern reliabilitet ($\alpha = 0,96$).

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

477 **Självhävdelsestil.** Utöver AAA-S användes även en svensk översättning av The Rathus Asser-
478 tiveness Schedule (RAS; Rathus, 1973) för att samla in information om deltagarnas självhävdelsestil.
479 Självskattningsskalan består av 30 frågor som besvaras på en 6-gradig likertskala där –3 motsvarar
480 "stämmer inte alls" och 3 motsvarar "stämmer helt". Svaren på alla frågor summeras. Maximal total-
481 poäng på skalan är 90. En hög poäng indikerar hög grad av självhävdelse. Den svenska översättningen
482 gjordes inför den aktuella studien och var inte validerad inför studiestart. Aktuella normer från Thomp-
483 son och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern reliabilitet för
484 Rathus ($\alpha = 0,87$).

485 Interventionen Respekt i kvadrat

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

489 I självhjälpsmaterialet får läsaren lära sig skillnaden mellan olika typer av självhävdelse (kon-
490 struktiv, aggressiv, passiv, passiv-aggressiv), och hitta egna skäl att hävda sig själv bättre och mer kon-
491 struktivt. Delar av materialet är inspirerat av och citerar självhjälpsböcker som Alberti och Emmons
492 (1974), Gambrill och Richey (1975), Ward och Holland (2018), McKay och Fanning (2005) och Smith
493 (1975).

494 I originalmaterialet förskrivs konstruktiv självhävdelse, operationaliserat både som verbala och
495 icke-verbala beteenden, utifrån de teoretiska antagandena i Wolpe (1990) om reciprok inhibition och
496 klassisk betingning: Genom att träna på att i ord och handling uttrycka det som i relationen till en annan
497 person väcker ångest (exempelvis undertryckt ledsenhet eller ilska) kan klienten på sikt få minskade
498 besvär med autonoma ångestresponser. Wolpe (1952) förespråkar träning på att uppleva de ångestväc-
499 kande autonoma responserna (känslorna) *in-vivo*. Att utföra de föreskrivna beteendena handlar inte om
500 att enbart ”låtsas”. Det långsiktiga målet med träningen är att lära sig att inhibera ångesten genom själv-
501 hävdelse. För fall då en fysisk motpart saknas, och ångesten väcks av till exempel platser, objekt eller ord,
502 föreslår Wolpe (1952) istället avslappning som ett sätt att inhibera ångestresponsen, utifrån rationalen
503 att det är omöjligt att känna ångest och samtidigt vara avslappnad.

504 Självhjälpsmaterialet ger också rationalen för kognitiv omstrukturering med metoder från Beck
505 (1979), D. M. Clark (1986), D. M. Clark och Wells (1995) och Powell (2017). Kognitiv omstrukturering
506 uppnås enligt dessa genom att pröva giltigheten av det hindrande tänkandet i verkliga livet. Genom
507 att planera och utföra beteendeexperiment får deltagaren hjälp att pröva giltigheten av egna negativa
508 tankar. Målet med beteendeexperiment är att uppnå större flexibilitet i responser i olika mer eller mindre
509 pressande situationer.

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

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

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

522 En mycket inspirerande faktor när det engelska materialet anpassades och utvecklades till själv-
523 hjälpsprogrammet *Respekt i kvadrat* var det aktuella forskningsläget kring exponering (se bland annat
524 Craske m. fl., 2008; De Castella m. fl., 2015; Sewart & Craske, 2019; Knowles & Olatunji, 2019;

Gross & John, 2003). TH och PT bedömde det som en central komponent att deltagarna så tidigt som möjligt, och så ofta som möjligt, tog aktiva steg för att bryta vidmakthållande undvikande. Redan tidigt i behandlingsprogrammet uppmuntrades deltagarna att närma sig aversiva stimuli (och utvärdera sina reaktioner) på olika sätt.

I linje med vikten av att acceptera och ge plats för tankar och känslor i pressade situationer som har lyfts fram i litteraturen under de senaste årtiondena (Steven C Hayes, 2004; Steven C Hayes m. fl., 1996; Luoma m. fl., 2007) lade behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* större vikt vid acceptans och tolerans av ångest än Michel och Fursland (2008). Det gjordes genom tillägg av nyskrivna avsnitt och övningar som fördelades över modulerna. Ett exempel på material som uppmanar deltagaren att aktivt stanna kvar i eller rent av uppsöka – för brytande av undvikande relevant – respondent obehag är psyko-educativa texter om optimering av inlärning via variation och mängdträning. I de avsnitten introduceras även begreppen *fixed mindset* och *growth mindset*, som handlar om effekten av olika förhållningssätt till utmaningar och hur man genom att möta obehaget skapar förutsättningar för utveckling (De Castella m. fl., 2015; Dweck m. fl., 1995; Schroder m. fl., 2015, 2016). Ett annat är psykoeducativa avsnitt om vidmakthållande av ångestrelaterade besvär som också innehåller en övning som både handlar om att identifiera värdebaserade fördelar med handlande i situationer som tidigare har präglats av undvikande och om att identifiera kortsiktigt belönande anledningar att stå ut med respondentas rädsloreaktioner i situationer som tidigare undvikits.

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 introduceras deltagarna till progressiv muskelavslappning i modul 2, med en gradvis inriktning i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning. 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 en egen erfarenhet 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 självhävdelse 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.

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 beteendexperiment, planering beteendexperiment, träning i progressiv avslappning del 2	Kapitel 3 med modifieringar och utökningar om fördelar med att bryta undvikande
4	Uppföljning beteendexperiment, rational för mängdträning, nya beteendexperiment, övning i kort version av progressiv avslappning	Kapitel 4 med utökningar
5	Avslappningsövningar, uppsamlingsvecka för pågående beteendexperiment/mängdträning, val av fördjupningsområde	Kapitel 5 med utökningar
6–7	Fördjupningsområden med beteendexperiment/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

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 konverserade uteslutande med sina behandlare via plattformens meddelandefunktion.

Etiska aspekter

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

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

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

582 Analyser

583 Vi använde R, version 3.6.1 (R Core Team, 2019) för samtliga analyser. Signifikansnivån $\alpha =$
584 0,05 tillämpades vid alla beräkningar. Öppen syntax och data finns deponerade hos Figshare på <https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785> (Hagberg & Trång, 2020).
585

586 **Kontroll av utgångsdata.** Vi analyserade insamlade förmättningsvärden för att kontrollera om
587 randomiseringen hade gett grupper utan signifikanta skillnader. Oberoende variansanalys (ANOVA)
588 användes för att utesluta skillnader mellan grupperna i primära utfallsmått, sekundära utfallsmått och
589 kontinuerliga sociodemografiska variabler. Kategoriska sociodemografiska variabler undersöktes med
590 Kruskal-Wallis-test från R-paketet *FSA* (Ogle, Wheeler & Dinno, 2020). Cohen's d-effektstorlekar för
591 beroende mätningar beräknades med R-paketet *effsize* (Torchiano, 2020).

592 **Bortfallsanalys.** (ATT GENOMFÖRA OCH RAPPORTERA - För alla utfallsmått, jämför
593 grupp som hoppat av mellan förmätning–eftermätning och grupp som fullgått behandling. Också jämför
594 dem som hoppat av (poolat) med dem som fullgått med avseende på betingelse, terapeut, tidigare
595 psyk behandling, psykofarmaka ...)

596 **Analys av *fixed* och *random* effekter.** Fixa och slumpmässiga effekter mellan grupp och tid
597 för de primära och sekundära utfallsmåtten undersöktes med så kallad flernivåanalys (också kallad blandad
598 modell, hierarkisk analys, på engelska bland annat *mixed model*, *multilevel model* och *hierarchical linear model*).
599 Flernivåanalys tillåter precis som multivariat variansanalys (MANOVA) inklusion av upprepade beroende
600 mättillfällen i modellen, men fördelarna att metoden tillåter obalanserade grupper och att principen om
601 *intention to treat* värnas utan behov av imputering av saknade datapunkter. Flernivåanalyser uppskattar
602 också inklusion av *random*-effekter observerad men inte kontrollerad varians på klusternivå (i detta fall
603 enskilda individer som ”innehåller” upprepade mättillfällen).

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

607 En modell specificerades för vart och ett av de beroende utfallsmåtten. Ingen standardisering eller
608 centrering gjordes av värdena. Som oberoende prediktorer eller fixa variabler angavs huvudeffekter och
609 interaktioner av tid (upprepade beroende mättillfällen) och grupp (oberoende betingelse till vilka
610 deltagarna randomiserades inför start). I modellerna tilläts skärningspunkterna (intercepten) för
611 respektive deltagare att variera som *random*-effekt. Insamlad mängd data tillät på grund av bortfall inte
612 inklusion av en *random* effekt för lutningen på regressionslinjen mellan mättillfällena.

613 För modelleringen av de olika utfallsmåtten användes modelleringsverktyg från R-paketet *lme4*
614 (Bates, Mächler, Bolker & Walker, 2015). Valet av kovariansstrukturen gjordes genom jämförelse av

Tabell 3: Antal och andel i procent av deltagare i respektive grupp som vid behandlingens slut tillhör de olika kategorierna med överlapp mellan klinisk signifikans och reliabel förändring. Deltagare som endast har lämnat förmättningsvärden har fått dessa värden framflyttade till följande mättillfällen.

	Väntelista		Självhjälp		Behandlarstöd	
	N	%	N	%	N	%
AAA-S Adaptive						
Försämrade	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Oförändrande	54	79,4	41	61,2	36	51,4
Förbättrade	6	8,8	4	6,0	7	10,0
Tillfrisknade (ej reliabelt)	7	10,3	10	14,9	14	20,0
Tillfrisknade (reliabelt)	1	1,5	12	17,9	12	17,1
AAA-S Aggressive						
Försämrade	2	2,9	1	1,5	1	1,4
Oförändrande	44	64,7	31	46,3	32	45,7
Förbättrade	2	2,9	2	3,0	1	1,4
Tillfrisknade (ej reliabelt)	15	22,1	25	37,3	27	38,6
Tillfrisknade (reliabelt)	5	7,4	8	11,9	9	12,9
Rathus						
Försämrade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Oförändrande	53	77,9	32	47,8	28	40,0
Förbättrade	4	5,9	7	10,4	8	11,4
Tillfrisknade (ej reliabelt)	9	13,2	14	20,9	11	15,7
Tillfrisknade (reliabelt)	2	2,9	14	20,9	23	32,9

Estimat av intercept och regressionskoefficienter för de olika primära och sekundära utfallsmått-
 ten sammanfattas i tabell 5. Intercept och lutningskoefficienter som anges i tabellen för respektive ut-
 fallsmått kan läggas in i regressionsformeln för modellen för att predicera utfall för alla kombinationer
 av grupptillhörighet och mättillfällen.

Skilnad i effekt på konstruktiv självhävdelse mellan självhjälp-behandlarstöd

Vår primära frågeställning var om det fanns någon skillnad (i endera riktning) i effekt mellan
 gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd med avseende på konstruktiv självhävdelse (det vill säga
 med utfallsmåttet AAA-S Adaptive).

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

Tabell 4: Estimerade medelvärden (och standardavvikelser) samt effektstorlekar 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.
Självhjälp, 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	-0,2	-0,1	-0,2	0,1	0,1	-0,2	0,1
<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	-0,3	-0,1	-0,2	0,1	0,1	-0,2	0,0
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	0,7	0,4	0,7	-0,5	-0,3	-0,2	0,2
<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	0,6	1,1	-0,6	-0,5	-0,4	0,7
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	0,8	0,2	0,8	-0,5	-0,5	-0,2	0,5
<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	1,0	0,4	1,3	-0,6	-0,7	-0,4	0,7

665 **Skillnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävdelse mellan väntelista–självhjälp respek-**
666 **tive väntelista–behandlarstöd**

667 Vi var också intresserade av hur effekten av deltagande i grupperna självhjälp och behandlarstöd
668 skiljer sig från deltagande i väntelista med avseende på konstruktiv och aggressiv självhävdelse, fångade
669 med utfallsmåtten AAA-S Adaptive respektive AAA-S Aggressive.

670 **Konstruktiv självhävdelse.**

671 ***Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.*** Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adaptive
672 för gruppen självhjälp (estimerat marginalmedelvärde [emm] 47, 95% CI [44,2 ; 49,8]) än för gruppen
673 väntelista (emm 38,75, 95% CI [36,3 ; 41,21]) vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 8,25, $t_{365,49} =$
674 $-5,32$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,01.

675 ***Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.*** Vi fann också en tydligt högre medelpoäng på
676 AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd (emm 46,38, 95% CI [43,83 ; 48,94])
677 jämfört med gruppen väntelista (se emm ovan), medelvärdesskillnad 7,63, $t_{333,65} = -5,18$; $p < 0,001$;
678 effektstorlek 0,93.

679 ***Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.*** För både gruppen självhjälp och
680 gruppen behandlarstöd fann vi en klar förbättring mellan behandlingsstart och eftermätning, medel-
681 värdesskillnad 8,35, $t_{322,73} = 8,32$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,02 respektive medelvärdesskillnad 7,88,
682 $t_{316,38} = -8,85$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,96.

683 Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats av-
684 sevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävdelse, i jämförelse med väntelista. Effekten var
685 påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlingsstart och
686 eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resultaten. Med våra
687 initiala flernivåanalyser konstaterar vi att ICC-värdet ger att 67,57% av variansen i utfallsmåttet AAA-S
688 Adaptive kan förklaras av individuella faktorer.

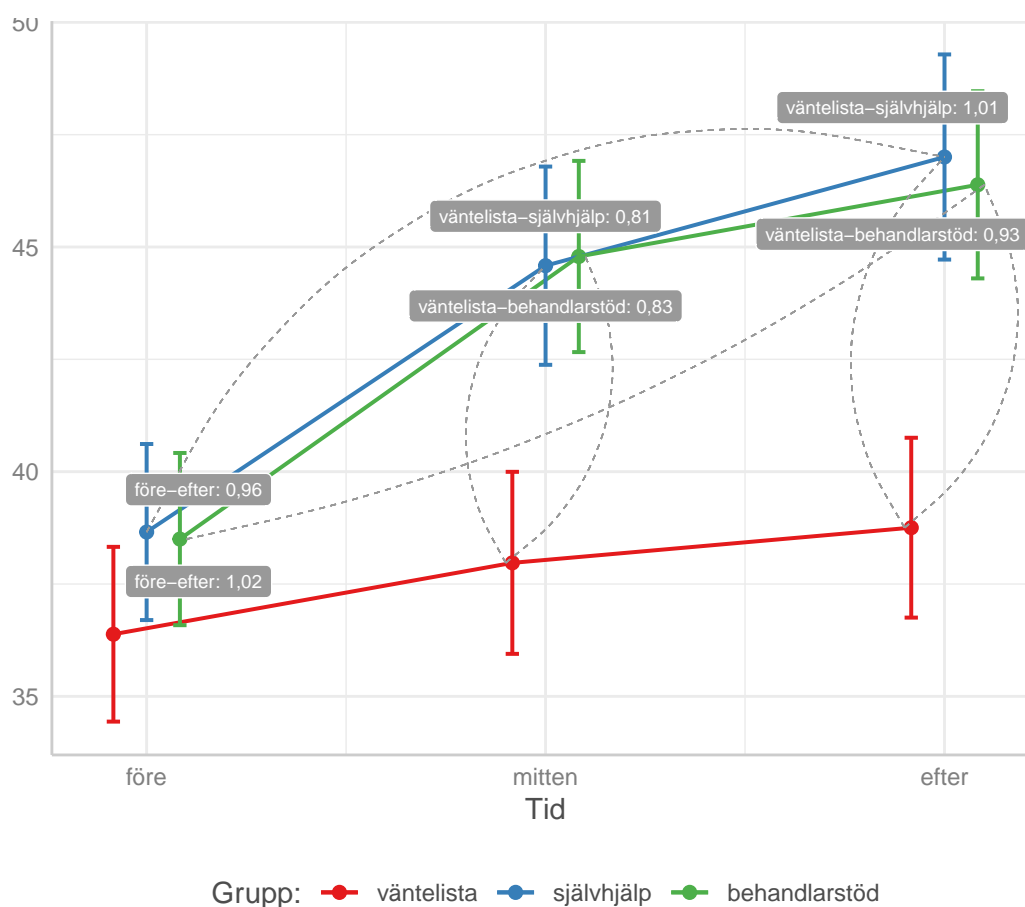
689 **Aggressiv självhävdelse.**

690 ***Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.*** Precis som för konstruktiv självhävdelse hade grup-
691 pen självhjälp en klart högre medelpoäng (emm 31,46, 95% CI [29,24 ; 33,67]) på måttet för aggressiv
692 självhävdelse, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista (emm 26,43, 95% CI [24,45 ; 28,41]) vid ef-
693 termätningen, medelvärdesskillnad 5,03, $t_{336,57} = -4,07$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,76.

694 ***Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.*** Vid eftermätningen fann vi också att medelpo-
695 ängen för behandlarstödsgruppen (emm 30,53, 95% CI [28,48 ; 32,57]) var högre i jämförelse med
696 gruppen väntelista (se emm ovan). Skillnaden var 4,1, $t_{308,12} = -3,46$; $p = 0$; effektstorlek 0,62.

697 ***Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning.*** För båda grupperna självhjälp
698 och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan behandlingsstart och eftermätning. För själv-
699 hjälpsgruppen var medelvärdesskillnaden 3,77, $t_{317,49} = -5,14$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,57, för be-
700 handlarstödsgruppen var den 2,61, $t_{312,59} = -4,01$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,39.

701 Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp,
702 som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behand-
703 lingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävdelse, i jämförelse med väntelista.



Figur 3: Medelvärdesestimater och effektstyrkor för AAA-S Adaptive. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek av den med streckad linje indikerade parvisa jämförelse som var signifikant.

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. 73,82% av variansen på AAA-s Aggressive kan förklaras av individuella faktorer.

Diskussion

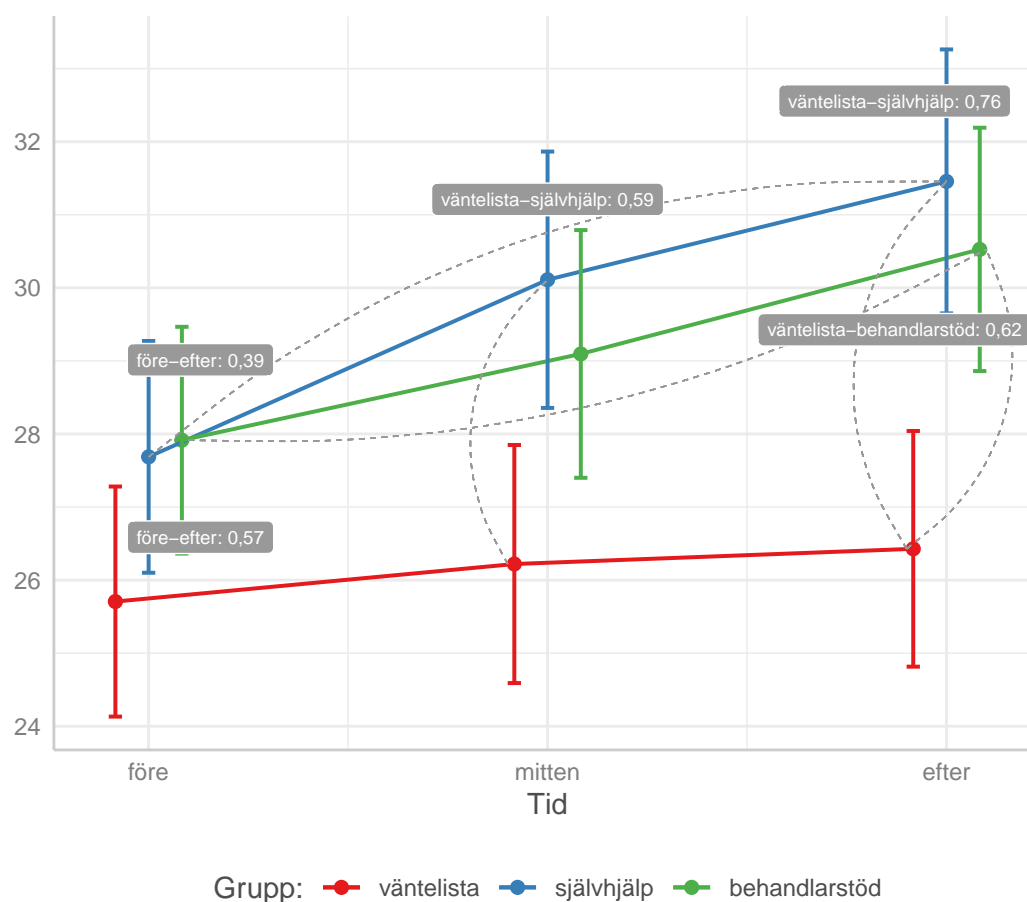
Denna studie hade som syfte att utvärdera effekten av ett åtta veckor långt självhjälpprogram för att förbättra individers konstruktiva självhävande. Programmet administrerades via en internetbaserad plattform. Studien genomfördes med en randomiserad och kontrollerad design. Interventionen byggde till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

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

	Utfallsmått/flernivåanalys						
	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 4: Medelvärdesestimater och effektstyrkor för AAA-S Aggressive. Etiketterna i figuren anger respektive effektstorlek av den med streckad linje indikerade parvisa jämförelse som var signifikant.

larstöd eller inte) gav bättre resultat än att vara placerad på väntelista. Vi fann däremot ingen skillnad i utfallet mellan gruppen med behandlarstöd och gruppen utan behandlarstöd. Vid beräkning av kliniskt signifikant skillnad på självskattningsskalan AAA-S fann vi ingen skillnad mellan grupperna.

Resultatdiskussion

Vi har tidigare konstaterat att träning i konstruktiv självhjävdelse kan förbättra mående vid diverse ångestproblem (Speed m. fl., 2018). Vi har även konstaterat att I-KBT är en effektiv behandlingsmetod (G. Andrews m. fl., 2018; Gavin Andrews m. fl., 2010; Barak m. fl., 2008; Carlbring m. fl., 2018). I föreliggande studie kombinerades ett självhjälpsprogram för konstruktiv självhjävdelse med I-KBT. Effektstyrkan för de två grupperna som fick behandling var cirka 1. Det finns knapert med I-KBT-studier för konstruktiv självhjävdelse att jämföra dessa resultat emot, men effektstyrkan är i linje med effektstyrkan hos behandlingsprogram för en rad andra transdiagnostiska symtom, så som stress ($\eta_p^2 = .12$ i Day m. fl., 2013), prokrastinering ($d = 0,29-1.09$ i Rozental m. fl., 2015) och perfektionism ($d = 0,7-1.0$ i Rozental, Shafran m. fl., 2017; $d = 0,86$ i Wade m. fl., 2019). Resultaten är något högre än den

medeleffektstorleken G. Andrews m. fl. (2018) konstaterade att I-KBT överlag tenderar att ha ($d = 0,8$).

I studien användes även skattningsskalan Rathus som ett komplement till AAA-S Adaptive för att mäta konstruktiv självhävande. Effektstyrkan på denna skala var än starkare än den på AAA-S Adaptive. Metoden som använts i föreliggande studie för att få fram effektstorleken är konservativ i sina skattningar. Att en konservativ metod använts och att även de lägsta effektstyrkorna för förändring i konstruktiv självhävande är så starka är en tydlig antydning om att behandlingsprogrammet är effektivt.

Utifrån konceptualiseringen som gjordes i den föreliggande studien om självhävande (se figur 1) är det även svårt att utvärdera resultatet på AAA-S delskala om aggressivitet. För delskalan AAA-S Adaptive var målsättningen tydlig, desto högre skattningar desto bättre. I tolkandet av resultatet på delskalan AAA-S Aggressive är det mer invecklat. Rimligtvis bör låga resultat vara bra då de är en indikation på låg grad av aggressivt självhävande. I föreliggande studie ökade skattningarna på AAA-S Aggressive på ungefär samma sätt som skattningarna för AAA-S Adaptive (om än något mindre). Vi tror att en stor del av förklaringen av denna utveckling ligger i vilka deltagare som sökt sig till studien. Vårt sample hade ett medelvärde på LSAS-SR ($M = 49$) som med råge överskrider den gräns som brukar användas (30) för att bedöma om social fobi föreligger (Fresco m. fl., 2001). En rimlig slutsats att dra av detta är att en stor andel av studiens deltagare har socialfobiska tendenser och att delar av dem till och med sannolikt skulle diagnostiseras med social fobi vid en djupare klinisk bedömning. Symtombilden för social fobi är väl överensstämmande med beskrivningen av passivt självhävande individer. Med största sannolikhet var deltagarna i den aktuella studien för passivt självhävande vid studiens start.

Möjligen upplever dessa individer sig – med sitt väldigt passiva självhävande – som både mer aggressivt- och mer konstruktivt självhävande när de börjar stå upp för sig själva och sina behov. Vid studiens start var deltagarnas aggressiva självhävande ($M = \text{XXX}$) lägre än normgruppen ($M = 33.2$ Thompson & Berenbaum, 2011), efter behandlingen hade behandlingsstöds- och självhjälpsgrupperna skattningar ($M = \text{XXX}$ respektive $M = \text{XXX}$) snarlika normgruppen. Potentiellt var ökningen av aggressiv självhävande i den föreliggande studien en positiv utveckling för deltagarna. I framtida studier om konstruktiv självhävande vore det fördelaktigt att vid screening klassificera deltagarna utifrån huvudsakliga sökorsak och målsättning. Det skulle ge möjligheten till att se hur grupper av individer med olika sorters självupplevda brister i konstruktivt självhävande (exempelvis grupperna ”för aggressivt självhävande” och ”för passivt självhävande”) tar till sig behandlingen.

Ett förvånande utfall var att skillnaden mellan att få behandlarstöd och att inte få behandlarstöd var försumbar. Flertalet faktorer påverkade troligen detta. Då behandlingsmaterialet översatts till svenska inför den aktuella studien – och originalmaterialet användes utan inslag av behandlarstöd – fanns det ingen behandlarstödsmanual eller dylikt för studiens behandlare att använda sig av. Behandlarna hade utöver detta ingen tidigare erfarenhet av internetbaserad psykologisk behandling. Dock hade båda behandlarna tidigare erfarenhet av ansikte mot ansikte-behandling med individer med självrapporterad bristande självhävande. Bristen på erfarenhet av internetbaserad behandling kan ha påverkat kvalitén i det behandlarstöd som gavs. Å andra sidan har det visat sig att tidigare erfarenheter och kunskaper om I-KBT hos behandlare inte gör nämnvärd skillnad så länge de har grundläggande kunskaper inom psykologisk behandling (Baumeister m. fl., 2014). Behandlarna hade utöver tillgodogjorda grundläggande kunskaper om psykologisk behandling även tillgång till ett dokument med generella förhållningssätt vid internetbehandling med behandlarstöd samt tillgång till vid-behov-handledning och stöd av en legitimerad psykolog med omfattande erfarenhet av I-KBT. Den generella målsättningen var att behandlarna skulle spendera cirka 15 minuter per vecka och deltagare. Detta varierade dock nämnvärt beroende på

773 hur frekvent behandlaren deltagare hörde av sig till behandlaren med behandlingsrelaterade frågor samt
774 hur utförligt deltagarna besvarade behandlingsprogrammets övningar. Denna variation kan ha påverkat
775 utfallet då vissa deltagare möjligen fick behandlarstöd på bekostnad av andra.

776 Även fast behandlarna hade goda förutsättningar för att ge stöd till deltagarna – och behandlar-
777 stöd tenderar att leda till ett bättre utfall (Baumeister m. fl., 2014) – var som ovan nämnt – icke så fallet
778 i den föreliggande studien. Att behandlarstöd brukar vara det överlägsna alternativet till att ta sig ige-
779 nom ett självhjälp-material utan stöd är inte detsamma som att det alltid är så. Flertalet tidigare studier
780 rapporterar liknande utfall – det vill säga att både gruppen med och utan behandlarstöd gör framsteg,
781 men att det inte verkar finnas en markant skillnad mellan de två grupperna (se bland annat Berger m. fl.,
782 2011; Ivanova m. fl., 2016; Rozental m. fl., 2015; Samuelsson & Way, 2018). En möjligt intressant
783 aspekt för framtida studier att undersöka är vilka de verksamma komponenterna inom behandlarstöd är
784 och vad som kan göras för att maximera dessa komponenters inverkan på behandlingsutfallet.

785 Andra styrkor och svagheter i studiens metod

786 **Samplet och dess representation av populationen.** All data som låg till grund för inklude-
787 ring eller exkludering i den aktuella studien var insamlad från självskattningsformulär. I och med att
788 forskningspersonsinformation som potentiella deltagare kunde läsa innan de påbörjade screenings-
789 processen presenterade såväl inkluderings- som exkluderingskriterier (även om exkluderingskriterierna
790 till viss del var allmänt formulerade) medför det risken att de som sökte till studien anpassade sina svar
791 för att bli inkluderade. Då ingen klinisk intervju användes i screeningprocessen fanns det ingen möjlighet
792 att på så sätt upptäcka individer som borde exkluderas. Detta kan medföra att individer som egentligen
793 borde ha exkluderats, på grund av icke sanningsenliga svar, istället blev inkluderade. Å andra sidan bör
794 motivationen till social önskvärdhet vid ifyllnad av förmätningen varit lägre i och med att screeningen
795 gjordes mer anonymt än om den skulle skett via en klinisk intervju ansikte-mot-ansikte eller per telefon.
796 Ingen klinisk intervju inkluderades då det låg utanför studiens möjliga resurser att administrera den till
797 alla potentiella deltagare. En stor fördel med att inte ha använt kliniska intervjuerna är att tiden mellan
798 påbörjad rekrytering och behandlingsstart blev kort, endast två veckor.

799 Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämn fördel-
800 ning går troligen att tillskriva flertalet faktorer. Kvinnor rapporterar mer oro, ångslan och ångest än
801 män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna än män att söka hjälp. Ut-
802 över detta tenderar män överlag i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor
803 upplever liknande symtom (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Det är även så att kvinnor i större ut-
804 sträckning tenderar att delta i forskningsstudier. När Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson och
805 Carlbring (2017) hade sammanställt sin meta-analys konstaterade de att 62% av deltagarna i alla inklu-
806 derade studier var kvinnor. Slutligen – vilket troligen är den mest påverkande faktorn till den ojämn
807 könsfördelningen i den föreliggande studien – så sköttes studiens marknadsföring på sociala medier av
808 en automatiserad algoritm. Algoritmen visar annonsen för de individer den tror har störst odds till att
809 interagera med den. Data som sammanställdes efter avslutad annonsering visade på att någonstans mel-
810 lan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor. Om en så övervägande del av reklamen visades för
811 kvinnor, är det föga förvånande att huvudparten av deltagarna är kvinnor. Könsfördelning i den aktuella
812 studien skiljer sig även signifikant från den studie som normerna för AAA-S samt RAS hämtas från
813 (Thompson & Berenbaum, 2011), där fördelningar var 55% kvinnor och 45% män.

814 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare
815 10% studerade på högskola eller universitet vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från
816 Sveriges befolkning, där endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar
817 av förklaringen till att en så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle
818 kunna vara att majoriteten av studiens deltagare är kvinnor, och att kvinnor i större utsträckning än män
819 studerar vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). En annan förklaring skulle kunna vara
820 att högutbildade i större utsträckning deltar i forskningsstudier än lågutbildade. Då väldigt få deltagare
821 i den aktuella studien hade yrkesutbildning, gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta
822 avslutad utbildning bör man vara restriktiv med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

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

827 Då det i skrivande stund varken finns data om prevalens av bristande självhållelse i Sveriges
828 population, eller data om vilka demografiska faktorer denna brist korrelerar med, är det ytterst svårt att
829 säga hur representativ för Sveriges befolkning samplet i den aktuella studien är. Det vore av stor nytta
830 att framtida studier undersöker denna behandlings effekt i andra populationer med större heterogenitet.

831 **Väntelista som kontrollbetingelse.** I denna studie placerades en tredjedel av deltagarna på en
832 väntelista. En risk med användandet av väntelista är att de deltagare som tilldelas väntelistan försämras
833 under behandlingens gång. I en meta-analys från 2017 konstaterade Rozental, Magnusson m. fl. (2017)
834 att över 15% av de som tilldelas betingelsen väntelista i I-KBT-studier försämras, jämfört med cirka 6%
835 av de som genomgick behandlingen. Detta kan även leda till att en behandlings eventuella effekt försto-
836 ras på grund av försämrandet hos väntelista-betingelsen snarare än förbättrandet hos de som betingats
837 till behandlingen. I den aktuella studien försämrades ingen deltagare kliniskt signifikant från för- till
838 eftermätningen, varken i väntelistan eller i någon av de andra betingelserna. Därav lider den aktuella
839 studien ingen risk för att ha påverkats av denna felkälla.

840 Det går ändå att diskutera om användandet av väntelista som kontroll är det bästa valet i ut-
841 formningen av studiens design: Användandet av väntelista höjer allt som oftast oddsen för att hitta en
842 signifikant effekt jämfört med att tilldela kontrollgruppen mer aktiva betingelser (Mohr m. fl., 2009).
843 Ur teoretisk synpunkt hade det varit bättre att tilldela kontrollgruppen en aktiv betingelse, exempelvis
844 tillgång till ett diskussionsforum utan behandlingsinslag.

845 Randomisering av kontrollgruppen till väntlistebetingelse är ett effektivt för att kontrollera för
846 inverkan av händelser i omvärlden som kan påverka studiens deltagare och därmed studiens resultat.
847 Ungefär mitt under behandlingen för grupperna självhjälp och behandlarstöd, kring tilldelningarna av
848 modul 4–5, tog spridningen av viruset covid-19 fart i Sverige. Vi kan anta att effekterna av pandemin
849 har haft olika slags effekter i dagliga rutiner och i fysiskt och psykiskt mående för studiens deltagare.
850 Hade vår kontrollgrupp haft en annan betingelse än väntelista hade det varit svårt att konstatera vad i
851 deras resultat som var påverkat av betingelsen i fråga, och vad i resultatet som berodde på covid-19s
852 spridning i Sverige. I och med att vår studies kontrollgrupp var tilldelade en väntelista kan vi vara säkra
853 på tillförlitligheten i den behandlingseffekt mellan grupperna som vi har konstaterat.

854 **Använda skattningsskalor.** En potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta
855 versionerna av självskattningsformulären AAA-S (Thompson & Berenbaum, 2011) och Rathus (Rathus,

1973). Då dessa skalor ej fanns tillgängliga på svenska översattes de till den aktuella studien. Det finns många rekommendationer och riktlinjer för hur översättningar bör gå till (se Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2001; och Jones, Lee, Phillips, Zhang & Jaceldo, 2001, för två väl använda metoder). Ett gemensamt tema i dessa översättningsmetoder är att materialet översätts från originalspråk till planerat användningsspråk (i det rådande fallet till svenska) av åtminstone två av varandra oberoende individer och att den översatta versionen sedan översätts tillbaka till sitt originalspråk av ytterligare oberoende översättare. En bedömning görs sedan mellan originalversionen och versionen översatt från det planerade användningsspråket till originalspråket. AAA-S och Rathus översattes inför föreliggande uppsats endast en gång, från engelska till svenska. De nyöversatta skalorna är inte validerade och saknar svenska normer. Istället används data för både AAA-S och RAS från student-sample 1 från Thompson och Berenbaum (2011) som icke-kliniska normer. Fördelen med dessa normer är dels att de är relativt aktuella, dels att de är beräknade från ett och samma sample och därför ger goda möjligheter till jämförelser av resultaten på AAA-S och Rathus. Data från föreliggande uppsats skulle potentiellt kunna användas för att validera de svensköversatta skalorna i en uppföljande studie. Ett dilemma är dock att båda översättningar på en och samma gång är icke-validerade och idealiska kriterier för varandras validering; det saknas tyvärr vedertagna skalor i litteraturen för *assertiveness* utöver Rathus och AAA-S. Ytterligare en begränsning för en sådan validering är att det sample som undersöks i den här uppsatsen har en förmodad slagsida åt passiv självhävdelse och sannolikt inte innehåller tillräckligt med data från individer som kan antas ha överskott av aggressiv självhävdelse. Inför framtida studier vore det hur som helst önskvärt att översättningarna validerades i en mer heterogen population.

Som nämnt tidigare hade vårt sample höga skattningar på självskattningsformuläret LSAS-SR, som screenar för social fobi. Vi vet också med oss att emotionellt undvikande är vanligt hos personer som upplever socialfobiska besvär (Campbell-Sills m. fl., 2006; Gross & John, 2003; Steven C Hayes m. fl., 1996) och att emotionellt undvikande leder till sämre behandlingsresultat (De Castella m. fl., 2015). Det hade troligen varit fördelaktigt för föreliggande studie att inkludera ett mätinstrument för emotionellt undvikande. Det hade gett möjligheten till att utvärdera om en individs resultat i *Respekt i kvadrat* påverkas av hans användande av emotionellt undvikande. Förslagsvis kan framtida studier undersöka sambandet mellan emotionellt undvikande och tränande i konstruktivt självhävande.

På grund av studiens tidsomfång fanns det inga möjligheter till att göra uppföljningsmätningar av deltagarnas mående efter behandlingens avslut (till exempel 3-, 6- eller 12-månadersuppföljningar). Det gör det svårare att avgöra hur behandlingsprogrammet har påverkat deltagarnas mående och konstruktiva självhävande över tid. Forskning indikerar dock att framsteg gjorda under KBT-behandling tenderar att bibehållas över tid. Det är till och med vanligt att ytterligare ökande i mående och minskande av symtombild sker efter avslutad behandling (Bandelow m. fl., 2018). Möjligen innebär det att även deltagarna i den aktuella studien kommer att fortsätta förbättras framöver. Det vore fördelaktigt om framtida studier som berör konstruktiv självhävdelse inkluderar uppföljningsmätningar. Detta skulle ge en möjlighet att se hur konstruktet påverkas över tid.

Sammanfattning

Föreliggande studie ville undersöka effekten på konstruktivt självhävande av behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller utan behandlingsstöd) var effektivare än att betingas till en väntelista. Resultatet från den föreliggande studien styrker att det går att använda konstruktiv självhävdelse som ett transdiagnostiskt konstrukt. Den bekräftar även att fokus på

898 konstruktiv självhävande i behandlingsprogram kan vara ett effektivt sätt att minska symtom och lidan-
899 de vid ett antal olika ångestbesvär. Mer forskning behövs för att med större säkerhet kunna generalisera
900 resultaten till populationen 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.
- 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. [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. [Gavin], 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
- 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
- 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.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychotherapy series. Guilford Publications.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.brat.2010.12.007

- 945 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
 946 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,
 947 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 948 Braconier, A. & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 949 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1), 71–80.
 950 doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 951 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered cog-
 952 nitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*,
 953 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 954 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse. *Femi-
 955 nism/postmodernism*, 327, x.
- 956 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression
 957 of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.1037/1528-
 958 3542.6.4.587
- 959 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs.
 960 face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systema-
 961 tic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/16506073.
 962 2017.1401115
- 963 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv
 964 beteendeterapi* (2., [uppdä]. Stockholm: Natur & kultur.
- 965 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Con-
 966 troversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/annurev.
 967 psych.52.1.685
- 968 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 969 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
 970 doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 971 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 972 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
 973 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 974 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).
 975 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1),
 976 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003
- 977 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
 978 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/nrdp.
 979 2017.24
- 980 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students
 981 with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research
 982 and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 983 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emotion
 984 Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/16506073.
 985 2014.974665
- 986 Dweck, C. S., yue Chiu, C., yi Hong, Y., yue Chiu, C. & yi Hong, Y. (1995). Implicit Theories and Their
 987 Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4),
 988 267–285. doi:10.1207/s15327965pli0604_1

- 989 Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological sci-*
 990 *ence : a journal of the American Psychological Society / APS*, 4(4), 326–339. Hämtad från <https://www.affective-science.org/pubs/2009/barrett2009-future-psych.pdf>
 991 <http://www.jstor.org/stable/40645696>
 992 <http://about.jstor.org/terms>
- 993 Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Company.
- 994 Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018). Ac-
 995 tivation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empi-
 996 rical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- 997 Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*.
- 998 Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz, D.
 999 (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-
 1000 report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035. doi:10.
 1001 1017/S0033291701004056
- 1002 Furmark, T. I.-., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi - social*
 1003 *ångest : effektiv hjälp med KBT* (Tredje uppl.). Stockholm: Liber.
- 1004 Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature
 1005 review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x
- 1006 Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research.
 1007 *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- 1008 Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Impli-
 1009 cations for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*,
 1010 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- 1011 Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:[https://doi.org/10.17045/](https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785)
 1012 [sthlmuni.12148785](https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785)
- 1013 Hayes, S. C. [S C] & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-
 1014 analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–90.
- 1015 Hayes, S. C. [Steven C]. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the
 1016 third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/
 1017 S0005-7894(04)80013-3
- 1018 Hayes, S. C. [Steven C], Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. D. (1996). Expe-
 1019 riential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis
 1020 and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- 1021 Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive
 1022 behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
 1023 doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- 1024 International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019.
 1025 *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från [https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU%20Facts%20and%20Figures%202019%20-%20Embargoed%205%20November%201200%20CET.pdf)
 1026 [MediaRelations/ITU%20Facts%20and%20Figures%202019%20-%20Embargoed%205%20November%201200%20CET.pdf](https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU%20Facts%20and%20Figures%202019%20-%20Embargoed%205%20November%201200%20CET.pdf)
 1027
- 1028 Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016).
 1029 Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or
 1030 panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled
 1031 trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.012
- 1032 Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining mean-
 1033 ingful 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 Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. doi:10.1097/00006199-200109000-00008
- Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 9(1), 153–160. doi:10.1037/0735-7028.9.1.153
- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., ... Ciechomski, L. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113. doi:10.1080/16506070802561132
- Knowles, K. A. & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. doi:10.1016/j.cbpra.2017.12.001
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–13.
- Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. R package version 0.1.0. Hämtad från <http://awkruijt/JTRCI/>
- Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. R package version 1.4.6. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-Behavioral Interventions* (s. 205–240). doi:10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7
- Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G. & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9). doi:10.2196/10302
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive behaviour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- Michel, F. & Fursland, A. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions. Hämtad från <https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness>
- Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Objective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–110. doi:10.1111/jpr.12185
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284. doi:10.1159/000228248
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Mental Health and Behavioural Conditions*, 21–23.

- Ogle, D. H., Wheeler, P. & Dinno, A. (2020). *FSA: Fisheries Stock Analysis*. R package version 0.8.30. Hämtad från <https://github.com/droglenc/FSA>
- Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-7916(75)90100-7
- Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.1016/j.pneurobio.2015.09.001
- Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance: Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049
- Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD*. Natur & kultur.
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2020). Reconsidering perfect : a qualitative study of the experiences of internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism. doi:10.1017/S1352465820000090
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2017). For Better or Worse: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Deterioration Among Participants Receiving Internet-Based Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 160–177. doi:10.1037/ccp0000158
- Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L. B., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 79–86. doi:10.1016/j.brat.2017.05.015
- Salter, A. (1949). Conditioned reflex therapy. *NY: Capricorn*, 106.
- Samuelsson, M. & Way, E. (2018). *Valentinstudien - parterapi på internet med en flerfaktoriell jämförelse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg* (doktorsavhandling, Stockholms University).
- Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2015). The Role of Implicit Theories in Mental Health Symptoms, Emotion Regulation, and Hypothetical Treatment Choices

- 1123 in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.1007/s10608-014-
1124 9652-6
- 1125 Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the
1126 Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and Personality*
1127 *Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- 1128 Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety:*
1129 *Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- 1130 Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Beha-
1131 vioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *De-*
1132 *pression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- 1133 Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive*
1134 *therapy*. Bantam.
- 1135 Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- 1136 Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommen-
1137 dationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från [www.](http://www.socialstyrelsen.se)
1138 [socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- 1139 Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från [https://div.](https://div.socialstyrelsen.se/)
1140 [socialstyrelsen.se/](https://div.socialstyrelsen.se/)
- 1141 Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-
1142 Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.1111/cpsp.
1143 12216
- 1144 Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Ge-
1145 neralized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/archinte.
1146 166.10.1092
- 1147 Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från [https://www.](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivån-i-sverige/)
1148 [scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivån-i-sverige/](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivån-i-sverige/)
- 1149 Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors
1150 Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/
1151 s15327752jpa4304_11
- 1152 Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S). *Jour-*
1153 *nal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/s10862-011-
1154 9226-9
- 1155 Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT compa-
1156 ring effect of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based
1157 cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*,
1158 43(10), 920–926.
- 1159 Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric
1160 comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.
1161 *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- 1162 Torchiano, M. (2020). *effsize: Efficient Effect Size Computation*. R package version 0.8.0. doi:10.5281/
1163 zenodo.1480624
- 1164 Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019).
1165 Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be
1166 prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193

- 1167 Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness: Effects
1168 of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of Rational -*
1169 *Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-018-0296-4
- 1170 Ward, C. & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.
- 1171 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality
1172 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107–
1173 114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- 1174 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- 1175 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1176 Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuro-*
1177 *ses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division.
1178 Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1179 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O'Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
1180 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomi-*
1181 *zed controlled trials*. doi:10.1016/j.smr.2015.10.004
- 1182 Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1183 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- 1184 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G. Öst.