

En randomiserad kontrollerad effektstudie av kognitiv beteendeterapi för konstruktiv självhävande

Tobias Hagberg & Patrik Trang

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 rationen att avslappning och ångest inte kan förekomma samtidigt. Som en del i den självhävdelsefokuserade psykoterapin föreskrevs tydligt beskrivna beteenden för klienter och patienter att träna på, till exempel att säga nej till andra.

Under 1970-talet kom träning i konstruktiv självhävdelse både att formaliseras till sofistikerade behandlingsprogram, som i Linehan (1979) och att populariseras. 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). Rationen för kognitiv omstrukturering är att personer med hindrande tänkande i en pressad situationer (om den egna förmågan, om andra personers avsikter, om livet i stort och så vidare) är hjälpta av att utifrån egna faktiskt erfarenheter i livet hitta stöd för mer balanserat och konstruktivt tänkande.

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

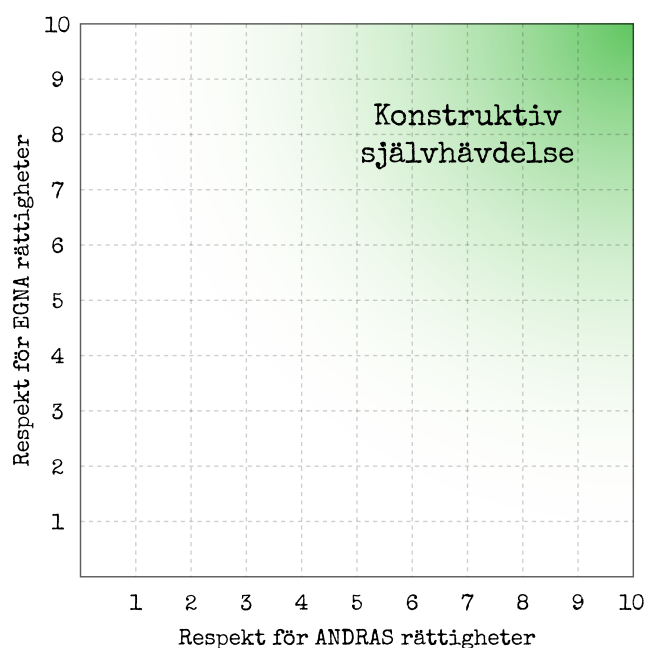
63 Begreppet *assertiveness* kom under 1970-talet att omfamna en allt längre lista med beteende-
64 mässiga operationaliseringar – så att det till slut blev svårt att skilja från begreppet 'social färdighet'
65 (Linehan, 1979). Det är därför viktigt att avgränsa begreppet.

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 önskningar.

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; Hayes &
91 Brownstein, 1986). Genom att anlägga ett funktionellt och kontextuellt synsätt på självhävdelsebete-
92 enden 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 självhävande 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 självhävande 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 självhävande 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 självhävande 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 självhävande träning (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 självhävande
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 självhjälp-material 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, Sparthar, 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 (Andrews m. fl.,
189 2018). Författarna konstaterade att medeleffektstorleken för I-KBT är $d = 0,8$ eller mer i jämförel-
190 se 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 (Andrews, Cuijpers,
195 Craske, McEvoy & Titov, 2010).

196 I-KBT har även visat sig vara effektivt vid behandling av PTSD (Sijbrandij, Kunovski & Cuijpers,
197 2016), insomni (Zachariae, Lyby, Ritterband & O'Toole, 2016) och för att minska lidandet vid olika
198 kroniska hälsobesvär (Mehta, Peynenburg & Hadjistavropoulos, 2019). I-KBT är också verksamt för
199 symtomlindring vid en rad olika transdiagnostiska symtom såsom stress ($\eta_p^2=.12$ i Day, McGrath &
200 Wojtowicz, 2013), prokrastinering ($d = 0,29-1.09$ i Rozental, Forsell, Svensson, Andersson & Carlbring,
201 2015) och perfektionism ($d = 0,7-1.0$ i Rozental, Shafran m. fl., 2017; $d = 0,86$ i Wade m. fl., 2019).

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

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

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

222 ***Användarupplevelsen av I-KBT.*** I-KBT med behandlarstöd kan erbjuda klienter fördelar som
223 inte har någon motsvarighet i ansikte-mot-ansiktebehandling. I-KBT kan erbjuda en anonymitet som gör
224 det lättare för vissa grupper att söka sig till vård (Lundgren, Johansson, Jaarsma, Andersson & Köhler,
225 2018; Rozental m. fl., 2020). Behandlingsupplägget med I-KBT ger dessutom möjlighet till tidsmässig
226 flexibilitet. Ytterligare en fördel som Lundgren m. fl. (2018) uppmärksammar är att många upplever det
227 enklare att uttrycka sig i skrift än i tal.

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

232 Självhjälpsmaterial förmedlat via I-KBT har dock visat sig populärt och effektivt. Materialet som
233 har använts i flera olika I-KBT-studier har arbetats om och publicerats i form av självhjälpsböcker för
234 allmän konsumtion. Självhjälpsböcker är ett medium som kan nå en stor publik. Med självhjälpsböc-

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

Teoretiska utgångspunkter för behandlingsprogrammet

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

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

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

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

276 Att undvika det som erfarenhetsmässigt upplevts som aversivt framstår ofta som funktionellt och
277 rationellt, även när det inte är det (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Forskningen visar
278 att emotionellt undvikande verkar självdestruktivt: Det emotionella undvikandet är paradoxalt nog kopp-
279 lat till ökning av graden av negativa emotioner (och samtidigt mindre grad av positiva emotioner). Det
280 har också negativa konsekvenser i form av minskad tillgång till hälsofrämjande faktorer som nära relatio-
281 ner och socialt stöd, och är associerat med lägre självförtroende och sämre generellt välmående (Gross
282 & John, 2003). Den paradoxala effekten går inte nog att betona: Att försöka undvika aversiva emotio-
283 ner leder till att man upplever dem mer (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández &
284 Pérez-álvarez, 2018; Gross & John, 2003; Hayes m. fl., 1996).

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

293 **Fokus på aktivering med varierad grad av osäkerhet.** För att bryta undvikande används in-
294 om KBT metoder som exponering, beteendexperiment och beteendeaktivering, var och en med sin
295 egen rational men samma inslag i praktiken, inklusive närmande till aversiva stimuli med så hög grad
296 av medveten närvaro och med utförande av så få säkerhetsbeteenden som möjligt. Säkerhetsbeteen-
297 den är beteenden som förhindrar, undviker eller minimerar obehag i en given situation. Att emotionellt
298 undvikande är ett säkerhetsbeteende är ett väletablerat fenomen som har konstaterats både bidra till ut-
299 vecklingen av och vidmakthålla ångestdriven psykopatologi (Blakey & Abramowitz, 2016). De Castella
300 m. fl. (2015) konstaterar att emotionellt undvikande är tydligt kopplad till sämre effekt av exponering.
301 Emotionellt undvikande är särskilt vanligt hos personer som lider av ångestsyndrom och depressiva
302 syndrom (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006), för vilka underskott i *assertiveness* är en
303 del av problembilden.

304 Att närmande av tidigare undvikta stimuli väcker obehag ramas i psykoedukativa inslag i *Respekt*
305 *i kvadrat* in som en fördel och en tillgång för etablerandet av korrigering nyinläring. Ju större diskre-
306 pansen är mellan en individs förväntningar och individens faktiska upplevelse, desto större är oddsen
307 för nyinläring (Craske m. fl., 2008; Sewart & Craske, 2019). Lärdomar kan dessutom dras båda av
308 att ångesten i situationen minskar i intensitet och av att förmågan att hantera ångesten som väcks över-
309 träffar ens förväntningar (Blakey & Abramowitz, 2016; Craske m. fl., 2008; Knowles & Olatunji, 2019;
310 Sewart & Craske, 2019). Craske m. fl. (2008) poängterar att variation i presentationen av aversiva stimu-
311 li (kvalitet, grad, situation, tidpunkt och så vidare) förbättrar oddsen för diskonfirmering av hindrande
312 förutsägelser.

313 Genom avslappningsträning konfronteras deltagarna tidigt i behandlingsprogrammet med ratio-
314 nalen för variation i inläringssituationen. Ett av syftena med avslappningsträningen är ge deltagarna
315 möjlighet att generalisera vunna erfarenheter av att reglera och tolerera ångest i samband med avslapp-
316 ning till de beteendexperiment som följer i senare moduler i behandlingsprogrammet.

317 **Fokus på färdigheter för avslappning och medveten närvaro.** Även om litteraturen inte anger
318 exakt vilka de verksamma komponenterna i avslappningsträning vid ångestbesvär är, har forskningsstu-
319 dier i decennier konstaterat att avslappningsträning effektivt minskar symptom hos en del patienter med
320 ångespsykopatologi (Conrad & Roth, 2007). Tillämpad avslappning är en copingteknik som utvecklade
321 des i slutet av 1970-talet för patienter med fobier och panikattacker. Den har sedan dess även visat sig
322 effektiv för bland annat generell ångeststörning och stress (Öst, 2006). En tidigt formulerad hypotes är
323 att avslappning inhiberar ångest, och vice versa (Conrad & Roth, 2007; Wolpe, 1952). Det är hur som
324 helst ytterst svårt att hävda sig själv konstruktivt med samtidigt ångestpåslag (Baker & Jeske, 2015). Öst
325 (2006) anför avslappningsträningens generella dämpande effekt på spänningsgraden; avslappningsträ-
326 ning som genomförs ofta kan genom reciprok inhibering öka oddsen för medveten närvaro och adaptivt
327 handlande. I behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* har avslappningsmomenten utökats jämfört med
328 Michel och Fursland (2008) och kompletterats med övningar i medveten närvaro.

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

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

354 **Frågeställningar**

355 Det vi primärt var intresserade av var om det fanns någon skillnad (i endera riktning) i effekt
356 mellan gruppen självhjälp och gruppen behandlarstöd med avseende på konstruktiv självhävdelse, det
357 vill säga med utfallsmåttet AAA-S Adaptive. Vi var också intresserade av att ta reda på hur effekten av
358 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.

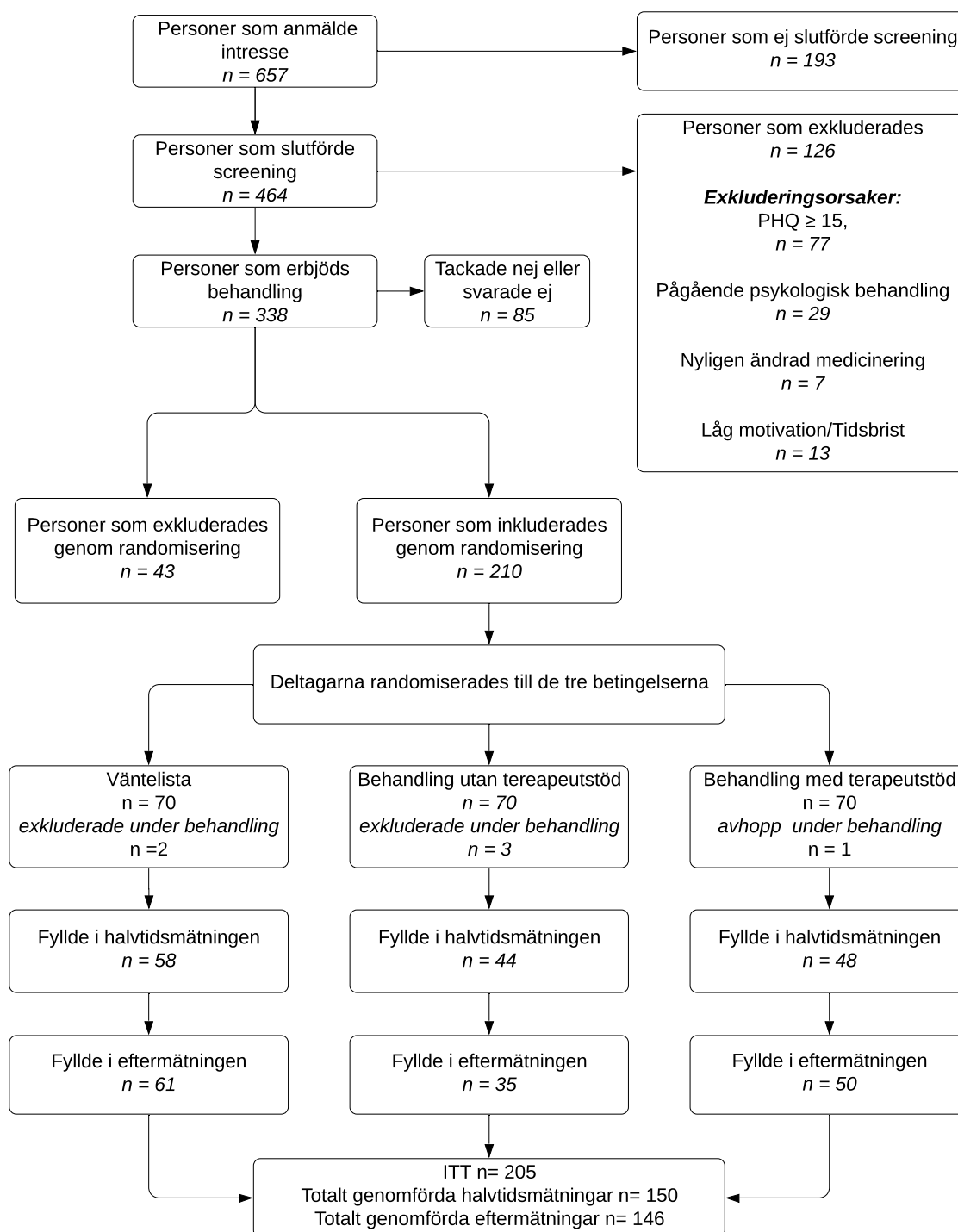
Metod

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.



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

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

404 **Exklusionskriterier.** Personer som skattade 15 eller högre på självskattningsformuläret PHQ-
405 9 exkluderades, liksom personer som inom en tremånadersperiod innan behandlingsstart gjort föränd-
406 ringar i sin psykofarmakabehandling. Även personer som uppgav att de hade pågående psykologisk
407 behandling exkluderades. Slutligen exkluderades de personer som i frisvar under screeningsprocessen
408 tydligt uppgav att de hade tidsbrist och/eller låg motivation till deltagande i behandlingsprogrammet.
409 Alla meddelanden om exklusion skickades via den krypterade och inloggningsskyddade hemsidan för
410 studien.

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

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

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

431 **Primärt utfallsmått.**

432 **Självhävdelsestil.** En inför den här studien gjord svensk översättning av självskattningsskalan
433 Adaptive and Aggressive Assertiveness Scales (AAA-S; Thompson & Berenbaum, 2011) användes för
434 att mäta vilka metoder för självhävdelse som deltagarna använde sig av. Skalorna utgörs av 30 påståen-
435 den som besvaras med en 5-gradig likertskala där 1 motsvarar ”aldrig” och 5 motsvarar ”alltid”. Svaren
436 räknas samman till två skalor, en för aggressiv självhävdelse och en för konstruktiv (adaptiv) själv-
437 hävdelse. Hög poäng på delskalan för aggressiv självhävdelse indikerar ett aggressivt självhävande
438 beteendemönster och hög poäng på delskalan för konstruktiv självhävdelse indikerar ett konstruktivt
439 självhävande beteendemönster. (låga poäng på båda går att tolka som passiv självhävdelse.) En fördel
440 med AAA-S jämfört med andra skalor som mäter självhävdelse är att den gör explicit skillnad mellan

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

konstruktiv och aggressiv självhävande. 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.

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

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

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

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

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

482 son och Berenbaum (2011) användes i den här studien, som också rapporterar god intern reliabilitet för
483 Rathus ($\alpha = 0,87$).

484 Interventionen Respekt i kvadrat

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

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

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

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

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

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

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

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

528 I linje med vikten av att acceptera och ge plats för tankar och känslor i pressade situationer som
529 har lyfts fram i litteraturen under de senaste årtiondena (Hayes, 2004; Hayes m. fl., 1996; Luoma m. fl.,
530 2007) lade behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat* större vikt vid acceptans och tolerans av ångest
531 än Michel och Fursland (2008). Det gjordes genom tillägg av nyskrivna avsnitt och övningar som för-
532 delades över modulerna. Ett exempel på material som uppmanar deltagaren att aktivt stanna kvar i eller
533 rent av uppsöka – för brytande av undvikande relevant – respondent obehag är psykoedukativa texter
534 om optimering av inlärning via variation och mängdträning. I de avsnitten introduceras även begreppen
535 *fixed mindset* och *growth mindset*, som handlar om effekten av olika förhållningssätt till utmaningar
536 och hur man genom att möta obehaget skapar förutsättningar för utveckling (De Castella m. fl., 2015;
537 Dweck m. fl., 1995; Schroder m. fl., 2015, 2016). Ett annat är psykoedukativa avsnitt om vidmakthåll-
538 lande av ångestrelaterade besvär som också innehåller en övning som både handlar om att identifiera
539 värdebaserade fördelar med handlande i situationer som tidigare har präglats av undvikande och om att
540 identifiera kortsiktigt belönande anledningar att stå ut med respondentas rädsloreaktioner i situationer
541 som tidigare undvikits.

542 I Michel och Fursland (2008) presenteras rationalen för och övningar i muskelavslappning över-
543 siktligt i ett kapitel. I linje med Östs (2006) rekommendation om att tillämpad avslappning bör intro-
544 duceras stegvis över en längre tidsperiod introduceras deltagarna till progressiv muskelavslappning i
545 modul 2, med en gradvis inriktning i modulerna 3–5 mot tillämpad avslappning. Under första delen av
546 programmet uppmanas deltagarna explicit att tillämpa principerna om hög grad av variation och upprep-
547 ning i färdighetsträningen av progressiv och alltmot tillämpad avslappning. Integreringen av progressiv
548 muskelavslappning i hela första delen av behandlingsprogrammet tjänar syftena att ge deltagarna möj-
549 lighet att tillgodogöra sig färdigheter som relativt snabbt har potential att ge positiva effekter i vardagen
550 och att ge dem en egen erfarenhet av fördelarna med både variation i exponering och mängdträning.

551 Anpassningarna och tilläggen inkluderade sammanfattningsvis nya texter och illustrationer, län-
552 kar till fördjupningsmaterial, videofilmer med konversationer och rollspel mellan PT och TH, nedladd-
553 ningsbara ljudfiler med avslappningsövningar, inbäddade externa videoklipp och ljudfiler samt ett stort
554 antal nya interaktiva övningar. Tilläggsövningarna inkluderar utvärderingsformulär av varje veckas in-
555 nehåll, veckovis uppföljning av konstruktiv självhävdelse samt utökade övningar för återfallsprevention
556 och vidmakthållande av behandlingseffekter. Se även tabell 2 för en översiktlig genomgång av innehållet
557 i modulerna i interventionen *Respekt i kvadrat*.

558 **Behandlingsplattformen**

559 I studien användes behandlingsplattformen Iterapi (Vlaescu m. fl., 2016) Det är en plattform som
560 använts upprepade gånger vid forskning på internetbaserade psykologiska interventioner och behand-
561 lingar. Plattformen använder sig av tvåfaktorsautentisering och är krypterad. Deltagarna blev tilldelade

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

562 en anonym studiekod till vilken de valde ett eget lösenord. Vid varje inloggningstillfälle skickades sedan
563 en engångskod per SMS.

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

568 **Etiska aspekter**

569 Den föreliggande studien godkändes av etikprövningsmyndigheten. Diarienummer för etikansö-
570 kan är 2019-05165. Studien förregistrerades på <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04240249>.

571 Deltagarna blev via studiens hemsida informerade om att allt deltagande var frivilligt och att
572 de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. De kunde ta del av syftet med studien och studiens

573 övergripande plan. Information fanns om att all information samlades in under sekretess och i enlighet
574 med personuppgiftslagen samt GDPR. Deltagandet var helt anonymt och all insamlad data var kopplad
575 till den anonyma studiekod som genererades för varje deltagare. Vid intresseanmälan till studien lämnade
576 deltagarna informerat samtycke till sitt deltagande. Vid exkludering från studien under rekryteringsfasen
577 informerades deltagaren om anledningen samt fick rekommendationer (t ex om vart hen kunde vända sig
578 för att söka vård). Vid tecken på svår depression rekommenderades deltagarna att uppsöka psykiatrisk
579 vård. Under hela studiens gång hade deltagarna möjlighet att kontakta studieansvarig per telefon samt
580 e-post.

581 Analyser

582 Vi använde R, version 3.6.1 (R Core Team, 2019) för samtliga analyser. Signifikansnivån α
583 = 0,05 tillämpades vid alla beräkningar. Öppen syntax och data finns deponerade hos Figshare på
584 <https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785> (Hagberg & Trång, 2020) (OBS! Deponering sker EFTER
585 inlämning av godkänd uppsats. Data och syntax finns också tillgängliga på [https://github.com/hmep/](https://github.com/hmep/respektikvadrat)
586 [respektikvadrat](https://github.com/hmep/respektikvadrat)).

587 **Analys av fixa effekter.** Fixa och slumpmässiga effekter mellan grupp och tid för de primära
588 och sekundära utfallsmåtten undersöktes med så kallad flernivåanalys (också kallad blandad modell,
589 hierarkisk analys, på engelska bland annat *mixed model*, *multilevel model* och *hierarchical linear mo-*
590 *del*). Flernivåanalys tillåter precis som multivariat variansanalys (MANOVA) inklusion av upprepade
591 beroende mättillfällen i modellen, men fördelarna att metoden tillåter obalanserade grupper och att prin-
592 cipen om *intention to treat* värnas utan behov av imputering av saknade datapunkter. Flernivåanalyser
593 uppskattar också inklusion av *random*-effekter observerad men inte kontrollerad varians på klusternivå
594 (i detta fall enskilda individer som ”innehåller” upprepade mättillfällen).

595 Granskning av homoscedasticitet och residualernas fördelning samt identifiering av outliers gjor-
596 des visuellt med diagnostiska plottar av de till data anpassade modellerna. All data, inklusive förekom-
597 mande outliers, behölls i analyserna.

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

604 För modelleringen av de olika utfallsmåtten användes modelleringsverktyg från R-paketet *lme4*
605 (Bates, Mächler, Bolker & Walker, 2015). Valet av kovariansstrukturen gjordes genom jämförelse av
606 AIC-tal av modeller som anpassades till data med *Maximum Likelihood* (ML)-funktionen. Den alter-
607 nativa sannolikhetsfunktionen *Restricted Maximum Likelihood* (REML), som ger väntesvärdesriktiga
608 uppskattningar av varianserna, användes därefter för anpassningen av modellerna för utfallsmåtten till
609 underliggande data.

610 **Analys av *random*-effekter.** Genom beräkning av så kallad intraklasskorrelation (ICC) under-
611 sökte vi vilken andel av variansen som kan förklaras av underliggande individuella förutsättningar, ex-
612empelvis generell förändringsbenägenhet (individuella egenskaper, *traits*) eller av yttre omständigheter

613 påverkade tillstånd (*states*). Intraklasskorrelationen är korrelationen mellan observationer inom kluster-
614 nivå för analysen, i den här studien de enskilda deltagarna.

615 Från prediktioner estimerade marginalmedelvärden (*estimated marginal means* eller *least square*
616 *means*) samt parvisa jämförelser av dessa genomfördes med R-paketet *emmeans* (Lenth, 2020). P-värden
617 korregerades med Bonferroni-metoden.

618 **Analys av reliabel förändring och klinisk signifikans.** Frekvensen deltagare som i behand-
619 lingsprogrammet genomgått en reliabel förändring och dessutom befann sig på kliniskt signifikant nivå
620 vid eftermätningen fastställdes i enlighet med definitionerna och rekommendationerna i Jacobson och
621 Truax (1998). För deltagare som endast lämnat självskattningar vid förmätningstillfället fördes förmät-
622 ningvärdena vidare till eftermätningstillfället i enlighet med principen om *intention to treat*. Med reli-
623 abel förändring menas att en observerad utveckling mellan två mättillfällen definieras som tillförlitlig
624 om den är tillräckligt stor (med $\alpha = 0,05$) i relation till populationsvariansen. Då betraktas förändringen
625 som en verklig förändring och inte bara ett slump- eller mätfel. Med klinisk signifikans avses hur efter-
626 mätningens värdena förhåller sig till medelvärdet för normdata för en subklinisk population (Jacobson &
627 Truax, 1998). För sammanställningarna av överlappet mellan klinisk signifikans och reliabel förändring
628 användes R-paketet *JTRCI*, som väljer jämförelsekriterium för klinisk signifikans konservativt (Kruijt,
629 2020). Skillnader mellan grupperna i antalet reliabelt förändrade deltagare som också befann sig på
630 kliniskt signifikant nivå vid eftermätningstillfället analyserades med Kruskal-Wallis χ^2 -test.

631 Resultat

632 Vid visuell granskning av diagnostiska plottar av observerad data fann vi inga brott mot de villkor
633 som behöver uppfyllas för flernivåanalys.

634 SKRIV OM, ALLA TIDPUNKTER HAR INTE ANVÄNTS I JÄMFÖRELSEN! VI HAR
635 VISST SIGNIFIKANTA SKILLNADER FÖR AD OCH RATHUS MELLAN BEHANDLARSTÖD
636 OCH VÄNTESLISTA, *.sig.sig.posthoc-objekten i chunken ovan för detaljer!!! Inga signifikanta
637 skillnader mellan grupperna i andel personer som uppnått både klinisk signifikans-status och reliabel
638 förbättring fanns för de primära utfallsmåtten AAA-S Adaptive och AAA-S Aggressive. För båda måtten
639 definierades ökning i poäng som en förbättring. Vi fann en signifikant skillnad mellan grupperna för
640 självhåvdelseskalan Rathus: ($\chi^2_2 = 9,47$, $p = 0,01$). Se tabell 3 för en sammanställning av kliniskt signi-
641 fikanta och reliabla förändringarna inom de olika grupperna.

642 Se tabell 4 för en sammanställning av predicerade data från de olika modellerna för respektive
643 utfallsmått, inklusive uppskattade effektstorlekar.

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

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 förmätningssvaren har fått dessa värden framflyttade till följande måttillfällen. Med ”tillfrisknad” menas att personen vid eftermätningstillfället befinner sig inom två standardavvikelse från medelvärdet för en icke-klinisk population.

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

648 Skillnad i effekt på konstruktiv självhävande mellan självhjälp–behandlarstöd

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

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

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

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

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

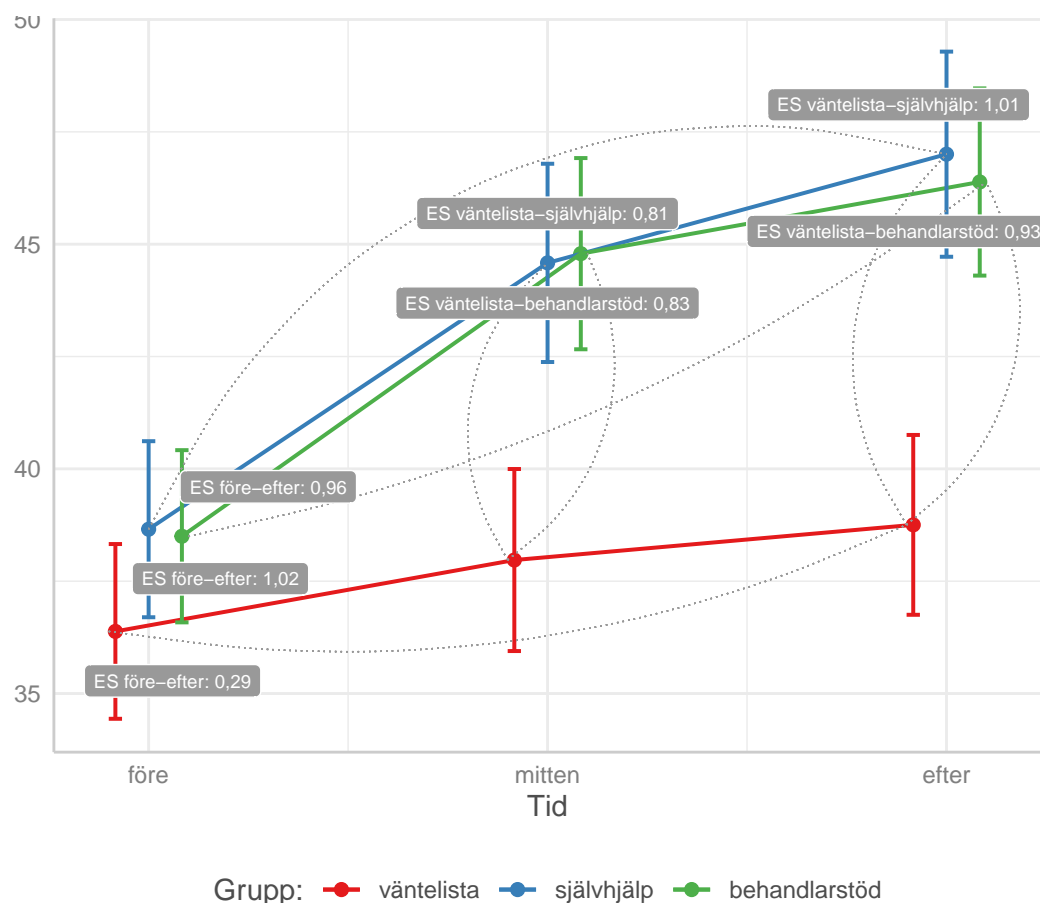
	Utfallsmått/flernivåanalys						
	Primära utfallsmått			Sekundära utfallsmått			
	AAA-S Ad	AAA-S Ag	Rathus	LSAS-SR	GAD-7	PHQ-9	Välmåndef.
Intercept	36,4*** (34,4, 38,3)	25,7*** (24,1, 27,3)	-41,6*** (-47,1, -36,1)	50,1*** (45,2, 55,1)	7,2*** (6,2, 8,2)	6,6*** (5,6, 7,6)	37,4*** (34,8, 40,1)
Självhjälp	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

656 **Skilnader i effekt på konstruktiv och aggressiv självhävande mellan väntelista–självhjälp respek-**
 657 **tive väntelista–behandlarstöd**

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

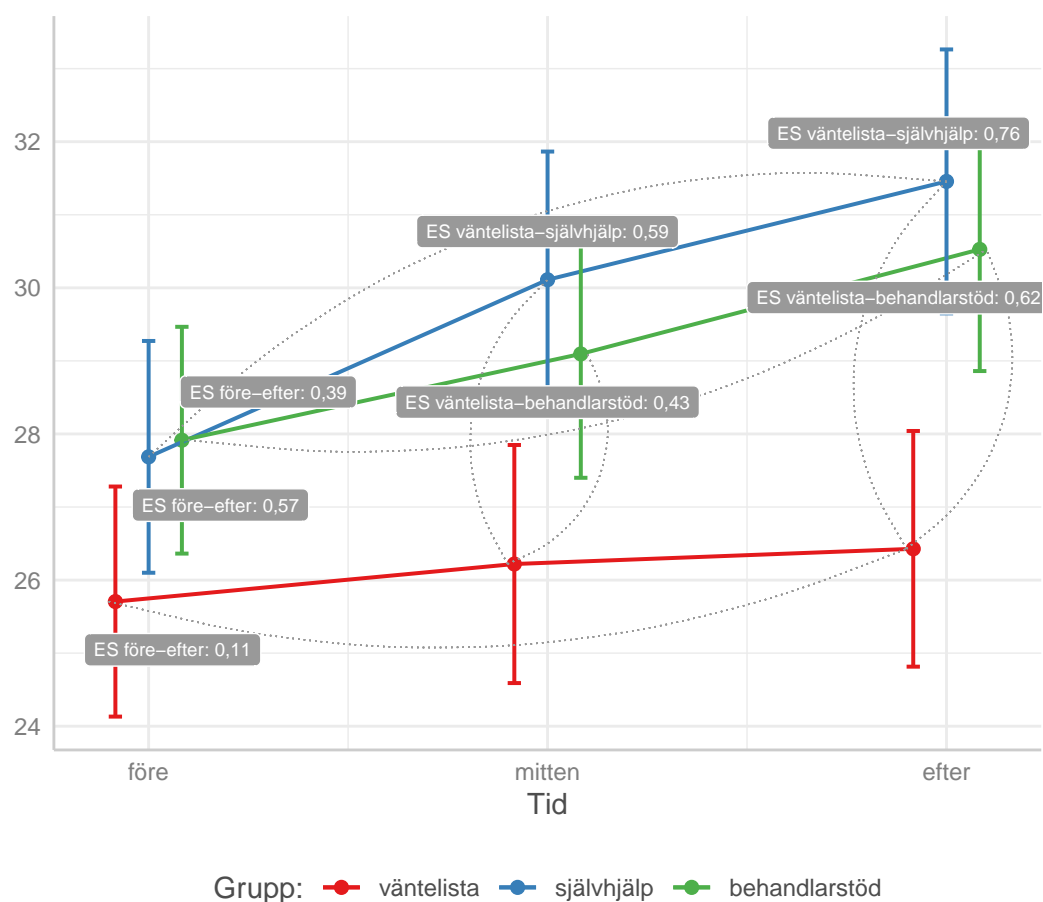


Figur 3: Medelvärdesestimat och effektstyrkor för AAA-S Adaptive. Etiketerna i figuren anger respektive effektstorlek (ES) för med prickade linjer indikerade parvisa jämförelser.

661 **Konstruktiv självhävande.**

662 **Väntelista–självhjälp vid eftermätningen.** Vi fann en högre medelpoäng på AAA-S Adaptive
 663 för gruppen självhjälp (estimerat marginalmedelvärde $[M]$ 47, 95% CI [44,2 ; 49,8]) än för gruppen
 664 väntelista (M 38,75, 95% CI [36,3 ; 41,21]) vid eftermätningen, medelvärdeskillnad 8,25, $t_{365,49} =$
 665 $-5,32$; $p < 0,001$; effektstorlek 1,01.

666 **Väntelista–behandlarstöd vid eftermätningen.** Vi fann också en tydligt högre medelpoäng på
 667 AAA-S Adaptive vid eftermätningen för gruppen behandlarstöd (M 46,38, 95% CI [43,83 ; 48,94])
 668 jämfört med gruppen väntelista (se M ovan), medelvärdeskillnad 7,63, $t_{333,65} = -5,18$; $p < 0,001$; ef-
 669 fektstorlek 0,93.



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

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

Deltagarna i de båda behandlingsbetingelserna hade efter fullgången behandling förbättrats avsevärt med avseende på graden av konstruktiv självhävande, i jämförelse med väntelista. Effekten var påtaglig redan vid mittenmätningen för båda grupperna. Även förbättringen mellan behandlingsstart och eftermätningen var för båda grupperna betydande. Se figur 3 för en visualisering av resultaten.

I flernivåanalysen konstaterar vi att 67,57% av variansen i utfallsmåttet AAA-S Adaptive mellan mättidpunkterna kan förklaras av individuella faktorer.

Aggressiv självhävande.

Väntelista-självhjälp vid eftermätningen. Precis som för konstruktiv självhävande hade gruppen självhjälp en klart högre medelpoäng (M 31,46, 95% CI [29,24 ; 33,67]) på måttet för aggressiv

självhävdelse, AAA-S Aggressive, än gruppen väntelista (M 26,43, 95% CI [24,45 ; 28,41]) vid eftermätningen, medelvärdesskillnad 5,03, $t_{336,57} = -4,07$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,76.

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

Behandlingseffekt mellan behandlingsstart och eftermätning. För båda grupperna självhjälp och behandlarstöd fann vi en signifikant höjning mellan tidpunkterna för behandlingsstart och eftermätning. För självhjälpgruppen var medelvärdesskillnaden 3,77, $t_{317,49} = -5,14$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,57, för behandlarstödsgruppen var den 2,61, $t_{312,59} = -4,01$; $p < 0,001$; effektstorlek 0,39.

Det är notabelt att medelvärdet för gruppen behandlarstöd var lägre än för gruppen självhjälp, som inte fick något behandlarstöd, vid båda tidpunkterna. Skillnaden är dock ej signifikant. Båda behandlingsbetingelserna uppvisar en höjning av graden av aggressiv självhävdelse, i jämförelse med väntelista. Effekten var signifikant vid mittenmätningen för gruppen självhjälp (men inte för gruppen behandlarstöd). Även höjningen av aggressiv självhävdelse 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.

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

Diskussion

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

Resultatdiskussion

Jag föreslår ett (1) kort och mycket kärnfullt stycke om vardera punkt!

719 **Behandlarstöd och självhjälp ger samma resultat.**

720 * Ingen skillnad mellan självhjälp och behandlarstöd, i linje med Baumeister

721 **Deltagande i behandlingsprogrammet ger signifikant och stor effekt på konstruktiv självhäv-**
722 **delse.**

723 * Klinisk signifikans, signifikant skillnad

724 * För konstruktiv självhävdelse

725 * Men inte för aggressiv självhävdelse (olika individer vill gå i olika riktning)

726 * Överensstämmer med funna effektstyrkor

727 * Interaktionseffekter grupp över tid

728 * Interaktionseffekter tid över grupp

729 **Metodologiska brister.**

730 * Icke-validerade skattningsskalor (men bra att originalversionerna använder samma normer)

731 * Snedvridet sample med liten spridning

732 * väldigt många socialfobiker

733 * få med problem med aggressiv självhävdelse

734 * ej jämn könsfördelning -- även utifrån utbildningsnivå, ålder mm

735 * Väntelista som kontrollbetingelse

736 * Data bara insamlat från självskattningsformulär

737 **Framtida forskning.**

738 * Bättre operationalisering av begreppen (ref japansk studie)

739 * Bättre validerade skattningsskalor

740 * Utveckling över längre tid (follow-up-mätning)

741 * Undersöka fler random-effekter

742 * Terapeuteffekter

743 * Individeffekter, traits vs states

744 * Lämpligt anpassa materialet för olika grupper, eller att välja generella verk samma k

745 * Kombination av fysisk behandling och internetterapi, lämpligt vid emotionellt undvik

746 * Replikera resultaten, även vid tidpunkt när pandemi inte pågår

747 **Övergripande slutsats.** Föreliggande studie ville undersöka effekten på konstruktivt självhä-
748 vande av behandlingsprogrammet *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller
749 utan behandlingsstöd) var effektivare än att betingas till en väntelista. Resultatet bekräftar även att fo-
750 kus på konstruktiv självhävdelse i behandlingsprogram ett effektivt sätt att minska symtom och lidande
751 vid ett antal olika ångestbesvär. Mer forskning behövs för att med större säkerhet kunna generalisera
752 resultaten till populationen i stort.

753 **VVV Bra textunderlag att inkorporera i delarna ovan VVV**

754 Vi har tidigare konstaterat att träning i konstruktiv självhävdelse kan förbättra mående vid diverse
755 ångestproblem (Speed m. fl., 2018). Vi har även konstaterat att I-KBT är en effektiv behandlingsmetod
756 (Andrews m. fl., 2018; Andrews m. fl., 2010; Barak m. fl., 2008; Carlbring m. fl., 2018). I föreliggan-
757 de studie kombinerades ett självhjälpsprogram för konstruktiv självhävdelse med I-KBT. Effektstyrkan

för de två grupperna som fick behandling var cirka 1. Det finns knapert med I-KBT-studier för konstruktiv självhävande 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 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 bedömma 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 diagnosticeras 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 behandlarstöds- och självhjälpsgruppens aggressiva självhävande ($M = 27,7$ respektive $M = 27,9$) lägre än normgruppen ($M = 33,2$ Thompson & Berenbaum, 2011), efter behandlingen var behandlarstöds- och självhjälpsgruppens skattningar ($M = 31,5$ respektive $M = 30,5$) närmare normgruppens värde. 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 hur frekvent behandlaren deltagare hörde av sig till behandlaren med behandlingsrelaterade frågor samt hur utförligt deltagarna besvarade behandlingsprogrammets övningar. Denna variation kan ha påverkat utfallet då vissa deltagare möjligen fick behandlarstöd på bekostnad av andra.

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

Andra styrkor och svagheter i studiens metod

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

Med nästintill 90% kvinnor i samplet var könsfördelningen ytterst ojämn. Denna ojämna fördelning går troligen att tillskriva flertalet faktorer. Kvinnor rapporterar mer oro, ångsan och ångest än män (Socialstyrelsen, 2004) vilket skulle kunna göra kvinnor mer benägna än män att söka hjälp. Utöver detta tenderar män överlag i lägre utsträckning söka vård än kvinnor även när män och kvinnor upplever liknande symtom (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Det är även så att kvinnor i större utsträckning tenderar att delta i forskningsstudier. När Rozental, Magnusson, Boettcher, Andersson och Carlbring (2017) hade sammanställt sin meta-analys konstaterade de att 62% av deltagarna i alla inkluderade studier var kvinnor. Slutligen – vilket troligen är den mest påverkande faktorn till den ojämna könsfördelningen i den föreliggande studien – så sköttes studiens marknadsföring på sociala medier av en automatiserad algoritm. Algoritmen visar annonsen för de individer den tror har störst odds till att

843 interagera med den. Data som sammanställdes efter avslutad annonsering visade på att någonstans mel-
844 lan 85-90% av alla annonser visades för kvinnor. Om en så övervägande del av reklamen visades för
845 kvinnor, är det föga förvånande att huvudparten av deltagarna är kvinnor. Könsfördelning i den aktuella
846 studien skiljer sig även signifikant från den studie som normerna för AAA-S samt RAS hämtas från
847 (Thompson & Berenbaum, 2011), där fördelningar var 55% kvinnor och 45% män.

848 Över 70% av vårt sample hade avslutade universitets- eller högskoleutbildningar och ytterligare
849 10% studerade på högskola eller universitet vid behandlingens start. Denna siffra skiljer sig markant från
850 Sveriges befolkning, där endast 43% läst vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). Delar
851 av förklaringen till att en så stor andel av vårt sampel har studerat på universitet eller högskola skulle
852 kunna vara att majoriteten av studiens deltagare är kvinnor, och att kvinnor i större utsträckning än män
853 studerar vidare efter gymnasiet (Statistiska Centralbyrån, 2020). En annan förklaring skulle kunna vara
854 att högutbildade i större utsträckning deltar i forskningsstudier än lågutbildade. Då väldigt få deltagare
855 i den aktuella studien hade yrkesutbildning, gymnasieutbildning, folkskola eller grundskola som högsta
856 avslutad utbildning bör man vara restriktiv med att applicera studiens resultat inom dessa grupper.

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

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

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

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

879 Randomisering av kontrollgruppen till väntlistebetingelse är ett effektivt för att kontrollera för
880 inverkan av händelser i omvärlden som kan påverka studiens deltagare och därmed studiens resultat.
881 Ungefär mitt under behandlingen för grupperna självhjälp och behandlarstöd, kring tilldelningarna av
882 modul 4–5, tog spridningen av viruset covid-19 fart i Sverige. Vi kan anta att effekterna av pandemin
883 har haft olika slags effekter i dagliga rutiner och i fysiskt och psykiskt mående för studiens deltagare.
884 Hade vår kontrollgrupp haft en annan betingelse än väntelista hade det varit svårt att konstatera vad i

deras resultat som var påverkat av betingelsen i fråga, och vad i resultatet som berodde på covid-19s spridning i Sverige. I och med att vår studies kontrollgrupp var tilldelade en väntelista kan vi vara säkra på tillförlitligheten i den behandlingseffekt mellan grupperna som vi har konstaterat.

Använda skattningsskalor. En potentiell brist i studien är användandet av de nyligen översatta 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 rekommendation 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; 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 hens användande av emotionellt undvikande. Förslagsvis kan framtida studier undersöka sambandet mellan emotionellt undvikande och tränande i konstruktiv självhävdande.

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 självhävdande 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.

927 Sammanfattning

928 Föreliggande studie ville undersöka effekten på konstruktivt självhävande av behandlingspro-
929 grammet *Respekt i kvadrat*. Att ta del av behandlingsprogrammet (med eller utan behandlingsstöd) var
930 effektivare än att betingas till en väntelista. Resultatet bekräftar även att fokus på konstruktiv självhävdel-
931 se i behandlingsprogram ett effektivt sätt att minska symtom och lidande vid ett antal olika ångestbesvär.
932 Mer forskning behövs för att med större säkerhet kunna generalisera resultaten till populationen i stort.

Referenser

933

- 934 A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. & Emmelkamp, P. M. (2015). A
 935 meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental
 936 and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. doi:10.1159/
 937 000365764
- 938 Alberti, R. & Emmons, M. (1974). *Your perfect right* (2. utg.). San Luis Obispo: Impact.
- 939 American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
 940 American Psychiatric Association.
- 941 American Psychological Association. (2016). Society of Clinical Psychology Research-Supported
 942 Psychological Treatments. Hämtad 13 april 2020, från [https://www.div12.org/psychological-](https://www.div12.org/psychological-treatments/)
 943 [treatments/](https://www.div12.org/psychological-treatments/)
- 944 Andersson, G., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. *Guided*
 945 *Internet-Based Treatments in Psychiatry*, 1–16. doi:10.1007/978-3-319-06083-5
- 946 Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L. & Newby, J. M. (2018).
 947 Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical
 948 health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55(December 2017), 70–78.
 949 doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- 950 Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the
 951 anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis.
 952 doi:10.1371/journal.pone.0013196
- 953 Baker, A. & Jeske, D. (2015). Assertiveness and Anxiety Effects in Traditional and Online Interactions.
 954 *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 5, 30–46. doi:10.4018/978-
 955 1-4666-5942-1
- 956 Bandelow, B., Sagebiel, A., Belz, M., Görlich, Y., Michaelis, S. & Wedekind, D. (2018). Enduring effects
 957 of psychological treatments for anxiety disorders: Meta-Analysis of follow-up studies. *British*
 958 *Journal of Psychiatry*, 212(6), 333–338. doi:10.1192/bjp.2018.49
- 959 Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-
 960 analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Tech-*
 961 *nology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. doi:10.1080/15228830802094429
- 962 Barrett, D. E. & Yarrow, M. R. (1977). Prosocial Behavior, Social Inferential Ability, and Assertiveness
 963 in Children. *Child Development*, 48(2), 475–481.
- 964 Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using
 965 lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. doi:10.18637/jss.v067.i01
- 966 Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based
 967 mental health interventions - A systematic review. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- 968 Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-
 969 Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, 25, 3186–3191. doi:10.1097/00007632-
 970 200012150-00014
- 971 Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford clinical psychology and psychotherapy
 972 series. Guilford Publications.
- 973 Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D. & Andersson, G. (2011). Internet-based
 974 treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of
 975 guided self-help. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 158–169. doi:10.1016/j.brat.2010.12.
 976 007

- 977 Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for
978 anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*,
979 49, 1–15. doi:10.1016/j.cpr.2016.07.002
- 980 Braconier, A. & Institutionen, P. (2015). Välmåendeformuläret – ett mått på subjektivt välmående.
- 981 Buell, G. & Snyder, J. (1981). Assertiveness training with children. *Psychological reports*, 49(1), 71–80.
982 doi:10.2466/pr0.1981.49.1.71
- 983 Burke, J., Richards, D. & Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering events in internet-delivered cog-
984 nitive behavioural treatment for generalized anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*,
985 47(3), 386–399. doi:10.1017/S1352465818000504
- 986 Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse. *Femi-
987 nism/postmodernism*, 327, x.
- 988 Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression
989 of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595. doi:10.1037/1528-
990 3542.6.4.587
- 991 Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs.
992 face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systema-
993 tic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. doi:10.1080/16506073.
994 2017.1401115
- 995 Carlbring, P. & Hanell, Å. (2011). *Ingen panik : fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv
996 beteendeterapi* (2., [uppdä]). Stockholm: Natur & kultur.
- 997 Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Con-
998 troversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716. doi:10.1146/annurev.
999 psych.52.1.685
- 1000 Clark, A. (2016). *Surfing Uncertainty*. doi:10.1093/acprof:oso/9780190217013.001.0001
- 1001 Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
1002 doi:10.1016/0005-7967(86)90011-2
- 1003 Clark, D. M. & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*.
- 1004 Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how?
1005 *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- 1006 Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008).
1007 Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1),
1008 5–27. doi:10.1016/j.brat.2007.10.003
- 1009 Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M. & Wittchen, H.-U.
1010 (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(May), 17024. doi:10.1038/nrdp.
1011 2017.24
- 1012 Day, V., McGrath, P. J. & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students
1013 with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research
1014 and Therapy*, 51(7), 344–351. doi:10.1016/j.brat.2013.03.003
- 1015 De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., Dweck, C. S. & Gross, J. J. (2015). Emotion
1016 Beliefs and Cognitive Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder. doi:10.1080/16506073.
1017 2014.974665
- 1018 Dweck, C. S., yue Chiu, C., yi Hong, Y., yue Chiu, C. & yi Hong, Y. (1995). Implicit Theories and Their
1019 Role in Judgments and Reactions: A World From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4),
1020 267–285. doi:10.1207/s15327965pli0604_1

- Feldman Barrett, L. (2009). The Future of Psychology: Connecting mind to brain. *Psychological science : a journal of the American Psychological Society / APS*, 4(4), 326–339. Hämtad från <https://www.affective-science.org/pubs/2009/barrett2009-future-psych.pdf> <http://www.jstor.org/stable/40645696> <http://about.jstor.org/terms>
- Fensterheim, H. & Baer, J. L. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. Dell Publishing Company.
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. & Pérez-álvarez, M. (2018). Activation vs. Experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in Psychology*, 9(SEP), 1–12. doi:10.3389/fpsyg.2018.01618
- Findahl, O. (2019). *Svenskarna och Internet*.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B. & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31(6), 1025–1035. doi:10.1017/S0033291701004056
- Furmark, T. I.-., Holmström, A., Sparthar, E., Carlbring, P. & Andersson, G. (2019). *Social fobi - social ångest : effektiv hjälp med KBT* (Tredje uppl.). Stockholm: Liber.
- Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616–623. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x
- Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550–561.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hagberg, T. & Trång, P. (2020). Open data for "Respekt i kvadrat". doi:<https://doi.org/10.17045/sthlmuni.12148785>
- Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior analyst*, 9(2), 175–90.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. D. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- International Telecommunication Union. (2019). Measuring digital development Facts and figures 2019. *ITU Publications*, 1–15. Hämtad från <https://www.itu.int/en/mediacentre/Documents/MediaRelations/ITU%20Facts%20and%20Figures%202019%20-%20Embargoed%205%20November%201200%20CET.pdf>
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35. doi:10.1016/j.janxdis.2016.09.012
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1998). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. I *Methodological issues and strategies in clinical*

- research (Vol. 59, 1, s. 521–538). Hämtad från <https://pdfs.semanticscholar.org/c708/0f22c6a90103aabd5033fa0a7d0a01cdbf9b.pdf>
- 1068 Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E. & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's
1069 translation model for cross-cultural research. *Nursing Research*, 50(5), 300–304. doi:10.1097/
1070 00006199-200109000-00008
- 1071 Kincaid, M. B. (1978). Assertiveness training from the participants' perspective. *Professional Psycho-*
1072 *logy: Research and Practice*, 9(1), 153–160. doi:10.1037/0735-7028.9.1.153
- 1073 Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., ... Ciechomski, L. (2009).
1074 Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a diffe-
1075 rence? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100–113. doi:10.1080/16506070802561132
- 1076 Knowles, K. A. & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing Inhibitory Learning: The Utility of Variability in
1077 Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 186–200. doi:10.1016/j.cbpra.2017.12.001
- 1078 Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Soma-
1079 tic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*,
1080 32(4), 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- 1081 Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity
1082 measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–13.
- 1083 Kruijt, A.-W. (2020). *JTRCI: obtain and plot Jacobson-Truax and reliable change indices*. R package
1084 version 0.1.0. Hämtad från <http://awkruijt/JTRCI/>
- 1085 Lenth, R. (2020). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. R package version
1086 1.4.6. Hämtad från <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>
- 1087 Linehan, M. M. (1979). Structured Cognitive-Behavioral Treatment of Assertion Problems. I *Cognitive-*
1088 *Behavioral Interventions* (s. 205–240). doi:10.1016/B978-0-12-404480-7.50013-7
- 1089 Lundgren, J., Johansson, P., Jaarsma, T., Andersson, G. & Köhler, A. K. (2018). Patient experiences of
1090 web-based cognitive behavioral therapy for heart failure and depression: Qualitative study. *Jour-*
1091 *nal of Medical Internet Research*, 20(9). doi:10.2196/10302
- 1092 Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & Commitment*
1093 *Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- 1094 Mano, D. K. (1976). Assertiveness Training. *National Review*, 28(17), 510.
- 1095 McKay, M. & Fanning, P. (2005). *Self-esteem*. New Harbinger Publications.
- 1096 Mehta, S., Peynenburg, V. A. & Hadjistavropoulos, H. D. (2019). Internet-delivered cognitive beha-
1097 viour therapy for chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of*
1098 *Behavioral Medicine*, 42(2), 169–187. doi:10.1007/s10865-018-9984-x
- 1099 Michel, F. & Fursland, A. (2008). Assert Yourself. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Inter-
1100 ventions. Hämtad från [https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/](https://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Assertiveness)
1101 Assertiveness
- 1102 Mitamura, T. (2018). Developing the Functional Assertiveness Scale: Measuring Dimensions of Ob-
1103 jective Effectiveness and Pragmatic Politeness. *Japanese Psychological Research*, 60(2), 99–110.
1104 doi:10.1111/jpr.12185
- 1105 Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009).
1106 The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological
1107 interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284. doi:10.1159/000228248
- 1108 National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Mental Health and Behavioural Conditions,
1109 21–23.

- Orenstein, H., Orenstein, E. & Carr, J. E. (1975). Assertiveness and anxiety: A correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(3), 203–207. doi:10.1016/0005-7916(75)90100-7
- Pezzulo, G., Rigoli, F. & Friston, K. (2015). Progress in Neurobiology Active Inference , homeostatic regulation and adaptive behavioural control. *Progress in Neurobiology*, 134, 17–35. doi:10.1016/j.pneurobio.2015.09.001
- Pittig, A., Schulz, A. R., Craske, M. G. & Alpers, G. W. (2014). Acquisition of behavioral avoidance: Task-irrelevant conditioned stimuli trigger costly decisions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 314–329. doi:10.1037/a0036136
- Powell, T. J. (2017). *The Mental Health Handbook: A Cognitive Behavioural Approach*. Routledge.
- R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Hämtad från <https://www.R-project.org/>
- Rakos, R. F. & Schroeder, H. E. (1979). Development and empirical evaluation of a self-administered assertiveness training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 991–993. doi:10.1037/0022-006X.47.5.991
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406. doi:10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- Regeringskansliet, S. & Sveriges Kommuner och landsting. (2016). *Vision e-hälsa 2025*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/vision-e-halsa-2025/>
- Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research Issues in Assertiveness Training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081–1096. doi:10.1037/h0078049
- Robichaud, M. & Dugas, M. (2018). *Hantera oro och ovisshet med KBT: En arbetsbok vid GAD*. Natur & kultur.
- Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G. & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive-behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 808–824. doi:10.1037/ccp0000023
- Rozental, A., Kothari, R., Wade, T., Egan, S., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafraan, 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., Shafraan, 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 in College Students. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 120–139. doi:10.1007/s10608-014-9652-6

- Schroder, H. S., Dawood, S., Yalch, M. M., Donnellan, M. B. & Moser, J. S. (2016). Evaluating the Domain Specificity of Mental Health–Related Mind-Sets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(6), 508–520. doi:10.1177/1948550616644657
- Sewart, A. R. & Craske, M. G. (2019). Inhibitory learning. I *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. (s. 265–285). doi:10.1037/0000150-015
- Sijbrandij, M., Kunovski, I. & Cuijpers, P. (2016). Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 33(9), 783–791. doi:10.1002/da.22533
- Smith, M. J. (1975). *When I say no, I feel guilty: how to cope—using the skills of systematic assertive therapy*. Bantam.
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?*
- Socialstyrelsen. (2017). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag. Bilaga. Slutversion., 232–241. Hämtad från www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen. (2020). Digital verksamhetsutveckling i vården. Hämtad 19 april 2020, från <https://div.socialstyrelsen.se/>
- Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1–20. doi:10.1111/cpsp.12216
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Statistiska Centralbyrån. (2020). Utbildningsnivån i Sverige. Hämtad 19 april 2020, från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/utbildningsnivan-i-sverige/>
- Tanck, R. H. & Robbins, P. R. (1979). Assertiveness, Locus of Control and Coping Behaviors Used to Diminish Tension. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 396–400. doi:10.1207/s15327752jpa4304_11
- Thompson, R. J. & Berenbaum, H. (2011). Adaptive and aggressive assertiveness scales (AAA-S). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 323–334. doi:10.1007/s10862-011-9226-9
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. & Robinson, E. (2010). An RCT comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(10), 920–926.
- Titov, N., Dear, B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J. & Sunderland, M. (2011). Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 126–136. doi:10.1080/16506073.2010.550059
- Wade, T. D., Kay, E., de Valle, M. K., Egan, S. J., Andersson, G., Carlbring, P. & Shafran, R. (2019). Internet-based cognitive behaviour therapy for perfectionism: More is better but no need to be prescriptive. *Clinical Psychologist*, 23(3), 196–205. doi:10.1111/cp.12193
- Vagos, P. & Pereira, A. (2019). Towards a Cognitive-Behavioral Understanding of Assertiveness: Effects of Cognition and Distress on Different Expressions of Assertive Behavior. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 37(2), 133–148. doi:10.1007/s10942-018-0296-4
- Ward, C. & Holland, S. (2018). *Assertiveness: A Practical Approach*. Routledge.

- 1199 Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Features and functionality
1200 of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107–
1201 114. doi:10.1016/j.invent.2016.09.006
- 1202 Wolpe, J. (1952). Objective Psychotherapy of the neuroses. 20(42), 825–829.
- 1203 Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- 1204 Wolpe, J. & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuro-*
1205 *ses*. The Commonwealth and international library. Mental health and social medicine division.
1206 Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- 1207 Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. & O’Toole, M. S. (2016). *Efficacy of internet-delivered*
1208 *cognitive-behavioral therapy for insomnia - A systematic review and meta-analysis of randomi-*
1209 *zed controlled trials*. doi:10.1016/j.smr.2015.10.004
- 1210 Öhman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear
1211 and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483
- 1212 Öst, L.-G. (2006). *Tillämpad avslappning: manual till en beteendeterapeutisk coping-teknik*. L.-G. Öst.